

OMVÅRDNAD VID INTRAUTERIN FOSTERDÖD

En granskning av PM och vårdprogram vid Sveriges kvinnokliniker

MARIA ÅKESSON

SAMMANFATTNING

Definitionen av intrauterin fosterdöd (IUFD) är ett barn som föds fram och inte andas eller visar några livstecken efter 22 fullgångna graviditetsveckor. Tidigare studier har visat att vårdpersonalens omvårdnadsåtgärder var avgörande för de drabbade föräldrarnas sorgprocess. Syftet med studien var att undersöka om omvårdnadsåtgärder fanns beskrivna i PM/Vårdprogram på Sveriges förlossningskliniker i samband med IUFD och i så fall vilka omvårdnadsåtgärder som beskrevs. Syftet var också att jämföra beskrivna omvårdnadsåtgärder i PM/Vårdprogram med aktuell forskning inom området. Metoden var en deskriptiv studie med en kvantitativ ansats. Studien var nationell och en förfrågan om att delta i studien skickades till chefsbarnmorskan vid samtliga kvinnokliniker med förlossningsavdelning i Sverige (n=49). Totalt medverkade 31 kliniker. Efter litteraturgenomgång av aktuell forskning framkom sex specifika omvårdnadsåtgärder, vilka låg till grund för granskningen av de medverkande klinikernas PM/Vårdprogram. Resultatet visade att samtliga medverkande kvinnokliniker hade ett PM/Vårdprogram vid IUFD, men att nationella riktlinjer för omvårdnad vid IUFD saknas då PM/Vårdprogram varierade stort i fråga om hur omfattande de var. Kvinnokliniker med specifikt omvårdnads PM/Vårdprogram innehöll i större grad de sex specifika omvårdnadsåtgärder som framkom efter litteraturgenomgången (5 av 6). Medan de PM/Vårdprogram som blandat medicinska åtgärder med omvårdande, i lägre grad beskrev de sex specifika omvårdnadsåtgärderna (2.9 av 6).

Nyckelord: *Intrauterin fosterdöd, förlossning, omvårdnad, PM/Vårdprogram, barnmorska*

ABSTRACT

Stillbirth are defined as a baby who is born after gestational week 22 and is not breathing or showing any life signs. Recent studies shows that nursing actions by the hospital staff is critical for the grieving process of the stillbirth parents. The purpose of this study was to investigate whether nursing actions were described in guidelines considering stillbirth at Swedish maternity wards, and if so, what nursing interventions were described, and to compare those with recent research. The method was a national descriptive study. The chief midwife at all Swedish hospitals with a maternity ward was contacted and invited to participate in the study (n=49). A total of 31 hospitals was included in the study. A literature review was conducted and displayed six specific nursing actions. The six specific nursing actions formed a foundation for reviewing the guidelines. The results showed that all participating hospitals had guidelines when dealing with stillbirth. The extent of the guidelines varied greatly in terms of scope and nursing actions. Maternity wards with specific nursing guidelines contained the six specific nursing actions associated with stillbirth in a higher extent (5 of 6). Hospitals who did not have specific nursing guidelines were less likely to describe the specific nursing actions (2.9 of 6).

Keywords: Stillbirth, delivery, nursing, guidelines, midwife

INNEHÅLL

Innehållsförteckning	1
1 INLEDNING	3
2 BAKGRUND	4
2.1 Definitioner och centrala begrepp	4
2.1.1 Intrauterin fosterdöd (IUFD)	4
2.1.2 Orsaker och riskfaktorer	4
2.2 Omhändertagande av föräldrar och familj vid IUFD	5
2.2.1 Diagnos och besked	6
2.2.2 Förlossning vid IUFD	6
2.2.3 Omvårdande handlingar när ett barn föds dött	7
2.2.4 Stöd i att hålla, möta och vara med sitt barn och att skiljas från det	7
2.2.5 Information	8
2.2.6 Stöd och bemötande	9
2.2.7 Att spara minnen från barnet	9
2.2.8 Att få veta orsaken till barnets död	10
2.2.9 Ett naturligt förhållningssätt	10
2.3 Anknytningsteori	10
2.3.1 Anknytning och IUFD	11
2.4 Sorg och krisreaktioner	12
2.5 Barnmorskans ansvar och yrkesroll	13
3 PROBLEMFÖRMULERING	13
4 SYFTE	14
4.1 Frågeställningar	14
5 METOD	15
5.1 Litteraturgenomgång	15
5.2 Urval	15
5.3 Datainsamling	16
5.4 Bortfall	16
5.5 Analysmetod	16
5.6 Etiska överväganden	17
6 RESULTAT	17
6.1 Omvårdnadsåtgärder	17
6.2 Omhändertagande, diagnos och förlossning	18
6.3 Specifika omvårdnadsåtgärder	19

6.4 Förekomst av specifika omvårdnadsåtgärder	21
6.5 Övriga omvårdnadsåtgärder	22
6.6 Föräldrarnas sorgeprocess	23
6.7 Förekomst av referenser	23
7 DISKUSSION	24
7.1 Metoddiskussion.....	24
7.2 Etisk diskussion.....	25
7.3 Resultatdiskussion.....	26
7.4 Slutsats	32
7.5 Kliniska implikationer.....	33
7.6 Framtida forskning	33

BILAGA 1: Artikelmatris

BILAGA 2: Brev till kliniker

1 INLEDNING

Jag är legitimerad sjuksköterska och har under min utbildning på barnmorskeprogrammet kommit att intressera mig för hur jag som barnmorska på bästa sätt kan bemöta människor som drabbas av svår sorg och kris i samband med intrauterin fosterdöd (IUFD). Att möta människor i svår sorg och akut kris är en av de svåraste utmaningarna för människor i vårdande professioner. Situationen kräver stor kompetens och empati, men också emotionell styrka. Ett barns plötsliga död väcker starka reaktioner hos alla inblandade och lämnar ingen oberörd. Funderingar har väckts hos mig över vilka insatser och omvårdande åtgärder vårdpersonalen kan genomföra för att hjälpa föräldrarna på bästa sätt, i sin svåra situation.

Alla graviditeter slutar inte med glädje. Alla får inte uppleva lyckan av att hålla sitt nyfödda barn i famnen. Ibland händer det som inte får hända. Att förlora ett ofött barn är en svår traumatisk upplevelse, ofta sker det plötsligt och helt oväntat. De blivande föräldrarna hamnar i en svår emotionell kris där födelse möter död och lycka hastigt byts mot sorg. Föräldrarna får inte med sig sitt efterlängtade barn hem, utan får ensamma lämna sjukhuset.

Min förhoppning är att denna studie ska sammanställa den senaste forskningen inom omhändertagande av föräldrar och familjer som drabbats av IUFD och samtidigt kartlägga hur Sveriges kvinnokliniker handhar dessa patienter.

2 BAKGRUND

2.1 Definitioner och centrala begrepp

2.1.1 Intrauterin fosterdöd (IUFD)

Definitionen för IUFD är ett barn som föds fram och inte andas eller visar några livstecken efter 22 fulla graviditetsveckor. Före juli 2008 låg gränsen för IUFD vid 28 fulla graviditetsveckor. Socialstyrelsens definition har dock ändrats för att tillpassa sig World Health Organisations (WHO) riktlinjer. Om graviditetens längd är okänd ska vikt och längd avgöra. Barn som föds döda och som väger 500 g eller mer eller är minst 25 cm långa ska dokumenteras och rapporteras som IUFD. Sedan 1970 har andelen dödfödda barn mer än halverats i Sverige. Dock förutspås andelen IUFD öka, då åldern på förstföderskor stiger framförallt i storstäder. Årligen föds det cirka 300 dödfödda i Sverige. I riket som helhet ligger förekomsten på 2,8 barn per 1000 födda. Variationen mellan landstingen är från 2,0 till 3,7 dödfödda per 1000 födda barn. (Socialstyrelsen, 2012)

Majoriteten av alla fall av IUFD inträffar under graviditetens sista tre månader (Socialstyrelsen, 1973-2010). Studier har visat att mellan 38 % - 57 % av barnen som avlider relaterat till IUFD, föds i fullgången graviditet varav 9,2 % efter graviditetsvecka 41 (Efkarpidis, Alexopoulos, Kean, Liu, & Fay, 2004). Majoriteten av kvinnor som drabbas av IUFD har haft en normal graviditet (Efkarpidis et al., 2004) men de har i större utsträckning sökt sjukvård för minskade fosterrörelser någon gång under graviditeten (O'Sullivan, Stephen, Martindale & Heazell, 2009; Efkarpidis et al., 2004).

2.1.2 Orsaker och riskfaktorer

Den viktigaste enskilda faktorn bakom IUFD beskrivs i de flesta studier vara tillväxthämning av fostret i livmodern. Tillväxthämning hos fostret kan bero på olika orsaker, till exempel dåligt fungerande moderkaka eller missbildningar i navelsträngen. Allvarliga och grava missbildningar i moderkaka eller navelsträng kan också orsaka dödlig syrebrist hos fostret och leda till IUFD (SFOG, 2002).

Det finns olika faktorer hos kvinnan som anses vara betydelsefulla för förekomsten av IUFD. Hög ålder hos kvinnan ökar risken för IUFD. I en jämförelse mellan kvinnor 29-34 år, med kvinnor 35 år eller äldre, har de äldre kvinnorna en näst intill fördubblad risk att drabbas av

IUFD. Risken ökar mer drastiskt om kvinnan också är förstföderska. Rökning under graviditeten har i ett flertal studier visat öka risken för IUFD. Det finns dels ett dos-respons samband, i takt med att konsumtionen av cigaretter ökar, ökar även risken IUFD, dels förhöjer även rökningen risken för tillväxthämning hos fostret, vilket i sig är den i särklass viktigaste orsaken till IUFD. Kvinnor med ett högre Body Mass Index (BMI) har en större risk för IUFD. Också här är sambandet extra starkt hos förstföderskor. Sociala faktorer som socioekonomisk status har också visat sig påverka förekomsten av IUFD. Förekomsten av IUFD låg ca 80 % högre hos kvinnor utan högre akademisk utbildning, jämfört med kvinnor med högre utbildning. Hos kvinnor som tidigare drabbats av IUFD finns en markant ökad risk att åter drabbas. Dessa kvinnor anses ha en sex till tio gånger så hög risk för IUFD jämfört med kvinnor som inte tidigare drabbats av IUFD. Studier har även visat att moderns hemoglobinvärde kan påverka förekomsten av IUFD. Högt hemoglobinvärde och även ett lågt, kunde oftare ses hos kvinnor som förlorat sina barn i IUFD (SFOG, 2002).

Infektioner hos kvinnan kan påverka fostret och leda till IUFD. Studier har visat att Parvovirus B19 är den vanligaste infektiösa orsaken till IUFD. Parvovirus B19 ger upphov till den vanligt förekommande och ofarliga barnsjukdomen ”femte sjukan” (Tolfvenstam, Papadogiannakis, Norbeck, Petersson & Broliden, 2001).

Trots att undersökningar och provtagningar genomförs vid IUFD, både på barnet, moderkaka och på kvinnan, kan man i 10-15 % av fallen omöjligt identifiera någon uppenbar orsak till varför barnet avlidit i livmodern (Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen, 2009).

2.2 Omhändertagande av föräldrar och familj vid IUFD

För 30 år sedan var det rådande förhållningssättet vid IUFD skiljt från det vi i dag ser inom svensk sjukvård. Föräldrar som drabbades av IUFD uppmanades att glömma barnet de mist och omgivningen agerade ofta som den då rådande normen, att inte påminna eller bekräfta den stora sorg som inträffat. Ofta fick föräldrarna aldrig se sitt nyfödda barn och i många fall fick de heller inte veta om barnet varit en pojke eller flicka. Tanken bakom detta förhållningssätt var att föräldrarna skulle undvika att knyta an till det avlidna barnet och på så sätt lättare ta sig igenom sin förlust (Rådestad, 1998). Vetenskapliga studier har visat att det redan tidigt i graviditeten finns ett starkt band mellan föräldrar och det ofödda barnet. I dag erkänns barnet och föräldrarnas stora sorg uppmärksammas (Säflund, 2003; SFOG, 2002).

2.2.1 Diagnos och besked

Misstanke om IUFD kan väckas när kvinnan inte längre känner barnet röra sig i livmodern eller vid en rutinkontroll på mödravården då barnets hjärtljud inte går att avlyssna. Diagnosen om att barnet inte längre är vid liv ställs med hjälp av ultraljudsundersökning som då påvisar frånvaro av hjärtaktivitet. (Hagberg, Marsal & Westgren, 2008; Faxelid et al., 2009).

I en studie hade 22 kvinnor av 26 intervjuade, förningar om att något inte stod rätt till med barnet i magen, innan de fått diagnosen IUFD. De beskrev detta fenomen genom sex olika upplevelser: en känsla av att inte längre vara i kontakt med barnet, stark oro, inre känsla att något var fel, att inte vilja förstå det som höll på att hända, en stark önskan efter att få vetskap om barnets hälsa och en övertygelse att barnet var dött. Studien visade att kvinnorna ofta väntade med att söka vård, trots att de kände att något inte stod rätt till, eftersom de ofta fick lugnande råd från närstående och från vårdpersonal (Malm, Lindgren & Rådestad, 2010). Den gravida kvinnan ska uppmuntras att lita på sin instinkt vad det gäller känslan över det ofödda barnets välmående (Faxelid et al., 2009; Malm et al., 2010).

Det är ett mycket svårt ögonblick när föräldrarna får besked om att deras väntade barn inte längre är vid liv. Beskedet i sig är en stor tragedi och hur beskedet ges är oerhört viktigt för att inte förvärpa föräldrarnas situation. Ögonblicket då föräldrarna får beskedet är ofta ett minne som etsar sig fast och som föräldrarna kommer att minnas resten av sina liv. Det är viktigt att beskedet ges klart och tydligt och att informationen upprepas. Kommunikationen med föräldrarna ska vara rak och ärlig (Säflund, 2003; SFOG, 2002).

2.2.2 Förlossning vid IUFD

Förlossningen bör sättas i gång så snart som föräldrarna önskar. Föräldrarna kan uppleva det mycket påfrestande att vänta på att förlossningen ska induceras då barnet konstaterats avlidet (Faxelid et al., 2009). Trulson och Rådestad (2004) påvisade i sin studie att då förlossningen fördröjdes mer än 24 timmar ökade risken för långvariga ångestrelaterade symtom hos kvinnan drastiskt. Incidensen av ångestrelaterade symtom var femfaldigad hos kvinnor vars förlossning dröjde mer än 24 timmar i jämförelse med kvinnor som förlöstes inom 6 timmar efter diagnosen IUFD fastställs (Trulsson & Rådestad, 2004).

Tiden mellan diagnosen och att förlossningen induceras kan vara en bra tid för vårdpersonalen att förbereda familjen på mötet med sitt ofödda och nu avlidna barn. Här

finns möjlighet för vårdpersonalen att informera, stödja och lära känna föräldrarna för att på bästa sätt kunna hjälpa dem genom den svåra situation de nu befinner sig i (Trulsson & Rådestad, 2004).

Barnet föds fram vaginalt. Kejsarsnitt är endast aktuellt om barnets död orsakas av avlossning av moderkakan och om moderns liv bedöms vara i fara. Förlossningen startas med hjälp av läkemedel intravenöst och eventuellt lokal behandling i vagina för att mogna livmodertappen. Kvinnan erbjuds smärtlindring efter behov, dock bör läkemedel med sövande effekt undvikas då minnet av barnets födelse kan grumlas. (Faxelid et al., 2009; SFOG, 2002).

Kvinnor reagerade ofta med avsky och rädsla när de fick veta att barnet skulle födas fram vaginalt. Efter information om att vaginal förlossning var att föredra, både ur fysiologisk och psykologisk aspekt, så kunde kvinnorna acceptera detta (Trulsson & Rådestad, 2004). Även blivande pappor upplevde det oroande då beskedet gavs om att det avlidna barnet skulle födas fram vaginalt. Efter stöd och information från vårdpersonal kunde de till stor del försonas med tanken. Blivande pappor upplevde förlossningen vid IUFD med känslor av hjälplöshet och frustration. Papporna var ofta oroliga för att deras partner skulle uppleva svår smärta och tyckte det var svårt att stödja kvinnan under förlossningen (Samuelsson, Rådestad & Segesten, 2001).

2.2.3 Omvårdande handlingar när ett barn föds dött

Efter genomgång och sammanställning av aktuellt kunskapsläge gjorde sig sex kategorier av omvårdande handlingar vid IUFD, synliga. Dessa kategorier representerade de omvårdnadsåtgärder som föräldrar menade vara de viktigaste och mest relevanta vid IUFD och var de omvårdnadsåtgärder som omnämndes med högst frekvens i de vetenskapliga studier som granskats. Kategorierna som påvisades var: Stöd att hålla/möta/vara med sitt barn och skiljas från det, information, stöd och bemötande, att spara minnen från barnet, att få veta orsaken till IUFD och ett naturligt förhållningssätt.

2.2.4 Stöd i att hålla, möta och vara med sitt barn och att skiljas från det

Föräldrar kände ofta obehag och rädsla inför mötet med sitt döda barn. Föräldrarna upplevde en stor oro över hur barnet skulle se ut och hade ofta en föreställning om att barnet skulle se sjukt, vanställt eller skrämmande ut. Föräldrar uttryckte att de behövde få information om att barnet som föddes fram skulle vara varmt och mjukt, men tyst (Trulsson & Rådestad, 2004; Säflund & Wredling 2006; Samuelsson et al., 2001).

Föräldrar uttryckte en önskan om stöd och uppmuntran att våga hålla sitt döda barn. De betonade vikten av att personal vägledde dem i mötet med barnet, gav dem så lång tid de önskade med sitt barn och att de hjälpte dem i processen att ta farväl från barnet. Föräldrar betonade också vikten av att vårdpersonal uppmuntrade dem att spendera så mycket tid som möjligt med sitt barn (Säflund et al., 2004; Trulsson & Rådestad, 2004; Rådestad et al., 2009; Säflund & Wredling, 2006; Kelley, 2012). I en studie från 2001 uttryckte blivande pappor tacksamhet till vårdpersonal som stöttat dem att hålla sitt barn, då de inte vågat närma sig barnet på egen hand. Papporna uttryckte att närheten med barnet gett dem ovärderliga minnen. (Samuelsson et al., 2001).

I en studie av 2292 mammor jämfördes symptom av ångest och depression mellan kvinnor som hållit sitt avlidna barn, med kvinnor som inte valt att göra det. Kvinnor som hållit sitt avlidna barn upplevde lägre nivåer av ångest och depressiva symtom än kvinnor som inte gjort det (Cacciatore, Rådestad & Froen 2008; Rådestad et al., 2009). Föräldrar som hållit sitt avlidna barn upplevde att barnet och situationen kändes verklig och hade lättare att förstå det som skett och det hade en positiv effekt på sorgprocessen (Rådestad et al., 2009; Samuelsson et al., 2001). Avelin m fl. (2011) har studerat familjer med syskon som drabbas av IUFD. Resultatet visade att även syskonet hade positiva effekter av att hålla det avlidna barnet. Det hade en positiv inverkan på barnets sorgprocess och hjälpte barnet att förstå händelsen (Avelin, Erlandsson, Hildingsson & Rådestad 2011).

I en studie genomförd i Storbritannien framkom ett resultat som bestrider den positiva effekten av att hålla sitt döda barn. 60 kvinnor intervjuades ett år efter de upplevt IUFD samt efter att de genomgått en ny graviditet. Resultatet visade att kvinnor som hållit sitt avlidna barn hade högre nivåer av stress, ångest och depression, än de som bara sett sitt barn. De kvinnor som valt att inte heller se sitt barn hade lägst nivåer av stress, ångest och depression (Hughes, Turton, Hopper & Evans, 2002).

2.2.5 Information

Föräldrar som upplevt IUFD beskrev vikten av strukturerad information från vårdgivaren. Informationen skulle vara saklig och upprepas då föräldrarna upplevde sig vara i kaos och hade svårt att ta informationen till sig. Föräldrar uppgav att de behövde informationen stegvis om de olika momenten före, under och efter förlossningen vid IUFD (Säflund et al., 2004; Trulsson & Rådestad, 2004).

Många föräldrar uttryckte att de saknade information om hur länge de fick ha sitt barn hos sig och information om att de kunde sköta och klä sitt barn (Trulsson & Rådestad, 2004; Kavanaugh & Hershberger, 2005).

2.2.6 Stöd och bemötande

I ett flertal studier uttryckte föräldrar ett starkt behov av att få stöd i det kaos och i den svåra förlust som IUFD innebär. Bra stöd beskrevs vara att få samtala om det som skett, att känna att personalen tog sig tid och att få känna sig bekräftad i sin sorg (Säflund et al., 2004; Henley & Schott, 2008; Kavanaugh et al., 2004; Kavanaugh & Hershberger, 2005). Vårdpersonal som uttryckte empati, förståelse och bekräftade föräldrarnas sorg underlättade situationen för föräldrarna (Kelley, 2012; Henley & Schott, 2008; Einaudi, 2010).

Vårdgivarens agerande hade mycket stor påverkan på föräldrarnas upplevelser vid IUFD. Föräldrar uttryckte att vårdpersonalens beteende och handlingar vid IUFD var av stor betydelse, från det att diagnosen IUFD konstaterats, tills tiden efter förlossningen. Flera av föräldrarna hade ingen tidigare personlig erfarenhet av dödsfall och kände sig därför beroende av det stöd som vårdpersonalen gav (Säflund et al., 2004).

2.2.7 Att spara minnen från barnet

Föräldrar beskrev i ett flertal studier hur viktig roll minnen från det förlorade barnet spelade för dem och att dessa minnen hjälpt dem att bearbeta sin sorg. Att ha foton, hårlock eller hand-fo avtryck från sitt avlidna barn hjälpte föräldrarna att förstå det som skett och fick föräldrarna att uppleva situationen som verklig (Säflund et al., 2004; Trulsson & Rådestad, 2004; Gold, 2007; Kelley, 2012; Henley & Schott, 2008; Kavanaugh & Hershberger, 2005). Foton på det avlidna barnet tillsammans med sitt äldre syskon hade positivt effekt på syskonets sorgprocess och fick dem att lättare förstå situationen (Avelin et al., 2011).

Minnen från det förlorade barnet, så som foton och hårlock, upplevdes ovärderliga av pappor, i en studie från 2001. Papporna upplevde tacksamhet gentemot vårdpersonal som hjälpt dem att samla in minnen från barnet. Papporna uttryckte att information från vårdpersonalen, om vikten av att samla minnen från barnet, medförde att papporna bevarade minnen från sitt barn, vilket annars inte skulle skett (Samuelsson et al., 2001).

2.2.8 Att få veta orsaken till barnets död

Den medicinska diagnosen på varför barnet avlidit i livmodern minskade känslan av skuld hos framförallt kvinnan (Säflund et al., 2004; Murphy, 2012). Att inte få veta orsaken till IUFD påverkade föräldrarnas framtida planer på att försöka att bli gravid igen på ett negativt sätt. Ovissheten upplevdes av föräldrar som mycket tärande (Säflund et al., 2004).

2.2.9 Ett naturligt förhållningssätt

Kvinnor som fick sitt döda barn lagt på sitt bröst direkt efter förlossningen, utan att personalen frågat om det ville ha upplagt, upplevde det mer naturligt och avslappnat i den svåra situationen. Kvinnorna upplevde vid då också mindre rädsla i mötet med sitt döda barn. När förlossningsvården och omvårdnaden kring det avlidna barnet bedrevs som när ett levande barn föds, upplevdes det som stödjande och underlättande av kvinnorna (Erlandsson, Warland, Cacciatore & Rådestad, 2011).

Föräldrar önskade att vårdgivarna skulle ha ett naturligt förhållningssätt till det döda barnet och till dem som föräldrarna och uppskattade när de blev erbjudna att sköta barnet, som vid en levande förlossning. Föräldrarna kände upplevde att dem respekterades som nyblivna föräldrar trots att barnet avlidit och också att barnet respekterades då det behandlades som om det var levande (Cacciatore et al., 2008; Henley & Schott, 2008; Cacciatore et al., 2012).

I en studie av Cacciatore m fl. (2012) intervjuades pappor som drabbats av IUFD. Papporna var i hög grad mycket tacksamma då deras avlidna barn togs emot och behandlades med ett naturligt förhållningssätt. Om personalen kallade barnet vid sitt namn och bekräftade föräldrarna upplevdes detta som respektfullt och positivt av papporna i studien (Cacciatore et al., 2012).

2.3 Anknytningsteori

För att förstå och bäst beskriva hur omfattande upplevelsen är av att förlora ett barn, är det relevant att belysa IUFD i ljuset av anknytningsteori och tidig anknytning mellan föräldrar och foster.

Anknytningsteorin, först formulerad av John Bowlby, beskriver det nyfödda barnets beteende för att anlägga den livsviktiga relationen till sina föräldrar. Spädbarn föds hjälplösa och är beroende av ett anknytningsbeteende för sin överlevnad. Barnets beteende framkallar hos föräldrarna ett omvårdnadsbeteende. Detta omvårdnadsbeteende finns instinktivt hos

föräldrarna och säkerställer det späda barnets överlevnad. Anknytning kan beskrivas som ett starkt emotionellt band som finns mellan två individer till exempel mor och barn. Detta band utvecklas mycket tidigt och är inte bara knytet till fysiologiska behov så som mat och sömn. Anknytning är ett psykologiskt behov, ett behov av trygghet och närhet till en annan individ. . Om anknytningen är god råder en känsla av trygghet och glädje. Om den är hotad uppstår känslor av ångest och oro (Bowlby, 2010).

Prenatal anknytning, anknytning innan barnet är fött, hjälper föräldrarna att känslomässigt förbereda sig på att sätta en annan individs behov framför sina egna. Under graviditeten stärks det emotionella bandet mellan de blivande föräldrarna och fostret och får dem att uppleva att barnet är unikt och tillhör dem. Anknytning är en dynamisk, livslång process som startar redan tidigt i graviditeten. Den intensifieras under förlossningen och har sin absoluta kulmen under barnets första levnadsår. Kvinnans relation till sitt ofödda barn förbereder henne på sin framtida roll som vårdgivare (Brodén 2004). Brodén (2004) menar att en kvinna som upplevt ett tryggt och kärleksfullt förhållande till sin egen mor, kommer lättare att anknyta till det ofödda barnet. (Brodén, 2004). Kvinnans anknytning till sitt väntade barn påverkas av hennes livssituation, hennes personliga historia och uppväxt samt hennes upplevelse av graviditeten (Stern, 1998).

Under graviditetens första tid vänjer sig kvinnan vid tanken att vara gravid och på att hon snart ska bli mor. Under graviditetens fortgång ökar kvinnans fantasier om det väntade barnet. Fosterrörelser och barnets vakenhets och sömnmönster hjälper kvinnan att lära känna sitt barn. Fantasier om barnets personlighet, utseende, kön och framtid, är tidiga uttryck för anknytning hos kvinnan (Raphael-Leff, 1992).

2.3.1 Anknytning och IUFD

IUFD är en stor tragedi för föräldraparet, eventuella syskon och deras anhöriga. På bara några minuter vänds hela tillvaron upp och ner, glädjen för det väntade barnet förvandlas till sorg och förtvivlan (Säflund, 2003). Föräldrarna har under graviditeten knutit an till sitt barn och lärt känna det. Sorgen och de känslor som dödsfallet utlöser kan inte jämföras med förlusten av en vuxen medmänniska. Att mista ett barn i IUFD kan beskrivas som tre stora förluster. Föräldrarna förlorar en planerad och tänkt framtid. Det ger även en förlust av identitet i form av förlusten av en blivande roll som förälder. Att IUFD ofta sker plötsligt och oväntat ger dessutom föräldrarna en stor känsla av kontrollförlust (Robinson, Baker, Nackerud, 1999).

2.4 Sorg och krisreaktioner

Sorg och sorgens uttryck är mycket komplex och skiljer sig starkt mellan individer. Ett föräldrapar som mist ett barn under graviditeten reagerar på olika sätt. Föräldrar uppger att de dels har en privat sorgprocess och dels en sorg tillsammans som par. Föräldrar till dödfödda barn menar att förlusten ofta stärker och ökar känslan av att höra ihop som par (Avelin et al., 2012).

Att ställas inför en traumatisk kris innebär att personen befinner sig i ett läge där hennes tidigare livserfarenheter inte är tillräckliga för att hon ska kunna bemästra situationen. Övåntade livshändelser utlöser en traumatisk kris och skänker den drabbade känslan av övergivenhet, kaos och ångest (Cullberg, 2003).

Den traumatiska krisen indelas enligt Cullberg i fyra faser. Chockfas, reaktionsfas, bearbetning och nyorientering. Chockfasen och reaktionsfasen utgör tillsammans krisens akuta fas. Chockfasen varar från några ögonblick till flera dygn. Personen kan då ha svårt att ta in verkligheten. Detta kan te sig i ett extremt välordnat yttre, utan starka reaktioner eller i det motsatta, att personen skriker och betar sig starkt avvikande. Under chockfasen kan medvetandet vara grumlat och individen kan ha svårt att återge vad som hänt och ta till sig information (Cullberg, 2003). Föräldrar beskriver denna tid som en känsla av att vara bortdomnad och bortkopplad från verkligheten och att mycket energi gick åt till att försöka glömma det som hänt (Säflund, 2003; Kavanaugh et al., 2005; Samuelsson et al., 2001).

I det akuta skedet av en traumatisk kris kan individen använda sig av olika typer av försvarsmekanismer för att minska upplevelsen av ångest och kaos. *Isolering* av känslor är ett av de vanligaste försvaren vid traumatiska upplevelser. Personen ter sig lugn och rationell för att tillfälligt slippa konfronteras med smärtsamma känslor. *Förnekelse* är en annan försvarsmekanism då individen förnekar in i det längsta det oundvikliga och ignorerar kroppsliga symtom (Cullberg, 2003).

Reaktionsfasen pågår som längst i 4-6 veckor. Individen börjar förstå vad som skett och söker förklaring i det skedd (Cullberg, 2003). I denna fas uttryckte föräldrarna starka känslor så som ilska och intensiv smärta. Sorgen och dödsfallet hade nu blivit verklighet för dem (Säflund, 2003).

Bearbetningsfasen pågår från 6 månader till ett år och övergår successivt i nyorientering. (Cullberg, 2003). Föräldrar beskriver denna del som om att livet sakta går tillbaka till det normala, men att minnet alltid lever kvar och sorgen för det döda barnet alltid ligger nära (Säflund, 2003).

2.5 Barnmorskans ansvar och yrkesroll

Den internationella etiska koden för barnmorskor visar barnmorskans ansvarsområde och skyldigheter och beskriver ett professionellt förhållningssätt präglad av respekt för kvinnors autonomi. Barnmorskor ska stötta kvinnor i de beslut de tar rörande sin egen och sin familjs vård och hälsa och bevara kvinnans integritet (International Confederation of Midwives, 2008). I den svenska kompetensbeskrivningen för Barnmorskor beskrivs att barnmorskan ska stödja kvinnan under hela hennes sexuella och reproduktiva livscykel. Barnmorskan ansvarar för övervakningen av den normala graviditeten och samråder med andra yrkeskategorier om något avviker. Barnmorskors arbete innebär till stor del stöd för kvinnan under graviditet, förlossningen och tiden efter förlossningen (Socialstyrelsen, 2006).

Innebörden i det engelska ordet för barnmorska- *Midwife*, är *med-kvinna*. Barnmorskans professionella förhållningssätt ska vara att arbeta *med* kvinnan. Detta innebär att vara öppen och bejaka hennes livsberättelse. Det ger möjlighet för förståelse och att tolka hennes behov och önskningar (Faxelid et al, 2009).

Tre centrala delar i barnmorskans värdegrund beskrivs enligt Bergs modell ” Genuint vårdande av det genuina”. Den första delen är grunden för omvårdnad- relationen mellan kvinna och barnmorska. Nyckelordet i en värdighetsbevarande relation är ömsesidighet, tillit och kommunikation. Den andra delen är barnmorskans praktiska och teoretiska kunskap. Här är även självkänedom en viktig komponent. Den tredje och sista delen berör barnmorskans balansgång mellan att normalisera och att ha ett medicinskt perspektiv. Barnmorskan ska främja det normala och minimera de ingrepp som kvinnan behöver gå igenom. I denna del ingår även att stödja kvinnan, hennes partner och familj (Berg & Lundgren, 2004).

3 PROBLEMFÖRMULERING

Att förlora ett ofött barn är ett stort psykologiskt trauma som påverkar den drabbade familjen på ett livsavgörande sätt. Forskning visar vilken viktig roll vårdpersonal har för familjer som drabbas av IUFD. Vårdpersonalens agerande är avgörande för föräldrarna och kan antingen hjälpa dem att finna mening och tröst i det svåra som hänt, eller få dem att känna sig utlämnade, ensamma och oförstådda. Minnen från den aktuella händelsen och allt som

skedde i samband med den, är något som föräldrarna och familjen bär med sig resten av livet.

För att garantera en säker, rättvis och högkvalitativ vård av föräldrar och familj drabbade av IUFD, krävs ett evidensbaserat arbetssätt. Ett PM eller vårdprogram säkerställer att alla i personalen arbetar på samma sätt och att alla patienter får samma vård. Det ingår också trygghet för personalen som ska möta familjer i svår kris.

Det finns forskning och evidens för hur man på bästa sätt bemöter och tar hand om föräldrar och familjer som drabbats av IUFD. Forskning behöver ligga till grund för hur riktlinjer utarbetas och hur PM/Vårdprogram tas fram. Med anledning av detta avser denna studie att undersöka och kartlägga PM/Vårdprogram på Sveriges kvinnokliniker med inriktning på omvårdnadsåtgärder vid IUFD.

4 SYFTE

Syftet med studien var att undersöka om omvårdnadsåtgärder finns beskrivna i PM/vårdprogram på Sveriges förlossningskliniker vid handhavandet i samband med IUFD och i så fall vilka omvårdnadsåtgärder som beskrivs. Syftet var också att jämföra beskrivna omvårdnadsåtgärder i PM/Vårdprogram med aktuell forskning inom området.

4.1 Frågeställningar

1. Finns PM/Vårdprogram vid IUFD vid Sveriges alla förlossningsavdelningar?
2. Finns omvårdnadsåtgärder beskrivna i PM/Vårdprogram
3. Finns en plan beskriven hur föräldrar ska tas emot, ges diagnos och besked om IUFD samt hur och när förlossnings ska sättas i gång?
4. Överensstämmer beskrivna omvårdnadsåtgärder i PM/Vårdprogram med vad aktuell forskning säger vara de mest relevanta, vid IUFD?

5 METOD

Metoden som valts är en deskriptiv studie med en kvantitativ ansats. Studien avser att beskriva karaktärsdrag i PM/Vårdprogram vid IUFD. En deskriptiv metod har valts då den har för avsikt att beskriva förhållandet för en viss population eller i ett specifikt material. En deskriptiv studie kan visa på frekvens och samband mellan olika variabler i det insamlade materialet, vilket är studiens syfte (Polit & Beck, 2012).

5.1 Litteraturgenomgång

En litteraturgenomgång har genomförts inom området omhändertagande och omvårdnad vid IUFD. Både vetenskapliga artiklar och annan relevant litteratur har granskats. Artiklar som behandlat föräldrars upplevelser av omvårdnad vid IUFD och föräldrars upplevelser av sjukhusvård vid IUFD, har inkluderats. Områden som behandlats är plan för omhändertagande vid IUFD, diagnos och besked vid IUFD, förlossning vid IUFD och specifika omvårdnadsåtgärder vid IUFD.

Artiklar har sökts i databasen Discovery. Artiklar har även sökts manuellt via relevanta artiklars referenslistor. Artiklar skrivna på andra språk än svenska och engelska har exkluderats liksom artiklar skrivna innan 1995. Sökord som användes var: *Nursing, prenatal death, parents experience, stillbirth, psychosocial care, midwife, hospital care, attachment, grief*.

Efter litteraturgenomgång framkom sex kategorier av omvårdande handlingar. Dessa kategorier identifierades efter analys av vetenskapliga artiklar som erhöles via databassökning. Genomgående teman gjorde sig synliga efter att materialet lästs igenom flertalet gånger. Omvårdnadsåtgärder som var återkommande i flera vetenskapliga artiklar färg-kodades och kategoriserades. För att en omvårdnadsåtgärd skulle anses som kategori, skulle den förkomma i minst två av de utvalda vetenskapliga artiklarna. Genom denna analysmetod har det aktuella forskningsläget inom området omvårdnad vid IUFD undersökts (Evans, 2002).

5.2 Urval

Urvalet är nationellt. Alla kvinnokliniker med förlossningsavdelning har via brev fått förfrågan om att delta i studien. Kontaktuppgifter till Sveriges samtliga

förlossningsavdelningar har erhållits med hjälp av ansvarig barnmorska på Svenska Barnmorskeförbundet. Totalt kontaktades 49 kliniker.

5.3 Datainsamling

Brev med förfrågan om att delta i studien har skickats via post till samtliga chefsbarnmorskor vid Sveriges alla kvinnokliniker som har en förlossningsavdelning. Brevet innehöll förfrågan om att få tillgång till den aktuella klinikens PM/vårdprogram vid IUFD. Deltagarna informerades om studiens syfte och om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde välja att avbryta sitt deltagande i studien. Ett påminnelsebrev skickades ut två månader efter den första förfrågan, till de kliniker som inte svarat. Klinikerna ombads att svara via brev eller elektronisk post. Samtidigt som första påminnelsen utsändes, skickades ett elektroniskt brev ut via Barnmorskeförbundet med en påminnelse om att delta i studien. Efter första förfrågan svarade 16 av 49 kliniker. Efter påminnelsen och elektronisk påminnelse från Barnmorskeförbundet, svarade ytterligare 15 kliniker. Totalt deltog 31 av Sveriges 49 Kvinnokliniker i studien (n=31, 63 %).

5.4 Bortfall

Av de 31 kliniker som valt att besvara förfrågan om deltagande i studien, valde samtliga att delta i studien. Arton kliniker valde att ej besvara förfrågan om deltagande.

5.5 Analysmetod

Alla PM/Vårdprogram har granskats och lästs igenom i sin helhet. En deduktiv ansats har använts då det insamlade materialet har granskats utifrån de sex teman som gjorde sig synliga efter genomgång av gällande forskningsläge (Polit & Beck, 2012).

Omvårdnadsåtgärder som beskrivits i PM/Vårdprogram har urskilts från övriga medicinska åtgärder som omnämnts i PM/Vårdprogrammen. Omvårdnadsåtgärderna har sedan kategoriserats. En sammanställning kunde sedan genomföras för att på så sätt se hur många procent av klinikerna som omnämnde respektive omvårdnadsåtgärd. Resultatet har sedan åskådliggjorts med hjälp av deskriptiv statistik i dataprogrammet Excel. Data har analyserats och jämförts med de relevanta omvårdnadsåtgärder som framkom i litteraturgenomgången samt beskrivna omhändertagande åtgärderna vid IUFD.

5.6 Etiska överväganden

Forskning som avser människor lyder under lagen om etikprövning. Forskning som bedrivs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller avancerad nivå behöver enligt paragraf två inte genomgå etisk prövning (SFS 2003:460).

Fyra etiska principer finns att ta hänsyn till vid all forskning som berör människan. *Informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav samt nyttjandekrav.* Individer som berörs av forskning ska informeras om dess syfte, metoder och eventuella risker. De ska också informeras om deltagandets frivillighet och om möjligheten att avbryta sitt deltagande när som helst under studiens gång. Deltagare i studien ska medge sitt samtycke till att delta. Alla personuppgifter kring deltagare i studien ska behandlas med konfidentialitet och personens identitet ska inte kunna röjas. Den sista etiska aspekten är nyttjandekravet. Den innebär att studiens insamlade material endast får användas för forskningens ändamål (Vetenskapsrådet, 2012).

Dessa principer har beaktats och respekterats under uppsatsens genomförande. Information om studiens syfte och om studiens frivillighet har lämnats i brevform till ansvarig Chefsbarnmorska på de kontaktade förlossningsklinikerna i Sverige.

6 RESULTAT

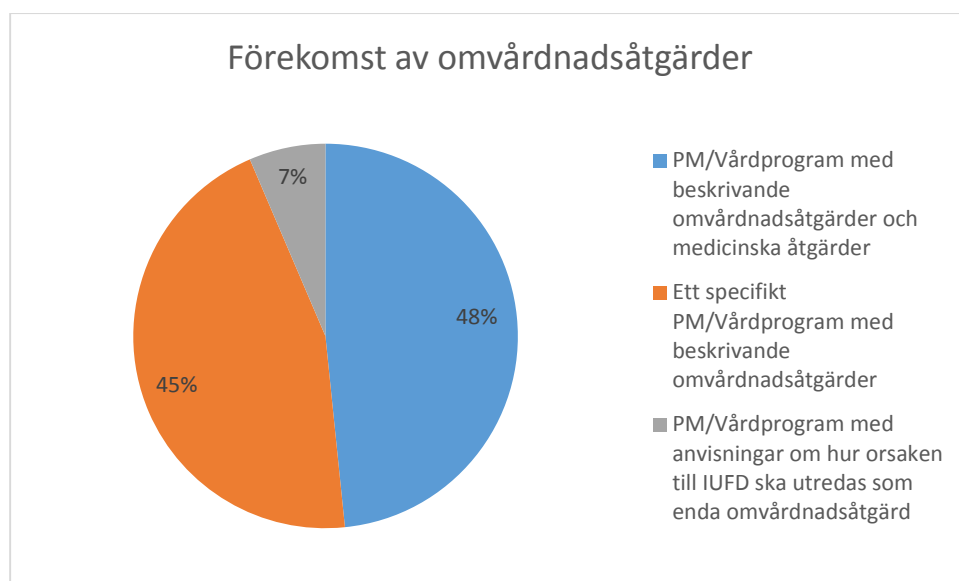
Syftet med studien var att granska PM/Vårdprogram som Sveriges kvinnokliniker arbetar efter vid IUFD. Tyngdpunkten låg vid att granska omvårdnadsåtgärder beskrivna i PM/Vårdprogram.

Totalt medverkade 31 av Sveriges 49 kvinnokliniker i studien. Det gav en svarsfrekvens på 63 %. Av de kliniker som valde att delta i studien hade 100 % (n=31) ett PM/Vårdprogram för handhavandet av patienter som drabbats av IUFD.

6.1 Omvårdnadsåtgärder

Resultatet visade att 94 % (n=29) av de granskade PM/Vårdprogrammen innehöll beskrivna omvårdnadsåtgärder. Dessa PM/Vårdprogram innehöll fler omvårdande åtgärder än enbart

anvisningar hur orsaken till IUFD ska påvisas. Hur orsaken till IUFD skulle påvisas fanns beskrivet i PM/Vårdprogram som till exempel provtagningsanvisningar och labbremsisser.

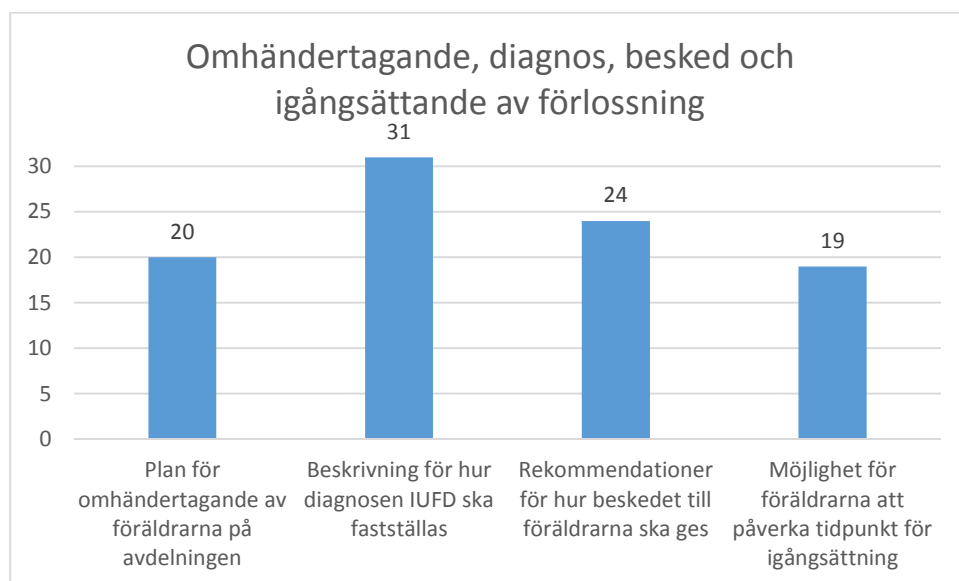


Figur 1. Fördelning av antal medverkande kliniker (n=31) gällande förekomst av omvårdnadsåtgärder i PM/Vårdprogram.

Av de kliniker som medverkade i studien hade 45 % (n=14) ett specifikt omvårdnads-PM/Vårdprogram vid IUFD, åtskilt från de medicinska åtgärder som fanns beskrivna. Resterande 55 % (n=17) av de medverkande klinikerna hade omvårdnadsåtgärder och medicinska åtgärder beskrivna tillsammans i sitt PM/Vårdprogram. Av de kliniker som granskades var det två som endast beskrev hur orsaken till IUFD skulle utredas. Dessa PM/Vårdprogram innehöll enbart provtagnings anvisningar, remisser och medicinska ordinationer. Inga övriga omvårdnadsåtgärder förekom i dessa två PM/Vårdprogram.

6.2 Omhändertagande, diagnos och förlossning

Vid granskning av de medverkande klinikernas PM/Vårdprogram framkom det att 65 % (n=20) hade en plan för hur föräldraparet skulle omhändertas när de kommer till förlossningsavdelningen vid misstänkt eller konstaterad IUFD. Detta kunde innebära att samma personal följde paret i så lång utsträckning som möjligt, att det fanns en plan för hur föräldrarna skulle tas omhand och att föräldrarna skulle beredas enkelrum.



Figur 2. Förekomst i PM/Vårdprogram med beskrivning av omhändertagande, diagnos, besked och igångsättning av förlossning vid IUFD.

I samtliga granskade PM/Vårdprogram (n=31) fanns det beskrivet hur diagnosen IUFD fastställs. IUFD skulle säkerställas av läkare som ska ge diagnosen efter ultraljudsundersökning som visade frånvaro av hjärtaktivitet hos fostret. I 77 % (n=24) av PM/Vårdprogram fanns det rekommendationer för hur beskedet ska lämnas till föräldrarna som förväntades befinna sig i chock. Det kunde innebära att läkaren skulle upprepa informationen, att informationen skulle ges på ett sakligt vis och att en barnmorska skulle medverka då beskedet ges.

Föräldraparet beskrevs ha valmöjlighet att påverka när förlossningen igångsätts i 61 % (n=19) av PM/Vårdprogrammen. I dessa fall togs det hänsyn till föräldraparets behov och önskemål i så stor utsträckning det var möjligt. I övriga PM/Vårdprogram (n=12) framkom det att förlossning ska igångsättas när plats kan beredas på förlossningsavdelning alternativt när föräldraparet varit hemma ett dygn.

6.3 Specifika omvårdnadsåtgärder

I bakgrunden gjorde sig sex kategorier av omvårdande handlingar tydliga, efter litteraturgenomgång:

* *Orsak till IUFD*

* *Minnen från barnet*

* *Stöd i att hålla, möta och vara med sitt barn*

* *Stöd/bemötande*

* *Information*

* *Naturligt förhållningssätt*

Den omvårdnadsåtgärd som förkom med högst frekvens var att undersöka ”orsaken” till IUFD. I samtliga PM/Vårdprogram (n=31) fanns åtgärder för att utreda den bakomliggande orsaken till IUFD. Samtliga PM/Vårdprogram innehöll checklista eller motsvarande över de prover som ska tas på moder, barn och moderkaka i samband med IUFD.

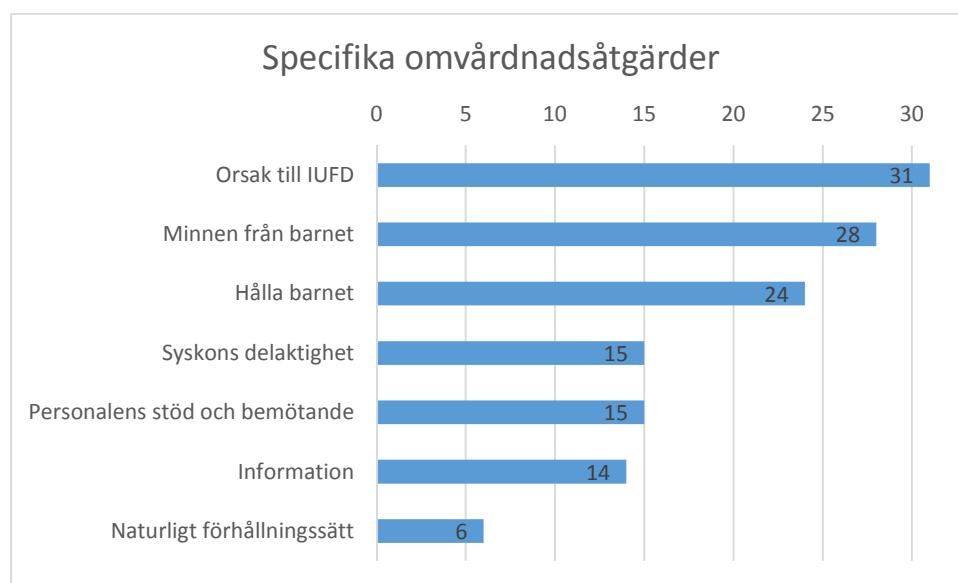
Den näst vanligaste omvårdande handlingen som förekom var ”*Minnen från barnet*”. Förekomsten av denna åtgärd var 90 % (n=28). Fotografering, hårlock och fot/handavtryck är de sätt som PM/Vårdprogrammen rekommenderade att minnen tillvaratas från det avlidna barnet. Här uppmanades personalen att stödja och hjälpa föräldrarna att insamla minnen.

Att barnmorskan/vårdpersonalen skulle främja föräldrarna ”*Att hålla*” sitt döda barn efter födseln, förekom i 77 % (n=24) av de PM/Vårdprogram som granskats i studien och var den tredje vanligaste omvårdnadsåtgärden. Här uppmanades personalen att försöka uppmuntra föräldrarna att se och hålla sitt barn och ha barnet hos sig. I samma omvårdningskategori ingick det att involvera syskon som drabbats av IUFD. Med detta menades att syskon också skulle få möjlighet att se och hålla sitt avlidna småsyskon och göras delaktiga i omvårdnaden kring den. Denna omvårdnadsåtgärd beskrevs i 48 % (n=15) av de granskade PM/Vårdprogrammen.

Personalens ”*stöd och bemötande*” av familjen om drabbats av IUFD, omnämndes i 48 % (n=15) av PM/Vårdprogrammen. Detta kunde beskrivas som att personalen skulle ta sig extra tid för föräldraparet, att de skulle agera stödjande och bemöta den drabbade familjen med förståelse och empati.

Hur och på vilket sätt som ”*information*” gavs till föräldrarna före, under och efter förlossning vid IUFD förekom i 45 % (n=14). Detta kunde innebära att informationen gavs både skriftligt och muntligt och att informationen skulle upprepas. Här förekom också rekommendationer på när och av vem informationen skulle ges.

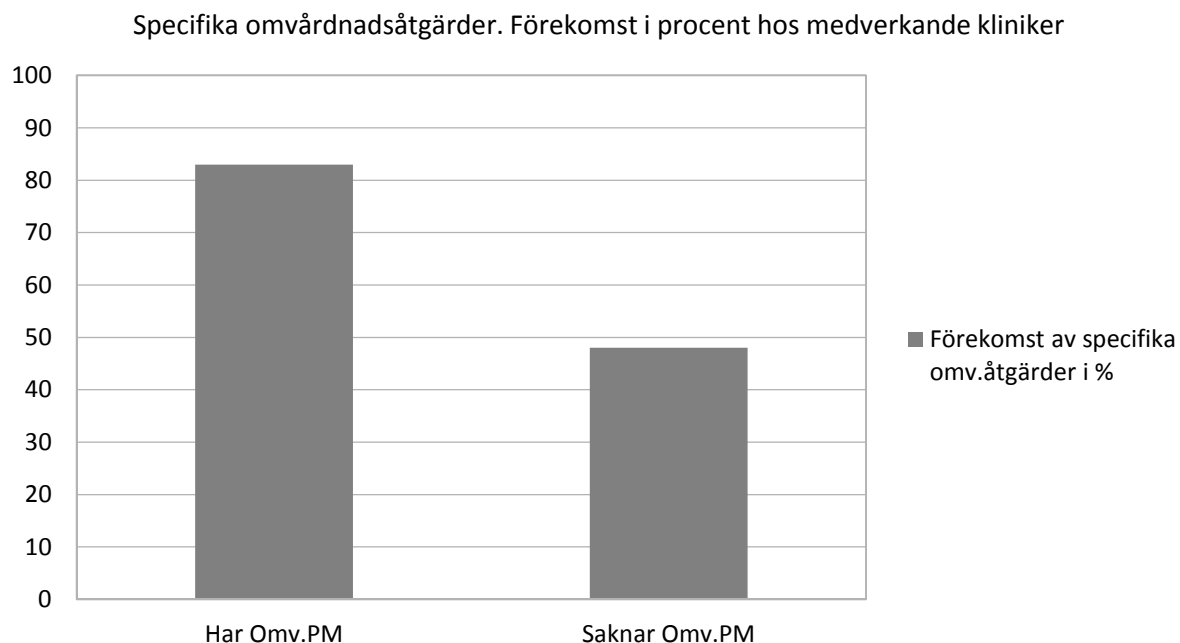
Den sista kategorin ” att arbeta med ett naturligt förhållningssätt ”var den omvårdnadsåtgärd som med lägst frekvens omnämndes i de granskade PM/Vårdprogrammen. Den påvisades i 19 % (n=6) av kvinnoklinikernas PM/Vårdprogram. Att arbeta med ett naturligt förhållningssätt innebar att barnmorskan och övrig personal skulle bemöta föräldraparet som de bemöter andra par som går igenom en förlossning. De innebar också att barnet togs emot efter framfödandet som ett levande barn och lades direkt upp på moderns bröst.



Figur 3. Förekomsten av de specifika omvårdnadsåtgärderna i de granskade kvinnoklinikernas PM/Vårdprogram.

6.4 Förekomst av specifika omvårdnadsåtgärder

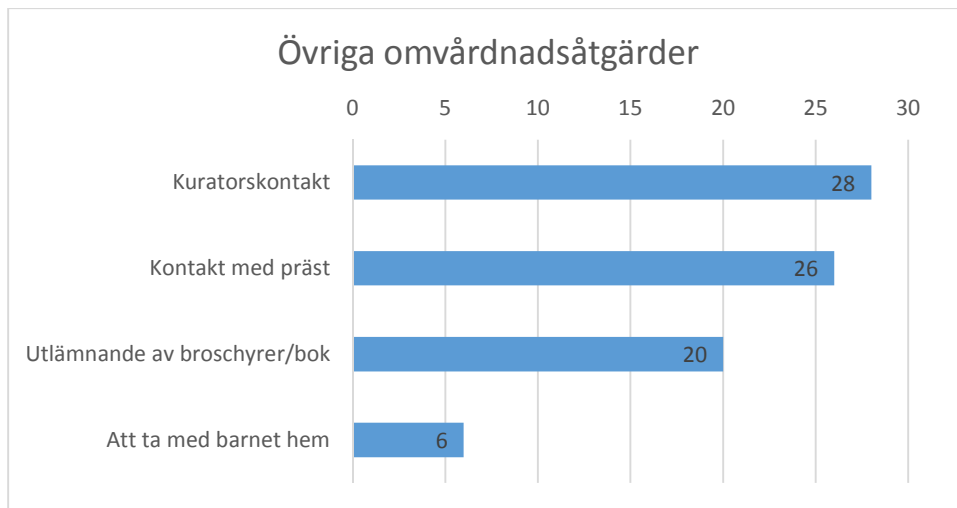
I en jämförelse mellan de kliniker som har specifikt omvårdnads PM/Vårdprogram vid IUFD och de som har ett gemensamt PM/Vårdprogram för medicinska och omvårdande åtgärder, framkom skillnader i hur många av de specifika omvårdnadsåtgärderna som beskrevs. Jämförelsen visade att kliniker med ett specifikt omvårdnads PM/Vårdprogram i högre grad beskrev de specifika omvårdnadsåtgärder som litteraturgenomgången visat sig vara relevanta i mötet med familjer som drabbats av IUFD. I genomsnitt förekom 5 av 6 (83 %) av dessa specifika omvårdnadsåtgärder i PM/Vårdprogram hos kvinnokliniker som hade ett särskilt PM/Vårdprogram för omvårdnad. I de övriga PM/Vårdprogram, där medicinska och omvårdande åtgärder blandats, var förekomsten av de specifika omvårdnadsåtgärderna 2,9 av 6 (48 %)



Figur 4. Förekomst av specifika omvårdnadsåtgärder hos kliniker som har eller saknar specifikt omvårdnads PM.

6.5 Övriga omvårdnadsåtgärder

Utöver de sex specifika omvårdnadsåtgärder som gjorde sig synliga efter litteraturgenomgång i bakgrunden, förekom även andra omvårdnadsåtgärder i kvinnoklinikernas PM/Vårdprogram. De två vanligaste omvårdande åtgärderna var kontakt med kurator samt kontakt med präst/sjukhuspräst. Att kontakta kurator i samband med omhändertagande av föräldrar som drabbats av IUFD förekom i 90 % (n=28) av alla PM/Vårdprogram. Att ta kontakt med präst/sjukhuspräst för stöd eller för hjälp med begravning, nöddop/namngivning eller för samtalsstöd förekom i 84 % (n=26) av de granskade PM/Vårdprogrammen. Att lämna broschyrer/ bok till föräldrarna, så som "Om små änglar", "Vårt barn fattas oss", fanns beskrivet i 65 % (n=20) PM/Vårdprogram. Möjligheten att få ta med sig sitt avlidna barn hem fanns omnämnt i 19 % (n=6) av de granskade PM/Vårdprogrammen.



Figur 5. Förekomst av övriga omvårdnadsåtgärder i PM/Vårdprogram.

6.6 Föräldrarnas sorgprocess

Beskrivning och förklaring av sorgprocessen i samband med dödsfall och förlust fanns med i 32 % av de (n=10) granskade PM/Vårdprogrammen. I dessa PM/Vårdprogram motiverades de omvårdande handlingar för att underlätta, förklara och förenkla föräldrarnas sorgprocess.

6.7 Förekomst av referenser

Efter granskning av kvinnoklinikernas PM/Vårdprogram vid IUFD framkom det att 29 % av klinikerna (n=9) hänvisade till referenser i sitt material. Referenserna utgjordes av vetenskapliga artiklar, läroböcker och avhandlingar.

7 DISKUSSION

7.1 Metoddiskussion

Det mätinstrument som använts under studiens genomförande är de sex specifika omvårdnadsåtgärderna som litteraturgenomgången påvisade. Utifrån dessa sex omvårdnadsåtgärder har de medverkande klinikernas PM/Vårdprogram granskats deduktivt. Måttet på reliabiliteten, i denna studie i form av det som framkommit i litteraturgenomgången, kan anses som mätsäkert då den beskriver den senaste forskningen på området. Instrumentet har i hög grad mätt de begrepp/fenomen som avsågs att mätas, i detta fall omvårdnadsåtgärder vid IUFD. Detta tyder på att begreppsvaliditeten är hög (Polit & Beck, 2012; Steiner & Norman, 2003). En svaghet med studiens deduktiva ansats var svårigheten att förhålla sig objektivt till den text som granskades. Fler eller liknande specifika omvårdnadsåtgärder kunde ha synliggjorts om fler författare granskat de vetenskapliga studierna som bearbetats i litteraturgenomgången. Liknande omvårdnadsåtgärder har påvisats vid tidigare studier vilket stärker den externa validiteten. I en studie av Säflund (2004) då 31 föräldrar som drabbats av IUFD intervjuats synliggjordes sex kategorier av omvårdande handlingar. Dessa var: *Stöd i kaos, stöd i att möta och skiljas från sitt barn, stöd i sorg/förlust, att få veta orsaken till IUFD, att vården organiseras och sluter upp kring föräldrarna, att förstå föräldrarnas sorgprocess* (Säflund, 2004).

Om studien genomförts med en induktiv ansats kunde eventuellt PM/Vårdprogram ha granskats på ett mer neutralt sätt, utan en applicerad mall, och det skulle eventuellt ha kunnat påverka studiens resultat. Den deduktiva ansatsen medförde en förförståelse till ämnet som gjorde att PM/Vårdprogrammen granskades utifrån en framarbetad teori. Då den deduktiva ansatsen svarade bättre mot studiens syfte, som var att jämföra de omvårdnadsåtgärder som beskrevs i PM/Vårdprogram med aktuell forskning, valdes deduktiv ansats framför en induktiv ansats.

Validitets begreppet inom kvantitativa studier beskriver om det som avsågs att studeras också har studerats. Studien avsåg att granska Sveriges kvinnoklinikers PM/Vårdprogram vid IUFD och det har också gjorts. Validiteten kan anses vara hög då studien undersökt det som avsågs att undersökas och studiens syfte har besvarats (Polit & Beck, 2012).

Studiens urval var nationellt och alla kvinnokliniker i Sverige med förlossningsavdelning (n=49), kontaktades med förfrågan om deltagande i studien. Resultatet kom att innehålla svar från 31 av de 49 tillfrågade klinikerna. Bortfallet kom att uppgå till 27 % och det kan

påverka studiens generaliserbarhet. En svaghet som kan tas upp studien i detta avseende är att ingen bortfallsanalys har genomförts på de kliniker (n=18) som valde att inte svara på förfrågan om att delta i studien. För att resultatet ska vara generaliserbart bör gruppen som tillhör bortfallet, likna den grupp som igår i studien. Trots att ingen bortfallsanalys genomförts så kan en enklare granskning påvisa att studiens resultat baseras på PM/Vårdprogram från en varierande grupp kliniker. Studien innehåller PM/Vårdprogram från både mindre och större sjukhus samt från sjukhus med varierad geografisk belägenhet. Trots bortfallet har de variabler som studien avsåg att mäta för studiens resultat, också kunnat mätas (Polit & Beck, 2012; Steiner & Norman, 2003).

Bortfallet i studien tros kunna förklaras delvis med tidpunkten för studiens genomförande. En första förfrågan om deltagande i studien skickades ut via post i slutet av maj 2013. Skriftlig påminnelse via post och elektronisk postförfrågan via barnmorskeförbundet utgick i mitten av augusti 2013. Detta sammanföll med sommarens semesterperioder och kan ha bidragit att de tillfrågade chefsbarnmorskorna inte fanns på plats och att arbetsbelastningen på kvinnoklinikerna också oftast är högt under sommarhalvåret. En annan bidragande faktor till bortfallet kan vara att förfrågan kan ha skickats till fel person alternativt fel adress. Svarsfrekvensen hade eventuellt blivit högre om klinikerna kontaktats via telefon eller personligen.

7.2 Etisk diskussion

De fyra forskningsetiska aspekterna informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav, har alla beaktas i samband med datainsamling och studiens genomförande (Vetenskapsrådet 2012). Informationsbrev om samtycke och möjlighet att avbryta sitt deltagande ingick i förfrågan till de olika klinikerna. Konfidentialitetskravet innebär att sekretess och att studiepopulationens personuppgifter i ska förvaras så att ingen obehörig kan komma åt känsliga uppgifter (Vetenskapsrådet, 2012). För att inte utlämna kliniker med namn har data valts att presenterats anonymt och endast på gruppnivå med hjälp av statistik. PM/Vårdprogram numrerades och analyserades utan att klinikenamn fördes in i dataanalysen. Att dessa etiska aspekter har beaktas och omnämns i informationsbrevet kan ha haft en positiv inverkan på resultatet i fråga om att fler kliniker kände sig trygga att lämna ut detaljerad information om sitt arbetssätt utan att känna oro över att kliniken skulle nämnas vid namn eller kopplas samman med resultat som kunde få kliniken att framstå i dålig dager. Klinikernas PM/Vårdprogram har i avseende på nyttjandekravet endast använts

i denna studie och inga uppgifter om klinikerna eller deras PM/Vårdprogram har förmedlats vidare.

7.3 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att granska Sveriges kvinnoklinikers PM/Vårdprogram vid IUFD, med inriktning på beskrivna omvårdnadsåtgärder. Studiens resultat visade att samtliga kliniker som medverkar hade ett PM/Vårdprogram avseende patienter som drabbats av IUFD. Resultatet har påvisat att det inte fanns några nationella riktlinjer för hur ett PM/Vårdprogram ska se ut eller vad ett PM/Vårdprogram bör innehålla, i samband med omhändertagande av patienter som drabbats av IUFD. PM/Vårdprogrammen från de medverkande klinikerna varierade stort i hur utförliga och detaljerade de var och hur stort fokus kliniken lagt på att beskriva omvårdnaden av föräldraparet. De sex specifika omvårdnadsåtgärderna som gjorde sig synliga efter litteraturgenomgången, har beskrivits i varierande frekvens i kvinnoklinikernas PM/Vårdprogram. Åtgärder som kan upplevas som självklara så som stöd/bemötande och hur information ska ges till de drabbade föräldrarna, återfanns endast i cirka hälften av de granskade PM/Vårdprogrammen, medan provtagningshänvisningar och åtgärder för att medicinskt utröna orsaken till IUFD, återfanns hos samtliga kliniker. Studiens resultat gjorde det synligt att medicinska åtgärder uppfyllde en större del av klinikernas PM/Vårdprogram än vad de omvårdande åtgärderna gjorde. Då viktiga omvårdande åtgärder inte beskrivs i PM/Vårdprogram finns risken att drabbade föräldrar inte får likvärdig vård, beroende på vilken klinik de vårdas på. Omvårdnaden av föräldrarna sker då på ett icke evidensbaserat sätt. För att underlätta för personal, speciellt nyutbildad, är det också viktigt att relevanta omvårdnadsåtgärder finns dokumenterade för att på bästa sätt ge möjlighet för all personal att bedriva god vård. Granskningen av kvinnoklinikernas PM/Vårdprogram visade att sjukhusets storlek eller vart i Sverige sjukhuset var beläget, inte spelade någon roll, när det handlade om hur utförligt ett PM/Vårdprogram var.

Studios resultat påvisade att lite drygt hälften av de medverkande klinikerna hade en skriftlig plan i sitt PM/Vårdprogram hur föräldrarna skulle omhändertas vid ankomst till avdelning, vid misstänkt eller verifierad IUFD. I en studie av Säflund (2004) intervjuades 31 föräldrar som drabbats av IUFD. Resultatet visade att vårdgivarens agerande, bemötande och omhändertagande vid sjukhusvistelsen hade mycket stor påverkan på hur föräldrarnas upplevelser och förmåga att hantera situationen vid IUFD (Säflund, 2004). Inför mötet med patienter i pågående akut kris kan det verka fördelaktigt att arbeta efter en skriftlig plan.

Känslorna som ett avlidet barn väcker drabbar alla i omgivningen, inklusive vårdpersonal. För att kunna arbeta professionellt oavsett hur lång erfarenhet som vårdpersonalen besitter måste det vara en fördel att ta emot och handha föräldrarna efter en inarbetat rutin.

Samtliga PM/Vårdprogram innehöll beskrivningar över hur IUFD ska diagnostiseras. Av dessa hade endast två tredjedelar en skriftlig plan *hur* beskedet bör lämnas till föräldraparet och av vem som beskedet ska ges. Minnet av när beskedet ges är något som föräldrarna kommer bära med sig resten av livet (Säflund, 2003; SFOG, 2002). Ögonblicket då föräldrarna får beskedet om att deras väntade barn avlidit är mycket svårt. Föräldrarna hamnar i en akut chock och en mycket svår psykologisk kris. Hur beskedet ges till föräldrarna är av stor vikt eftersom det medför stor inverkan på hur dem tar sig vidare i sin akuta kris. Saklig information som upprepas vid flera tillfällen och vid rätt tidpunkt hjälper föräldrarna att förstå det som skett och förbereda sig på det fortsatta handhavandet.

Efter granskning av kvinnoklinikernas PM/Vårdprogram visade det sig att i lite drygt hälften av fallen hade föräldrarna en möjlighet att påverka när förlossningen skulle sättas i gång efter diagnos av IUFD. Övriga PM/Vårdprogram hänvisade till platssituationen på förlossningen alternativt personaltätheten. Rådestad et al (2011) påvisade i sin studie att förlossningar som fördröjdes mer än 24 h var förenade med ökade förekomst av långvariga ångestsymtom hos mamman. Föräldrarna ska själva kunna påverka när förlossningen ska sättas i gång (Rådestad et al 2011). Utifrån dessa forskningsresultat kan de upplevas som otroligt relevant att PM/Vårdprogram innehåller en plan för hur familjen ska förberedas på och informeras inför den stundande förlossningen vid IUFD. Att ge föräldrarnas möjlighet att påverka när förlossningen ska sättas i gång kan bidra till att öka känslan av medbestämmande hos de drabbade föräldrarna, som i stunden säkert kan uppleva en total kontrollförlust och vanmakt. Att föräldrarna själv får välja när förlossningen sätts i gång kan kanske också bidra till en mer positiv förlossningsupplevelse, trots den mycket svåra situationen.

Av de sex olika specifika omvårdnadsåtgärderna som framkom efter litteratutgenomgången, var det *att ta reda på orsaken till IUFD* som förekom med absolut högst frekvens. Samtliga kliniker innehöll information om hur orsak till IUFD skulle påvisas. I flera vetenskapliga studier, där föräldrar som drabbats av IUFD intervjuats, visade resultatet att föräldrarna upplevde det som befriande när de fick reda på orsaken till varför deras barn avlidit intrauterint. Detta ledde till minskade nivåer av skuld, särskilt hos modern (Säflund et al 2004; Murphy, 2012).

Att utröna orsaken till IUFD var den enda specifika omvårdnadsåtgärd som förekom i samtliga PM/Vårdprogram och det var den åtgärd som fick absolut störst fokus i fråga om

utrymme och sidantal i de granskade dokumenten. Medicinska åtgärder har i denna studie fått representera en omvårdande handling, trots att det i de olika PM/Vårdprogrammen endast presenterades som en rad provtagnings hänvisningar och labbremsis. Detta på grund av resultatet i litteraturgenomgången där det framkom att föräldrar värderar högt att orsaken till deras barns död kan påvisas. Huruvida checklistor på provtagningar ska räknas som en omvårdande handling eller inte kan diskuteras. Det tål att poängteras att i inget av PM/Vårdprogrammen var dessa provtagningar satta i samband med att de skulle underlätta sorgeprocessen för de drabbade föräldrarna eller att de gjordes i syfte att hjälpa dem i deras svåra sorg. I två av de granskade PM/Vårdprogrammen var *att utröna orsaken till IUFD*, den enda beskrivna omvårdnadsåtgärden. Det kan vara förståeligt att checklistor som dessa måste existera eftersom handläggning av IUFD kanske inte hör till vardagssysslorna, men ett lika stort fokus borde kunna ligga vid mötet och omhändertagandet av de människor som drabbats. Omvårdnad som specifik åtgärd handlar till mycket stor del om barnmorskans arbete och förhållningssätt till föräldrarna före, under och efter förlossningen, vid IUFD. PM/Vårdprogram kan belysa och poängtera hur viktig barnmorskans arbetsuppgifter är för föräldrarnas upplevelse av IUFD och deras sorgeprocess om detta arbete dokumenteras och beskrivs.

Den näst vanligast förekommande specifika omvårdnadsåtgärden i de granskade PM/Vårdprogrammen, var att tillvarata *minnen* från det avlidna barnet. Tjugoåtta kliniker av trettioen, beskrev i sitt PM/Vårdprogram hur minnen skulle insamlas och att föräldrarna skulle uppmanas att göra detta i samband med IUFD. Samuelsson et al (2001) visade hur viktig vårdpersonalens roll var då IUFD inträffat och minnen av barnet skulle samlas. Många föräldrar menade att de själva inte tänkt på att tillvarata minnen, men att dem i efterhand var djupt tacksamma att de nu hade dem. Forskning har visat att tillvara ta minnen från sitt avlidna barn hade stor betydelse för bearbetningen av föräldrarnas och familjens sorgeprocess. Minnen som foton, hårlock och handavtryck hjälpte den drabbade familjen att förstå det som hänt och att ha något att förknippa minnena från barnet vid (Säflund et al 2004; Trulsson & Rådestad 2004; Kavanough & Hershberger, 2005; Gold, 2007; Henley & Schott, 2008; Kelley, 2012). Nästintill samtliga kliniker beskrev vikten av att samla in minnen från det avlidna barnet. De flesta kliniker hade många kreativa tips på hur minnen kunde samlas in, något som säkert upplevs mycket positivt av föräldrarna. Det kan säkert även underlätta för personalen att veta hur de ska hjälpa föräldrarna med att ta foton, spara hårlock och dylikt.

Att uppmuntra föräldrarna *att hålla* sitt barn efter förlossning vid IUFD förekom i cirka två tredjedelar av de granskade PM/Vårdprogrammen. Denna omvårdande handling har visat

sig ha stor betydelse för de drabbade föräldrarnas och familjens fortsatta sorgeprocess. Ett flertal vetenskapliga studier visade att föräldrar behöver stöd i att våga möta och hålla sitt döda barn (Samuelsson et al 2001; Trulson & Rådestad, 2004; Säflund & Wredling, 2006; Rådestad et al 2009; Kelley, 2012). Föräldrarna behöver få information om hur barnet kan tänkas se ut och uppmanas att ta till sig barnet direkt efter förlossning. Forskning visar i stor utsträckning på positiva effekter på sorgeprocess och nivåer av depression och ångest, då mammor hållit sitt döda barn efter förlossning (Samuelsson et al 2001; Rådestad et al 2009; Säflund & Wredling, 2006; Kelley, 2012). Denna positiva effekt kunde även ses på syskon till det avlidna barnet. Att hålla sitt döda syskon inverkar positivt på sorgeprocessen hos familjens övriga barn (Avelin et al 2011). Till skillnad från resultatet av ovanstående svensk och amerikansk forskning, har en studie genomförd i Storbritannien visat på motsatt resultat. I studien, publicerad 2002, deltog 60 kvinnor som alla drabbats av IUFD. Resultatet visade inga eller snarare negativa konsekvenser av att hålla sitt döda barn efter förlossningen. Att forskning kan visa så olika resultat kan upplevas som anmärkningsvärt. Studierna är genomförda i länder med liknade socioekonomisk standard och sjukvård och har genomförts under samma tidsperiod. Den största skillnaden var att Hughes (2002) studie var kvantitativ men hade en mycket liten population vilket gjorde att resultatet inte är generaliserbart. Efter litteraturgenomgång har inga fler studier, förutom studien av Hughes (2002), påträffats med liknande resultat. Det som trots allt styrker tesen att det skulle vara positivt att hålla sitt barn i samband med IUFD, är att flertal studier visar pekar i denna riktning.

Anknytning och prenatal anknytning beskriver det starka emotionella band som existerar mellan förälder och barn. Detta band utvecklas mycket tidigt under graviditeten och är inte bara knyten till fysiologiska behov. Anknytning och prenatal anknytning är ett psykologiskt behov av trygghet och närhet till en annan individ (Bowlby, 2010). Med kunskap om anknytningsteori kan föräldrarnas behov av att få ha sitt avlidna barn nära förstås på ett djupare plan. Att föräldrarna i den chock de befinner sig i, inte kan känna eller förstå vidden av detta, gör det extra viktigt att personalen befrämjar detta möte och senare avslut. Föräldrarna ska på ett naturligt sätt skiljas från den individ som dem under hela graviditeten haft en kärleksfull relation till och redan har en stark anknytning till.

Hur personalens *stöd och bemötande* skulle se ut, beskrevs i upp emot hälften av de medverkande klinikernas PM/Vårdprogram. Ett flertal studier visar på att föräldrar hade ett starkt behov av att få stöd i det kaos och i den svåra förlust som IUFD innebär. Bra stöd beskrevs vara att få samtala om det som hänt, att känna att personalen tog sig tid och att få känna sig bekräftad i sin sorg (Säflund et al, 2004; Henley & Schott, 2008; Kavanough et al,

2004; Kavanaugh & Hershberger, 2005). Det kan upplevas som förvånande att så pass få som bara hälften av PM/Vårdprogrammen innehöll dessa två omvårdnadsåtgärder då de behandlar ett ämne som innebär stor sorg och kris för de som drabbats. Stöd och bemötande är en omvårdnadsåtgärd som också kan sammankopplas med de funktioner som kurator och sjukhuspräst fyller. Vid granskning av PM/Vårdprogram fanns åtgärden att kontakta kurator och präst vid IUFD i så gott som i samtliga. Forskning visar att personal som uttryckte empati, förståelse och bekräftade föräldrarnas sorg underlättade den svåra situationen (Kelley, 2012; Henley & Schott, 2008; Einaudi, 2010). Detta resultat hade möjligtvis kunna räknats in i den specifika omvårdnadsåtgärden ”stöd och bemötande”. Anledningen till att detta inte har gjorts, är att i de flesta fall finns varken sjukhuspräst eller kurator tillgänglig dygnet runt på en förlossningsavdelning. Under den största delen av vårdtiden i samband med att IUFD inträffat, möter den drabbade familjen barnmorskor och undersköterskor, varför deras bemötande och stöd hellre skulle beskrivas i PM/Vårdprogram.

Litteraturgenomgången visade heller inte på att föräldrarna önskade specifikt stöd från just dessa yrkeskategorier: kurator eller präst. Istället påvisades positiva effekter på sorgprocessen då vårdpersonalen på förlossningskliniken tog sig tid och bekräftade familjen i sin sorg före, under och efter förlossningen av ett barn vid IUFD.

Information som åtgärd förkom i mindre än hälften av de granskade PM/Vårdprogrammen. Flertalet studier har visat att föräldrar uttryckte att det var mycket viktigt med strukturerad information från vårdgivaren i samband med IUFD. Informationen skulle vara saklig, ges stegvis och upprepas då föräldrarna upplevde sig vara i kaos och hade svårt att ta till sig den (Säflund et al, 2004; Trulsson & Rådestad, 2004; Kavanaugh & Hershberger, 2005). Det kan upplevas som förvånande att omvårdnadsåtgärden information endast återfanns i mindre än hälften av de granskade PM/Vårdprogrammen. Att säkerställa att rätt information ges, av vem som informationen ska ges och hur den ska ges, är av största vikt när vi möter människor som befinner sig i akut kris. Viss information ska ges omedelbart, medan annan information bättre tas emot när den akuta krisen lagt sig. Rätt information hjälper föräldrarna att förstå det ofattbara, vilket är avgörande för sorgbearbetningen. En beskrivning av hur och av vem informationen ska ges, underlättar även arbetet för vårdpersonalen på förlossningsavdelningen, för att säkerställa att informationen verkligen ges och inte glöms bort.

Det naturliga förhållningssättet var den med minst frekvens, förekommande specifika omvårdnadsåtgärden i de granskade kvinnoklinikernas PM/Vårdprogram. Av de sex kliniker som tog upp de naturliga förhållningssättet, har samtliga specifikt omvårdnads PM/Vårdprogram vid IUFD. Det naturliga förhållningssättet innebar att behandla föräldrar

och nyfödd med värdighet och använda samma tillvägagångssätt som efter en levande förlossning. Föräldrar har i ett flertal studier (Cacciatore et al, 2008; Henley & Schott, 2008; Cacciatore et al, 2012; Erlandsson et al, 2011), uttryckt en önskan att vårdgivarna skulle ha ett naturligt förhållningssätt till det döda barnet. Föräldrarna ville bli sedda som föräldrar och uppskattade när de blev inbjudna att sköta barnet, som efter en levande förlossning. Det naturliga förhållningssättet fick de drabbade föräldrarna att känna sig respekterade då deras barn behandlades med värdighet, som om det vore levande (Cacciatore et al, 2008; Henley & Schott, 2008; Cacciatore et al, 2012; Erlandsson et al, 2011).

De granskade PM/Vårdprogrammen innehöll även omvårdnadsåtgärder som inte beskrevs i litteraturgenomgången. Utöver åtgärder som kurator och sjukhuspräst som tidigare beskrivits, var broschyr och bok den vanligaste förekommande åtgärden. Att denna åtgärd inte kom att inkluderas i den specifika omvårdnadsåtgärden ”*information*”, var på grund att den inte förekom som ett led i hur föräldrarna skulle förstå sin situation. Bok och eller broschyr fanns ofta med på checklista över det som skulle lämnas till föräldraparet vid hemgång.

Ett fåtal av de kliniker som ingår i studien beskrev i sitt PM/Vårdprogram möjligheten för föräldrarna att ta hem sitt barn. Att fråga föräldrarna om de i lugn och ro i hemmet, vill ta avsked av sitt barn, kan ha stor betydelse för många. Föräldrar bör få information om att de kan få ta hem sitt döda barn om de så önskar. Föräldrar som önskar ta hem sitt barn ska därför uppmuntras och stödjäs av personalen att våga göra det (Rådestad, 1998).

Att förklara föräldrarnas sorgprocess i samband med förlusten av ett barn, beskrevs i cirka en tredjedel av de granskade PM/Vårdprogrammen. I dessa fall motiverades många av omvårdnadshandlingarna för att underlätta sorgprocessen hos de drabbade föräldrarna. Forskning visar att föräldrar kände ett starkt behov av att få stöd i det kaos och i den svåra situation som IUFD innebär. Det underlättade stort för föräldrarna om vårdpersonalen tog sig tid för dem och om föräldrarna kände sig bekräftad i sin sorg (Säflund et al, 2004; Henley & Schott, 2008; Kavanaugh et al, 2004; Kavanaugh & Hershberger, 2005). Om vårdpersonalen har kunskap om vad det innebär att gå igenom ett svårt psykologiskt trauma och svår sorg, kan de bidra med ett bättre stöd för de familjer som drabbas av IUFD. Föräldrar ansåg att vårdpersonalens förståelse för sorgprocessen underlättade den svåra situationen (Säflund, 2003). Kunskap om de psykologiska banden och om tidig anknytning, vidgar personalens empati och förståelse för den enorma känsla av förlust som de genomgår. Sorgen som dödsfallet utlöser kan inte jämföras med förlusten av en vuxen medmänniska. Att mista ett ofött barn kan beskrivas som tre stora förluster. Föräldrarna förlorar en planerad och tänkt framtid. Det ger även en förlust av identitet i form av förlusten av en

blivande roll som förälder. Att IUFD ofta sker plötsligt och oväntat ger dessutom föräldrarna en stor känsla av kontrollförlust (Robinson, Baker, Nackerud, 1999).

Studiens resultat visade att gemensamma riktlinjer för handläggning av IUFD saknas. Nationella riktlinjer säkerställer en evidensbaserad vård oberoende av sjukhus, ort, klinik och behandlande vårdpersonal. Det kan ses som en stor brist att Sveriges kvinnokliniker saknar dessa gemensamma värdegrunder och att kvalitén på PM/Vårdprogram skiftar så stort mellan olika kliniker, då bristen på riktlinjer kan leda till icke evidensbaserat handläggande. Studiens resultat visade att de kliniker som gav likvärdig plats och fokus till omvårdnadsåtgärder som till de medicinska åtgärderna, också i högre grad lyckats beskriva de handlingar som föräldrar tyckt var relevanta vid IUFD. Av de medverkande klinikerna hade 45 % ett eget specifikt PM/Vårdprogram för omvårdnad vid IUFD medan 55 % saknade detta. Det kan uppfattas som anmärkningsvärt att omvårdnadshandlingar inte beskrivits eller omnämnts lika ofta som de medicinska åtgärderna, som alltid fanns dokumenterade. Omvårdnad är en stor och livsviktig del av all sjukvård, men får ofta en undanskymd plats. För att belysa och lyfta upp barnmorskans unika, viktiga och meningsfulla arbete bör omvårdnad lika ofta som medicinska handlingar, dokumenteras. Det är svårt att tro att föräldrar som upplevt IUFD kommer att minnas vilka prover som togs och vilka undersökningar som gjordes efter födseln. Det som fastnar i minnet är personen som tog sig tid, som fanns vid deras sida och som vägledde dem genom detta ofattbara kaos. Utifrån denna utgångspunkt känns det extra relevant att betona att specifika PM/Vårdprogram ska finnas för omvårdnad. Inte bara för att belysa och lyfta barnmorskans arbete, men för att garantera att patientens vård blir rättvis, trygg och jämlik.

7.4 Slutsats

Studien visade att samtliga medverkande kvinnokliniker hade ett PM/Vårdprogram vid IUFD. Resultatet visade att nationella riktlinjer för omvårdnad vid IUFD saknades då deras PM/Vårdprogram i hög utsträckning varierade i fråga om hur frekvent specifika omvårdnadsåtgärder förekom. I lite drygt hälften av de granskade PM/Vårdprogrammen fanns en skriftlig plan för hur föräldrarna skulle tas emot när de ankom förlossningsavdelningen vid misstänkt eller konstaterad IUFD. Cirka två tredjedelar innehöll en beskrivning om hur beskedet skulle lämnas och i ungefär hälften av PM/Vårdprogrammen beskrev föräldrarnas möjlighet att påverka när förlossningens skulle sättas i gång. Kvinnokliniker med specifikt

omvårdnads PM/Vårdprogram vid IUFD innehöll i högre grad de sex specifika omvårdnadsåtgärder vilka beskrivits i aktuell forskning (5 av 6), medan de PM/Vårdprogram som blandat medicinska med omvårdande åtgärder i lägre grad beskrev dessa åtgärder (2.9 av 6).

7.5 Kliniska implikationer

Forskning visar tydligt föräldrars behov av stöd, vägledning och specifik omvårdnad då de drabbats av IUFD. För att säkerställa god och evidensbaserad vård, behöver sjukvården arbeta enligt väl framtagna riktlinjer. Studien visar att PM/Vårdprogram skiljer sig stort beroende på vilken klinik som granskats, vilket tyder på att ett enat evidensbaserat arbetssätt för Sveriges kvinnokliniker, saknas. Studien visade hur mer frekvent medicinska åtgärder beskrivs i PM/Vårdprogram, i jämförelse med omvårdnadsåtgärder. Detta trots att forskning visar att föräldrar värdesätter omvårdande åtgärder högst. För att säkerställa likvärdig vård, oavsett vilken klinik som patienten vårdas på, krävs det att nationella riktlinjer etableras som grund för hur PM/Vårdprogram utarbetas. Studien kan ligga till grund för en vidare utredning och kartläggning av Sveriges kvinnoklinikers arbetssätt vid IUFD som på sikt kan leda fram till en mer enhetlig, patientsäker och evidensbaserad omvårdnad.

7.6 Framtida forskning

Vidare studier behövs för att kartlägga föräldrars behov av omvårdnad vid IUFD samt hur Sveriges kvinnokliniker arbetar vid mötet med föräldrar som drabbats av IUFD. Forskning hur föräldrar upplever omvårdnad vid sjukhusvistelse i samband med IUFD behöver också genomföras och komplettera aktuella studier. Att lyfta fram och belysa de drabbade föräldrarnas stora behov av omvårdnad stärker också barnmorskans viktiga och unika roll i förlossningsvården.

REFERENSLISTA

- Avelin, P., Erlandsson, K., Hildingsson, I., Rådestad, I. (2011). Swedish Parents' experiences of parenthood and need for support to siblings when a baby is stillborn. *Birth*, June 38:2.
- Avelin, P., Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery* 29; 668-673.
- Bowlby, J. (2010). *En trygg bas: kliniska tillämpningar av anknytningsteorin*. Natur och Kultur, 2010.
- Brodén, M. (2004). *Graviditetens möjligheter, en tid då relationer skapas och utvecklas*. Stockholm, Natur och kultur.
- Cacciatore, J., Rådestad, I., Froen, F. (2008). Effects of contacts with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth*, December 35; 4.
- Cacciatore, J., Erlandsson, K., Rådestad, I. (2013). Fatherhood and suffering: A qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby. *International Journal of Nursing studies* 50; 664-670.
- C EAC, Nikkels PGJ, Brouwers HAA, Boon J, van Egmond-Linden A, Hart C. (2011). Sub-standard care in antepartum term stillbirths: prospective cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 90(12):1416-22.
- Cullberg, J. 2003. *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Efkarpidis S, Alexopoulos E, Kean L, Liu D, Fay T. (2004). Case-control study of factors associated with intrauterine fetal deaths. *Medscape General Medicine*. 6 (2); 53-60.
- Einaudi, M.A., Le Coz, P., Malzac, P., Michel, F., Dércole, C., Gire, C. (2010). Parental experience following perinatal death: exploring the issues to make progress. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 151; 143-148.
- Erlandsson, K., Warland, J., Cacciatore, J., Rådestad, I. (2013). Seeing and holding a stillborn baby: Mother's feelings in relation to how their babies were presented to them after birth-Findings from an online questionnaire. *Midwifery* 29; 246-250.
- Etikprövningslagen SFS (2008) 2008:192. Hämtad 120625 från: www.noti-sum.se/rnp/sls/lag/20030460.htm
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Journal of Advanced Nursing*; 22(2): 22-26.
- Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A. & Nissen E. (2001). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

- Hagberg, H., Marsal, K. & Westgren, M.(2008). *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur
- Henley, A., Schott, J. (2008). The death of a baby before, during or shortly after birth: Good practice from the parent's perspective. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 13, 325-328.
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., Evans, CDH. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet* ; 360: 114-118.
- International Confederation of Midwives. *International Code of Ethics for Midwives Haag: International Confederation of Midwives*. (2008). Hämtad 120602 från: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives%20jt%202011rev.pdf>.
- Kavanaugh, K., Hershberger, P. (2005). Perinatal Loss in Low-Income African American Parents. *JOGGN*, 34, 595-605.
- Kavanaugh, K., Trier, D., Korzec, M. (2004). Social support following perinatal loss. *Journal of family nursing*, 10(1), 70-92.
- Kelley, M.C., Trinidad, SB.(2012). Silent loss and the clinical encounter: Parent's and physicians experiences of stillbirth- a qualitative analysis. *Pregnancy and Childbirth*, 12:137, 1-15.
- Malm, C., Lindgren, H., Rådestad, I. (2010-2011). Losing contact with one's unborn baby- mothers experiences prior to receiving news that their baby has died in utero. *OMEGA*, Vol. 62(4)353-367.
- Murphy, S. (2012). Reclaiming a moral identity: Stillbirth, stigma and moral mothers. *Midwifery* 28; 476-480.
- O'Sullivan, O., Stephen, G., Martindale, E.,Heazell, AEP.(2009). Predicting poor perinatal outcome in women who present with decreased fetal movements. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 29(8):705-10.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Raphael-Leff, J. (1992) *Psychological Process of Childbearing*. London: Chapman & Hall.
- Robinson,M., Baker, L., Nackerud, L.(1999). The relationship of attachment theory and perinatal loss. *Death studies*, 23:257-270.
- Rochrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C., Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *JOGNN* 37, 631-639.
- Rådestad, I. (1998). *När barn föds döda*. Lund: Studentlitteratur

- Rådestad, I., Surkan, P.J., Steineck, G., Cnattingius, S., Onelöv, E., Dickman, P.W.(2009). Long-term outcomes for mothers who have not held their stillborn baby. *Midwifery* 25, 422-429.
- Samuelsson, M., Rådestad, I., Segesten, K. A.(2001). Waste of life: Father´s experiences of losing a child before birth. *Birth* 28:2, 124-130.
- Stern, D.N. (1998). *En mor blir till. Hur moderskapet förändrar dig för all framtid*. Stockholm:Natur och Kultur.
- Strener, D., Norman, G. (2003). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use* (3 ed). New York: Oxford University Press.
- Socialstyrelsen.(2011). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. Medicinska födelseregistret 1973-2010. Assisterad befruktning 1991-2009.
- Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 130526 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf.
- Säflund, K. (2003). *An analysis of parent's experiences and the caregiver's role following the birth of a stillborn child*. Karolinska Institutet Danderyds sjukhus. Division of Obstetrics and Gynecology. Stockholm, Sweden. Doctoral Dissertation.
- Säflund, K., Wredling, R. (2006). Differences within couples 'experience of their hospital care and well-being three months after experiencing a stillbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85: 1193-1199,
- Säflund, K., Wredling, R. (2004). The role of caregivers after stillbirth: Views and experiences of parents. *Birth* June 31:2.
- Tolfvenstam, T., Papadogiannakis, N., Norbeck, O., Peterson, O., Broliden K. (2001). The frequency of human parvovirus B19 infections in intrauterine fetal death. *Lancet* 357:1494-7
- Trulsson, O., Rådestad, I. (2004). The silent child- Mother´s Experiences Before, during, and after Stillbirth. *Birth* September 31:3
- Vetenskapsrådet. (2012). *Forskningsetiska principer*. Hämtad 130522 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Bilaga 1 Artikelmatris

Författare Titel Tidskrift, utgivningsdata, Ursprungsland	Syfte	Metod	Resultat/ konklusion
Trulsson, O., Rådestad, I. ”The silent child-Mother’s experiences Before, During and after stillbirth. Birth 31:3 september 2004. Sverige & Norge	Att undersöka varför induktion av förlossning vid IUFD inte bör ta mer än 24 h samt att undersöka hur tiden mellan beskedet om IUFD tills förlossning spenderades av mödrar.	Kvalitativ metod. Fenomenologisk analys. Djup intervju av 12 kvinnor 6-18 månader efter IUFD.	Förlossning ska induceras så snabbt som möjligt för att minska långvariga depressiva symtom hos mamman. Tiden mellan diagnos och förlossning är ett bra tillfälle för vårdpersonal att stärka kvinnan för att göra hennes upplevelse så hanterbar som möjligt.
Rochrs, C., Mastersonn, A., Alles, R., Witt, c., Rutt, P. ”Caring for families coping with perinatal loss” JOGNN, 37, 631-639. 2008. USA	Att beskriva vilken typ av stöd och hur bekväm förlossningssjuksköterskor känner sig vid IUFD.	Kvalitativ deskriptiv studie. 10 förlossnings sjuksköterskor intervjuades.	Sjuksköterskorna kände sig relativt bekväma i situationen vid IUFD. Copingstrategier fanns. De önskade mer utbildning i sorg/sorgeprocessen och kommunikation och tydliga riktlinjer.
Kavanaugh, K., Hershberger, P. ” Perinatal loss in low-income african american parents” JOGNN, 34, 595-605. 2005. USA	Att undersöka upplevelserna hos låginkomsttagande afro-amerikaner vid IUFD.	Kvalitativ, deskriptiv studie. Fenomenologisk analys. 23 föräldrar intervjuades.	4 teman visade sig: att förstå det som hänt och reagera på sin sorg, att klara av stressfyllda situationer, att skapa minnen av barnet, att lära sig leva med sin förlust.

<p>Tolfvenstam, T., Papadogiannakis, N., Norbeck, O., Petersson, K., Broliden, K.</p> <p>”Frequency of human parvovirus B19 infection in intrauterin fetal death”</p> <p>Lancet 2001;357 (9267):1494-7, Sverige</p>	<p>Undersöka placentavävnad och fostervävnad för förekomsten av parvovirus B19 vid IUFD.</p>	<p>Kvantitativ epidemiologisk studie.</p>	<p>Parvovirus B19 kunde påvisas i 15 % av fallen.</p>
<p>Efkarpidis, S., Alexopoulos, E., Kean, L., Liu, D., Fay, T.</p> <p>”Case-control study of factors associated with intrauterine fetal deaths “</p> <p>Medscape 2004 May 27; Vol. 6 (2), pp. 53. Date of Electronic Publication: 2004 May 27.</p> <p>Storbritanien</p>	<p>Att jämföra levande graviditeter med graviditeter som slutat med IUFD. Olika parametrar så som fostervikt, moderns BMI t ex, jämfördes för att se om någon parameter var högre vid IUFD.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>Resultatet visade att barn som drabbades av IUFD var 50 % små för sin ålder. Den visade också att reducerade fosterrörelser var en viktig parameter innan inträffandet av IUFD. Moderns blodgrupp och ålder visade sig ha betydelse för förekomsten av IUFD.</p>
<p>C EAC, Nikkels PGJ, Brouwers HAA, Boon J, van Egmond-Linden A, Hart C, et al.</p> <p>”Substandard care in antepartum term stillbirth:prospective cohort study.</p> <p>Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2011;90(12):1416-22.</p> <p>Nederländerna</p>	<p>Att bedöma undermålig vård och faktorer hos barnet så som minskade fosterrörelser som kan påverka och förutsäga förekomsten av IUFD.</p>	<p>Prospektiv cohortstudie. 60 fall av IUFD studerades under en två-år period.</p>	<p>27 % av IUFD- fallen bedömdes som att de kunnat förhindras. Mer uppmärksamhet bör läggas på de barn som upptäckts vara tillväxthämmande under graviditeten då det sågs som en stor riskfaktor för IUFD. Det behövs riktlinjer för vård vid minskade fosterrörelser.</p>
<p>Avelin, P., Erlandsson, K., Hildingsson, I., Rådestad,I.</p> <p>”Swedish Parents experiences of parenthood and need for</p>	<p>Att beskriva föräldraskap och behovet av stöd för syskon när ett barn föds dött.</p>	<p>Kvalitativ studie. Intervjuer med fokusgrupper bestående av 27 föräldrar som erfarit IUFD och som hade barn sedan tidigare.</p>	<p>Föräldrarna befann sig i en balansgång mellan sorg och att hålla vardagslivet i gång. Föräldrar uttryckte behov av stöd i sin situation.</p>

<p>support to siblings when a baby is stillborn”</p> <p>Birth 38:2 June 2011. Sverige</p>			
<p>Avelin, P., Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., Erlandsson, K.</p> <p>”Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby.”</p> <p>Midwifery 29(2013) 668-673.</p> <p>Sverige</p>	<p>Att beskriva mamman och pappans sorg och hur det påverkar deras förhållande till varandra vid IUFD.</p>	<p>Kvantitativ studie. Frågeformulär som skickades till 55(33 mödrar, 22 fäder) föräldrar, 3 månader, ett år samt två år, efter IUFD.</p>	<p>Förlusten av ett barn ger komplex sorgprocess som är mycket individuell. Sorgen påverkar förhållandet. Många föräldrar uttryckte det som att sorgen förde dem närmre varandra.</p>
<p>Cacciatore,J., Rådestad, I., Froen, F.</p> <p>”Effects of contacts with stillborn babies on maternal anxiety and depression”</p> <p>BIRTH 35;4 December 2008.</p> <p>Sverige & Norge</p>	<p>Att undersöka effekten hos kvinnor som håller sitt dödfödda barn och hur det påverkar mödrarnas känsla av depression och ångest.</p>	<p>Kvantitativ studie. 2292 kvinnor deltog.</p> <p>Ett frågeformulär avseende ångest och depression användes- Hopkins Symtom Check List.</p>	<p>Att se och hålla sitt döda barn är förenat med lägre nivåer av ångest och depression.</p>
<p>Einaudi, M.A., Le Coz,P., Malzac, P., Michel, F., Dércole, C., Gire, C.</p> <p>”Parental experience following perinatal death:exploring the issues to make progress.”</p> <p>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 151(2010) 143-148.</p> <p>Frankrike</p>	<p>Att förstå föräldrars attityder och behov vid IUFD för att utveckla vården kring familjer i sorg.</p>	<p>Kvalitativ studie. Frågeformulär och intervjuer med öppna frågor. 12 föräldrapar deltog.</p>	<p>Vårdgivarens förståelse för familjens situation vid IUFD kan förbättra vården kring dem.</p>
<p>Erlandsson, K., Warland, J., Cacciatore, J., Rådestad, I.</p> <p>”Seeing and holding a stillborn baby: Mother´s feelings in relation to how their babies were</p>	<p>Att undersöka om hur vårdgivaren erbjuder mamman att se och hålla sitt dödfödda barn påverkar mammans känslor och upplevelser</p>	<p>Kvantitativ studie. Frågeformulär online. 840 mammor deltog.</p> <p>Deskriptiv statistisk.</p>	<p>Mödrar uppskattade när deras barn presenterades för dem på ett naturligt sätt som vid födseln av ett levande barn. Det fick dem att känna sig mindre</p>

<p>presented to them after birth-Findings from an online questionnaire.”</p> <p>Midwifery 29(2013) 246-250. Sverige</p>	<p>av att se och hålla sitt döda barn.</p>		<p>rädda och mer bekväma i situationen.</p>
<p>Säflund, K., Wredling, R.</p> <p>”Differences within couple’s experience of their hospital care and well-being three months after experiencing a stillbirth”.</p> <p>Acta Obstetrica et Gynecologica. 2006; 85:1193-1199</p> <p>Sverige</p>	<p>Att undersöka om det finns skillnader inom föräldraparet då de drabbas av IUFD i fråga om hur de upplevde sjukvården i samband med IUFD samt i deras välmående tre månader efter IUFD,</p>	<p>Kvantitativ studie. 22 föräldrapar medverkade. Frågeformulär användes samt ett formulär som graderade välmående.</p>	<p>Föräldrarna upplevde liknande känslor i samband med att de fick hålla sitt barn. Föräldrarna uttryckte att de uppskattat den vård de fått i samband med IUFD. Tre månader efter IUFD mådde mödrarna sämre än fäderna och var i mycket större utsträckning sjukskrivna.</p>
<p>Kavanaugh, K., Trier, D., Korzec, M.</p> <p>”Social support following perinatal loss.”</p> <p>Journal of family nursing, 2004, 10(1), 70-92.</p> <p>USA</p>	<p>Att beskriva hur familjer som drabbats av IUFD stöttats socialt och hur det upplevt sin sorg.</p>	<p>Fenomenologisk kvalitativ studie. 22 mödrar och 9 fäder intervjuades.</p>	<p>Föräldrarna värderade socialt stöd högt. Många upplevde att de fick för lite stöd och förståelse för sin svåra situation.</p>
<p>Kelley, MC., Trinidad, SB.</p> <p>”Silent loss and the clinical encounter: Parent’s and physicians experiences of stillbirth-a qualitative analysis”.</p> <p>Pregnancy and Childbirth 2012, 12:137, 1-15.</p> <p>USA</p>	<p>Att undersöka föräldrars och vårdgivarens upplevelse av IUFD.</p>	<p>Kvalitativ studie. Tre fokusgrupper deltog: en med föräldrar och två med gynekologer/obstetiker och förlossningspersonal.</p>	<p>Det skiljde sig mycket åt mellan föräldragruppen och grupperna av vårdpersonal avseende upplevelsen av IUFD. Vårdpersonalen behövde mer kunskap i föräldrarnas situation och hur sorgen upplevdes.</p>
<p>Murphy, S.,</p> <p>”Reclaiming a moral identity: stillbirth, stigma and moral mothers”.</p>	<p>Att förstå hur IUFD påverkar en blivande mamma i sitt mödraskap.</p>	<p>Kvalitativ explorativ studie. Djupintervjuer gjordes med 10 par och 12 ensamma mammor.</p>	<p>Att förlora ett barn påverkar mamman annorlunda än pappan. Mamman upplever skuld och skam över att ha förlorat ett barn.</p>

Midwifery 28 (2012) 476-480. USA			
O'Sullivan, O., Stephen, G., Martindale, E., Heazell, AEP. "Predicting poor perinatal outcome in women who present with decreased fetal movements" . Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2009;29(8):705-10. Storbritannien	Att undersöka om minskade fosterrörelser hos gravida kvinnor kunde vara ett tecken för hotande IUFD,	Retrospektiv studie av 203 patienter. Kvantitativ ansats.	IUFD var högre förekommande hos mammor med nedsatta fosterrörelser. Kvinnor med barn som var små för tiden hade också ökad risk för IUFD.
Rådestad, I., Surkan, P.J., Steineck, G., Cnattingius, S., Onelöv, E., Dickman, PW. "Long-term outcomes for mothers who have not held their stillborn baby." Midwifery (2009) 25, 422-429. Sverige	Att undersöka hur mödrar påverkades på lång sikt av att inte ha hållit sina dödfödda barn.	Kvantitativ studie. Frågeformulär. 314 kvinnor som erfarit IUFD deltog.	Det fanns en positiv effekt av att hålla sitt döda barn om barnet var född från vecka 37. Innan vecka 37 kunde inget samband dras om det påverkat mödrarna på lång sikt att inte hålla sitt barn,
Säflund, K. "An analysis of parents experiences and the caregivers role following the birth of a stillborn child." Karolinska Institutet Danderyds sjukhus. Division of Obstetrics and Gynecology. Stockholm, Sweden. Doctoral Dissertation. 2003 Sverige	Att undersöka hur föräldrar upplever IUFD och vilken roll vårdgivaren har.	Doktorsavhandling.	Föräldrar har stort behov av stöd vid IUFD. Vårdgivaren spelar en stor roll i mötet med de drabbade föräldrarna.

<p>Säflund, K., Sjölund, B., Wredling, R.</p> <p>"The role of caregivers after a stillbirth: Views and experiences of parents"</p> <p>Birth 31:2 June 2004 132-137</p> <p>Sverige</p>	<p>Att beskriva hur föräldrar upplevde vårdgivarens stöd i samband med IUFD.</p>	<p>Kvalitativ studie. 31 föräldrar djup intervjuades vid två tillfällen var.</p>	<p>Sex teman identifierades: stöd i kaos, stöd i att möta och i att skiljas från sitt barn, stöd i förlusten, att få veta orsaken till IUFD, att vården organiseras kring föräldrarna och att förstå sorgprocessen.</p>
<p>Malm, M., Lindgren, H., Rådestad, I.</p> <p>" Losing contact with one´s unborn baby- mothers experiences prior to receiving news that their baby has died in utero"</p> <p>OMEGA, Vol.62(4)353-367, 2010-2011</p> <p>Sverige</p>	<p>Att studera mödrars upplevelser tiden innan IUFD konstateras.</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie. 26 mödrar deltog.</p>	<p>Mammor hade ofta en känsla att något inte stod rätt till med barnet, innan IUFD diagnostiserats. Ofta upplevde de minskade fosterrörelser. Mammor ska uppmuntras i att lita på sin intuition när det kommer till känslan av att något är fel med barnet.</p>
<p>Cacciatore, J., Erlandsson, K., Rådestad, I.</p> <p>"Fatherhood and suffering:A qualitativ exploration of Swedish men´s experiences of care after the death of a baby."</p> <p>International Journal of Nursing studies 50(2013) 664-670.</p> <p>Sverige</p>	<p>Att undersöka pappans upplevelse i samband med IUFD samt hur de upplevde de psykosociala stödet de fick av vårdgivaren.</p>	<p>Mixad metod.</p> <p>Kvantitativ studie där resultat inhämtades via frågeformulär. 131 pappor deltog.</p> <p>Frågeformuläret innehöll även öppna frågor. Dessa analyserades kvalitativt med innehållsanalys.</p>	<p>Pappor var i stor utsträckning (86%) mycket tacksamma för den omvårdnad de fått. De var speciellt tacksamma då deras sorg erkänts och då barnet behandlats naturligt som vid en levande född förlossning.</p>
<p>Samuelsson, M., Rådestad, I., Segesten, K.</p> <p>"A waste of life:Father´s experiences of losing a child before birth."</p> <p>Birth 28:2 June 2001 124-130.</p>	<p>Att beskriva hur pappor upplever IUFD.</p>	<p>Kvalitativ studie Intervjuer genomfördes med 11 pappor. Fenomenologisk analys av resultatet.</p>	<p>Pappor sökte stöd i sin sorg från vårdpersonal, från sin partner och från släktingar. De kände starkt behov att skydda sin partner i den svåra situationen och i att få sörja sin förlust på sitt egna vis.</p>

Sverige			
<p>Robinson, M., Baker, L., Nackerud, L.</p> <p>"The relationship of attachment theory and perinatal loss"</p> <p>Death studies, 23:257-270, 1999 USA</p>	<p>Sammanställa forskning om sambandet mellan IUFD och tidig anknytning.</p>	<p>Litteraturstudie.</p>	<p>Visar på hur perinatal anknytning påverkar sorg och upplevelse vid IUFD hos de blivande föräldrarna.</p>
<p>Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., Evans, CDH.</p> <p>"Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study"</p> <p>Lancet 2002;360:114-118</p> <p>Storbritannien</p>	<p>Att undersöka om det var evidensbaserat att arbeta efter riktlinjer vid IUFD som främjade kontakt med det döda barnet.</p>	<p>Kvantitativ cohort studie. 60 kvinnor deltog.</p>	<p>Studien visar att minskad eller ingen kontakt alls med det döda barnet gav lägsta nivåer av stress, ångest och depression.</p>



BILAGA 2: Brev till kliniker

**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Inbjudan till deltagande i studie angående omvårdnadsåtgärder vid intrauterin fosterdöd

Härmed tillfrågas Ni åter att delta i en nationell studie som vänder sig till alla kvinnokliniker med förlossningsavdelning i Sverige.

Jag heter Maria Åkesson och är legitimerad sjuksköterska. Jag studerar barnmorskeprogrammet vid akademien för hälsa, vård och välfärd, vid Mälardalens Högskola. Jag skriver min magisteruppsats om intrauterin fosterdöd (IUFD).

Att möta människor i svår sorg är en stor utmaning för all vårdpersonal. Jag har under min utbildning intresserat mig för hur man bäst bemöter familjer som drabbas av det stora traumat som IUFD innebär.

Syftet med studien är att jämföra omvårdnadsåtgärder i PM/vårdprogram vid IUFD med vad aktuell forskning visar att föräldrar värdesätter, då de drabbas av IUFD.

Brev med förfrågan om deltagande har skickats till samtliga chefs-barnmorskor vid Sveriges alla förlossningskliniker.

Jag önskar att ta del av det PM/Vårdprogram som Ni arbetar enligt, vid IUFD. Alla PM/Vårdprogram avseende IUFD är av intresse, även om de inriktar sig mer mot medicinska åtgärder.

PM/Vårdprogram kan skickas:

- Via mail med PM/Vårdprogrammet bifogat till mailet
- Som internetlänk. Maila då länken (webbadressen till PM/Vårdprogram) till mailadressen nedan
- Via vanlig post till adressen på nedan

Besvara helst innan XXXX.

Om Ni saknar PM/Vårdprogram så får Ni gärna meddela detta. Meddela gärna också om Ni avböjer deltagande i studien.

Ert deltagande i studien är självklart frivilligt men jag är mycket tacksam om Ni vill delta. Resultatet kommer bearbetas statistiskt och enskilda kliniker kommer inte namnges.

Resultatet kommer att presenteras i en magisteruppsats januari 2014 vid Barnmorskeprogrammet, Mälardalens Högskola.

Alla deltagare i studien kommer att erbjudas ett exemplar av uppsatsen.

För ytterligare information och upplysningar se kontaktuppgifter nedan.
Tack på förhand,

Maria Åkesson

Handledare: Lektor Elisabet Häggström-Nordin
Akademien för Hälsa, vård och välfärd
Mälardalens Högskola, Västerås



Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se