



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

“Det är mera kollegorna som pratar med varandra och uttrycker om det är svårt”

Barnmorskans upplevelser och behov av stöd från verksamheten på
förlossningsavdelning i samband med intrauterin fosterdöd

“It`s more the colleagues talking to each other and expressing if it`s difficult”

The midwife's experiences and need of support from their organization in
connection with intrauterine demise

Författare: Emma Svensson och Shahrzad Rezazadeh
Handledare: Maria Ekelin

Magisteruppsats

Våren 2022

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Barnmorskor på förlossningsavdelning delar både glädje och sorg med den födande kvinnan och partnern. Intrauterin fosterdöd (IUFD) är något som barnmorskan ibland kan behöva möta och innebär att fostret dör i magen efter vecka 22+0. **Syfte:** Att undersöka barnmorskors upplevelser och behov av stöd i samband med intrauterin fosterdöd. **Metod:** Studien var en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats och tio barnmorskor intervjuades på tre förlossningskliniker inom Region Skåne. Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera materialet. **Resultat:** Studien resulterade i två kategorier; *Stöd på ett mångfaldigt sätt* och *Behov av organisatoriskt stöd* med respektive tre underkategorier. Vid hög arbetsbelastning upplevde barnmorskorna stor psykisk påfrestning av att inte enbart kunna närvara hos paret med IUFD. Etiska dilemman uppstod till följd av organisatoriska brister och påverkade även deras kollegor. **Konklusion:** Kollegorna utgör det främsta stödet för barnmorskor som har hand om kvinnan eller paret med IUFD. Tydliga skriftliga anvisningar och direktiv gällande IUFD är till stor hjälp men det är inte alla förlossningskliniker som tillämpar dem. Organisatoriska brister försämrar barnmorskans möjlighet till att erhålla stöd.

Nyckelord

Intrauterin fosterdöd, barnmorska, behov av stöd, skriftliga anvisningar, kvalitativ metod

Innehållsförteckning

Abstrakt	2
Nyckelord	2
Problemområde	4
Bakgrund	4
Intrauterin fosterdöd.....	4
Planerad förlossning.....	5
Barnmorskans roll och upplevelse	6
Stöd från verksamheten.....	7
Perspektiv och utgångspunkter	8
Syfte	9
Metod	9
Design	9
Urval	9
Datainsamling	10
Analys av data.....	11
Forskningsetiska avvägningar.....	12
Resultat.....	12
Stöd på ett mångfaldigt sätt.....	13
Paret och barnmorskan som team	13
Det ovärderliga kollegiala stödet	14
Barnmorskans närstående som stöd.....	15
Behov av organisatoriskt stöd	16
Vikten av skriftliga anvisningar	16
Bristande stöd påverkar barnmorskans mående	17
Barnmorskornas förslag till förbättringsområden.....	18
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Tillförlitlighet och giltighet	19
Överförbarhet.....	21
Resultatdiskussion.....	21
Konklusion och implikationer	25
Referenser.....	26
Arbetsfördelning.....	30

Problemområde

Foster som inte uppvisar några livstecken efter vecka 22+0 definieras enligt World Health Organization (WHO, 2006) som intrauterin fosterdöd (IUFD). Redan under graviditeten visualiserar föräldrarna att förlossningen skall fullföljas med mötet med deras friska och levande barn och barnmorskan tänker likaså. Barnmorskan är emellertid medveten om vilken vändning en graviditet och förlossning kan ta, ibland utan anledning eller varning (Jones & Smythe, 2015). Vid IUFD finns barnmorskan närvarande hos kvinnan och partnern under hela förlossningsförloppet. När fostret är fött ombesörjer barnmorskan omvårdnad av det avlidna fostret, vårdar kvinnan samt stöttar föräldrarna i sorg.

Barnmorskan kan hamna i chock trots att hon trodde att hon skulle vara mentalt förberedd på att handlägga en förlossning med IUFD (Jones & Smythe, 2015). Tillsammans med familjen blir barnmorskan en del av krisen och delar deras känsla av förlust. IUFD har inverkan på barnmorskans emotionella välbefinnande både på professionellt och personligt plan (Jones & Smythe, 2015). Barnmorskan bör uppmuntras att acceptera sina känslor och få hjälp av verksamheten att hantera sina känslor (Agwu Kalu et al., 2018; Jones & Smythe, 2015; McNamara et al., 2017; Pezaro et al., 2016). Tidigare studier har visat att barnmorskor upplever behov av stöd efter att ha varit med om inducerad förlossning på grund av IUFD (Agwu Kalu et al., 2018; Fenwick et al., 2007; McNamara et al., 2017; Pezaro et al., 2016). Det finns ett kunskapsglapp gällande hur IUFD påverkar barnmorskan och hur stort behov av stöttning som finns av verksamheten. Studiens resultat kan bidra till att verksamheterna etablerar förbättringsarbete kring stöd efter en förlossning med IUFD om resultatet visar att behovet föreligger hos barnmorskorna.

Bakgrund

Intrauterin fosterdöd

I Sverige inträffar intrauterin fosterdöd efter 22 veckor cirka 4 per 1000 förlossningar där 90 procent upptäcks innan förlossning.

Intrauterin fosterdöd har minskat marginellt sedan 1980-talet trots att stora insatser inom mödrahälsovården och förlossningsvården genomförts (Pettersson & Stephansson, 2014). Riskfaktorer vid intrauterin fosterdöd är hög ålder, rökning, övervikt, gestationsdiabetes, högt blodtryck, preeklampsi och fostermissbildningar (Lawn et al., 2016; McCowan et al., 2016). IUFD kan uppmärksammas i samband med att kvinnan söker vård för minskade fosterrörelser eller vid en rutinkontroll inom mödrahälsovården där barnmorskan inte kan identifiera fostrets hjärtljud (Pettersson & Stephansson, 2014). Det händer även att kvinnor kommer in till förlossningen med värkar och först då upptäcks avsaknad av fosterhjärtljud. Diagnostisering görs genom ultraljudsundersökning där frånvaro av fostrets hjärtaktivitet verifierar diagnosen. Orsaken till att IUFD inträffar är oftast okänd (Pettersson & Stephansson, 2014). Beskedet om fostrets död och den efterföljande förlossningen är en sorglig händelse för föräldrarna och kräver att barnmorskan stöttar föräldrar som har förlorat sitt barn (Agwu Kalu et al., 2018; McNamara et al., 2017; Pettersson & Stephansson, 2014; Pezaro et al., 2016).

Planerad förlossning

En förlossning med ett levande barn och icke levande barn hanteras på samma sätt men skillnaden är att vid ett IUFD behöver inte fostret övervakas utan all uppmärksamhet ligger på att stödja och uppfylla föräldrarnas behov (Rådestad, 2002). Barnmorskan bör skapa en trygg miljö och bemöta föräldrarna med respekt och ha respekt för den situation som föräldrarna befinner sig i. Under förlossningen ska föräldrarnas önskan bemötas som i sin tur även underlättar för barnmorskan då de skapar en känsla av att hon gör skillnad (Fenwick et al., 2007).

När kvinnan inser att hon ska föda vaginalt trots att barnet är avlidet kretsar hennes tankar kring smärtlindring (Rådestad, 1998). Barnmorskan skall erbjuda smärtlindring för att lindra kvinnans smärtor samtidigt som smärtlindringens syfte inte skall vara att dämpa kvinnans ångest (Rådestad, 1998). Centralt verkande smärtlindring bör ges med försiktighet då det kan föranleda en överklighetskänsla. Kvinnan kan få svårt att skilja på verklighet och dröm och bör uppleva förlossningen med klar medvetenhet (Rådestad, 1998). Under hela förlossningen är det till stor fördel att det är endast samma barnmorska under hela förlossning och att barnmorskan inte har hand om någon annan gravid på avdelningen samtidigt (Fenwick et al., 2007; Martínez-Serrano et al., 2018; McNamara et al., 2017). Efter att barnet är fött är det av stor vikt att ge föräldrarna tid att träffa sitt barn och hålla om sitt barn.

Barnmorskan ska ge råd till föräldrarna att spara minnessaker från sitt barn, exempelvis ta bilder ihop, göra handavtryck och fotavtryck (Rådestad, 2002).

Barnmorskans roll och upplevelse

När ultraljudsundersökningen har fastställt att fostret har dött påbörjas föräldrarnas sorgeprocess och barnmorskan ger då stöd till föräldrarna (Jones & Smythe, 2015). I en studie av Jones och Smythe (2015) kan barnmorskan vid IUFD uppleva känslomässiga svårigheter när hon skall stötta de ledsna föräldrarna samtidigt som hon ska hantera sina egna känslor. Barnmorskan behöver därför ibland lämna rummet för att kunna släppa ut sina känslor även om förlusten inte är barnmorskans egen. Betydelsen är stor att barnmorskans kollegor har förståelse för den känslomässiga sårbarheten som kan uppstå både före och efter IUFD (Jones & Smythe, 2015).

Barnmorskans profession grundar sig i området reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa (RPSH) tillsammans med ledning och organisation samt forskning och utbildning (Svenska Barnmorskeförbundet [SBF], 2019). RPSH beaktas vid vård av kvinnor som drabbats av IUFD genom att barnmorskan arbetar för att främja kvinnors sociala, kroppsliga och psykiska välmående (WHO, 2006). Enligt barnmorskornas internationella etiska kod (ICM, 2014) ska barnmorskan uppmärksamma den vårdsökande kvinnans psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov i relation till kvinnans livssituation och enligt barnmorskans kompetensbeskrivning tillgodose vård och stöd i samband med intrauterin fosterdöd och neonatal död (SBF, 2019).

I en irländsk tvärsnittsstudie av McNamara et al. (2017) var syftet att undersöka barnmorskors och vårdpersonalens upplevelse efter en förlossning med IUFD eller där fostret hade avlidit, vilket lämpligt stöd och vilken utbildning de genomgått i ämnena samt undersöka dess inverkan på personalens kliniska arbete. Studien visade att barnmorskan kunde uppleva blandade känslor, ofta förenade med sorg, skuld, isolering och självtvivel samtidigt som hon skulle balansera sin egen sorg, sorg för barnet samtidigt som de skulle ge god vård till föräldrarna. Barnmorskorna uppgav att deras tankeförmåga försämrades under några timmar efteråt och vore därför fördelaktigt om de kunde lämna rummet efteråt för att samla sina tankar och reflektera över vad som hänt. Barnmorskorna förväntades inte kunna arbeta som vanligt på grund av att de blivit påverkade psykiskt.

Bra känslomässigt stöd utöver kliniskt stöd är nödvändigt för de flesta barnmorskor om de ska kunna fortsätta ge hög individanpassad vård (McNamara et al., 2017).

Stöd från verksamheten

Verksamheten på förlossningsavdelningen utgörs av barnmorskans samtliga kollegor och enhetschefer och är de som arbetar närmast henne. Enligt arbetarskyddsstyrelsen (1977) minskar risken för framtida sjukskrivningar när barnmorskan bli omhändertagen direkt efter en förlossning med IUFD. Att barnmorskan i samband med händelsen genom ett "avlastningssamtal" får återberätta händelseförloppet i ett lugnt skede har avgörande betydelse för återhämtning och för normalisering av situationen. God hantering efter händelsen skapar tillit och trygghet för personalen i verksamheten (Arbetarskyddsstyrelsen, 1999). Arbetsgivaren skall ta hjälp av företagshälsovård som arbetar preventivt mot hälsorisker som kan uppkomma på arbetsplatsen genom att identifiera samband mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa (Arbetsmiljölagen, 1997).

Barnmorskorna skapar en nära relation med sina patienter och barnmorskor har kapacitet att uppleva vad deras patienter upplever (Beck et al., 2015). Barnmorskorna kan uppleva känsla av panik, rädsla, ångest och hjälplöshet efter att de har varit med under en förlossning med IUFD. Barnmorskor i en blandstudie uppgav att de önskade att de hade blivit erbjudna stöd från ledning och kollegor (Beck et al., 2015). Stöd från kollegor och prata om svåra händelser på arbetsplatsen gör att barnmorskor klarar av att fortsätta arbeta som barnmorskor (Beck et al., 2015; Rice & Warland, 2013).

Barnmorskan kan enligt Svenska föreningen för obstetrik och gynekologi (SFOG, 2002) känna skuld för det som inträffat även om det inte fanns något som kunde påverkat händelseförloppet eller förhindra barnets död. IUFD är en emotionellt krävande situation att hamna i och det är viktigt att det finns en organisation på arbetsplatsen som tar hand om den drabbade (SFOG, 2002). Stor vikt läggs vid att ge stöd till kvinnor vid intrauterin fosterdöd och begränsat stöd ägnas åt den berörda sjukvårdspersonalen, som kan uppleva liknande nivåer av psykisk och känslomässig nöd (Pezaro et al., 2016).

McNamara et al. (2017) beskrev att en del barnmorskor önskade möjlighet till omedelbar debriefing efter en förlossning med IUFD där de fick möjlighet att ventilera händelsen med någon som var genuint intresserad över hur barnmorskan mådde. Ledningens intresse låg främst i det administrativa och att barnmorskan har ett vårdande yrke förbisågs (McNamara et al., 2017). Enligt Fenwick et al. (2007) var barnmorskor i behov av kontinuerligt stöd för att känna en tillfredsställelse över deras arbete. Ett kontinuerligt stöd ledde till att barnmorskan skapade en trygg miljö för föräldrarna och att barnmorskan kunde anpassa arbetet efter familjens önskemål under förlossningen vid IUFD. Stödet som barnmorskor fick från cheferna hade en betydande effekt på barnmorskornas mående (Fenwick et al., 2007). En kvalitativ studie av Martínez-Serrano et al. (2018) visade att barnmorskorna vid IUFD upplevde att det var jobbigt för dem, inte bara som barnmorska, utan som person. Barnmorskor med mångårig erfarenhet uppgav att de fortfarande upplevde att det var förfärligt (Martínez-Serrano et al., 2018). Enligt McNamara et al. (2017) krävs förbättring av känslomässigt stöd till barnmorskor som utsätts för allvarliga perinatale händelser såsom IUFD. Ur framtida aspekter bör barnmorskor genomgå obligatoriska utbildningar kring egenvårdsstrategier och utbildning i IUFD både under barnmorskeutbildningen och under deras yrkesliv. Ytterligare forskning krävs kring en stödgrupp på varje förlossningsenhet (McNamara et al., 2017).

Perspektiv och utgångspunkter

Även när intrauterin fosterdöd inträffar skall barnmorskan tillämpa individuellt anpassad omvårdnad till paret utefter deras unika situation genom att lyssna och ge stöd utefter deras önskemål (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Barnmorskornas medvetenhet kring de sörjande föräldrarnas behov gjorde det möjligt för barnmorskan att ge individuellt anpassad vård till föräldrarna genom att lyssna (Agwu Kalu et al., 2018; Homer et al., 2016; Pezaro et al., 2016). Barnmorskan skall vara uppdaterade med aktuell evidensbaserad kunskap och bör söka hjälp från sin verksamhet när behov föreligger (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Enligt Halldorsdottir och Karlsdottirs (2011) barnmorsketeori betonas vikten av att barnmorskan ger en individuellt anpassad omvårdnad för både den gravida och hennes partner. Barnmorskan med sin erfarenhet och sitt empatiska, förstående och öppna synsätt sätter sig in i deras situation och ger stöd. Barnmorskans profession riktas främst mot att säkra tryggheten för mamman och barnet samtidigt som hon skall stärka partnerns förståelse för att kunna skapa en trygg miljö och ett bra stöd till kvinnan.

Barnmorskan skall skapa broar mellan sig själv och kvinnan och samtidigt främja kommunikation inom paret. Barnmorskan ska ha kunskap om mellanmänskliga relationer och på så sätt få paret att öppna upp sig för varandra. Barnmorskan ska veta hur hon skall hjälpa sig själv till personlig och professionell utveckling.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka barnmorskors upplevelser och behov av stöd från verksamheten i samband med intrauterin fosterdöd.

Metod

Design

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats (Olsson & Sörensen, 2021). Kvalitativa studier byggs på observations analyser, tolkningar och beskrivningar. Individens enskilda berättelser är unik och individens personliga upplevelser och tolkning är i fokus när kvalitativ metod används (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017). Kvalitativa intervjuer för studien var relevant som metod eftersom barnmorskans subjektiva upplevelse kunde besvara syftet. Induktiv ansats innebär att ett fenomen studeras och utifrån informationen som framkommer analyserar författarna texterna och söker efter strukturer, skillnader och likheter (Olsson & Sörensen, 2021). Intervjuguide har använts som hjälp för att få struktur över de frågor som intervjun fokuserade på (Olsson & Sörensen, 2021).

Urval

Informanterna valdes ut genom strategiskt urval som innebär att välja ut personer med erfarenhet som kan bidra till studiens syfte (Polit & Beck, 2006). Strategiskt urval kan användas när studiedeltagarna inte har erfarenhet kring ämnet som berör studiens syfte.

Inklusionskriterierna är förutbestämda vid ett strategiskt urval för att få tillräckligt med data som besvarar syftet (Polit & Beck, 2006). Inklusionskriterierna var att barnmorskan skulle arbeta på förlossningsavdelning och att hon skulle ha assisterat vid minst en intrauterin fosterdöd. Informanterna som uppfyllde inklusionskriterierna intervjuades och sammanlagt medverkade tio legitimerade barnmorskor från tre olika förlossningsavdelningar inom Region Skåne.

Datainsamling

Rekryteringen av informanterna påbörjades i en sluten facebookgrupp för barnmorskor. Ett kort inlägg publicerades kring studien och dess inklusionskriterier. Ingen barnmorska lämnade sitt intresse trots två påminnelser. Därefter rekryterades informanterna från förlossningsavdelningarna i Region Skåne. Informationsbrev och projektplan skickades via mail till verksamhetscheferna för godkännande av att få genomföra studien. Efter mottaget godkännande av studien skickades mejl till respektive enhetschef som skickade ut förfrågan till sina anställda om att delta i studien. Två barnmorskor lämnade intresse om att de ville medverka i studien. Författarna var på förlossningskliniker i samband med sina verksamhetsförlagda utbildningar (VFU) och frågade då barnmorskor om de ville medverka i studien. Åtta barnmorskor önskade medverka i studien efter förfrågan. Intresseanmälan skickades via mail eller muntligt godkännande erhöles på plats. Därefter var all kommunikation antingen via mail, telefon eller på plats. Intervjuerna genomfördes utefter barnmorskans individuella önskemål gällande plats och tidpunkt. Under rådande Covid-19 pandemi har intervjuerna genomförts via videomöten på Zoom och Facetime alternativt fysiska möten anpassat efter Folkhälsomyndighetens föreskrift gällande Covid-19 (HSLF-FS 2020:12). Intervjuerna genomfördes med en av författarna närvarande och varade i 12 - 35 minuter (medelvärde 19 minuter). Inledningsvis ställdes bakgrundsfrågor om arbetslivserfarenhet och ålder. Sedan ställdes en öppen fråga *“berätta om din upplevelse och behov av stöd från verksamheten på förlossningsavdelning i samband med intrauterin fosterdöd?”*. Syftet med en öppen fråga är att informanterna ska kunna utveckla sina upplevelser, uppfattningar och beskrivningar gällande fenomenet som studeras (Danielsson, 2017). Följdfrågor ställdes för att informanterna skulle ges möjlighet att utveckla sina svar; *“hur menar du”, “kan du ge ett exempel”, “på vilket sätt”, “hur tänker du”* (Danielsson, 2017). Ljudinspelning gjordes under intervjuerna och sparades på ett USB-minne som förvarades inlåst.

Materialet kommer att raderas efter att uppsatsen har blivit godkänd. Första intervjun var en pilotintervju för att bedöma ifall frågorna svarade mot syftet. Pilotintervjun transkriberades och visade att inga ändringar i intervjuguiden behövdes göras och kunde därmed inkluderas i studien.

Analys av data

Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) användes för att analysera data. Intervjuerna transkriberades verbatim och texterna lästes igenom flera gånger för att få en helhetskänsla och överblick. Ur texterna identifierades meningsbärande enheter och därefter kondenserat texterna för att få fram koder som beskrev kärnan av det centrala innehållet i varje intervju. Därefter sammanställdes liknande koder till underkategorier. Underkategorier med gemensamt innehåll sammanfördes till kategorier, se Tabell 1 (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna benämns I:1-I:10 där I står för informant och siffran är slumpmässigt utvald.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
(I:10) Jag får mycket stöd när jag ska ta mig an dem här paren och jag får mycket stöd under tiden, att kollegor är omtänksamma och frågar vill du ha mat, behöver du gå ut och vila och att det finns en omtanke och förståelse för det är ju en tuff uppgift såklart	Får mycket stöd under tiden av omtänksamma kollegor som frågar om jag vill ha mat eller vila för det är ju en tuff uppgift såklart	Omtänksamhet och lyhördhet från kollegor	Det ovärderliga kollegiala stödet	Stöd på ett mångfaldigt sätt
...lever jag i en relation där jag kan utan att bryta sekretess prata om det hemma och därför känner jag att jag får utlopp för den... att man blir ledsen.. inte att jag gråter men kan ändå berättade det, för berättandet är ju en helande process	Pratat om det hemma och fått utlopp när man är ledsen. Helande process att få prata om det	Stöttning på hemmaplan	Barnmorskans närståendes som stöd	

Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationens (2013) principer har följts och innebär att det var ett frivilligt deltagande och att respondenterna när som helst kunde avbryta sitt medverkande.

Autonomiprincipen innebär att respektera människors självbestämmande som innebär att frivilligt medverka till forskning (Oscarsson & Georgsson, 2021). Enligt Rosberg (2017) ska informanten kunna avbryta när som helst under intervjun. Informanterna fick muntlig och skriftlig information gällande studien. Författarna var medvetna om att studiens ämne kunde göra barnmorskorna känslomässigt berörda och informerade om att studien på magisternivå inte skulle möjliggöra kuratorskontakt ifall behovet skulle uppkomma. Om en studiedeltagare under intervjun hade blivit känslomässigt berörd skulle intervjun avbrutits eller tagit paus utifrån respondentens behov (Rosberg, 2017). Nyttoprincipen innebär ifall det kan förekomma någon skada eller obehag med studien. Inte skada-principen innebär att risker ska minimeras vid genomförandet av studien (Oscarsson & Georgsson, 2021). Informanterna har fått information gällande sekretess, datahantering och anonymitet. Materialet har förvarats inlåst. Rättvisepincipen innebär att alla informanternas medverkan sker på lika villkor och att alla ska behandlas rättvist (Oscarsson & Georgsson, 2021). En ansökan skickas med bifogad godkänd projektplan till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för ett rådgivande yttrande och beviljade att studien kunde påbörjas (VEN 36–21).

Resultat

Studiens resultat baseras på tio intervjuer där barnmorskorna var mellan 30–69 år gamla (medelvärde 56 år) och barnmorskorna hade varit yrkesverksamma på förlossningsavdelning mellan 3–41 år (medelvärde 23 år). Under dataanalysen sammanställdes enhetliga koder som resulterade i två kategorier och sex underkategorier, se tabell 2.

Tabell 2. Resultatet sammanställt i kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Stöd på ett mångfaldigt sätt	Parets och barnmorskan som team Det ovärderliga kollegiala stödet Barnmorskans närståendes som stöd
Behov av organisatoriskt stöd	Vikten av skriftliga anvisningar Bristande stöd påverkar barnmorskans mående Barnmorskornas förslag till förbättringsområden

Stöd på ett mångfaldigt sätt

Omvårdnaden av paret och deras dödfödda barn var för många barnmorskor en utmanande arbetsuppgift och barnmorskorna beskrev att det mest betydelsefulla stödet kom från kollegorna. Skriftliga anvisningar kring IUFD utgjorde en stor trygghet för barnmorskorna med tanke på att det praktiska och administrativa arbetet utgjorde en stor del av förlossningen vid IUFD. Efter arbetsdagens slut var det flera informanter som sökte stöd från sina närstående.

Paret och barnmorskan som team

Under förlossningen upplevde paret sorg och de starka känslorna i rummet tog barnmorskan ofta del av. Informanterna beskrev detta som utmanande samtidigt som några beskrev att det var fantastiskt att få vara en del av situationen.

“Därför, det gör ju att jag gillar ju dem här uppgifterna, det är så knäppt. Jag tycker om att ta hand om dem här barnen, därför att då plötsligt så får jag lov att jobba så som jag vill jobba och jag får det stödet som jag behöver” (I:10)

Barnmorskorna beskrev hur de och paret under förlossningen bildade ett starkt team som gav stöd till varandra för att tillsammans ta sig igenom denna svåra stund.

Den starka dynamiken mellan paret och barnmorskan uppstod inte på samma sätt vid en förlossning med ett levande fött barn. Barnmorskorna upplevde att paret var mer tillmötesgående och hade djupare förståelse för att situationen var svår även för barnmorskan.

”Jag kände att de, paret, stöttade mig och då menar jag inte att jag inte stöttade dem men det var verkligen någonting, det blev så naturligt. Det var inte så svårt för att det, man kan inte vara mer än människa och ja det är mycket medmänniska som man är där inne på rummet”

(I:9)

Utöver sin profession blev barnmorskan en medmänniska som uttryckte sina känslor. Under förlossningen och postpartum kände barnmorskorna att de blev en viktigare person för paret än vid en förlossning med ett levande fött barn. Första gången barnmorskorna var med om IUFD beskrevs som nervöst, skrämmande och att de var dåligt förberedda. Upplevelsen av att ha bristande kunskap kring vad de skulle göra både praktiskt och administrativt samtidigt som de skulle ha förmågan att stötta både kvinnan, partnern och hantera sina egna oförutsedda känslor. Emellertid upplevde samtliga barnmorskor att de trots sin osäkerhet ändå tog sig igenom situationen tillsammans med paret.

Det ovärderliga kollegiala stödet

Barnmorskorna beskrev att vid IUFD blev kollegorna mer empatiska och lyhörda gentemot deras behov. Kollegornas stöd kunde vara att patientansvarig barnmorska (PAB) enbart kunde närvara hos paret och att hon inte behövde ha hand om fler förlossningar samtidigt.

Barnmorskan som hade hand om paret bemöttes med stor respekt och förståelse från alla kollegor eftersom de förstod att den arbetsuppgiften tog all hennes tid och kraft.

“Vi har liksom stor respekt för varandra och vi tar liksom hand om varandra så fantastisk bra här och det vet jag. För just denna gång hade vi ett stort barnmorskemöte och hade det som en punkt, för att bara belysa och säga tacka, om hur vi beter oss mitt varandra, det är helt fantastiskt. Asså woowooow” (I:1)

Omvårdnaden av paret och deras dödfödda barn var för barnmorskan krävande både praktiskt och emotionellt och barnmorskorna upplevde att kollegorna blev sammansvetsade till ett team som hjälpte varandra att hantera situationen.

Yrkesutövandet som barnmorska på en förlossningsavdelning beskrivs som tämligen hård och tuff däremot när IUFD inträffade förändrades klimatet till att bli mjukare och mer empatiskt.

“Men inom barnmorskevärlden är det mer en informell kedja av stöd på något sätt bland kollegor... Och som jag sa till dig innan, så barnmorskor, vi är ju ett rätt hårt släkte, vi har rätt mycket skinn på näsan men när det gäller dem här, då plötsligt är det som att mjukheten lockas fram, upplever jag iallafall...” (I:10)

Första gången barnmorskan var med om en förlossning med IUFD upplevde hon ett behov av stöd från sina kollegor, både under och efter förlossningen. Erfarna kollegors hjälp och stöd var av stor betydelse, i synnerhet för de oerfarna barnmorskorna. Expertisen från de erfarna barnmorskorna ingav trygghet och lugn i den överväldigande situationen.

Rutinerade barnmorskor bjöd ofta in sina oerfarna kollegor att våga bistå vid IUFD och hade förhoppning om att de oerfarna vågade be om mer stöd efteråt om behovet förelåg.

Barnmorskorna beskrev att alla hade behov av stöd trots att de inte alltid själva var medvetna om behovet. Majoriteten av informanterna beskrev att de inte var vana vid att få sitta och prata kring IUFD på sin arbetsplats. Kollegornas stöd var för många barnmorskor det enda stödet som fanns att tillgå och var för många tillräckligt.

Barnmorskans närstående som stöd

Efter arbetsdagens slut kunde barnmorskorna som hade haft hand om paret med IUFD ta med sig sina obearbetade tankar och känslor med hem. Barnmorskans närstående fick ta del av deras reflektioner och känslor och på så sätt kunde barnmorskan påbörja sin bearbetning av händelsen.

“Nu lever jag i en relation där jag kan, utan att bryta sekretess, prata om det hemma och därför känner jag att jag får utlopp för den ... att man blir ledsen... inte att jag gråter men kan ändå berättade det, för berättandet är ju en helande process” (I:3)

Bland barnmorskor som sökte stöd hos sina närstående, upplevde en del det stödet som otillräckligt eftersom de inte hade full förståelse för vad barnmorskan faktiskt hade varit med om. Barnmorskans närstående hade svårt att sätta sig in i deras situation och visste inte hur de skulle bemöta dem.

Närstående kunde uppge banala uttryck som att barnmorskan hade gjort sitt yttersta. Det var inte något som barnmorskan ville höra utan hon hade behov av att kunna reflektera och bearbeta händelsen på ett djupare plan. Alla barnmorskor hade inte möjlighet att samtala med någon familjemedlem utan sökte sig då i stället till vänner som hade ännu mindre förståelse om barnmorskans arbetsuppgift i samband med IUFD.

Behov av organisatoriskt stöd

Barnmorskorna uttryckte ett behov av att erhålla mer organiserat stöd i samband med IUFD. Brister i verksamheterna beskrevs av barnmorskorna som personalbrist, hög arbetsbelastning och dålig förståelse från verksamheten.

Vikten av skriftliga anvisningar

Förlossningar med IUFD var för barnmorskorna inte bara känslomässigt påfrestande utan kräver även mycket administrativt och praktiskt arbete. Där upplevde barnmorskorna att promemoria (PM), checklistor och speciella pärmar gällande IUFD var ett viktigt stöd. Skriftliga anvisningar var en trygghet som underlättade deras arbete och rädslan för att missa något minskades. Administrativa och praktiska arbetsuppgifter var viktiga moment för att kunna fastställa eventuell dödsorsak hos barnet och där underlättade de skriftliga anvisningar för barnmorskan.

“När man ska ha dem här patienter är det så känslomässigt påfrestande och de är jätte mycket administrativt och de är jättemycket som ska göras och man är rädd för att missa någonting. Det är ju så känsligt. Vill inte att det ska bli fel. Då är det en jättestor trygghet att det finns. Man följer checklistan och checkar av” (I:7)

Pärmarna innehöll relevant information gällande exempelvis vilka prover som skulle tas och vilka professioner som barnmorskan skulle kontakta, exempelvis avdelningens kurator och begravningsbyrån. Barnmorskorna beskrev att det kunde ta flera år innan hon hade hand om IUFD nästa gång vilket gjorde att rutinerna aldrig blev riktigt inlärd. Skriftliga anvisningar blev med andra ord ett stort stöd i deras arbete med IUFD.

Bristande stöd påverkar barnmorskans mående

Barnmorskorna som hade varit yrkesverksamma på olika förlossningskliniker beskrev skillnader gällande möjligheten till organisatoriskt stöd. Samtliga förlossningskliniker strävade efter att barnmorskan enbart skulle handha paret med IUFD och denna praxis var möjlig endast när arbetsbelastningen inte var hög. Vid hög arbetsbelastning blev barnmorskorna tvungna att pendla mellan en förlossning med ett dött barn och ett levande barn, vilket var väldigt påfrestande. Situationen bidrog till en känsla av att inte kunna utöva sin profession på ett önskvärt och humant sätt och ledde till dåligt mående hos en del av barnmorskorna.

“Hos oss har de mer vart okej idag är det en lugn dag och du kan bara ha de paret med IUFD och så rätt som de är blir det mycket på förlossningen och man går mellan de döda och levande... men vi försöker det gör vi ju för måendet skull..” (I:5)

Hög arbetsbelastning påverkade inte bara PAB utan även hennes kollegors mående negativt. Barnmorskan kunde inte enbart handha paret utan kollegorna tvingades att överkompensera och täcka upp för den barnmorskan som var inne hos paret med IUFD. Barnmorskorna upplevde situationen som ett etiskt dilemma till följd av bristande organisatoriskt stöd. Några barnmorskor upplevde dålig förståelse från sina enhetschefer. Enhetscheferna kunde säga att barnmorskorna skulle klara av att gå mellan ett dött och levande barn som en del av deras arbetsuppgifter. Otillräckligt stöd påverkade barnmorskornas mående negativt och minnesförlust kunde vara en negativ följd.

“Har aldrig fått någon stöttning som jag har önskat för tyvärr tar det på psyket att inte kunna bearbeta det som hänt inne på förlossningsrummet. Har till och med vid ett helt år känt mig helt känslolös och stängde av helt och helt plötsligt vaknade jag upp och minns ingenting av de året, minns inte ens vart jag har rest” (I:2)

Inför nästkommande arbetspass upplevde en del av barnmorskorna att stressnivån var hög och resulterade i att de funderade på att avsluta sin tjänst på förlossningen.

Barnmorskans behov av stöd berodde till stor del på barnmorskans individuella livssituation, om hon hade varit med om sorg tidigare, arbetslivserfarenhet eller om hon kunde associera till egna barn eller barnbarn. Några av informanterna hade utformat egna copingstrategier eller ritualer som hjälp att kunna bearbeta sina känslor och på så sätt kunna fortsätta arbeta som barnmorska.

Barnmorskornas förslag till förbättringsområden

Barnmorskor från samtliga verksamheter beskrev behov av förbättringsarbete kring stöd i samband med IUFD. Önskvärt var att införa tillfällen för reflektion både enskilt och i grupp under arbetstid. Barnmorskorna önskar att verksamheten fångar upp de kollegor som har haft hand om ett par med IUFD och speciellt dem som mår dåligt i ett tidigt skede för att minimera risken för psykisk ohälsa.

“Vi har aldrig någon debriefing, det är där vi lär känna varandra. Absolut det hade behövts mer stöttning. Kan också hjälpa med reflektionstid under arbetstid är också något väldigt viktigt ... IUFD är väldigt jobbigt. Med andra ord har vi mycket att utveckla här...” (I:4)

Barnmorskorna beskriver vikten av att erhålla planerad bredvidgång för nya kollegor innan deras första egna IUFD samt erhålla stöd under sin första IUFD. Alla barnmorskor ska få information om vart de kan vända sig vid behov av ytterligare stöd.

“Ja, men det tror jag att det finns... Asså kuratorn finns ju. Ja, ja, jag tror att man skulle få gå till henne. Och sedan finns det ju... Ja, det finns väl inget ... egentligen borde vi veta vart vi ska ta vägen ..“ (I:10)

Enligt barnmorskorna hade utbildning och fokus på IUFD minskat inom verksamheterna. Önskvärt att få bli mer mentalt förberedd genom utbildning om bemötande och praktiska moment vid IUFD samt att få se ett dött barn innan barnmorskan har sin första IUFD. Rutiner och riktlinjer gällande IUFD behöver implementeras på samtliga verksamheter och för att främja barnmorskans mående i samband med IUFD. Barnmorskorna upplever att verksamheten behöver ta ett större ansvar när IUFD sker exempelvis att bemanna avdelningen med fler barnmorskor samt leda fördelningen av PAB.

Diskussion

Metoddiskussion

Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan studiens kvalitet och dess trovärdighet beskrivas genom att använda begrepp som *tillförlitlighet och giltighet* samt *överförbarhet*.

Studien genomfördes med metoden kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats och metoden var relevant för studien för att kunna beskriva barnmorskors subjektiva upplevelser. Enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär induktiv ansats att texterna grundar sig i människors upplevelse, uppfattning eller beskrivningar. Intervjuerna av barnmorskorna skedde enskilt eftersom studiens ämne hade varit svårt att prata om i grupp på grund av att IUFD är ett känsligt område inom barnmorskeyrket och kan kopplas mycket till sorg som barnmorskan inte vill prata om. Vilket kan försvåra insamling av datamaterial till studien. Enligt Jones och Smythe (2015) upplever barnmorskorna sorg efter en förlossning med IUFD som i sin tur har inverkan på barnmorskans emotionella välbefinnande både på professionellt och personligt plan.

Tillförlitlighet och giltighet

Graneheim och Lundman (2004) skriver att tillförlitligheten stärks genom rätt val av metod och analys samt att studiens syfte besvaras. Val av metod, urval, data och analys har noggrant beskrivits vilket ökar studiens tillförlitlighet. Tillförlitlighet stärks genom en tydlig beskrivning av hur analysprocessen har genomförts. Kvalitativ innehållsanalys med fokus på manifest innehåll enligt Graneheim och Lundman (2004) användes för att analysera data. Med manifest innehållsanalys innebär att beskriva de synliga i texterna och det som är uppenbart (Graneheim et al., 2017). Transkriberingen lästes igenom flera gånger och meningsbärande enheter sammanställdes enskilt som sedan jämfördes. Under hela analysprocessen pågick en kontinuerlig kommunikation. Genom att jämföra meningsbärande enheter och kontinuerlig kommunikation har ingen data gått förlorad eller förändrats vilket ledde till att resultatets tillförlitlighet ökade. Under analysarbetet återvände författarna flera gånger till de meningsbärande enheterna och enligt Graneheim och Hällgren Lundman (2017) är skapandet av kategorier tyngdpunkten i kvalitativ innehållsanalys och ökar studiens tillförlitlighet.

Innan studien påbörjades var målet att intervjua mellan 12–15 barnmorskor. Rekrytering av informanter var väldigt svårt och endast 10 barnmorskor deltog i studien. Anledningen till att rekryteringen försvårades kan bero på flera faktorer. Svårighet med rekrytering kunde bero på att studien genomfördes under en pågående pandemi vilket försvårade möten med risk för smittspridning trots informanterna erbjöds att intervjuas online. Arbetsbelastningen på förlossningsklinikerna var hög under studien vilket innebär att barnmorskorna inte hade tid och energi för att ställa upp på intervju. Trots svårigheter med rekryteringen kunde syftet besvaras med datamaterial från tio intervjuer på grund av kvalitén. Enligt Hällgren Graneheim och Lundman (2017) avgörs inte optimala mängden data av antalet intervjupersoner utan beror på syftet och datans kvalitet. Kvalitativ innehållsanalys enligt Hällgren Graneheim & Lundman (2017) fokuserar på variation i innehåll och i föreliggande studie bedömdes antalet intervjuer bidra till att betydelsefulla variationer erhöles. Enligt Graneheim et al. (2017) ökar tillförlitligheten genom att lyfta fram olika faktorer hos deltagarna såsom olika erfarenheter, ålder och kön.

Målet var att intervjua både män och kvinnor men på grund av att barnmorskeyrket är kvinnodominerat profession var alla informanter kvinnor. Variation av livserfarenhet önskades vilket inte uppnåddes då flesta barnmorskorna som intervjuades var erfarna och hade arbetat som barnmorskor på förlossningen i minst tjugo år. Det kan förklaras genom att IUFD sker sällan och därmed är det inte ofta barnmorskan har hand om par med IUFD. Det kan även förklaras att nya kollegor på förlossningen inte blir tilldelade par med IUFD under sina första år på förlossningen. Minskad variation av barnmorskornas erfarenhet och att endast kvinnor intervjuades kan ha minskat studiens tillförlitlighet. Däremot har studiens trovärdighet styrkts genom att intervjuerna genomfördes på tre olika kliniker och utesluter att resultatet baserats på endast en klinik med dess arbetskultur och arbetsmiljö.

Studiens tillförlitlighet ökades genom att första intervjun var en pilotintervju för att bedöma ifall frågorna svarade mot syftet. Intervjuerna av barnmorskorna genomfördes enskilt och inte tillsammans på grund begränsad tid för arbete med uppsatsen och även med hänsyn till maktskillnader som hade kunde uppstå. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) kan obalans i maktfördelningen uppstå när två personer intervjuar en studiedeltagare. Informanten kan känna sig underlägsen som i sin tur påverkar hur informanten svarar på frågorna och kan vara nackdel för studiens resultat genom minskad tillförlitlighet (Kvale & Brinkmann, 2014). Informanterna valde plats och tid vilket underlättade effektiviteten. Majoriteten valde att intervjuas på avdelningen och några valde att intervjuas online på grund av rådande pandemi.

Graneheim och Lundman (2004) menar att intervjuer som genomförs online kan leda till förlorad information på grund av att man går miste om informantens kroppsspråk. Det är svårt att veta om så är fallet eftersom intervjuerna bidrog med fylligt datamaterial.

Överförbarhet

Tydlig beskrivning av metod, urval och analys är av stor vikt för att läsaren ska kunna ta ett beslut om överförbarheten till ett annat sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatet har styrkts med citat som enligt Graneheim och Lundman (2004) medför att överförbarheten underlättas. Överförbarheten har styrkts genom att intervjuerna har genomförts på tre olika kliniker. Syftet har blivit besvarat av gruppen barnmorskor på förlossningen och överförbarheten styrks eftersom de har erfarenheter av IUFD.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att barnmorskorna överlag var missnöjda med stödet från sina enhetschefer och att deras behov inte blev tillgodosedda. Brister i verksamheten var dålig förståelse från enhetscheferna, hög arbetsbelastning samt bristande eller helt obefintliga rutiner och skriftliga anvisningar gällande handläggning vid IUFD på arbetsplatsen. Ellis et al. (2016) beskriver att barnmorskor upplever behov av stöd både under och efter en förlossning med IUFD och att känslomässig påfrestning, bristande kunskap och brister i verksamheten försämrar möjlighet att ge god vård. Barnmorskorna i föreliggande studie beskrev sig själva som "inte bortskämda med att få sitta och prata kring svåra situationer" på arbetsplatsen och styrks av tidigare studier som belyst att barnmorskan behöver hjälp från verksamheten att hantera sina känslor (Agwu Kalu et al., 2018; Fenwick et al., 2007; Jones & Smythe., 2015; McNamara et al., 2017; Pezaro et al., 2016).

Samtidigt skall barnmorskan förstå och eliminera de skadliga konsekvenser som bryter mot etiska och mänskliga rättigheter har på kvinnors hälsa (ICM, 2014). Organisatoriska brister som ekonomiska begränsningar har lett till hög arbetsbelastning och personalbrist. Ekonomin skall prioriteras samtidigt som barnmorskan skall förhålla sig till att se till de etiska och mänskliga rättigheterna för kvinnans hälsa (ICM, 2014).

Barnmorskan försätts i ett etiskt dilemma när hon inte kan arbeta för det som hon står för och som tidigare belysts som en konsekvens av att organisationen inte har förståelse (Fenwick et al., 2007; McNamara et al., 2017). Beck et al. (2015) menar att barnmorskan skapar en nära relation med sina patienter och har kapacitet att uppleva vad deras patienter upplever (SBF, 2019). Barnmorskorna upplever att situationen är ett moraliskt problem och deras moraliska omdöme gör att de fattar ett beslut kring vad som är rätt att göra och styrks av Sandman och Kjellström (2018). Jones & Smythe (2015) och Martínez-Serrano et al. (2018) styrker att barnmorskor vid IUPD upplever att det är jobbigt för dem, inte bara som barnmorskor, utan som person. Faktum är att barnmorskans moraliska principer, etiska principer och allt hon står för som både barnmorska och medmänniska, blir motarbetade av verksamhetens brister.

Etiska dilemman uppstår när barnmorskans empati gentemot paret motarbetas av verksamhetens brister och föranleder att hon mår ännu sämre än vad hon faktiskt hade behövt göra i detta redan betungande sammanhanget. Vidare beskriver Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) att barnmorskan bryr sig om paret och sympatiserar med parets lidande. Barnmorskan är etiskt ansvarig och har respekt för paret och visar empati (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Kjellström och Sandman (2018) beskriver att empatisk förståelse är när man sätter sig in i andras tankar, preferenser, känslor och trosföreställningar och att empati innebär att man har förmågan att sätta sig in i andras känslor och behov. Schrøder et al. (2016) hävdar att tidigare forskning har visat att ju större empatin blir för en patient, desto högre risk för att utveckla psykisk ohälsa.

Organisatoriska brister föranleder sämre möjlighet för barnmorskan att erhålla kollegialt stöd och brist på skriftliga anvisningar och rutiner gällande IUPD medför mer stress och negativa känslor hos de barnmorskor som har mindre erfarenhet. I studiens resultat framkom att förståelse från enhetscheferna var av stor vikt för barnmorskorna och styrks av Fenwick et al. (2007) och McNamara et al. (2017) kring att enhetscheferna bör få insikt i barnmorskans yrkesprofession och de arbetsuppgifter och situationer som barnmorskorna faktiskt behöver möta. Det kan vara svårt att förbereda sig på hur man som barnmorska kommer att reagera vid en förlossning med IUPD (Jones & Smyths, 2015) men möjligheten till att se ett dött barn innan sin första IUPD kan möjligtvis bidra till att man blir så mentalt förberedd som möjligt. Vidare uppgav barnmorskorna i föreliggande studie att de önskade mer utbildning kring IUPD och möjligheten till bredvidgång under en förlossning med IUPD innan de själva hade hand om sin första.

Ellis et al. (2016) styrker att barnmorskor upplever behov av förbättrad utbildning kring IUFD och att praktisk övning förbereder barnmorskan och ökar hennes självförtroende inför sin första förlossning med IUFD.

Vidare visade resultatet i föreliggande studie att organisationen har en avgörande roll för i vilken omfattning barnmorskorna kan erhålla stöd i samband med IUFD. Tidigare forskning har visat att barnmorskor har behov av stöd i samband med IUFD och är därför hög tid att ämnet IUFD prioriteras inom verksamheten (Agwu Kalu et al., 2018; Fenwick et al., 2007; Jones & Smythe., 2015; McNamara et al., 2017; Pezaro et al., 2016). Författarna finner att hela förlossningskliniken bör samarbeta som ett team för att möjliggöra ett bra stöd för PAB som har en tung arbetsuppgift. Verksamheten bör förstå det faktum att barnmorskorna arbetar enhälligt kring kvinnocentrerad vård och Kjellström och Sandman (2018) styrker att våra känslor triggas och påverkar oss, speciellt när vi har ett personligt engagemang i en fråga. Ekonomiska begränsningar och organisatoriska brister har negativ inverkan på kvinnocentrerad vård som barnmorskan arbetar för att främja och därmed påverkas barnmorskornas mående negativt i en högre grad.

Resultatet visade att barnmorskorna vid IUFD upplevde att kollegorna utgjorde det största stödet och Ellis et al. (2016) styrker att barnmorskor upplever IUFD som en utmanande arbetsuppgift. Stödet från kollegorna var betydelsefullt eftersom de hade djup förståelse för varandras arbetsuppgifter och upplevelser. Kollegorna kunde stötta PAB på olika sätt, antingen genom att lyssna på henne eller försökte kollegorna avlasta PAB till att endast få ha hand om paret med IUFD. Barnmorskorna beskrev att kollegornas stöd bidrog till att de orkade fortsätta arbeta kvar på förlossningen efter en förlossning med IUFD. Vidare beskriver Beck et al. (2015) och Rice och Warland (2013) att stöd från kollegor och att få prata om svåra händelser på arbetsplatsen möjliggör att barnmorskorna klarar av att fortsätta arbeta som barnmorskor. Verksamhetens brister blir ett dilemma när barnmorskan inte kan arbeta efter sina grundläggande principer och är en av de främsta orsakerna till att barnmorskorna lämnar yrket (Hunter, 2004). Kollegorna blev tillsammans med PAB ett starkt team som gav stöd till varandra både under förlossningen och postpartum. Vidare styrker Ellis et al. (2016) att barnmorskor upplever behov av stöd både under och efter en förlossning med IUFD.

Enligt Jones och Smythe (2015) har kollegorna förståelse för varandra och ofta egen erfarenhet kring vad barnmorskan just nu upplever. Barnmorskor kan uppleva känslomässiga svårigheter när hon ska ge stöd åt paret samtidigt som hon ska hantera sina egna känslor (Jones & Smythe, 2015). Möjligheten att få samla sig var betydelsefullt för barnmorskorna i föreliggande studie och styrks av Jones och Smythe (2015) som beskriver att barnmorskan bör få möjlighet att lämna förlossningsrummet för att kunna hantera sina egna känslor och få stöd från sina kollegor. Kerkman et al. (2019) fann att barnmorskor som hade varit med om en betungande händelse på arbetsplatsen i första hand sökte stöd hos sina barnmorskekollegor. Vidare beskrev Ellis et al. (2016) och Kerkman et al. (2019) att när barnmorskor själva fick välja vem de ville erhålla stödet från, var barnmorskekollegorna återigen deras förstahandsval. Således belyser resultatet i föreliggande studie att trots stöd från kollegor, föreligger ett stort behov av att få mer möjlighet till att kunna prata med sina kollegor och gärna i grupp.

Ellis et al. (2016) styrker att barnmorskorna under sin arbetstid bör få tid avsatt för stöd genom samtal. Betydelsen av att få prata mer styrks av McNamara et al. (2017) som beskrev att ytterligare forskning krävs gällande implementering av stödgrupp på varje förlossningsklinik. Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) beskriver att barnmorskan bör utveckla sin egen kunskap och kompetens som kan ske genom reflektion. Studiens resultat visade att barnmorskornas möjlighet till stöd var bristfälligt, varav de barnmorskor som tyckte att stödet var tillräckligt uppgav att de hade vant sig. Författarna antar att barnmorskorna har försummat sina behov genom att se positiva aspekter som att de ofta kunde få närvara enbart hos paret och att kollegorna blev mer empatiska. Barnmorskan behöver få möjlighet att bearbeta sina känslor och dela med sig av sina erfarenheter till kollegorna och styrks av Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) som menar att barnmorskan ständigt skall försöka utvecklas både personligt och yrkesmässigt. Vidare kan samtalet med barnmorskekollegorna både ge möjlighet för PAB att ventilera sina tankar och känslor samtidigt som utbytet av erfarenheter kan bidra till ökad förståelse och mer kunskap, i synnerhet från erfarna kollegor.

Konklusion och implikationer

Under förlossningen med IUFD kunde paret tillsammans med barnmorskan bli ett starkt team som gav stöd till varandra. Barnmorskorna upplevde att deras kollegor utgjorde det största stödet när de hade en förlossning med IUFD. Efter arbetsdagens slut var det en del av barnmorskorna som fortfarande hade obearbetade känslor och sökte då stöd av sina närstående. Känslor och tankar som var obearbetade kunde för en del vara så betungande att de ledde till psykisk ohälsa. Skriftliga anvisningar och tydliga rutiner utgjorde ett stort stöd för barnmorskorna under arbetet med IUFD. I studien framkom att barnmorskorna önskade mer utbildning inom IUFD och de erfarna barnmorskorna önskade att nyanställda och nyutexaminerade barnmorskor skulle få stöd från verksamheten, i synnerhet vid sin första förlossning med IUFD. Barnmorskorna upplevde flera brister inom verksamheten som försämrade deras möjlighet till att erhålla stöd.

Enhetscheferna på förlossningarna bör se över de skriftliga anvisningarna gällande IUFD och införa rutin gällande att barnmorskorna får möjlighet att samtala i direkt anslutning till förlossningen. Vidare bör enhetscheferna utbildas inom IUFD för att få en djupare förståelse, där förståelsen hade kunnat leda till förbättringsarbete gällande prioritering kring bemanning och arbetsbelastning på förlossningen. Författarna föreslår att några barnmorskor på avdelningarna har IUFD som ett ansvarsområde, för att möjliggöra utbildning inom ämnet för yrkesverksamma, nyanställda samt barnmorskestudenter under sin VFU.

Referenser

Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160). Stockholm: Sveriges riksdag. Arbetsmiljölagen (1977:1160) Svensk författningssamling 1977:1977:1160 t.o.m. SFS 2020:476 - Riksdagen

Agwu Kalu, F., Coughlan, B., & Larkin, P. (2018). A mixed methods sequential explanatory study of the psychosocial factors that impact on midwives' confidence to provide bereavement support to parents who have experienced a perinatal loss. *Midwifery*, *64*, 69–76.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.011>

Beck, C. T., LoGiudice J., & Gabel R. K. (2015). A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: shaken belief in the birth process. *J Midwifery Womens Health*, *60*(5),16–23. Doi: 10.1111./jmwh.12383_2

Carlsson, T., & Georgsson, S. (2021). Forskningsetik. I M. Oscarsson, S. Georgsson (Red.), *Etik för barnmorskor*. Studentlitteratur.

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (143–154) Lund: Studentlitteratur.

Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., Heazell, A., & Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC pregnancy and childbirth*, *16*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>

Fenwick J, Jennings B, Downie J, Butt J, & Okanaga M. (2007). Providing perinatal loss care: satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women & Birth*, *20*(4), 153–160.

Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m. (HSLF-FS 2020:12). Folkhälsomyndigheten.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a1350246356042fb9ff3c515129e8baf/hslf-fs-2020-12-allmanna-rad-om-allas-ansvar-covid-19-tf.pdf>

Första hjälpen och krisstöd (AFS 1999:7). Arbetskyddsstyrelsen.

<https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/forsta-hjalpen-och-krisstod-foreskrifter-afs1999-7.pdf>

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

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 806-817. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>

Homer, C., Malata, A., & Ten Hoop-Bender, P. (2016). Supporting women, families, and care providers after stillbirths. *Lancet (London, England)*, 387(10018), 516–517. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01278-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01278-7)

Hunter B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20(3), 261–272. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2003.12.004>

Hällgren Graneheim, U., & Lundman, B. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Grankär & B. Höglund Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3 uppl., s. 219–234). Studentlitteratur.

International Confederation of Midwives (ICM, 2014). *International Code of Ethics for Midwives*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>

Jones, K., & Smythe, L. (2015). The impact on midwives of their first stillbirth. *New Zealand College of Midwives Journal*, 51, 17–22. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.12784/nzcomjnl51.2015.3.17-22>

Kerkman, T., Dijkman, L. M., Baas, M., Evers, R., van Pampus, M. G., & Stramrood, C. (2019). Traumatic Experiences and the Midwifery Profession: A Cross-Sectional Study

Among Dutch Midwives. *Journal of midwifery & women's health*, 64(4), 435–442.
<https://doi.org/10.1111/jmwh.12946>

Kjellström, S., & Sandman. (2018). *Etikboken - Etik för vårdande yrke* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso-och vårdvetenskap*. Natur & Kultur.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:7 uppl.). Studentlitteratur.

Martínez-Serrano, P., Palmar-Santos, A. M., Solís-Muñoz, M., Álvarez-Plaza, C., & Pedraz-Marcos, A. (2018). Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Midwifery*, 66, 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.010>

McCowan, L. M., McKinlay, C. J., & Poston, L. (2016). Interpregnancy weight gain--a modifiable cause of stillbirth?. *Lancet (London, England)*, 387(10018), 508–510.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01089-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01089-2)

McNamara, K., Meaney, S., O'Connell, O., McCarthy, M., Greene, R. A., & O'Donoghue, K. (2017). Healthcare professionals' response to intrapartum death: a cross-sectional study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 295(4), 845–852. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4309-9>

Olsson, H., & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Liber.

Pettersson, K., & Stephansson, O. (2014). Fosterdöd. I H. Hagberg, K. Marsal & Wetsberg, M (Red.), *Obstetrik* (2:5 uppl., s. 465–470). Studentlitteratur.

Pezaro, S., Clyne, W., Turner, A., Fulton, E. A., & Gerada, C. (2016). 'Midwives Overboard!' Inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on.

Women and birth: journal of the Australian College of Midwives, 29(3), e59–e66.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.006>

Polit, D. & Beck, C. (2006) *Essentials of Nursing research. Methods, appraisal and utilization.* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rice, H., & Warland J. (2013). Bearing witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery*. 29(9), 1056-63. Doi: 10.1016/j.midw.2012.12.003

Rosberg, S. (2017). Fenomenologi. I M. Granskär & B. Höglund Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3 uppl., s. 127-152). Studentlitteratur.

Rådestad, I. (1998). *När barn föds döda.* (1uppl.). Studentlitteratur.

Rådestad, I. (2002) *Omvårdnad när ett barn föds dött.* (ARG-rapport nr. 47). SFOG (Svensk förening för obstetrik och Gynekologi). Perinatologi – Intrauterin fosterdöd (IUFD).
https://www.sfog.se/natupplaga/nr47_med_omslaged7b94e7-37c5-4f06-bbf3-727c2961405d.pdf

SFOG Rapport 2002:47. *Intrauterin fosterdöd (IUFD).* Stockholm: svensk förening för obstetrik & gynekologi. Arbets- och Referensgruppen för perinatologi.
https://www.sfog.se/natupplaga/nr47_med_omslaged7b94e7-37c5-4f06-bbf3-727c2961405d.pdf

Svenska Barnmorskeförbundet (januari 2019). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska.* <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Wahlberg, Å., Andreen Sachs, M., Bergh Johannesson, K., Hallberg, G., Jonsson, M., Skoog Svanberg, A., & Högberg, U. (2016). Self-reported exposure to severe events on the labour ward among Swedish midwives and obstetricians: A cross-sectional retrospective study. *International journal of nursing studies*, 65, 8–16.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.009>

Wallbank, S., & Robertson, N. (2013). Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 50(8), 1090–1097.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.022>

World Health Organization. (2006). *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43444>

World Medical Association. (October 2013). *WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS*.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Arbetsfördelning

Härmed intygar författarna att arbetet med föreliggande studie har fördelats jämnt. Författarna har genomfört och skrivit studien tillsammans och gemensamt haft ansvar för att slutföra arbetet. Författarna har intervjuat och genomfört transkriberingen enskilt men tillsammans genomfört kodningen och analysen. Under magisteruppsatsen har båda författarna varit lika delaktiga.