INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

NÄR LIVET TAR SLUT INNAN DET BÖRJAR

- Föräldrars upplevelser av stilla födsel en systematisk litteraturstudie

Jenny Edvardsson
Pernilla Linderoth

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program:	Barnmorskeprogrammet
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2022
Handledare:	Anna Dencker
Examinator:	Marie Berg

Titel svensk:	När livet tar slut innan det börjar– Föräldrars upplevelser av stilla födsel en systematisk litteraturstudie
Titel engelsk:	When life ends before it begins – Parents' perceptions of stillbirth a systematic literature review
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Barnmorskeprogrammet, Examensarbete i RPH
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2022
Handledare:	Anna Dencker
Examinator:	Marie Berg
Nyckelord:	Stilla födsel, Upplevelser, Föräldrar, Intrauterin fosterdöd (IUFD)

Sammanfattning

Bakgrund: Det sker omkring två miljoner stilla födslar i världen varje år. De flesta sker i låginkomstländer. Riskfaktorer som kroniska sjukdomar, hög ålder och att vara förstföderska påverkar utfallet av stilla födslar. Desto fler faktorer desto högre risk. Barnmorskans kompetensområde reproduktiv och perinatal hälsa syftar till hälsofrämjande och förebyggande arbete och innefattar att vårda vid stilla födslar. För att kunna bemöta alla människors olika behov i utsatta situationer krävs kompetens inom flera områden och ett öppet sinne. Antalet stilla födslar ska minskas för att uppfylla delmål i de globala målen för att förbättra hälsan. För att detta ska kunna ske behövs mer forskning på ämnet stilla födslar och ett stort gemensamt arbete inom vården i hela världen.
Syfte: Att studera föräldrars upplevelser av stilla födsel.
Metod: En systematisk litteraturöversikt med kvalitativa artiklar. En strukturerad sökning med sökblock genomfördes i PubMed och CINAHL som gav 748 träffar. Titel och sammanfattning lästes, av dessa bedömdes 49 artiklar kunna uppfylla syftet och lästes i fulltext. Nio artiklar uppfyllde inkluderingskriterierna och kvalitetsgranskningen.
Resultat: En stilla födsel är en traumatisk händelse, föräldrar som varit med om det har olika upplevelser och erfarenheter som de tar med sig. Resultatet beskrivs i fyra olika teman: *Att få veta, Behov av stöd, Att kännas vid som förälder* och *Okänslig vård.* Att bekräftas som förälder, bli bemött med respekt och empati och att få stöd under hela vårdtiden var viktigt för föräldrarna.
Slutsats: Framträdande i resultatet var vikten av att som förälder få ett empatiskt och respektfullt bemötande. En slutsats av studien är att barnmorskan ska kunna anpassa vården och stödja individen för att ge den bästa möjliga upplevelsen av stilla födsel. Detta kräver mer utbildning i personcentrerad vård.

Nyckelord: Intrauterin fosterdöd (IUFD), Stilla födsel, Upplevelser, Erfarenheter, Föräldrar,

Abstract

Background: Stillbirth is something that occurs all over the world. Mainly in low-income countries. Risk factors that affect the outcome of stillbirths are woman of a higher age and who are giving birth to their first child. A chronic disease or pregnancy complications can increase the risk of a stillbirth. Midwives commission is to give a proper and well composed care in reproductive and perinatal health. Stillbirth is a sad event that the midwife needs to have good knowledge about, to be able to fulfill the parents' needs. Research about risk factors and midwives' experiences of stillbirth is available but less research on parents' experiences can be found.
Aim: To study parents' perceptions of stillbirth.
Method: A systematic literature review of qualitative studies. A structured searched was conducted in PubMed and CINAHL, a total of 748 articles was found. From title and abstract 49 studies were selected in fulltext. Nine articles fulfilled the inclusion criteria and quality assessment.
Results: Parents perceptions related to stillbirths' variate, but the common opinion is that a stillbirth is a traumatic event. Something you wish that no one had to go through. Many parents spoke about how important it was to be treated as a family that just received a baby, that they were parents like everybody else on the maternity ward. The feelings and perceptions of stillbirth were both positive and negative. It showed the tenderness as a couple going through a difficult period. The result was presented in four themes with subthemes.
Conclusion: An empathic and respectful approach is important emerged in the result. A conclusion of the study is that the midwife should be able to evaluate the need of support and to give individualized care. To give the best suitable care for parents experiencing stillbirths. This indicates more education in person-centered care.

Key words: Intrauterin fetal death (IUFD), Stillbirth, Experience, Perception, Parents,

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till våra nära som stöttat oss i processen av studien. Göteborgs universitetsbibliotek - Biomedicinska biblioteket ska också ha ett tack för deras bemötande och hjälp vid några frustrerande moment. Tack till Anna Dencker för handledning och stöd.

Innehållsförteckning

Sammanfattning 2
Abstract 3
Förord 4
Inledning 3
Bakgrund 3
Definitioner 3
Stilla födsel i världen 3
Risker och orsaker kopplat till stilla födsel 4
Högt BMI 4
Alkohol, tobak och nikotin 4
Förstföderska och maternell ålder 4
Kroniska sjukdomar och graviditetskomplikationer 5
Förebyggande åtgärder för att minska stilla födsel 6
Minskade fosterrörelser 6
Vård vid stilla födsel 7
Barnmorskans roll vid stilla födsel 8
Teoretisk referensram 9
Vårdandet 9
Vårdrelationen 9
Problemformulering 11
Syfte 11
Frågeställning 11
Syfte 11
Metod 12
Design 12
Urval 12
Datainsamling 13
Dataanalys 15
Etiska överväganden 16
Resultat 17
Att få veta 17

Känslan av att något inte stämmer ... 17
Beskedet ... 18
Varför jag? ... 18
Behov av stöd ... 19
Respektfullt bemötande ... 19
Oönskade upplevelser ... 19
Stöd från familj och vänner ... 20
Att kännas vid som en förälder ... 20
Föräldraskap ... 20
Relationen mellan föräldrarna ... 21
Att möta sitt barn ... 21
Minnen ... 22
Okänslig vård ... 23
Förlossningsvårdens organisation ... 23
Oförberedd vårdpersonal ... 24
Obduktion och eftervård ... 24
Diskussion ... 25
Metoddiskussion ... 25
Design ... 25
Urval och datainsamling ... 25
Dataanalys ... 26
Resultatdiskussion ... 27
Att få veta ... 27
Behov av stöd ... 28
Att kännas vid som en förälder ... 29
Okänslig vård ... 29
Förslag till vidare forskning ... 30
Slutsats ... 31
Referenslista ... 32
Bilagor
Bilaga 1. Exkluderade artiklar.
Bilaga 2. SBU-Granskningsmall för kvalitativa artiklar.
Bilaga 3. Översikt av inkluderade artiklar och kvalitetsgranskning.

Inledning

Att bära en graviditet är omvälvande, en stor händelse i livet och något som många ser fram emot. För en del föräldrar kan lycka vändas till förtvivlan om barnet dör i magen. Forskning pågår över hela världen för att förstå orsaker och samband samt hur föräldrar påverkas. I barnmorskans kompetensbeskrivning står att barnmorskan ska ha kompetens att vårda och stödja de föräldrar som drabbas. Under vår barnmorskeutbildning upplevde vi att undervisningen i detta ämne var begränsad. Genom denna litteraturöversikt med upplevelser från föräldrar kan ökad kunskap och förståelse uppnås. Vi vill stärka barnmorskans kompetens i omhändertagandet vid stilla födsel. Förhoppningsvis ger det en tryggare vård som kan gynna föräldrarna vid händelsen men även barnmorskan i sin roll.

Bakgrund

Definitioner

Stillbirth: the event that a fetus is born dead or stillborn, översätts av Svensk MeSH till: dödfött barn. Begreppet *stilla födsel* kan översättas från engelskans stillbirth men någon vedertagen översättning eller benämning har vi inte lyckats hitta. I detta arbete har vi valt att använda begreppet stilla födsel för att benämna händelsen när barn föds döda.

Intrauterin fosterdöd (IUFD): Den internationella definitionen enligt världshälsoorganisation (WHO) är ett barn som föds utan livstecken vid eller efter gestationsvecka 28 (1). I Sverige definierar Socialstyrelsen dödföddhet som framfödande av ett barn utan livstecken efter gestationsvecka 22 (2).

Perinatal dödlighet*:* Dödföddhet och död under första levnadsveckan. Intrauterin fosterdöd är en del av den perinatala dödligheten (2).

Stilla födsel i världen

Var 16:e sekund beräknas det födas ett dött barn i världen. Det blir omkring två miljoner barn på ett år. År 2020 registrerades 354 dödfödda barn i Sverige. Enligt statistiken har antalet barn som föds döda per år minskat med god marginal, med cirka 400 barn mellan år 1973-2021 (1, 3). Nordiska länder som Sverige, Danmark och Norge ligger ungefär lika statistikmässigt, runt 300-400 stilla födslar per år, vilket är betydligt lägre än i många andra delar av världen (2).

Merparten av stilla födslar i världen sker i låginkomstländer. Detta antas vara kopplat till socioekonomiska förhållanden, begränsad tillgång till mödrahälsovård och akutsjukvård (4, 5). Siffran för antalet stilla födslar har inte minskat globalt de senaste åren utan det finns fortfarande mycket att göra för att förbättra hälsan för världens kvinnor och barn samt minska antalet stilla födslar (4). Mer forskning behövs för att förstå vilka risker och orsaker som kopplas till stilla födsel (6).

Risker och orsaker kopplat till stilla födsel

Barn som föds döda obduceras ofta för att försöka fastställa orsaken till dödsfallet, undantaget om föräldrar ej önskar undersökningen. Ofta går orsaken inte att fastställa. Det som framkommit i forskning är att det finns ett antal risker som ökar sannolikheten för en stilla födsel (5). Nedan beskrivs dessa risker.

Högt BMI

Ett Body Mass Index (BMI) som ligger högre än inom normala referensvärden tyder på en påverkan i hormonnivåer och en förändrad metabolism hos kvinnan. En del studier har även kunnat påvisa en ökad inflammation i kroppen. Koppling har också kunnat påvisas mellan högt BMI och lång navelsträng hos fostret, något som kan ge ökad risk för navelsträngs-komplikationer (2, 7). Det är även känt att ett högt BMI i sig ger ökad risk för komplikationer av olika slag relaterat till graviditeten, exempelvis: högre blodtryck, graviditetsdiabetes, preeklampsi samt risk för syrebrist hos barnet och värksvaghet under förlossningen. Risken för en stilla födsel ökar med ett stigande BMI, ofta kopplat till en högre risk för andra graviditetskomplikationer som även det ger en ökad risk för stilla födsel (2, 8).

Alkohol, tobak och nikotin

Att inta alkohol under graviditeten ger ökad risk för missfall, fosterskador och stilla födsel. Hur mycket fostret påverkas av alkoholintag beror på flera faktorer som mängden intagen alkohol, barnets genetik och tidpunkten för alkoholintag under graviditeten. I Sverige rekommenderas att gravida avstår från alkohol helt under graviditeten (2, 9, 10). Ohälsa är en ökad risk för både kvinnan och fostret vid intag av tobak i form av rökning eller snusning. Risken för tillväxthämning ökar framför allt med rökning, något som ökas med antalet rökta cigaretter. Nikotinet i snus och cigaretter drar ihop blodkärlen, även i moderkakan det vill säga att det påverkar blodförsörjningen till fostret. Tobaksröken utsätter fostret för kolmonoxid som påverkar syretillförseln i vävnaderna hos det ofödda barnet (2, 7, 9-11).

Förstföderska och maternell ålder

Att vara förstföderska är en risk i sig att drabbas av stilla födsel. Det finns olika teorier om varför risken är lägre hos en omföderska. En teori är att kroppen redan genomgått en graviditet och förlossning, det finns då en vetskap om tidigare erfarna komplikationer som kroppen utstått och om hur komplikationerna ska förebyggas. En ökad övervakning sätts in vid identifierade komplikationer (2, 7, 12).

Mödrarnas ålder har under de senaste åren ökat kring barnafödande. År 2020 var medelåldern för förstföderskor 29 år och för omföderskor 32 år i Sverige. En ökad ålder medför en ökad risk för stilla födsel. En markant riskökning ses framför allt hos kvinnor över 35 år som är förstföderskor (2). I en studie gjord i USA kan samma trend ses, att det finns en tydlig riskökning för kvinnor över 35 års ålder. Risken är ökad trots god kontroll av andra sjukdomar och komplikationer som kan finnas hos kvinnan relaterat till åldern (7, 13).

Kroniska sjukdomar och graviditetskomplikationer

Gravida som har kroniska sjukdomstillstånd sedan innan eller som upptäcks vid graviditeten har generellt större risk för olika typer av komplikationer. Dessa komplikationer kan i sin tur ha en påverkan på risken för en stilla födsel (2). Kroniska sjukdomar hos den gravida eller andra komplikationer under graviditeten kan påverka placentans, moderkakans, funktion till det sämre. Kronisk hypertoni, preeklampsi, graviditetsdiabetes och intrauterin tillväxthämning är några exempel. Fostrets tilltagande behov av syre och näring kan då inte tillgodoses tillräckligt av placentan. Ytterligare risker föreligger med komplikationer kopplade till placentadysfunktion som i sin tur kan leda till en stilla födsel. Andra akuta komplikationer som kan uppstå och orsaka fosterdöd är navelsträngsprolaps, vasa praevia och placentaavlossning (2, 7, 14).

Tillväxthämning hos fostret är en svåridentifierad riskfaktor för stilla födsel och är en av de vanligaste orsakerna (14). Att tillväxten hämmas hos fostret innebär att ett hinder uppkommit som stoppar fostret från att uppnå sin fulla tillväxtpotential. Växer inte fostret i magen som det ska ökar risken för dödlighet. När fostret dör före fullgången graviditet kan upp till 40 procent av fallen kopplas till tillväxthämning som dödsorsak, i fullgången tid motsvarar siffran elva procent. Det kan vara flera faktorer som spelar in vid tillväxthämning hos fostret och det är inte alltid enkelt att hitta vad det är som åsamkat hämningen. En påverkan på närings - och syretillförsel är dock en av de vanligare, att placentans funktion på något vis är påverkad. Detta kan i sin tur ha orsakats av andra sjukdomstillstånd eller intag av hälsofarliga produkter som alkohol och tobak (2, 7, 14).

Havandeskapsförgiftning, även kallat preeklampsi, drabbar två till fem procent av alla graviditeter. Ett tillstånd som kan bli allvarligt framför allt vid tidig debut i graviditeten, före vecka 32–34. Placentas blodkärl blir påverkade och kan inte förse fostret med tillräckligt blodflöde, syre och näring, vilket ger tillväxthämning (2). Det är vanligare med placentapåverkan orsakat av preeklampsi vid stilla födslar som sker prematurt, vid fullgången tid hos barnet är det andra faktorer som spelar in (15).

Förebyggande åtgärder för att minska stilla födsel

Idag informeras det om minskade fosterrörelser på barnmorskemottagningarna i Sverige, men det är även en global rekommendation enligt WHO (16). Minskade fosterrörelser kan vara ett tecken på att fostret inte mår bra, att det kan finnas hot mot hälsa och liv. Tänkbara orsaker kan vara att barnet inte får tillräckligt med syre, en placentadysfunktion som till följd ger näringsbrist och tillväxthämning eller att det finns en blödning någonstans i cirkulationen mellan mamma och barn (2, 16).

Kvinnor som under graviditeten inte går på några hälsokontroller och som föder sitt barn utan kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal har högre risk att genomgå en stilla födsel (17). I en studie utförd i Uganda under 2015 med 1785 deltagare kunde det påvisas att kvinnor som gått på fler än tre hälsokontroller under graviditeten generellt föda färre döda barn (18).

Hälso- och sjukvårdslagen (19) och Patientsäkerhetslagen (20) strävar efter en god, trygg och säker vård, vars principer kan etableras i vården kring att förebygga stilla födsel. Att veta risker och arbeta för att förebygga en stilla födsel kan ses som en del i det hälsofrämjande arbetet, en insats för den gravida och för barnet (2, 4). I två stora studier, varav en kohortstudie, framkom det att cirka en femtedel upp till en tredjedel av stilla födslar kunnat förebyggas. Mer frekventa ultraljudsundersökningar tillsammans med regelbundna kontroller hos barnmorskan, igångsättning i ett tidigare skede och andra tidigare interventioner i hjälpande syfte, är förebyggande faktorer som skulle kunna påverka utfallet av stilla födslar (21, 22).

Minskade fosterrörelser

Att tappa kontakt med sitt ofödda barn är en upplevelse från kvinnor som erfarit en stilla födsel, att de känt minskade fosterrörelser eller inga rörelser alls i magen. Andra känslor som upplevts är oro och en känsla av att något inte var som det skulle. Detta beskrevs i en intervjustudie med 26 deltagare utförd i Sverige år 2006-2007 (23). De flesta gravida känner fosterrörelser från graviditetsvecka 18–20. Under graviditeten har fostret olika tydliga perioder av sömn, vakenhet och rörelsemönster. Det kan vara skillnad från foster till foster så en graviditet är inte alltid lik den andra (2).

Vid en känsla av förändrade eller minskade rörelser ska kvinnan kontakta vården för vidare kontroll, detta för att främja hälsa och förebygga sjukliga komplikationer hos både mamma och barn. WHO (16) har utfärdat rekommendationer för antenatal vård för att förbättra vården av kvinnor och barn, där också barnmorskan är en central i förbättringsarbetet. Bland annat handlar rekommendationerna om barnmorskeledda kontinuitetsmodeller, att registrera minskade fosterrörelser och att göra ultraljud före vecka 24. Rekommendationen är att kvinnor under graviditet ska göra åtta hälsokontroller under graviditeten för att minska den perinatala dödligheten. Dock handlar rekommendationerna inte bara om att minska dödligheten utan även om främjandet av hälsa, välmående och respekt för de mänskliga rättigheterna (16).

Vård vid stilla födsel

All vård ska ges med respekt för patientens rätt till integritet, självbestämmande och delaktighet (27). Vid misstanke om fosterdöd bekräftas diagnosen med ultraljud i Sverige. Hur diagnosen fastställs ser olika ut i världen. Där ultraljud inte finns tillgängligt används andra instrument för att fastställa om barnets hjärta slår (28, 29). År 2015 publicerades en studie som undersökte hur vården kan utformas för att möta familjens behov, från diagnos tills att barnet är fött och tiden efteråt. De inkluderade 22 studier i analysen och kom bland annat fram till att det är viktigt att föräldrarna får tydlig upprepad information i flera steg. Föräldrarna behöver få vara delaktiga i samtal och beslut men även andra familjemedlemmar kan involveras om så önskas. Informationen ska ges på ett språk som är förståeligt vilket innebär att medicinska termer ska undvikas. Tid behöver avsättas för frågor och stöd. Det är också viktigt att säkerställa om föräldrarna vill vara ifred eller ha sällskap efter beskedet (30).

Reaktioner på beskedet är individuella och personliga, att förlora ett barn är smärtsamt. Föräldrarna behöver få tid och möjlighet att bearbeta beskedet och förbereda sig på att ta emot sitt barn. Det finns risk för psykologiska konsekvenser om föräldrarna får vänta på induktion utan att de själva önskat det. Ett annat skäl till att inte fördröja förlossning är att barnet kan förändras utseendemässigt om det drar ut på tiden. Det är föräldrarnas önskemål och behov som ska styra när induktion ska startas (30, 31).

Att förbättra mödrahälsovården är ett prioriterat område för WHO. Mödrahälsovård inbegriper vård under graviditet, förlossning och eftervård. Kvinnors och barns hälsa hänger nära samman (24). Att säkerställa en god hälsa och välbefinnande för alla är mål nummer 3 av 17 globala mål för hållbar utveckling. Målen antogs i Förenta Nationernas (FN) generalförsamling år 2015. Två av delmålen under det tredje globala målet handlar om att minska mödradödligheten och barnadödligheten. Dödsfall som kunde förhindrats med förebyggande åtgärder ska minska fram till år 2030 (25). För att nå målen har WHO bland annat tagit fram globala rekommendationer för antenatal vård för gravida kvinnor (16). I oktober 2022 presenterades rapporten *Every woman every child-Protect the promise* (26). Rapporten visar att kvinnors och barns hälsa samt rättigheter fått stå tillbaka bland annat på grund av pandemi, klimatförändringar och konflikter under de senaste åren. Fattigdom och ingen eller begränsad tillgång till kvalificerad vård utsätter mammor och barn för stora risker. Globalt är skillnaderna stora, ojämlikheter som påverkar den reproduktiva och perinatala hälsan behöver uppmärksammas och åtgärdas om mödra- och barnadödligheten ska minska (26).

Förlossningen ska handläggas som när ett levande barn föds men smärtlindringen kan vara mer generös eftersom det inte behöver tas någon hänsyn till barnet. Oavsett rutiner ska beslut tas tillsammans med föräldrarna och med hänsyn till den svåra känslomässiga situationen som föräldrarna befinner sig i. Vaginal förlossning och induktion är rekommenderat om kvinnan inte har några andra medicinska riskfaktorer (32). Barnet är varmt när det föds men redan 30 minuter efter förlossningen ändras hudfärgen och barnet blir svalare. Par som håller och ser sitt

barn direkt efter förlossningen har beskrivit det som värdefullt. Föräldrarna ska inte få frågan om de vill se sitt barn utan hur de vill möta sitt barn. Till exempel kan barnmorskan fråga om mamman vill ha barnet på bröstet direkt eller om paret önskar få barnet tvättat och påklätt innan de tar barnet i famnen. Det är viktigt för föräldrarnas fortsatta sorgearbete att hålla och se sitt barn, de ska få spendera så mycket tid de vill med sin bebis (30, 33).

Barnmorskans roll vid stilla födsel

Barnmorskans roll och ansvar är reglerat i nationella och internationella styrdokument. International Confederation of Midwives (ICM) arbetar för alla världens kvinnor och deras rätt till respektfull vård av hög kvalitet som en del av de mänskliga rättigheterna. ICM har tagit fram dokument för att beskriva barnmorskans roll, rättigheter och etiska kod. Barnmorskans roll är att stötta och vårda med sin professionella kunskap i ett partnerskap med kvinnan. Tillgången till barnmorskor ser olika ut i världen vilket påverkar mödrar och barns hälsa (34). I Sverige arbetar barnmorskor utifrån Svenska Barnmorskeförbundets kompetensbeskrivning som bygger på ICM dokument. I kompetensbeskrivningen står bland annat att barnmorskan ska ha kompetens att vårda och stödja vid stilla födsel (35). Partnerskapet och relationen till kvinnan som vårdas ska präglas av förtroende, öppenhet, ömsesidighet, delaktighet, bekräftelse och närvaro. Barnmorskan behöver ha god självkännedom och vara i kontakt med sina känslor, kunskaper och sinnen (36).

Stilla födsel påverkar inte bara föräldrarna. Även hälso- och sjukvårdspersonalens psykiska och fysiska välbefinnande påverkas, detta påvisas i en systematisk litteraturstudie där 30 artiklar publicerade mellan 1996–2016 granskades (37).

Hur barnmorskor påverkas av traumatiska händelser i arbetet beror på bland annat nationella regelverk, traditioner, kultur och i vilket land i världen de arbetar. Detta påvisas i en kvalitativ studie som pågick mellan 2004–2007 intervjuades tolv barnmorskor från USA och tio barnmorskor från sex olika kontinenter. Alla deltagare i studien skulle någon gång varit med på en förlossning där mamma eller barn blivit allvarligt skadade eller avlidit. I höginkomstländer uttryckte barnmorskorna oro för att bli anmäld, åtalad och dömd. Att bli uthängd i media var en annan oro. Barnmorskorna upplevde också att de behövde tid för personlig läkning efter att ha varit med om en stilla födsel. En del barnmorskor uttryckte att om mamman kom tillbaka och födde ett levande barn senare så kändes det bättre. I låginkomstländer var barnmorskornas största oro att bli av med sin inkomst, de oroade sig också för att bli offentligt förödmjukade och de uttryckte frustration över att inte kunna arbeta förebyggande så som de önskade (38).

I en kvalitativ studie med fenomenologisk ansats undersöktes hur barnmorskor i Spanien upplevde stilla födsel. De samlade in data genom tre fokusgrupper med 18 barnmorskor under åren 2012–2018. Barnmorskorna som deltog i studien uttryckte att de hade svårt att hantera förlossningar som slutade med dödsfall. De tyckte inte att de fick tillräcklig träning för att hantera dessa svåra händelser, de saknade uppföljning och kontinuitet i vården och de tyckte

inte att deras lokaler var funktionella nog. De barnmorskor som av organisatoriska skäl hade hand om flera födande samtidigt upplevde det påfrestande att växla mellan att stötta någon som födde ett dött barn och i nästa stund stötta någon som födde ett levande barn (39).

Olika känslor kan väckas i samband med stilla födsel något som påvisades i en studie från Spanien. Där intervjuades 16 personer från olika personalkategorier på tre sjukhus i Spanien. Alla hade varit involverade vid stilla födslar, fyra av de intervjuade var barnmorskor. Personalen som deltog i studien kunde känna oro över att inte räcka till vilket triggade en flyktkänsla som i sin tur skapade stress och skuldkänslor. Att inte våga möta föräldrarna på grund av egen ångest över situationen gjorde det enklare att fokusera på praktiska moment som skulle utföras i stället för att stötta och bekräfta föräldrarna. Det saknades rutiner för hur känslomässigt stöd skulle ges. Det blev upp till var och en att utifrån sin egen erfarenhet, kunskap och förnuft att stötta föräldrarna. Funderingar över hur det hade gått för föräldrarna efter att de lämnat sjukhuset kunde följa med personalen länge, särskilt om inget uppföljande möte genomfördes (40).

Att assistera vid stilla födsel kan väcka etiska frågeställningar, exempelvis hur mycket föräldrarna ska uppmuntras att hålla i och titta på sitt döda barn när de uttrycker att de inte vill. När föräldrarna får besked om att deras barn är dött kan det kännas omöjligt att föda vaginalt, det är inte ovanligt att första reaktionen är att de vill att barnet ska tas bort så fort som möjligt. Det kan i mötet med föräldrarnas sorg och förtvivlan vara svårt att hitta balansen i att vara förutseende och att vänta in. Föräldrarnas integritet och självbestämmande måste respekteras samtidigt som barnmorskan måste vara professionell och hjälpa föräldrarna att ta de beslut som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet är bäst för föräldrarna (41).

Mer kunskap i kommunikation, sorg- och krishantering har efterfrågats av barnmorskor som upplevt sig sakna kontinuerlig utbildning och professionella övningstillfällen kring stilla födsel. Barnmorskorna önskade mer stöd till både föräldrar som drabbats och till personal som vårdat (37, 39, 40).

Teoretisk referensram

Vårdandet

All hälso- och sjukvård bör bygga på en humanistisk människosyn och den enskildes värdighet ska respekteras (19) . Den professionella barnmorskans grund är vårdandet. Vårdandet sker i en vårdande relation där dialog och öppenhet är centralt. Etiska ställningstagande är basen för vårdandet och det är den grunden som hjälper barnmorskan att förhålla sig och agera i olika situationer (42).

Vårdrelationen

Barnmorskans verktyg i det professionella vårdandet är vårdrelationen. Genom att se och förstå patientens livsvärld möjliggörs ett personcentrerat arbetssätt och en helhetssyn. Ett

personcentrerat arbetssätt genomsyras av förtroende, partnerskap och att bevara patientens värdighet. En viktig del i personcentrerad vård för barnmorskan är stöd. En form av stöd är one-to one-care, det vill säga en födande kvinna per barnmorska, vilket är lämpligt vid stilla födsel. För att kunna stödja behöver barnmorskan etablera en god kontakt med den födande kvinnan och hennes partner (42, 43). I samtalet skapas en relation. Att se, lyssna till kroppsspråk och reflektera är väsentligt för att förstå både det verbala och det icke-verbala. Det är vårdarens ansvar att samtalet startas och delat ansvar att det utvecklas. Individer har olika förmåga att sätta ord på sina upplevelser och känslor. Genom att stötta individen att vara sig själv, lyssna in och bekräfta att det som sägs är viktigt kan vårdaren stärka individens självkänsla och lägga grunden för en god vård (44).

Lundgren (45) har undersökt upplevelser av mötet mellan den födande och barnmorskan och använder begreppen förlösande möten och förankrad följeslagare. Ett förlösande möte kännetecknas av närvaro och tillit. För barnmorskan innebär det att vara en förankrad följeslagare att hon finns där för kvinnan, att de delar ansvar och att såväl den födande kvinnans gränser som barnmorskans professionella gränser respekteras.

Barnmorskans stöd i samband med barnafödande kan beskrivas med begreppet förankrad följeslagare (45 s. 138).

I denna systematiska litteraturöversikt är intentionen att undersöka föräldrars upplevelse av stilla födsel och knyta an denna teoretiska referensram om vårdandet och en vårdande relation i ett livsvärldsperspektiv för att uppnå en större förståelse.

Problemformulering

Att föda barn är en livshändelse som följer med genom hela livet. Glädjen över att vänta och föda ett barn kan dock vändas till tragedi om barnet dör i magen. Forskning pågår kring orsaker, risker och samband kopplade till stilla födsel. Insatser och åtgärdsprogram pågår globalt för att förbättra hälsan för kvinnor och minska den perinatala dödligheten. Antalet barn som föds döda i Sverige ligger ungefär på samma nivå som på 1980-talet med en tendens att minska något under senare år. Merparten av alla stilla födslar i världen sker i låginkomstländer där mödrar har begränsad tillgång till barnmorskor och kvalificerad sjukvård. Det finns tidigare studier av föräldrars upplevelse av vården i samband med stilla födsel, om föräldrarnas sorg och psykiska hälsa efter förlossningen och hur personal påverkats av att vårda vid dessa händelser. Upplevelsen av stilla födsel och det stöd som föräldrarna får är viktigt för sorgearbetet, den framtida hälsan och minnet av barnet. I riktlinjer för omhändertagande vid stilla födsel finns praktiska moment beskrivna, till exempel provtagning på mor och barn. Stödet till föräldrar och personal är mer sparsamt beskrivet, något som efterfrågats i tidigare studier. Det finns därför ett behov av en samlad lägesbild av föräldrars upplevelse av stilla födsel, från diagnos till förlossning och eftervård. Förhoppningen är att ökad förståelse för föräldrarnas upplevelse kan stärka och utveckla vården och gynna såväl föräldrar som barnmorskor.

Syfte

Frågeställning

Kan man genom föräldrarnas upplevelse av stilla födsel identifiera vad barnmorskan kan ha nytta av för att kunna ge en trygg och säker vård vid dessa svåra stunder?

Syfte

Att studera föräldrars upplevelser av stilla födsel.

Metod

Design

En systematisk litteraturöversikt är lämplig för att få en aktuell lägesbild över publicerade forskningsstudier inom ett begränsat område. Vi valde att göra en systematisk litteraturöversikt då syftet var att undersöka föräldrars upplevelse av stilla födsel. När upplevelser ska utforskas är det passande att välja en kvalitativ metod. Att studien är systematisk syftar till att artiklarna på ett strukturerat sätt sökts fram genom databaser, analyserats och kvaliteten har granskats utifrån etablerade mallar. Resultatet som framkommer sammanställs och presenteras för att ge översikt av kunskapsläget. Denna studiedesign är en väletablerad metod och den används ofta som grund för att utforma praktisk vård (46-48). Då vi ville undersöka föräldrars upplevelse av stilla födsel var detta en lämplig design som kan svara an till syftet och ge en aktuell bild av kunskapsläget kring valt område.

Urval

PEO (Population, Exposure, Outcome) användes för att ringa in ämnesområdet och hitta de element som forskningsfrågan skulle innehålla, se Tabell 1. PEO är lämplig att använda vid kvalitativa studier. Inklusions- och exklusionskriterier kan identifieras med hjälp av PEO (48). Vid kvalitativa ansatser ska urvalet syfta till att beskriva, förklara och öka förståelsen för det som studeras (49).

Tabell 1. PEO-modell

Population	**E**xposure	**O**utcome
Parents´	Stillbirth	Experience

En frisökning genomfördes för att hitta publicerad forskning inom området och identifiera lämpliga sökord. Engelska översättningar och synonymer identifierades genom sökning i Svensk MeSH. Inklusions- och exklusionskriterierna formulerades för att ytterligare avgränsa och för att hitta artiklar som besvarade frågan och stämde överens med syftet, se Tabell 2.

Inkluderade artiklar var kvalitetsgranskade originalartiklar skrivna på engelska med godkännande från en etikprövningsnämnd och publicerade mellan år 1990–2022. Tidsramen valdes för att inte missa relevanta artiklar och för att vården vid stilla födsel förändrades i västvärlden under 1980-talet. Att hela världen inkluderades var för att vidga perspektivet och få med hur upplevelser kan skildras oavsett var i världen det händer. Deltagarna i studierna skulle vara föräldrar som förlorat ett barn efter vecka 22 och genomgått en stilla födsel. Artiklarna skulle handla om föräldrarnas upplevelser av stilla födsel. Artiklar som handlade om

missfall, abort eller par som förlorat barnet efter förlossningen exkluderades. För att undersöka hur något upplevs är en kvalitativ ansats lämplig (48). Vi inkluderade därför endast kvalitativa studier.

Tabell 2. Inklusions- och exklusionskriterier.

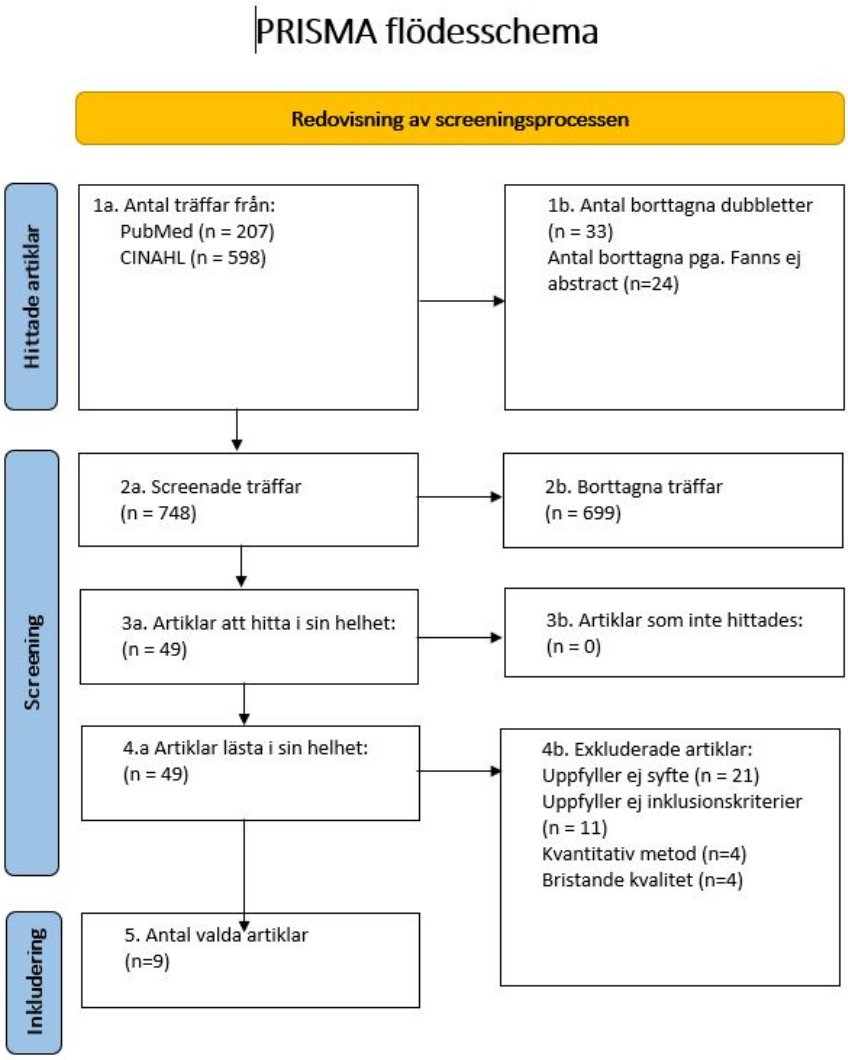
Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
- Kvinna som fött ett dött barn efter v 22 - Pappa/partner som fått ett dött barn efter v 22 - Stilla födsel - Intrauterin fosterdöd - Upplevelse av stilla födsel, från diagnos till förlossning och tiden direkt efter barnet är fött - Originalartiklar - Kvalitativ metod - Peer Reviewed - Artiklar tillgängliga i fulltext - Språk: Engelska	- Vårdpersonal - Missfall, abort - Kvantitativ metod - Uppföljning av hur föräldrar mår en tid efter stilla förlossning - Litteraturstudier - Artiklar publicerade innan år 1990

Datainsamling

Datainsamlingen startade initialt med en sökning i Google Scholar för att se om det fanns träffar inom det valda ämnesområdet och samla information kring mängd forskning som publicerats. Inledande sökning skedde i PubMed och CINAHL, två stora databaser med inriktning på vård, omsorg och medicin vilket stämmer bra överens med forskningsfrågan. Kunskapslucka framkom vid sökningen vilket gav grund till lämplig forskning inom ämnesområdet. Efter detta grundarbete kunde en större och mer preciserad sökning utföras.

Sökorden utgick ifrån tre termer och genom dessa hittades synonymer för att möjliggöra en bredare sökning och vidgad träfflista. Att använda sig av söktermer och synonymer får sökningen att bli sensitiv och specifik. Det är viktigt att fånga in de mest relevanta artiklarna för området och termerna och synonymerna kompletterades därför även med AND och OR (48). Detta tydliggör sökningen ytterligare och då kan de artiklar som är bäst lämpade för efterfrågan fångas (47, 48). Genom de första tre termerna kunde block skapas. Litteratursökningen i PubMed och CINAHL genomfördes 2022-11-28. Söksträngen som användes i båda databaserna var: (woman* OR parent* OR couple* OR father* OR mother*) AND (stillbirth* OR stillborn* OR ”neonatal death” OR “perinatal death” OR “intrauterine death” OR IUFD OR “antepartum stillbirth”) AND (experience* OR perception* OR attitude* OR view* OR feeling* OR perspective* OR bereave*). Eftersom tillräckligt med träffar fångades valde vi att inte vidga sökningen till fler databaser. För att säkerställa kvalitet på sökningen konsulterades en bibliotekarie på Göteborgs universitetsbibliotek.

Vi läste 748 abstract efter att dubbletter och artiklar som inte hade abstract tagits bort. Artiklarna fördelades så att vi läste hälften var i respektive databas. Vid osäkerhet på artikelns relevans bedömdes den av båda för att stärka validiteten i urvalet. Efter att titel och abstract lästs och sållats utifrån syfte och inkluderingskriterier återstod 49 artiklar. Dessa delades upp sinsemellan och lästes i fulltext för att bedöma relevans. Var vi osäkra lästes artikeln av båda och diskuterades sinsemellan innan beslut. Exempel på artiklar som exkluderades redovisas i Bilaga 1, Tabell 4. PRISMA flödesdiagram har använts för att visa hur resultatartiklarna togs fram (50). En kontroll av referenslistor i liknande litteraturöversikter och i de artiklar som identifierats genomfördes för att undersöka om relevanta artiklar missats. Inga ytterligare artiklar hittades vid genomgången.



Översatt och bearbetad version av PRISMA 2020 Flow Diagram: http://www.prisma-statement.org/

För att bedöma de inkluderade artiklarnas vetenskapliga kvalitet genomfördes en kvalitetsgranskning på de nio artiklar som uppfyllde alla kriterier. Kvalitén på artiklarna påverkar tillförlitligheten på litteraturöversiktens resultat (48). Granskningen utfördes med hjälp av Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering (SBU) (51) se Bilaga 2. Samtliga artiklar granskades var för sig, sedan gick vi igenom granskningarna tillsammans för en gemensam bedömning. Alla artiklar bedömdes ha måttliga, obetydliga eller mindre brister och inkluderades i studien. Inkluderade artiklar beskrivs i Bilaga 3, Tabell 6.

Dataanalys

Eftersom artiklarnas metod, urval och innehåll var olika valdes att göra en induktiv innehållsanalys. Detta innebär att data systematiskt klassificeras för att identifiera mönster och tema. Genom att anta en induktiv ansats kan även sådant som inte tydligt uttalats identifieras, ansatsen syftar till att tolka och förstå (49). En induktiv ansats möjliggör en förutsättningslös analys, till exempel analys av beskrivningar av upplevelser (52). Vilket lämpade sig för vårt syfte. För denna induktiva innehållsanalys har de nio stegen beskrivna av Bettany-Saltikov och McSherrys (48) använts, se Tabell 3.

Tabell 3. En kort sammanfattning av hur dataanalysen gick till utifrån de 9 stegen.

1.	De utvalda artiklarna lästes igenom noggrant av båda. Därefter diskuterades resultatdelarna sinsemellan.
2.	De delar som svarade an till syftet med litteraturstudien färgkodades för att tydligare kunna se de delar som var användbara.
3.	All den extraherade data strukturerades upp och jämfördes sedan med varandra.
4.	En öppen kodning utfördes. Subteman identifierades med hjälp av färgkodning.
5.	Subteman jämfördes och de som var likartade grupperades ihop under nya teman.
6.	De olika nya teman som hittades slogs ihop med de som var snarlika för att bilda slutgiltiga teman.
7.	För att minska risken för bias gjordes en genomgång av teman och handledaren konsulterades för avstämning.
8.	De inkluderade artiklarna lästes igen för att säkerställa att all relevant data insamlats och att all data svarade an till syftet.
9.	Alla stegen diskuterades sinsemellan kontinuerligt under processen för att säkerställa ett resultat. För att få överblick över hittade teman och subteman gjordes en tabell i resultatdelen.

De utvalda artiklarna lästes av båda noggrant och sedan diskuterades resultatdelarna sinsemellan. För att tydligare se vad som mötte an till litteraturstudiens syfte färgkodades artiklarnas viktiga delar. Den extraherade data som hittades strukturerades upp och jämfördes. En öppen kodning gjordes och subteman identifierades med ytterligare färgkodning. De subteman som liknande varandra parades ihop under nya teman. Därefter analyserades de olika funna teman, där likartade teman slogs ihop och grupperades till ett tema. För att minska risken för bias kontrollerades även teman av båda två. Handledaren konsulterades för genomgång och avstämning. Artiklarna lästes ytterligare en gång för att minimera risken att missa relevant data. En diskussion fördes kring artiklarnas resultat gentemot de teman och subteman som hittats. För en överskådlig presentation av teman och subteman gjordes en tabell, se Tabell 4.

Syntesen av analysen presenteras i resultatet under respektive tema. Vi valde att inte ta med de ursprungliga citaten ur studierna och översätta dem till svenska. För att tydliggöra analysen har vi i några fall valt att skriva ut vad enstaka personer berättat.

Etiska överväganden

Vid systematiska litteraturöversikter är forskningsetiska ställningstagande viktiga. De studier som inkluderades i studien skulle därför ha etiskt godkännande från en etisk kommitté för att vara professionella, vetenskapliga och etiskt godtagbara. Genom att säkerställa att ett etiskt godkännande inhämtats kan individernas rättigheter i studien anses vara respekterade (48). Deltagarna var anonyma och information om samtycke fanns beskrivet i samtliga inkluderade artiklar.

Helsingforsdeklarationen antogs år 1964 av World Medical Association (WMA), deklarationen slår fast etiska principer som ska gälla för medicinsk forskning. Centrala principer i deklarationen är att individerna som ingår i studien ska ge sitt samtycke och omsorgen om individen går före samhället och vetenskapens intresse (53).

I Sverige ansöks om etisk prövning till etikprövningsmyndigheten, all forskning på människor, mänsklig vävnad och känsliga personuppgifter ska genomgå en etisk prövning. I januari 2020 skärptes etikprövningslagen (54), skärpningen innebär att etikprövningsmyndigheten fått ökad tillsynsskyldighet och de forskare som inte följer lagen riskerar hårdare straff. För att uppmärksamma detta och bidra till ökad kunskap om regler runt etisk prövning har Etikprövningsmyndigheten fått i uppdrag att sprida information om regler för etikprövning. Etikprövningslagen bygger på respekt för individen, mänskliga rättigheter och friheter och ska alltid genomsyra forskning (54, 55). Studier utförda på universitetsnivå är undantagna från etikprövning enligt lag (54). Med hänsyn till Helsingforsdeklarationen har inga artiklar utan etiskt godkännande inkluderats i studien.

I en systematisk litteraturstudie används den kunskap som finns och därmed utsätts inte fler individer för forskning. Genom att bearbeta resultatet objektivt utan att förvanska texten respekteras den akademiska integriteten. Det finns en risk för ett selektivt urval av studier som stödjer egna åsikter eller förförståelse, det är därför viktigt att anta ett kritiskt förhållningssätt i urvalet (46, 47, 49). Vi har ingen egen erfarenhet av stilla födsel, ingen av oss har vårdat vid stilla födsel under utbildningen, båda har personer i vår närhet som har erfarenheten och vi har hört berättelser under vår praktikperiod. Risken för bias relaterat till egen förförståelse minimeras genom att artiklarna läses och analyseras individuellt för att sedan jämföra varandras tolkningar. För att minska risken för att vår förförståelse påverkar studiens resultat har vi strävat efter att använda ett reflekterande förhållningssätt, detta för att förhålla oss så objektivt som möjligt. Nyttan med litteraturöversikten är en ökad kunskap om stilla födsel. Något som kan vara användbart för vår egen del men också för andra studenter och blivande kollegor i yrket.

Resultat

Litteraturstudien baseras på de nio artiklarna (56-64). Dessa hade utförts i 5 olika länder, se Bilaga 3, Tabell 6. För att tydliggöra de inkluderade artiklarna har de markerats med en stjärna i referenslistan. Syntetisering av artiklarnas resultat presenteras i teman med passande subteman som redovisas i tabellen nedan. Resultatet speglar föräldrarnas positiva och negativa upplevelser av stilla födsel.

Tabell 4. Översikt över tema och subtema i resultatet.

Tema	Subtema
○ Att få veta	○ Känslan av att något inte stämmer ○ Beskedet ○ Varför jag?
○ Behov av stöd	○ Respektfullt bemötande ○ Oönskade upplevelser ○ Stöd från familj och vänner
○ Att kännas vid som en förälder	○ Föräldraskap ○ Relationen mellan föräldrarna ○ Att möta sitt barn ○ Minnen
○ Okänslig vård	○ Förlossningsvårdens organisation ○ Oförberedd vårdpersonal ○ Obduktion och eftervård

Att få veta

Temat visar föräldrars känslor kring hur ofattbart det var från den första känslan till det slutgiltiga beskedet om att en stilla födsel kommer att infinna sig. Hur skuld och stigma kommer in i bilden och försvårar hanteringen för föräldrarna kommer också att presenteras i subteman: *Känslan av att något inte stämmer, Beskedet* och *Varför jag?*

Känslan av att något inte stämmer

Mammorna kunde känna olika känslor när barnet inte rörde sig som det brukade som till exempel oro, olust och panik. De kände på sig att något inte stod rätt till. Mammorna försökte trycka bort känslan och tänka att de nog kände fel. De övertalade sig själva att allt var bra och sökte därför inte vård. De ville så gärna tro att allt var normalt, de levde som i förnekelse (57, 62, 64). En pappa beskrev att han inte trodde barnet var dött förrän han fick se det själv med egna ögon. En del föräldrar hade kvar hoppet och hade svårt att acceptera att barnets hjärta slutat slå. Det blev ett skifte i känslostormen, från glädje över graviditeten till sorg och stress över ett dött barn i magen (62). Kvinnor uttryckte att lärdomen de tog med sig från händelsen

var att tro på sin egen kropp och att ta känslan av att något känns fel på allvar. Detta var en erfarenhet som följde med i framtida graviditeter (57).

Mammorna kunde ångra att de inte reagerat snabbare på känslan av att något inte stod rätt till. En mamma beskrev hur hon vaknade upp av en rörelse i magen som hon inte kände igen. I efterhand undrade hon om det var då det hände, om det var då barnet dog (62). Den sista rörelsen från barnet beskrevs som en viktig del att minnas, den markerade på något sätt slutet. Det stilla barnet var både närvarande och borta på samma gång vilket beskrevs som en väldigt konstig känsla (64).

Beskedet

Upplevelsen av stilla födsel kunde beskrivas som den mest kaotiska och traumatiska föräldrarna någonsin upplevt. Inget var planerat och känslan av inte veta vad som skulle hända var hemsk. Deras bild av hur livet skulle blivit rycktes ifrån dem. Att få bekräftat att barnet var dött kom som en total chock och beskrevs som ofattbart och mycket svårt att ta in. Föräldrarna upplevde att de distanserade sig från omvärlden och de hade svårt att interagera med såväl personal som närstående. Några kvinnor tyckte att det var som att befinna sig i en dröm, det var så overkligt. De ifrågasatte om de ens hade varit gravida, trots att de hade haft ett starkt band till barnet. På ett ögonblick förlorade de sin bebis och en hel livstids föräldraskap (58, 61-64). Ett par beskrev hur de planerade att ta hem ett barn men att de nu i stället fick planera en begravning (57). En upplevelse av obehag beskrevs av att ha ett dött barn i magen. Livmodern som varit full av liv var nu en begravningsplats och de ville bara få bort barnet så fort som möjligt (64).

Föräldrarna upplevde ett hav av känslor kring förlusten av sitt barn, chock, bedrövelse, ilska, sorg och tomhet. De uttryckte känslor som är vanliga vid alla typer av nära dödsfall. De kände att det inte fanns utrymme för att uttrycka alla dessa känslor på grund av socialt tabu, stigma och tystnaden kring dödfödda barn. Att inte öppet kunna sörja sitt förlorade barn och inte heller kunna fira eller minnas barnets födelse var tufft. Även om föräldrarna visste att andra människor blev obekväma så ville de kunna berätta om sitt barn. Det fanns en känsla av att människor runt omkring inte hade förståelse för stilla födsel (57, 59, 64).

Varför jag?

Föräldrarna ifrågasatte varför det hände just dem. Funderingar över varför barnet dog var vanligt förekommande. Att skuldbelägga sig själva, närstående eller omgivningsfaktorer beskrevs också. De kunde känna skuld- och skamkänslor över att kanske själv ha orsakat sitt barns död (57-59). Studien från Afrika beskrev att en tro på gud kunde hjälpa föräldrarna i vissa fall och de fann tröst i övertygelsen att det var guds vilja att barnet dog. Religiös övertygelse kunde dock även orsaka skuld och skamkänslor då föräldrarna funderade över vad de hade gjort för fel som gjorde att gud straffade dem på det här viset. I en del kulturer var fosterdöd associerat med övernaturliga krafter och kvinnan kunde anklagas för samröre med onda andar eller för att vara förhäxad. Kvinnor som fött döda barn sågs som ett dåligt omen och ansågs föra otur med sig. Rykten och skvaller om föräldrarna förstärkte känslan av isolering och stigma (59).

Behov av stöd

Detta tema speglar hur viktigt det var för föräldrarna att ha ett stöd runt omkring sig vid den svåra händelsen. Hur de blev bra bemötta i sina behov men också deras negativa upplevelser. Subteman visar allt från guldstunder till tragedi och hur deras nära har en påverkan: *Respektfullt bemötande, Oönskade upplevelser* och *Stöd från familj och vänner.*

Respektfullt bemötande

Avsaknad av information var en erfarenhet hos föräldrarna. Information var viktigt men det var också känslomässigt jobbigt för föräldrarna att ta del av. Föräldrar kunde känna sig vilsna, de beskrev att de gick som i ett töcken och inte riktigt förstod vad som hände. Känslan av ovisshet uppkom delvis på grund av att de fått ett hemskt och oväntat besked, men även för att föräldrarna kunde uppleva att personalen undanhöll information. Föräldrarna hade en önskan om att personalen skulle vara uppmärksamma på om de var mottagliga för information. Frustrationen över att inte förstå och att känna att vårdpersonalen inte tog hänsyn till deras situation ledde till ilska och aggressivitet. Lyhördhet för föräldrarnas sinnesstämning och tillstånd förbättrade chansen att informationen skulle nå fram och det i sin tur underlättade föräldrarnas beslutsförmåga (57, 58).

I studierna från Storbritannien beskrev föräldrarna att det mest meningsfulla de tog med sig från vårdtiden var hur personalen försökte stötta. De var närvarande och satt tillsammans med föräldrarna. Personalen visade sorg genom att själva vara ledsna men utan att ta över föräldrarnas sorg. Det viktigaste var att de satt ner och tog sig tid. Föräldrarna uppskattade ögonkontakt och ett empatiskt bemötande. Personalens sorg visade på medmänsklighet och att de brydde sig (57, 58). Ett emotionellt, varmt omhändertagande och total närvaro med hänsyn till dem som individer och par var något som var avgörande för hur stödet upplevdes. Att bli mottagen väl utan att behöva förklara och berätta för flera olika lyftes som viktigt. Det uppskattades att få mycket information, att få vara delaktig och få möjlighet att diskutera beslut om exempelvis induktion (58).

Oönskade upplevelser

Några kvinnor beskrev att de tyckte att förlossningen var hemsk, en meningslös upplevelse som de tvingades genomgå trots att de önskade kejsarsnitt. Hela förlossningsupplevelsen var bara fruktansvärd, några menade att det berodde på att de blev behandlade respektlöst av personalen (58, 64). I en av studierna från Sverige beskrev föräldrar att personalen benämnde det döda barnet som ett missfall eller samtalade om barnet som ”det” eller ”fostret” i stället för att använda det givna namnet, detta upplevdes som respektlöst. Det framkom att de kunde känna sig lämnade och ensamma när de förflyttades mellan avdelningarna. Ny personal tog över som de inte hade någon relation med. Mammorna kände sig ignorerade i korridoren av personal som undvek ögonkontakt (56).

Från diagnos till eftervård kunde föräldrarna vara känsliga för personalens beteende och signaler som sändes ut både verbalt och icke-verbalt. Otydlig information, otrevligt bemötande och att negligera föräldrarnas behov och känslor satte djupa spår för lång tid framöver. De föräldrar som haft en dålig upplevelse av hur personalen bemött deras behov kände sig arga och besvikna. Flera deltagare beskrev att läkare varit för upptagna för att komma och titta på barnet som de lovat. Detta var något som fastnade hos dem, de upplevde att det inte fanns någon respekt eller medkänsla för dem. Chock, distansering och brist på information från vårdpersonalen kunde förvärra hela situationen (57, 58, 61, 62).

En djup känsla av ledsamhet uttrycktes när vårdpersonalen inte behandlade barnet med respekt. En mamma blev till exempel inte tillfrågad om hon ville klippa navelsträngen. En annan mamma beskrev att hennes barn inte fick en blöja eller kläder på sig. De alla önskade att de skulle bli behandlade som vilken annan mamma med barn som helst (56). Föräldrarna tyckte att det värsta en vårdpersonal kunde påpeka var att kvinnan var ung och att det inte skulle bli några problem med att skaffa ett till barn (57). Mammor beskrev även att de kunde känna sig ledsna när vårdpersonalen inte erbjöd sig att hjälpa till att skapa minnen, till exempel att de inte erbjöd sig att fotografera, utforma avgjutning av hand/fot eller klä barnet i egna kläder (56-58).

Stöd från familj och vänner

Familj och vänner spelade en stor roll i det känslomässiga och praktiska stödet till föräldrarna (58, 59, 63). Föräldrarna tyckte ibland att det kunde vara svårt att hantera familj och vänners sorg mitt i sin egen bedrövelse, de kände sig ansvariga för att ha gjort andra ledsna och kunde känna skuldkänslor över att ha orsakat en familjetragedi. De personer som de vanligtvis vände sig till för att få stöd i olika frågor, exempelvis egna föräldrar kunde vara svåra att vända sig till i denna situation. Föräldrar som hade barn sedan tidigare kände sig splittrade och de visste inte alltid hur de skulle berätta för syskonen. Föräldrarna noterade också att det inte bara var de som var drabbade av sorg utan även familj och vänner drabbades. En del föräldrar önskade att de kunnat få mer stöd och support från sina anhöriga (57, 58, 64).

Att kännas vid som en förälder

Detta tema uppkom genom att vikten av att ses som en förälder togs upp i samtliga artiklar. Genom subteman fås en inblick i hur det var att vara förälder, att möta och minnas sitt barn: *Föräldraskap, Relationen mellan föräldrarna, Att möta sitt barn* och *Minnen.*

Föräldraskap

I en av studierna från USA berättade mammor och pappor hur viktigt de tyckte det var att få stöttning och bekräftelse i föräldraskapet och ett erkännande av barnet. En särskilt viktig aspekt var att barnet uppmärksammades och bekräftades som en oersättlig individ. En mamma beskrev att hon önskade att vårdpersonalen hade identifierat barnet som den hon var nämligen hennes förstfödda dotter (61). Det framkom ett tydligt behov av bekräftelse som förälder. Att barnet nämndes vid namn var ett sätt att få bekräftelse i föräldraskapet, det beskrev att det gav

personlighet till barnet när personalen använde namnet (57, 58, 61-64). Föräldrarna uttryckte att de hade ett starkt band till sitt barn, en känsla av närhet och anknytning. Pappor beskrev att de först efter födseln kunde skapa ett starkare band till barnet, något som de trodde berodde på att kvinnan burit barnet (62, 64).

En förälder berättade om den smärtsamma upplevelsen att få gå hem tomhänta från sjukhuset, utan sitt barn. Skiftandet i den glädjefyllda upplevelsen av ett nyfött levande barn, familjer och vänner som väntade med spänning till att uppleva sorg och förlust. Att gå ut genom sjukhusets dörrar tomhänta var en bedrövlig tanke. Hon beskrev att hon hade fått en blomkorg som hon bar ut, det var lättare för att då bar hon ändå ut något (57).

I studien från Afrika framkom att kulturella normer och traditioner kunde påverka synen på barnet som en fullvärdig individ. Barn som inte tagit sitt första andetag sågs inte som personer och namngavs därför inte i vissa kulturer, detta berodde på att barn traditionellt döptes till familjenamn och det ansågs bringa olycka över hela familjen ett ge ett dödfött barn ett namn (59).

I de fall personalen lyckades ge föräldrarna en känsla av lycka och stolthet över det som så plötsligt togs ifrån dem beskrevs som mycket värdefulla. En del ville få chansen att visa upp sina barn, få vara stolta över att vara mammor och att vårdpersonalen skulle bekräfta och uppmuntra detta (58, 60-62). De mammor som tidigare fått levande barn uttryckte att de kände lika mycket kärlek och ömhet till detta barn. De uttryckte en sorg när deras känslor av förlust av barnet och deras moderskap inte bekräftades av personalen (56).

Relationen mellan föräldrarna

De flesta deltagarna i studien från Irland var överens om att parrelationen påverkades negativt av förlusten, de hade svårt att kommunicera kring sorg och känslor med varandra efter förlossningen. En mamma berättade dock att hennes relation blivit starkare av händelsen, att de kunnat stötta varandra i den tragiska situationen kring att ha förlorat ett barn. Viktigt för paret var att stötta varandra genom hela upplevelsen för att kunna fortsätta leva vidare (62).

I en av studierna från USA beskrev papporna en känsla av ledsamhet och depression men att deras främsta fokus varit att ta hand om och stötta partnern, något som kvinnorna höll med om. Papporna hade en lika stor sorg men föräldrarna sörjde på olika sätt. En del kände sig mycket ensamma och isolerade från varandra i relationen (57).

Att möta sitt barn

Vårdpersonalens support och stöttning var något som föräldrarna uttryckte var nödvändigt och viktigt för att de skulle kunna förbereda sig och våga hålla i sitt döda barn. Många föräldrar uttryckte oro över att se och röra ett dött barn. Oro för att barnet skulle vara skadat eller väldigt kallt. Att tycka att ett dött barn är skrämmande kunde hindra föräldrarna från att våga se och ta i sitt barn. En generell rädsla för döden verkade påverka föräldrarna i beslutet att hålla eller inte

hålla sitt barn (56, 58, 60-63). En mamma beskrev hur det var att hålla i sitt döda barn: Hur barnet varit varmt och mjukt i början men att ju mer tiden gick blev hans kropp kall. Han var helt tyst. Hon försökte behålla värmen och skydda honom, men det gick inte (57).

Föräldrar kunde känna lättnad och i vissa fall förvåning över att de tyckte barnet var vackert och att bebisen såg normal ut, precis som vilket annat nyfött barn. De beskrev sina barn som perfekta (56, 58, 63). En mamma beskrev hur hon inte fått se hela barnet och hur hon i efterhand ångrade det (62). En del kvinnor som födde barn som hade ett avvikande utseende beskrev att de tyckte det var svårt att se och hålla barnet. Det framkom att några föräldrar letade likheter med sig själva och närstående hos barnet och de kunde känna samhörighet när de fann dem (58, 63).

Kvinnorna kunde beskriva tiden de spenderade med barnet som mycket värdefull (61, 63). En del uttryckte att de kände stolthet, kärlek och lycka när de höll sitt barn och att de känslorna dämpade chocken och hjälpte dem i sorgearbetet (58, 63, 64). Tiden med barnet var känslosam och de kvinnor som inte hade burit eller sett barnet ångrade det ofta i efterhand (58, 59, 63, 64). Två föräldrar beskrev att de ville ta med barnet hem, de ville få ut så mycket som möjligt av tiden tillsammans med barnet (56, 62). För de föräldrar som blivit erbjudna att hålla barnet var det en delad känsla av chock och värme. Föräldrar ville hålla sitt barn men tidpunkten för när detta skulle ske kunde variera. De önskade att personalen hjälpte dem genom att erbjuda det flera gånger och att de fick information om att även om de inte ville just då så kanske de ville sedan (57, 58, 64).

Föräldrar beskrev att det var jobbigt när de inte visste var barnet var, när de lämnat i från sig barnet för provtagning eller sagt farväl inför obduktion. Om barnet verkligen hade det bra där det låg ensamt i kylrummet. Tanken på att barnet förvarades kallt på en ovärdig plats, exempelvis i ett kylskåp på avdelningen eller i ett förråd var jobbig för föräldrarna (58, 61, 64).

Minnen

Att få hjälp att spara minnen beskrevs av föräldrarna som det viktigaste vårdpersonalen kunde göra för att stötta. En del föräldrar menade att hjälpen att få med sig fysiska minnen från barnet hem var det som gjorde att de efter omständigheterna fick en så bra upplevelse som möjligt (56-58). En mamma beskrev hur hon fick argumentera med personalen för att få ta med sig filten som deras barn legat i hem, den tillhörde sjukhuset, men den var det enda minnet mamman hade och något som fortfarande doftade som hennes förlorade barn. Hon lyckades till slut övertyga personalen, men fick stå för kostnaden av en ny filt (56).

I studien från Afrika framkom det hur kulturella traditioner och rädsla för övernaturliga krafter kunde göra att föräldrarna inte fick möjlighet eller vågade spara minnen av barnet. Föräldrarna var på grund av vidskeplighet rädda för otursförföljelse för sig själv och omgivningen och för att inte kunna bli gravid igen (59).

En mamma fick sätta på en blöja och klä barnet i fina kläder inför avsked, det var något hon uppskattade. De mest sorgsna och ledsamma minnena av barnet var också de mest värdefulla i slutändan. Ett sjukhus erbjöd ett så kallat förlust-kit för att kunna skapa minnen av det förlorade barnet. Det innehöll en filt, fot- och handavtrycks material och en engångskamera. Detta kit var uppskattat av föräldrarna och något som de önskade att alla sjukhus erbjöd (57).

Okänslig vård

Temat beskriver den gemensamma uppfattningen kring betydelsen av hur vården sett ut. Både positiva och negativa aspekter kring hur vården sett ut och hur den bemött föräldrarna vid stilla födsel. Föräldrarnas upplevelse av vården från organisation till eftervård beskrivs genom subteman: *Förlossningsvårdens organisation, Oförberedd vårdpersonal* och *Obduktion och eftervård.*

Förlossningsvårdens organisation

Det beskrevs att miljön på sjukhuset inte var anpassad för stilla födsel, vissa miljöfaktorer kunde förstärkte till och med den traumatiska vistelsen på sjukhuset. Exempelvis kunde föräldrar träffa på andra med sina nyfödda bebisar i korridoren eller i caféet och höra barnskrik genom väggarna. Att höra andras barn skrika var något som kunde upplevas obekvämt och stressande (56, 57, 61). En känsla av utsatthet och exponering kunde upplevas när de mötte andra gravida eller föräldrar med sina barn på besök på sjukhuset, det väckte känslor som avund och smärta för att det påminde om förlusten (56, 58, 62).

Vårdens organisation upplevdes anpassad efter att föda ett levande barn. Det fanns inte tillräckligt med plats och möjlighet till avskildhet för de paren som skulle föda ett dött barn och inte heller plats för att sörja. Rummen kunde kännas små och dåligt ljudisolerade. Föräldrarna uttryckte även att det var skönt att få vårdas i enkelrum i en särskild del av avdelningen, avskärmad från de andra förlossningarna. Bland annat så försökte personalen ljudisolera, hänga upp skyltar på dörren för att visa att en stilla födsel pågick och ta bort bilder på barn i rummen. En förälder beskrev att dörren märktes med en skylt av en teddybjörn och en tår, en fin gest som gav effekt för att andra skulle förstå (57, 61, 62). Ljudet från en vanlig förlossning är högljutt med skrik från barnet, aktivitet och glädje medan en stilla födsel sker mer i tystnad. Att då höra att ett nytt barn fötts på avdelningen upplevdes påfrestande (57).

En mamma beskrev hur hon i all välmening förflyttades från förlossningen till en geriatrikavdelning för att få lugn och ro och inte störas av andra familjers lycka och ljud. Men avdelningen var inte förberedd på att hon skulle komma. Personalen kom in och frågade varför hon var där och hon fick förklara flera gånger att hon förlorat sitt barn, en mycket stel och jobbig situation tyckte hon (57).

Oförberedd vårdpersonal

Föräldrarna kunde uppleva att vårdpersonalen inte alltid visste vad som skulle ske, att det fanns ett kunskapsglapp vid stilla födslar. När beskedet att barnet inte längre levde gavs tyckte föräldrarna att det var viktigt att personalen var kunnig och erfaren. De ansåg att ett multiprofessionellt team med olika professioner var att föredra för att få en trygg vård (57, 61). En förälder beskrev att personalen inte verkade vana vid stilla födslar vilket lyste igenom (61).

Att mötas av personal på akuten som inte kunde ge tydlig information, råd och stöttning var otroligt tufft. Några föräldrar berättade att de träffat personal under diagnostiseringen som var obekväma i mötet och att de inte kunde ge informationen på ett respektfullt vis. Vikten av att behandlas med respekt och att personalen visste vad som skulle göras. Ett exempel på detta var när en mamma saknade skylten utanför dörren med att en stilla födsel pågick, något som resulterade i flera frågor om vilket kön barnet hade och om de var lyckliga för att de äntligen fått ett barn. Personalen visste inte att barnet var dött och de orsakade onödig påfrestning på föräldrarna med sina frågor. Det framkom att vårdpersonalen hade behövt mer praktiska övningar och utbildning kring stilla födslar (56, 57, 62).

I en av studierna i USA påvisades det att god prenatal vård sågs som en skyddande faktor mot stilla födsel. Föräldrarna trodde att så länge rätt vård ges i tid så dör inte barnet. Föräldrar beskrev ett behov av mer information och stöd från vården under graviditeten efter att de fått beskedet om att barnet i magen dött. De önskade en mer utförlig vård i nästkommande graviditet, tätare kontroller och fler ultraljud, detta troligtvis på grund av det trauma som erfarits (57) .

Obduktion och eftervård

En del föräldrar upplevde obduktion som en otänkbar undersökning, tanken på att någon skulle skära i den lilla kroppen kändes helt fel. Några föräldrar kunde se obduktionen som en möjlighet att hjälpa till att förhindra att någon annan skulle behöva uppleva samma sak som dem. Föräldrar som varit med om en stilla födsel kunde känna ett behov av att få reda på orsaken till att barnet inte överlevt. De som höll i barnet visade sig ibland ändra sig från att först ha sagt nej till obduktion till att de accepterade att undersökningen utfördes. De kände frustration när de insåg att orsaken inte gick att fastställa och deras frågor var fortsatt obesvarade (57, 58, 62). En mamma beskrev det som positivt att få tillbaka barnet efter obduktion. Hon kände sig stolt över att hon hade fått ett barn och att hon nu skulle kunna gå vidare i sorgeprocessen (62).

Alla mammor som deltog i studien beskrev att de upplevde sorg och depression under veckorna efter att de förlorat och sagt farväl till sitt barn. Flera fick erbjudande om antidepressiv medicin och de fick allmän information om dödfödsel. Ett fåtal fick hjälp med psykologkontakt efteråt så de flesta valde att söka hjälp och behandling på egen hand. Föräldrar uttryckte en önskan om mer information och hjälp från vården för att hantera sin sorg (57). Föräldrar som hade fått uppföljande samtal kände ofta en uppskattning. Samtalen gav ett lugn, någon hade koll och de hade en kontakt att vända sig till. Det framkom ett önskemål om mer information och hjälp

med hur kroppen beter sig efter en födsel av ett dött barn. Exempelvis om produktion av bröstmjölk, något som flera av kvinnorna inte var förberedda på och inte fått information om (61).

En genomgången stilla födsel beskrevs som ett trauma och flera av deltagarna i studierna önskade att de fått information kring den rädsla som uppstod i samband med och efter förlossningen. Att de då kunnat vara snällare och lagt mindre ansvar i det som skett på sig själva. Föräldrar uttryckte behov av att träffa andra i samma situation. Att delta i olika grupper för föräldrar med gemensam upplevelse beskrevs betydelsefullt då föräldrarna i de sammanhangen kände sig förstådda och de kunde stötta varandra (58, 61, 64).

Diskussion

I diskussionsdelen kommer både val av metod och resultat att diskuteras och problematiseras med förankring i relevant litteratur.

Metoddiskussion

Design

Målet med litteraturstudier är att få en sammansatt bild av aktuellt forskningsläge. Litteraturöversikter ger en kunskap som är användbar i praktiken och de anses ha ett högt vetenskapligt värde (48, 49). En systematisk litteraturstudie med kvalitativa artiklar kan vara till nytta för barnmorskor i klinisk verksamhet där personcentrerad vård ges med ett livsvärldsperspektiv. Ett annat val av metod skulle kunna vara att intervjua föräldrar. Dessvärre fanns inte tillräckligt med tid avsatt för utförandet av en sådan studie. En sådan metod hade krävt en etisk prövning och ett etiskt godkännande från etikprövningsmyndigheten eftersom människor involverats.

Urval och datainsamling

Kvantitativa studier exkluderades eftersom syftet var att utforska föräldrarnas upplevelser av stilla födsel, något som är svårt att mäta och jämföra (49). Vi ville fånga föräldrarnas beskrivningar och ansåg inte att vi kunde erhålla det från kvantitativa studier. För att öka trovärdigheten inkluderades endast artiklar som var vetenskapligt granskade, peer reviewed (65). Vid de inledande sökningarna som gjordes för att läsa in oss på området, förstod vi att vården vid stilla födslar i västvärlden förändrats efter 1980-talet. Som avgränsning satte vi därför en bakre tidsgräns på året 1990 i sökningen. Det visade sig sedan att de artiklarna som inkluderades var från senare år, den äldsta inkluderade artikeln publicerades 2009, de övriga är från 2012 och framåt. Det finns en risk att resultatet påverkats av spridningen i när studierna är genomförda. Vården vid stilla födslar har utvecklats och kan se olika ut beroende på vilket år

studien genomfördes och för att vården ser olika ut i världen. Inkluderade studier bör vara publicerade under de senaste fem åren (49). Oavsett år som studierna är publicerade så speglar de upplevelsen och vi kan inte se tydliga skillnader beroende på vilket år de är publicerade.

Vi ville undersöka föräldrars upplevelser av stilla födsel oberoende av var de ägde rum. Anledningen till det var att vi ville se om det fanns skillnader i upplevelsen. Många länder är idag multikulturella och barnmorskan vårdar ofta föräldrar från olika länder och kulturer på samma enhet. Vårdens organisation ser olika ut globalt och utbildningsnivån skiftar hos personal. De studierna som inkluderades var till största delen utförda i Europa och USA, en studie var genomförd i Afrika. En svaghet i denna studie kan därför vara att resultatet inte representerar fler länder och att endast en studie representerar resultat från låginkomstländer. Resultatet kanske hade sett annorlunda ut om fler kontinenter och länder involverats. Exempelvis om fler utvecklingsländer och olika kulturer varit representerade. Hälso- och sjukvårdens utformning, lagstiftning och socioekonomiska förhållanden skiljer sig åt länder emellan vilket kan göra att överförbarhet inte är fullt möjlig. Resultatet av litteraturstudien kan sägas vara giltigt då resultatet lyfter det som är karaktäristiskt för upplevelsen (52). Vikten av ett respektfullt bemötande och att vården bör anpassas efter individerna är något som alla föräldrar lyfter i alla länder som studerats.

Kvalitetsgranskningen genomfördes var för sig för att sedan jämföras, detta för en så objektiv bedömning som möjligt. Genom att göra två tolkningar och slå samman till en blir bedömningen säkrare (48). Alla inkluderade studier har värnat om deltagarnas integritet och välmående och samtliga är etiskt godkända. När studier genomförs där människor ingått måste individens intresse gå före vetenskapen (54). Att göra studier om stilla födsel kan i framtiden rädda små bebisars liv, förbättra omhändertagandet av de drabbade föräldrarna och utveckla vården vilket gynnar alla involverade.

Anledningen till att sökningen inte vidgades till fler databaser än två var att en stor mängd artiklar hittades i PubMed och CINAHL. Vid en systematisk litteraturöversikt är syftet att hitta alla relevanta studier (48). Om vi använt fler databaser kanske fler relevanta artiklar hade hittats. PubMed är en bred databas som täcker både medicin och omvårdnad och databasen CINAHL är specialiserad på omvårdnadsforskning (49) varför bedömningen gjordes att sökningen var tillräcklig för detta arbete. Vid sökningarna i databaserna användes tre termer och dess synonymer som sedan kombinerades med booleska operatorer till sökblock för att stärka sensitiviteten i sökningen (48). Metoden att använda flera synonymer i alla sökblock minskar risken att missa relevant litteratur (66). Vi hittade 748 titlar i databaserna att gå igenom och gjorde bedömningen att det var hanterbart.

Dataanalys

Risk finns att resultatet förvanskas vid tolkning (48). Den egna förförståelsen kan både begränsa och ge möjligheter när ny kunskap skapas (67). Genom att ha ett reflektivt förhållningssätt och kontinuerlig diskussion för att undvika att våra egna förutfattade meningar och förkunskaper

påverkat analysen har den risken för ett förvanskat resultat minimerats. Ett kritiskt förhållningssätt och att förhålla sig objektiv är viktigt genom hela processen (47, 68). Det går dock inte att helt utesluta att vår egen förförståelse påverkat resultatet. Att alla inkluderade artiklar var etiskt godkända av en etikprövningsnämnd borgar för att god vetenskaplig sed följts (49).

Det är svårt att säga hur representativt resultatet i denna studie är. Upplevelsen som föräldrarna beskrev om det traumatiska i att få beskedet och att bli bekräftad i föräldraskapet och sorgen var samstämmiga. Att vårdpersonalens bemötande och hur vården är organiserad hade stor betydelse var tydligt.

Under arbetets gång släppte SBU en rapport (69) , närmare bestämt 29 november 2022, med liknande syfte och problemformulering som denna studie. Att den släpptes under samma tidpunkt var kanske lite olyckligt men vi har valt att se det från den ljusa sidan. Vårt val av ämne är aktuellt och det styrker behovet av att mer forskning på ämnet varit efterfrågat. Vi valde att inte läsa rapporten för att inte påverka vår analys och resultat i studien. Däremot lästes den när vi skrev diskussionen och vi valde att ta med den i vår resultatdiskussion.

Resultatdiskussion

Syftet med denna systematiska litteraturöversikt var att studera föräldrars upplevelser av stilla födsel. Vid analysen fann vi fyra huvudteman: *Att få veta, Behov av stöd, Att kännas vid som en förälder och Okänslig vård* med tillhörande subteman. Sammanfattat resultat är att föräldrar har olika upplevelser av stilla födslar. Att vårdpersonalens bemötande och vårdens utformning har en stor påverkan på föräldrarnas upplevelse. Något som framstod tydligt var att en stilla födsel är ett trauma, en känslostorm som skakar om alla involverade. Föräldrarna önskade utförlig information och kontinuerligt stöd under vårdtiden. De behövde få vara delaktiga och involverade i de beslut som fattades. Kan man genom föräldrarnas upplevelse av stilla födsel identifiera vad barnmorskan kan ha nytta av för att kunna ge en trygg och säker vård? Svaret på den frågan är ja, men det finns inte en enda upplevelse och ett enda sätt att vårda utan lika många sätt som det finns stilla födslar. Genom att ta del av många föräldrars upplevelser kan lärdomar tas och förståelsen ökas. Med en personcentrerad vård av professionell och kunnig personal som ger ett respektfullt bemötande kan flera av föräldrarnas behov uppfyllas. Oavsett var i världen den stilla födseln sker.

Att få veta

Gravida kvinnor uppmanas vara uppmärksamma på minskade fosterrörelser och söka vård om fosterrörelserna avviker från hur de varit tidigare. Redan 2010 publicerade en studie där det påvisades att mammorna hade känt ett förändrat rörelsemönster och en känsla av att något var fel innan det konstaterades att barnet dött i magen (23). Råden om att vara uppmärksam på minskade fosterrörelser gav WHO ut 2016 och många länder har implementerat råden på olika sätt (16). I de delar av världen där tillgång till barnmorskor är begränsad och där mammor och

barns hälsa inte prioriteras av olika skäl kan det dock vara svårt för kvinnorna att få den vård de behöver och har rätt till enligt de mänskliga rättigheterna. Globalt är frågan om kvinnor och barns hälsa aktuell med tanke på att antalet stilla födslar inte minskar och att kvinnors och barns hälsa inte förbättrats under de senaste åren (26). Det framkom i denna litteraturstudie att känslan av att något inte stämmer ska tas på allvar, mammor som erfarit stilla födsel tog med sig lärdomen att lyssna på sin kropp i framtida graviditeter. Det kan vara en utmaning för barnmorskan att stötta kvinnor i detta då det är en balansgång att inte skapa onödig oro och rädsla utan i stället få trygga välinformerade mammor som litar på sin magkänsla och söker vård när de behöver. När mammorna reagerar på förändrade rörelsemönster hos barnet och söker vård är det viktigt att vården är lättillgänglig, att de får ett professionellt mottagande och snabbt omhändertagande i en trygg miljö. Detta påvisades i en studie som också tar upp problemet att mammorna inte kände sig tagna på allvar när de kontaktade vården vilket gjorde att de drog sig för att söka vård. Kvinnorna i den studien kände sig i vägen och de upplevde att personalen tyckte de kom i onödan (70).

Det framkom i resultatet att mammorna kände på sig att något var fel och de försökte trycka bort oron och på så vis skydda sig från den hemska sanningen. Att få beskedet att barnet var dött var chockartat och för många föräldrar helt oväntat, att det skulle hända just dem. Livsvärlden förändrades på ett ögonblick och framtiden blev oviss. Föräldrarna var sårbara och utlämnade och i stort behov av stöd från personal och närstående. Att i ett chocktillstånd kunna ta in information upplevdes oerhört svårt. Att föräldrarna är sårbara och i ett stort behov av tydlig och upprepad information underlättar (30, 71). I litteraturstudien framkom vikten av att vårdpersonalen var lyhörd för föräldrarnas sinnesstämning. Att känna av och vänta in underlättade informationsöverföringen. Genom att se och förstå patientens livsvärld kan vården vara mer personcentrerad. För att ge en god vård krävs att vårdaren är lyhörd (42, 43).

Behov av stöd

Bemötandet av föräldrarna beskrevs som en stor del i hur deras upplevelse vid stilla födsel varit. Att personalen var närvarande, visade känslor och tog sig tid gav en positiv upplevelse. Ett respektlöst bemötande påverkade föräldrarna djupt. Enskilda personers upplevelser av vårdpersonalens respektlösa beteende i studierna var hemskt att läsa, det berörde oss starkt. Oro över att inte räcka till och egen ångest över situationen kunde få personalen att skärma av och fokusera på praktiska uppgifter i stället för att stötta föräldrarna (40). Detta skulle kunna vara en förklaring till personalens bemötande och agerande. Att arbeta som barnmorska vid traumatiska födslar är tufft och väcker känslor (37-39). Ett empatiskt och inkännande bemötande kan öka risken för sekundär traumatisk stress hos personalen. Det är viktigt att vara medveten om det som barnmorska och att chefer och organisation stöttar barnmorskan (72, 73). Beskrivningen av barnmorskans stöd till kvinnan som den förankrade följeslagaren kan vara ett riskfyllt arbetssätt för barnmorskans hälsa om inte adekvat stöd erhålls (45). I en studie utförd på Irland påvisades vikten av ett empatiskt och vänligt bemötande i stödet till föräldrarna. Hur viktigt det var för upplevelsen och sorgearbetet (71) något som också påvisas i denna studiens resultat.

Litteraturstudien visade att såväl föräldrar som nära och kära berörs vid stilla födsel. Fysiska, psykiska, och sociala skador som en stilla födsel kan orsaka förstörda relationer. Ett gott stöd har visat sig skydda föräldrarna, de kan gå stärkta ur upplevelsen (74). Att lyssna på patientens berättelse för att skapa en tillitsfull relation och förtroende kräver närvaro, något som kan vara svårt i en stressig arbetsmiljö. En studie utförd i Storbritannien undersökte de gravida kvinnors upplevda barriärer för att få vård av hög kvalitet och kom bland annat fram till att stress hos barnmorskorna påverkade de gravida negativt. Kvinnorna upplevde en stress hos barnmorskorna som inte hade tid för dem vilket påverkade bemötandet och stödet. Information gavs snabbt utan att säkerställa att mammorna förstod och bemötandet upplevdes empatilöst och otåligt. Slutsatsen som drogs i den studien var att förbättringsarbete inom mödravård måste inkludera arbete för att förbättra arbetsmiljön för barnmorskor (75).

Att kännas vid som en förälder

Vikten av att föräldrarna erkändes som föräldrar och att barnet erkändes som ett barn och kallades vid namn framkom i resultatet. Föräldrarna hade ett stort behov av bekräftelse i föräldraskapet. Olika kulturer och traditionella synsätt kunde påverka synen på barnet och föräldraskapet. Mammorna kände moderskänslor som förstärktes när de höll barnet. I barnmorskans roll ingår att bekräfta och stödja föräldrarna (34). Det blev tydligt i litteraturstudien hur viktigt det är att individanpassa vården för att tillgodose allas olika behov när det kommer till att se och hålla barnet. Att vara lyhörd för patientens livsvärld. Barnmorskan behöver bekräfta, hjälpa, stötta och informera föräldrarna i deras beslut om hur de vill möta sitt barn (30, 33). Föräldrarnas beslut att hålla i barnet var inget som ångrades av någon deltagare i studien något som även andra studier kommit fram till (31, 76).

Rädsla och oro för hur barnet skulle se ut och obehagskänslor för att ta i ett dött barn visade sig vara vanligt förekommande. Det är kanske första gången i livet de kommer i kontakt med en död människa och att det då är ens egna efterlängtade bebis är så oerhört sorglig. Föräldrarna beskrev hur konstigt det var att lämna sjukhuset tomhänta, en känsla som också beskrivs i en annan studie (77). Den studien tar även upp vikten av att föräldrarna informeras om olika alternativ och själva får välja det som passar dem bäst. Något som också framkom i denna litteraturstudie.

Okänslig vård

I Sverige finns det inte nationella riktlinjer men däremot lokala riktlinjer som kan ge en grund till vårdpersonal i hur de ska hantera svåra situationer som stilla födsel på ett så bra sätt som möjligt. Globalt ser det väldigt olika ut hur vården är organiserad. Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd som inriktar sig specifikt på intrauterin fosterdöd. Vården ska arbeta förbyggande mot vårdskador och förhindra att de uppkommer i största möjliga mån (2, 16). Barnmorskan ska enligt sin kompetensbeskrivning kunna bemöta stilla födslar med god kompetens och förmåga till personcentrerad vård (34). I Region Norrbotten finns en väl utarbetad riktlinje för hur vården ska utföras från diagnos till förlossning och eftervård. Ett redskap för såväl barnmorska som för läkare vid handläggning av stilla födsel (78). I SBU rapporten (69) *Bemötande och stöd när barn föds döda* tas regionala riktlinjer upp, att det skiljer

sig i olika delar av Sverige vilket gör att kvalitén på vården vid stilla födsel riskerar att variera. För att skapa en jämlik vård har Socialstyrelsen (79) lyft behovet av nationella riktlinjer.

I ett av subtemana presenteras just förlossningsvårdens organisation och att vårdpersonalen inte alltid är förberedd för hantering av stilla födslar och att sjukhusmiljön inte är anpassad. Förlossningsrummen beskrevs som dåligt ljudisolerade, trånga och inte anpassade för ett avskilt sorgearbete. Detta bekräftas även i andra studier där syftet varit att undersöka barnmorskornas upplevelser av stilla födslar. Barnmorskor uppgav att de inte kände sig tillräckligt utbildade och uttryckte svårigheter i att arbeta i en miljö som inte var anpassad (80, 81). Föräldrarnas upplevelser kan stärka barnmorskan i hennes arbete med stilla födslar. Barnmorskan behöver anpassa sig efter individen med en bättre förståelse för olika föräldrars behov. Detta kräver också att organisationen skapar förutsättningar i form av tid, utbildning och ändamålsenliga lokaler. Att vårdmiljön har stor betydelse för att skapa en personcentrerad vård belyses i en kvalitativ metasyntes av flera studier (82).

Det är viktigt att tillvarata föräldrarnas upplevelser för att utveckla vården. Det som framkommer tydligast i denna litteraturstudie är att vården vid stilla födsel behöver vara personcentrerad. Personal som bistår vid stilla födsel behöver kunskap om stilla födsel men också om mycket annat exempelvis stressreaktioner och kommunikation. Dessutom krävs det en förmåga att visa medmänsklighet och empati. Det behövs tid och möjlighet att vänta in föräldrarna och låta dem bestämma takten och bjuda in till delaktighet i hela processen. Det är också väsentligt att personalen tas om hand så de orkar vara den empatiska omhändertagande och närvarande personal som krävs för att ge föräldrarna den vård de behöver. Vidare studier inom dessa område behövs.

Förslag till vidare forskning

Vi har under studien uppmärksammat att mer forskning på ämnet behövs. Våra förslag på studier för en ökad kunskap kring stilla födsel är att undersöka hur riktlinjerna för stilla födsel ser ut på de olika klinikerna i Sverige och jämföra dessa. Det hade också varit av intresse att undersöka hur utbildningen kring stilla födsel ser ut på barnmorskeutbildningarna i Sverige. Ett annat förslag på studie är att undersöka hur barnmorskor på barnmorskemottagningar arbetar med ämnet stilla födsel, vilken information som ges och vilket stöd som föräldrarna erbjuds.

Slutsats

Att uppleva en stilla födsel beskrivs som en omvälvande och traumatisk upplevelse för föräldrarna. Vårdpersonalens bemötande och kunskap är oerhört viktig för att föräldrarna ska få en så bra upplevelse som möjligt av vården. Ett personcentrerat perspektiv i vården av föräldrarna med professionell och trygg personal är önskvärt. Närvaro, upprepad information och dialog, samt kontinuitet och respektfullt bemötande påverkar starkt föräldrarnas upplevelse. Att de bekräftas som föräldrar och att barnet behandlas som alla andra barn är viktigt. Föräldrar som inte fick ett respektfullt och professionellt bemötande hade en negativ upplevelse som följde med vidare i livet. Frågeställningen i studien kan besvaras med ett enkelt ja. Barnmorskan har nytta av föräldrarnas upplevelser för att kunna ge en trygg och säker vård som är anpassad för individens behov. De kan genom upplevelserna få en uppfattning om hur en personcentrerad vård bör se ut, få tankar och idéer om hur de bäst kan bemöta en förälder. Ett reflekterande förhållningssätt hos barnmorskan främjar ett öppet sinne och välkomnar på så sätt in individen i omvårdnaden. Trots all kunskap som finns i nuläget behövs en mer sammanställd forskning på ämnet stilla födslar.

Referenslista

1. World Health Organization. Stillbirth [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [uppdaterad 2022; hämtad 2022 -11-08]. Tillgänglig från: https://www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab_1.
2. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022 [hämtad 2022 -11-08]. Tillgänglig från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-8-8088.pdf.
3. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021 [uppdaterad 2021-12-01; hämtad 2022 -11-01]. Tillgänglig från: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_mfr_004/val.aspx.
4. de Bernis L, Kinney MV, Stones W, Ten Hoope-Bender P, Vivio D, Leisher SH, et al. Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. Lancet. 2016 Feb 13;387(10019):703-16.
5. Rådestad I. Intrauterin fosterdöd. I Lindgren H, Christensson K, Dykes A, redaktörer. Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde. Uppl. 1:4. Lund: Studentlitteratur; 2016. s. 417-425.
6. Aminu M, Unkels R, Mdegela M, Utz B, Adaji S, van den Broek N. Causes of and factors associated with stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic literature review. Bjog. 2014 Sep;121 Suppl 4:141-53.
7. Warland J, Mitchell EA. A triple risk model for unexplained late stillbirth. BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Apr 14;14:142.
8. Bradford BF, Thompson JMD, Heazell AEP, McCowan LME, McKinlay CJD. Understanding the associations and significance of fetal movements in overweight or obese pregnant women: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2018 Jan;97(1):13-24.
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018 [hämtad 2022 -11-25]. Tillgänglig från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf.
10. Folkhälsomyndigheten. Hälsorisker med rökning [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020 [uppdaterad 2022-05-24; hämtad 2022 -11-13]. Tillgänglig från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/tobaks-och-nikotinprodukters-skadeverkningar/rokning-och-halsorisker/.
11. Hackshaw A, Rodeck C, Boniface S. Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173 687 malformed cases and 11.7 million controls. Hum Reprod Update. 2011 Sep-Oct;17(5):589-604.
12. Waldenström U, Cnattingius S, Norman M, Schytt E. Advanced Maternal Age and Stillbirth Risk in Nulliparous and Parous Women. Obstet Gynecol. 2015 Aug;126(2):355-62.
13. Macdorman M, Kirmeyer, S & Wilson, E. Fetal and Perinatal Mortality [Internet]. United States: Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2012 [hämtad 2022 -11-21]. Tillgänglig från: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr60/nvsr60_08.pdf.

14. Varli IH, Petersson K, Bottinga R, Bremme K, Hofsjö A, Holm M, et al. The Stockholm classification of stillbirth. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(11):1202-12.
15. Stormdal Bring H, Hulthén Varli IA, Kublickas M, Papadogiannakis N, Pettersson K. Causes of stillbirth at different gestational ages in singleton pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand. 2014 Jan;93(1):86-92.
16. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive preganancy experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [hämtad 2022 -11-16]. Tillgänglig från: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912.
17. McClure EM, Saleem S, Goudar SS, Garces A, Whitworth R, Esamai F, et al. Stillbirth 2010-2018: a prospective, population-based, multi-country study from the Global Network. Reprod Health. 2020 Nov 30;17(Suppl 2):146.
18. McDiehl RP, Boatin AA, Mugyenyi GR, Siedner MJ, Riley LE, Ngonzi J, et al. Antenatal Care Visit Attendance Frequency and Birth Outcomes in Rural Uganda: A Prospective Cohort Study. Matern Child Health J. 2021 Feb;25(2):311-20.
19. Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet; [hämtad 2022 -11-14]. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30.
20. Patientsäkerhetslag (2010:659) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet; [hämtad 2022 -11-14]. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659.
21. Fouks Y, Tschernichovsky R, Greenberg A, Bak S, Sinai NB, Shinar S. Can We Prevent Stillbirth? Am J Perinatol. 2020 Apr;37(5):534-42.
22. Sterpu I, Bolk J, Perers Öberg S, Hulthén Varli I, Wiberg Itzel E. Could a multidisciplinary regional audit identify avoidable factors and delays that contribute to stillbirths? A retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2020 Nov 16;20(1):700.
23. Malm MC, Lindgren H, Rådestad I. Losing contact with one's unborn baby--mothers' experiences prior to receiving news that their baby has died in utero. Omega (Westport). 2010;62(4):353-67.
24. World Health Organization. Maternal health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [uppdaterad 2022; hämtad 2022 -11-17]. Tillgänglig från: https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1.
25. United Nations. Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages [Internet]. United Nations; 2022 [hämtad 2022 -11-17]. Tillgänglig från: https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/.
26. World Health Organization & United Nations Children´s Fund (UNICEF). Protect the promise: 2022 progress report on the Every Woman Every Child Global Strategy for Woman´s, Children´s and Adolescent´s Health (2016-2030) [Internet]. Geneva: WHO & UNICEF; 2022 [hämtad 2022 -11-26]. Tillgänglig från: https://protect.everywomaneverychild.org/assets/9789240060104-eng.pdf.
27. Patientlag (2014:821) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet; [hämtad 2022 -11-14]. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821.

28. Detti L, Mari G, Cheng CC, Bahado-Singh RO. Fetal Doppler velocimetry. Obstet Gynecol Clin North Am. 2004 Mar;31(1):201-14.
29. SFOG. Perinatologi - Intrauterin fosterdöd (IUFD) [Internet]. Malmö: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi; 2002 [hämtad 2022 -11-25]. Tillgänglig från: https://www.sfog.se/natupplaga/nr47_med_omslaged7b94e7-37c5-4f06-bbf3-727c2961405d.pdf.
30. Peters MD, Lisy K, Riitano D, Jordan Z, Aromataris E. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. Women Birth. 2015 Dec;28(4):272-8.
31. Erlandsson K, Warland J, Cacciatore J, Rådestad I. Seeing and holding a stillborn baby: mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth--findings from an online questionnaire. Midwifery. 2013 Mar;29(3):246-50.
32. Chakhtoura NA, Reddy UM. Management of stillbirth delivery. Semin Perinatol. 2015 Oct;39(6):501-4.
33. Rådestad I, Christoffersen L. Helping a woman meet her stillborn baby while it is soft and warm. British Journal of Midwifery. 2008;16(9):588-91.
34. International Confederation of Midwives. International definitions. [Internet]. Haag: International Confederation of Midwives (ICM); 2018 [uppdaterad 2018; hämtad 2022 -11-09]. Tillgänglig från: https://internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html.
35. Svenska Barnmorskeförbundet. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska [Internet]. Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet version 2.0; 2018 [uppdaterad 2019; hämtad 2022 -11-09]. Tillgänglig från: https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf.
36. Lundgren I, Berg M. Central concepts in the midwife-woman relationship. Scand J Caring Sci. 2007 Jun;21(2):220-8.
37. Shorey S, André B, Lopez V. The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: A scoping review. Int J Nurs Stud. 2017 Mar;68:25-39.
38. McCool W, Guidera M, Stenson M, Dauphinee L. The pain that binds us: midwives' experiences of loss and adverse outcomes around the world. Health Care Women Int. 2009 Nov;30(11):1003-13.
39. Martínez-Serrano P, Palmar-Santos AM, Solís-Muñoz M, Álvarez-Plaza C, Pedraz-Marcos A. Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. Midwifery. 2018 Nov;66:127-33.
40. Fernández-Alcántara M, Schul-Martin L, García Caro MP, Montoya-Juárez R, Pérez-Marfil MN, Zech E. 'In the hospital there are no care guidelines': experiences and practices in perinatal loss in Spain. Scand J Caring Sci. 2020 Dec;34(4):1063-73.
41. Rådestad I. Att föda ett dött barn. I Oscarsson M, Georgsson S, redaktörer. Etik för barnmorskor. Uppl. 1. Lund: Studentlitteratur; 2021. s. 199-220.
42. Berg M. Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I Berg M, Lundgren I, redaktörer. Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande. Uppl. 2. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 29-42.
43. Hallgren A, Lundgren I. Förlossningsförberedelse och metoder för att hantera förlossningen I Berg M, Lundgren I, redaktörer. Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande. Uppl. 2. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 85-113.

44. Ekebergh M. Hur kan "konsten att förstå patientens värld" integreras i vården. I Dahlberg K, Ekman I, redaktörer. Vägen till patientens värld och personcentrerad vård. Stockholm: Liber; 2017. s. 291-312.
45. Lundgren I. Vård vid normalt barnafödande. I Berg M, Lundgren I, redaktörer. Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande. Uppl. 2. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 117-138.
46. Segesten K. Att hantera språket. I Friberg F, redaktör. Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Uppl. 3. Lund: Studentlitteratur; 2017. s. 97-102.
47. Friberg F. Att göra en litteraturövesikt. I Friberg F, redaktör. Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Uppl. 3. Lund: Studentlitteratur; 2017. s. 141-152.
48. Bettany-Saltikov J, McSherry R. How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide. Uppl. 2. London: McGraw-Hill Education/Open University Press; 2016.
49. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. Uppl. 4. Stockholm: Natur & Kultur; 2015.
50. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD ea. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021.
51. Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering (SBU). Bedömning av studier med kvalitativ metodik [Internet]. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering; 2022 [uppdaterad 2022-05-11; hämtad 2022 -11-25]. Tillgänglig från: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf.
52. Lundman B, Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär M, Höglund-Nielsen B, redaktörer. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 187-201.
53. WMA Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. World Medical Association; 2022 [uppdaterad 2022-09-06; hämtad 2022 -11-24]. Tillgänglig från: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/.
54. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor [Internet]. Stockholm: Utbildningsdepartementet; [hämtad 2022 -11-24]. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460.
55. Etikprövningsenheten. Pressmeddelande - nytt informationsuppdrag till etikprövningsenheten ska bidra till säkrare forskning [Internet]. Uppsala: Etikprövningsenheten; 2022 [uppdaterad 2022-10-06; hämtad 2022 -11-24]. Tillgänglig från: https://etikprovningsmyndigheten.se/wp-content/uploads/2022/10/Pressmeddelande-Etikprovningsmyndigheten-221006.pdf.
56. *Nordlund E, Börjesson A, Cacciatore J, Pappas C, Randers I, Rådestad I. When a baby dies: Motherhood, psychosocial care and negative affect. British Journal of Midwifery. 2012;20(11):780-4.
57. *Kelley MC, Trinidad SB. Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth-a qualitative analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2012 Nov 27;12(1):137.

58. *Downe S, Schmidt E, Kingdon C, Heazell AEP. Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. BMJ Open. 2013;3(2):e002237.
59. *Ayebare E, Lavender T, Mweteise J, Nabisere A, Nendela A, Mukhwana R, et al. The impact of cultural beliefs and practices on parents' experiences of bereavement following stillbirth: a qualitative study in Uganda and Kenya. BMC Pregnancy and Childbirth. 2021 2021/06/25;21(1):443.
60. *Rådestad I, Säflund K, Wredling R, Onelöv E, Steineck G. Holding a stillborn baby: Mothers' feelings of tenderness and grief. British Journal of Midwifery. 2009 03/01;17.
61. *Farrales LL, Cacciatore J, Jonas-Simpson C, Dharamsi S, Ascher J, Klein MC. What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study. BMC Psychology. 2020 2020/02/17;8(1):18.
62. *Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K. The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study. PLoS One. 2018;13(1):e0191635.
63. *Ryninks K, Roberts-Collins C, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. BMC Pregnancy and Childbirth. 2014 2014/06/13;14(1):203.
64. *Hunt C, Josselin D. "What's Inside of You Now is Just Bones and Skin": The Tension between Restorative Meaning-Making and Deliberate Detachment in Maternal Experiences of Stillbirth. Omega (Westport). 2022 Aug 26:302228221112255.
65. Nyberg R, Aspfors J. Sök elektroniska källor. I Nyberg R, Tidström A, redaktörer. Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbete och avhandlingar. Uppl. 5. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 231-261.
66. Henricson M, Billhult A. Kvalitativ metod. I Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2017. s. 111–119.
67. Dahlberg K. Att undersöka hälsa och vårdande. Stockholm: Natur & Kultur; 2014.
68. Axelsson Å. Litteraturstudie. I Granskär M, Höglund-Nielsen B, redaktörer. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 203-220.
69. Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering (SBU). Bemötande och stöd när barn föds döda - En systematisk översikt [Internet]. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering; 2022 [uppdaterad 2022-11-29; hämtad 2022 -12-17]. Tillgänglig från: https://www.sbu.se/354.
70. Georgsson S, Linde A, Pettersson K, Nilsson R, Rådestad I. To be taken seriously and receive rapid and adequate care - Womens' requests when they consult health care for reduced fetal movements. Midwifery. 2016 Sep;40:102-8.
71. O'Connell O, Meaney S, O'Donoghue K. Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? Women Birth. 2016 Aug;29(4):345-9.
72. Leinweber J, Rowe HJ. The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. Midwifery. 2010 Feb;26(1):76-87.
73. Kerkman T, Dijksman LM, Baas MAM, Evers R, van Pampus MG, Stramrood CAI. Traumatic Experiences and the Midwifery Profession: A Cross-Sectional Study Among Dutch Midwives. J Midwifery Womens Health. 2019 Jul;64(4):435-42.

74. Burden C, Bradley S, Storey C, Ellis A, Heazell AEP, Downe S, et al. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. BMC Pregnancy and Childbirth. 2016 2016/01/19;16(1):9.
75. Pezaro S, Pearce G, Bailey E. Childbearing women's experiences of midwives' workplace distress: Patient and public involvement. British Journal of Midwifery. 2018 2018/10/02;26(10):659-69.
76. Hennegan JM, Henderson J, Redshaw M. Is partners' mental health and well-being affected by holding the baby after stillbirth? Mothers' accounts from a national survey. J Reprod Infant Psychol. 2018 Apr;36(2):120-31.
77. Lindgren H, Malm MC, Rådestad I. You don't leave your baby-mother's experiences after a stillbirth. Omega (Westport). 2013;68(4):337-46.
78. Region Norrbotten. Vårdrutin-Handläggning vid intrauterin fosterdöd(IUFD) [Internet]. Region Norrbotten; 2022 [uppdaterad 2022-03-21; hämtad 2022 -12-16]. Tillgänglig från: https://vis.nll.se/process/vard/Dokument/vard/V%C3%A5rdrutiner/Diagnos/ICD10/Intrauterin%20fosterd%C3%B6d%20IUFD.pdf.
79. Socialstyrelsen. Omhändertagande av föräldrar och syskon till dödfödda barn [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020 [hämtad 2022 -12-17]. Tillgänglig från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-3-6702.pdf.
80. Jones K, Smythe L. The impact on midwives of their first stillbirth. NZCOM Journal. 2015 (51):17-22.
81. Ellis A, Chebsey C, Storey C, Bradley S, Jackson S, Flenady V, et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. BMC Pregnancy and Childbirth. 2016 2016/01/25;16(1):16.
82. McCormack B, Karlsson B, Dewing J, Lerdal A. Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. Scand J Caring Sci. 2010 Sep;24(3):620-34.

Bilaga 1. Exkluderade artiklar

Tabell 5. Exempel på några av de exkluderade artiklarna.

Exkluderad artikel	**Orsak**
Wheeler, L., et al. (2022). "'Sunshine', 'angels' and 'rainbows': language developed by mothers bereaved by perinatal loss." *British Journal of Midwifery* 30(7): 368-374.	Bristande kvalitet och möter inte inklusionskriterierna.
Arocha, P. R. and L. M. Range (2021). "Events surrounding stillbirth and their effect on symptoms of depression among mothers." *Death Stud* 45(7): 573-577.	Uppföljning av hur mödrar mår ca 2,5 år efter stilla födsel.
Wonch Hill, P., et al. (2017). "The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem." *Death Stud* 41(4): 226-235.	Hur missfall, stilla födsel och barns död påverkar kvinnors självkänsla. Handlar inte om föräldrars upplevelse av stilla födsel.
Pekkola M, Tikkanen M, Loukovaara M, Paavonen J, Stefanovic V. Stillbirth aftercare in a tertiary obstetric center - parents' experiences. J Perinat Med. 2022: 50(6): 844–853.	Kvantitativ studie
Cĵté-Arsenault, D. and M. T. Dombeck (2001). "Maternal assignment of fetal personhood to a previous pregnancy loss: relationship to anxiety in the current pregnancy." *Health Care Women Int* 22(7): 649-665.	Undersöker oro hos gravida kvinnor som tidigare förlorat ett barn.
Van, P. (2001). "Breaking the silence of African American women: healing after pregnancy loss." *Health Care Women Int* 22(3): 229-243.	Läkande strategier hos kvinnor som förlorat barn. Inkluderar missfall, abort, och barn som avlidit efter födseln och undersöker inte upplevelsen.
Silverio, S. A., et al. (2021). "Preliminary findings on the experiences of care for parents who suffered perinatal bereavement during the COVID-19 pandemic." *BMC Pregnancy and Childbirth* 21(1): 840.	Beskriva upplevelsen av att uppleva perinatal död, stilla födsel och missfall under Covid-19.

Bilaga 2. SBU – Granskningsmall för kvalitativa artiklar

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: _____ År: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:
Obetydliga eller mindre ❑ Måttliga ❑
Stora brister, studien ingår inte i syntesen ❑
Kommentarer:

Bilaga 2. Fortsättning.

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien[1]

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	Ja	Nej	Oklart
	❑	❑	❑

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	❑	❑	❑
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	Ja	Nej	Oklart
	❑	❑	❑

Kommentarer:

Bilaga 2. Fortsättning.

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	**Ja**	**Nej**	**Oklart**
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	❑	❑	❑
Validerades tolkningarna?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	**Ja**	**Nej**	**Oklart**
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	❑	❑	❑
Har forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten.
För in det på sidan 1.

Bilaga 3. Översikt av inkluderade artiklar och kvalitetsgranskning

Tabell 6. Sammanfattning av inkluderade artiklar.

Författare **År** **Titel** **Land och Databas**	**Metod och Urval**	**Syfte**	**Slutsats**	**Kvalitet enligt SBU mall**
Hunt, C. & Daphne, J. 2022 "What's Inside of You Now is Just Bones and Skin": The Tension between Restorative Meaning-Making and Deliberate Detachment in Maternal Experiences of Stillbirth Storbritannien (UK) & PubMed	Kvalitativ metod med Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) Semistrukturerade intervjuer i ca 60–120 minuter med 4 kvinnor. Ljudinspelning och transkribering.	Att utforska sörjande mammors upplevelse av banden till sitt dödfödda barn och hur de fann mening i situationen.	Banden till barnet skapar en känsla av samhörighet men kan också orsaka smärta. Minnet av mötet påminner mammorna om den smärtsamma förlusten men hjälper dem också leva vidare. Mamma och barn har ett band som följer med lång tid framöver.	**Måttliga brister.** Urvalet diskuteras och motiveras. Tydligt beskrivet hur data samlades in, analyserades och validerades. Öppen och reflexiv intervjuteknik. Resultatet redovisas med citat och tolkningar. Författarnas förförståelse oklar. Inget finansiellt beroende eller intressekonflikter. Etiskt godkänd.
Ryninks, K., Roberts-Collins, C., McKenzie-McHarg, K. & Horsch, A. 2014 Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis Storbritannien (UK) & PubMed	Kvalitativ med Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) Semistrukturerade intervjuer, 20–30 minuter. Pågick under tre månaders tid. 21 deltagare.	Att undersöka hur mammor beskriver sin upplevelse av att spendera tid med sitt dödfödda barn, hur de mådde efteråt och hur de såg på sitt beslut att se på och hålla sitt barn eller inte.	Förberedelse och professionellt stöd när föräldrarna möter barnet och att få uppföljning är avgörande för att förhindra psykisk ohälsa hos mödrarna. Även mödrar som upplevde obehag när de skulle hålla sitt barn beskrev att de inte ångrade beslutet och att kontakten var viktig.	**Mindre brister.** Metoden svarar väl mot syftet. Urvalet beskrivs och är relevant. Socioekonomiska faktorer redovisas. Deltagarnas integritet värnas. Styrkor och svagheter tas upp. Inget finansiellt beroende eller intressekonflikter. Etiskt godkänd.

Tabell 6. Fortsättning.

Downe, S., Schmidt, E., Kindon, C. & E-P Heazell, A. 2012 Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study Storbritannien (UK) & PubMed	Kvalitativ metod. Induktiv GT-teknik vid analys. Enkätundersökning. 760 deltagare svarade varav 460 boende i UK. 309 tackade ja, utav dessa valdes 29 familjer ut för blandat urval. 4 tackade nej. 25 par intervjuades via telefon eller på plats. Dessa varade i 42–119 minuter.	Att inhämta upplevelser från föräldrar om deras interaktioner med vårdpersonal vid stilla födsel.	Ingen förälder ska behöva uppleva vård som inte är omhändertagande, professionell och stödjande. Personal har bara en chans att få det rätt. Genom att se till att föräldrarna får vård som präglas av vårdande och professionellt förhållningssätt kan föräldrarna ges möjligheter att gå vidare med bibehållen hälsa trots den svåra upplevelsen.	**Mindre brister.** Urvalet beskrivs och är relevant för syftet. Bortfall redovisas. Inkluderar både kvinnor och män. Forskarna validerade tolkningarna. Sociodemografiska faktorer redovisas. Generaliserbarhet diskuteras. Etiskt godkänd.
Nuzum, D., Meaney, S. & O´Donoghue, K. 2018 The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study Irland & PubMed	Kvalitativ metod med fenomenologisk ansats. 12 mammor och 5 av deras partners deltog. Alla tillfrågade tackade ja. Semistrukturerade intervjuer med ljudinspelning och transkribering, varade i 31–104 minuter.	Att utforska levda upplevelser och personlig påverkan av stilla födsel hos föräldrar som varit med om detta.	Påverkan på föräldrarna av genomgången stilla födsel är enorm. De kan återgå till sina minnen och beskriva hur vården varit vid tillfället. Genom att belysa denna information kan vården få förståelse och ge en bättre informerad vård till föräldrarna.	**Mindre brister.** Syfte som svarar an till metod på ett relevant sätt. Inkluderar både mammor och pappor/partners. Finansiellt oberoende och inga intressekonflikter. Etiskt godkänd.

Tabell 6. Fortsättning.

Farrales L, L., Cacciatore, J., Jonas-Simpson, C., Dharamsi, S., Ascher, J. & Michael C, K. 2020 What bereaved parents want healthcare providers to know when their babys are stillborn at a communitybased participatory study. Arizona, USA & PubMed	Kvalitativ metod. 27 deltagare varav 15 mammor och 12 pappor. Fokusgruppsintervjuer med ljudinspelning och transkribering.	Att utforska upplevelser hos sörjande föräldrar genom deras interaktion med vårdpersonal, vid och efter en stilla födsel.	Både mammor och pappor ville att deras barn skulle ses som en individ. Att deras föräldraskap och deras att traumatiska sorg skulle kännetecknas. Att se dessa behov vid vården av och efter en stilla födsel.	**Mindre brister.** Välformulerat syfte och tydlig metod. Inkluderar många föräldrar, både kvinnor och män. Forskarnas förförståelse något oklar, redovisas inte tydligt. Etiskt godkänd.
Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., Onelöv, E. & Steineck, G. 2009 Holding a stillborn baby: mothers' feelings of tenderness and grief. Sverige & CINAHL	Kvalitativ metod. 81 deltagare tillfrågades, 24 uteslöts på grund av icke nordisk härkomst. 33 deltagare svarade på frågeformuläret som utfördes på plats. Formulären analyserades.	Att studera mödrars känslor när de håller sitt dödfödda barn.	En hypotes för fortsatta studier och förbättrad vård är att förbereda mamma och pappa. Det ger minskad risk för känslor av rädsla och obehag. Alla mödrar i studien som höll i sitt barn upplevde känslor av ömhet, de flesta upplevde även värme och stolthet. Barnmorskor bör försöka skapa en naturlig och normal atmosfär för stilla födsel.	**Måttliga brister.** Tydligt syfte och metod som går väl anslutna till varandra. Förförförståelse något oklar men utbildningsnivå redovisas. Finansiellt oberoende och inga intressekonflikter. Etiskt godkänd.

Tabell 6. Fortsättning.

Nordlund, E., Börjesson, A., Cacciatore, J. & Pappas, C. 2012 When a baby dies: Motherhood, psychosocial care and negative affect Sverige & CINAHL	Kvalitativ metod. Publicerad webbenkät på hemsida (Spädbarnsfonden). 213 svarade på enkäten och 84 svarade med användbart resultat.	Att utforska levda upplevelser hos mammor som varit med om stilla födsel och hur mammornas interaktion med vårdpersonalen varit i samband med detta.	Det finns avgörande moment i praktiken i vården av dödfödsel. Det är viktigt för kvinnan som genomgått en stilla födsel får sitt moderskap bekräftat. Även att de får ett empatiskt och närvarande bemötande av vårdpersonalen.	**Obetydliga eller mindre brister.** Välutformad studie med svarbart syfte. Förförförståelse visas inte tydligt men utbildningsnivå redovisas. Inget finansiellt beroende eller intressekonflikter. Etiskt godkänd.
C Kelly, M. & Trinidad B, S. 2012 Silent loss and the clinical encounter: Parent´s and physicians experiences of stillbirth- a qualitative analysis Seattle USA & PubMed	Kvalitativ metod. Fokusgruppsintervjuer. 3 olika grupper med föräldrar och 2 grupper med obstetriker/gynekologer. 18 kvinnor och 4 män deltog. Ljudinspelade diskussioner som transkriberades.	Att undersöka föräldrars och läkares upplevelser och tankar kring stilla födsel.	Sjukhus behöver utveckla sina avdelningar för bättre hantering och bemötande av stilla födsel. Personalen bör få tränas för att ge bästa möjliga vård. Mer forskning kring bemötande av stilla födsel behöver utföras.	**Måttliga brister.** Metod svarar an till syftet och möter med ett relevant urval. Inkluderar föräldrar och personal för vidgat perspektiv. Inget finansiellt beroende eller intressekonflikter. Etiskt godkänd.

Tabell 6. Fortsättning.

Ayebare, E., Lavender, T., Mweteise, J., Nabisere, A., Nendela, A., Mukhwana, R., Wood, R., Wakasiaka, S., Omoni, G., Kagoda, B S. & Mills A, T. 2021 The impact of cultural beliefs and practices on parents' experiences of bereavement following stillbirth: a qualitative study in Uganda and Kenya Uganda, Kenya & PubMed	Kvalitativ metod med deskriptiv tematisk analys. Utfördes som en del i en större studie. Individuella semistrukturerade djupintervjuer med ljudinspelning som transkriberades. 195 deltog varav 75 kvinnor, 59 män och 61 vårdpersonal.	Att undersöka hur kultur, tradition och normer påverkade föräldrar och vårdpersonal vid stilla födsel på landsbygd och i städer.	Olika uppfattningar och traditioner kring dödfödsel kunde skapa rädsla, stigma och ångest, särskilt för kvinnorna. Kulturella sedvänjor och traditioner hindrade föräldrar från att: hålla och se sitt barn, prata om barnet, skapa minnen och delta i begravningen. Det finns ett behov av att utveckla kulturellt anpassade insatser för stilla födsel.	**Mindre brister.** Författarna strävande efter ett brett demografiskt urval. Sociodemografiska faktorer redovisas. Oklart bortfall. Intervjuerna var öppna och reflexiva. Validerat analysen. Generaliserbarhet diskuteras och styrkor och svagheter tas upp. Etiskt godkänd.