



Sammen redder vi liv!

LUBs store engasjement for forskning springer ut fra våre medlemmers sterke ønske om at ingen andre skal oppleve å miste et barn, og et håp om å kunne gi foreldre svar.

oktober samlet vi på få uker over 110 000 kr til livreddende forskning, via en kampanje i sosiale medier. Dette vitner om et stort engasjement for at ingen familier skal oppleve å miste et barn!

Siden LUBs første forskningsbevilgning i 1987 har dette engasjementet resultert i tildeling av til sammen over 41 millioner kroner til forskning på dødfødsler, krybbedød, annen uventet barnedød, samt sorg og sorgbearbeidelse gjennom LUBs forskningsfond. Tusen takk til hver og en av dere givere som har gjort dette mulig!

FÆRRE BARNEDØDSFALL

LUB jobber også aktivt for å få finansiert forskning gjennom Stiftelsen Dam. På de neste sidene forteller forskerne selv om prosjektene som nå pågår med bevilgninger fra LUB og Stiftelsen Dam.

I tillegg kan du lese om vår siste bevilgning til nye prosjekter og årets ekstraordinære utlysning. Vi håper disse prosjektene vil gi oss ny kunnskap om sorg og barnedød - vi vet at forskning nytter! Ny kunnskap legger grunnlaget for forebyggings-tiltak og styrking av svangerskaps- og fødselsomsorgen. Dette har bidratt til stadig færre barnedødsfall i Norge, både i svangerskapet og i de første leveårene.

MULIG Å REDDE FLERE LIV

Men hver eneste dag er det fortsatt en ny familie som opplever å miste et lite barn. Vi jobber derfor videre mot vår visjon om at «ingen barn skal dø». ●

**Vil du støtte LUB og vårt forskningsarbeid?
Vipps til 10591.**

Dødfødsel og spedbarnsdød

Dette forskningsprosjektet skal undersøke forekomst, omstendigheter og risikofaktorer for dødfødsel og spedbarnsdød i Norge over en 12 års periode fra 2009 til 2021.

Studien er en nasjonal, populasjonsbasert registerstudie som inkluderer alle dødfødte barn med gestasjonsalder mellom 22 og 42 uker og med fødselsvekt på minimum 500 gram, samt alle levendefødte barn i samme periode som døde innen ett års alder (≤ 365 dager). Kontrollgruppen, det vil si den gruppen som vi sammenligner opplysningene med, vil bestå av alle levendefødte barn i samme periode som overlevde spedbarnsfasen.

KOBLER DATA FRA FLERE REGISTRE

Vi benytter data fra norsk nyfødtmedisinsk kvalitetsregister (NNK), medisinsk fødselsregister (MFR), dødsårsaksregisteret (DÅR) og statistisk sentralbyrå (SSB). Datamaterialet vil omfatte informasjon om nyfødtmedisinske diagnoser og dødsårsaker samt opplysninger om helsetilstanden til mor og utvalgte variabler for sosioøkonomi hos mor og far.

NNK omfatter detaljert dag-til-dag informasjon om tilstanden til og behandlingen av barn innlagt ved nyfødtavdelinger i hele landet. I Norge foregår alle institusjonsfødsler og all behandling av spedbarn ved offentlige sykehus. Dette betyr at datagrunnlaget vil være komplett for den norske befolkningen i den aktuelle 12-års perioden. MFR ble etablert i 1967. Tall fra registeret viser et markert fall i spedbarnsdød i løpet av de første 20–25 år fra ca. 14 per 1000 i 1967 til mindre enn 4 per 1000 levende fødte rundt 1990. I 2020 hadde Norge den syvende laveste spedbarnsdødeligheten i verden (2,0 pr. 1000 levende fødte) ifølge Unicef. Informasjon om inntekts- og utdanningsnivå hos foreldre innhentes fra SSB og detaljert oversikt over dødsårsaker hentes fra DÅR. Vi skal også benytte et geografisk informasjonssystem til å undersøke eventuelle geografiske/regionale forskjeller basert på grunnkretsdata (GeoData). Variabler fra alle de nevnte registrene vil bli koblet sammen til en komplett, aidentifisert forsknings-



Dødfødsler og spedbarnsdødelighet i Norge; en populasjonsbasert studie

Prosjektleder

Overlege og Ph.d. Beate Horsberg Eriksen

E-post

beate.horsberg.eriksen@helse-mr.no

Institusjon

Helse Møre og Romsdal

Tildelt beløp

160.000

Prosjektets varighet

2018–2030

Midler tildelt fra

LUBs forskningsfond



fil. Slik vil vi kunne belyse medisinske, geografiske og sosioøkonomiske sammenhenger og risikofaktorer for dødfødsler og spedbarnsdød. Målet med studien er å beskrive forekomst av dødfødsel og spedbarnsdød i studieperioden samt å belyse mulige årsakssammenhenger og risikofaktorer for dødfødsel og spedbarnsdød.

BETYDNINGSFULL INNSIKT

Utvalget i studien vil omfatte alle registrerte dødfødte etter fullgåtte 22 svangerskapsuker og alle levende fødte etter 22 fullgåtte svangerskapsuker som døde innen ett års alder, samt deres mødre og fedre. Prosjektet vil kunne gi betydningsfull innsikt i årsaker, risikofaktorer og omstendigheter rundt dødfødsler og spedbarnsdød. Denne kunnskapen kan brukes til å forbedre oppfølging, overvåkning og behandling av gravide og nyfødte samt evaluere om det er regional eller lokal variasjon av betydning for utkomme. Studien vil kunne bidra til å identifisere både suksessvariabler og forbedringsområder innen det perinatale fagfeltet. Resultatene vil kunne gjøre helsetjenesten bedre rustet til å yte optimal hjelp gjennom svangerskap, fødsel og spedbarnsfase. Studien er godkjent av Regional Etisk Komite (REK). Arbeidet vil bestå i bearbeiding av store datamengder, statistiske analyser og artikkelskriving.

Vi har involvert brukerrepresentant fra LUB i planleggingen av studien og har også med en brukerrepresentant fra Foreningen «Vi som har et barn for lite». Denne studien er også en del av et flerregionalt forskningsprosjekt (fra HMN og HSØ) som sammen planlegger et større prosjekt som også skal se nærmere på utkomme etter prematur fødsel i Norge. ●

Barn født for tidlig og deres motstand mot antibiotika

Dette prosjektet søker kunnskap som kan bidra til å begrense utvikling av antibiotika-resistens hos for tidlig fødte samtidig som alvorlige infeksjoner forhindres.

Normalflora er mikrober som er til stede i kroppen uten å gi sykdom, men tvert imot gir beskyttelse mot sykdom og er nødvendig for blant annet tarmfunksjon. Utviklingen av normalflora starter ved fødsel. Det mangler mye kunnskap om hvordan utviklingen foregår, spesielt hos barn født for tidlig (prematuro) og spesielt i luftveier.

Nyfødte og særlig premature er mer utsatt for infeksjoner og alvorlige følger av det enn andre. Samtidig som deres immunforsvar er uferdig slik at mikrober kan forårsake mer alvorlig sykdom, er deres første symptomer og tegn på infeksjon vanskeligere å bedømme. Bruk av antibiotika er derfor utbredt. Den gode effekten av dagens antibiotika er bekymringsfullt avtagende fordi resistensutviklingen, bakterienes evne til ikke å påvirkes av antibiotika, er sterkt økende. Samtidig forstyrrer antibiotika utviklingen av god normalflora.

HINDRE ØKT SPEDBARNSDØDLIGHET OG SYKELIGHET

For å hindre økt spedbarnsdødelighet grunnet infeksjoner som antibiotika etter hvert ikke har effekt på, og økt sykkelighet senere i livet som følge av utilstrekkelig normalflora, må vi vite mer om mikrobiomet (alle mikrobene) og resistomet (arvematerialet som gir mikrobene evner til å mot-



Antibiotika-resistens utvikling

Prosjektleder

Overlege dr.med. Kirsti Haaland

E-post

Uxkila@ous-hf.no

Institusjon

Oslo universitetssykehus

Tildelt beløp

150.000

Prosjektets varighet

2020-2022

Midler tildelt fra

LUBs forskningsfond



Den gode effekten av dagens antibiotika er bekymringsfullt avtagende.

stå antibiotika). Derfor undersøker vi utviklingen av mikrobiom og resistom i luftveier og tarm hos premature (født i svangerskapsuke 28–33) fra fødsel og til 6 måneders alder. Vi forsøker å finne betydningen av antibiotikaeksponering, fødemåte, ernæring mm.

Prosjektet startet vinteren 2020. Ca. 70 barn er med og har gitt ca. sju prøver hver av sekret fra bakerst i nesa og fra avføring. Utfyllende opplysninger om mange mulige påvirkningsfaktorer følger hvert barn og hver prøve. Pøvene er undersøkt med sekvensering. Det gir informasjon om alt arvematerialet som ved bioinformatiske analyser kan bestemme hva slags mikrober og hva slags antibiotikamotstand de har.

Neste skritt er å sammenfatte innholdet i prøvematerialet med opplysninger om barnets alder, medisiner og andre faktorer. Dette er tidkrevende, men veldig spennende arbeid. Vi tror det vil bidra med kunnskap om hvordan vi best mulig kan ivareta utvikling av normalflora og begrense resistensutvikling, samtidig som alvorlige infeksjoner forhindres. ●

Vi trenger mer kunnskap om etterlattes hjelpebehov

I et landsdekkende forskningsprosjekt skal vi belyse hvilke hjelpebehov etterlatte i krise har, og i hvilken grad deres behov samsvarer med hjelpetilbudene de har fått i kommunen.

Debatten om etterlattes erfaringer med hjelpetilbudet i kommunen har synliggjort udekkede behov for støtte. Innlegg i media synliggjør at flere etterlyser at kommunens kriseteam tar kontakt når krisen rammer. Noen etterlatte har erfart at de selv måtte håndtere hvilken oppfølging de og familiene deres skulle få, mens øvrig familie og venner ble mer overlatt til seg selv. Det å få hjelp opplevdes å være helt avhengig av å være resurssterk og ha overskudd eller økonomiske midler til å etablere kontakt med (private) helsetjenester. Andre opplevde at hjelpetilbudet ble gitt i den mest akutte fasen etter krisen, men at de måtte klare seg selv kort tid etter det. Her etterlyser kriserammede bedre oppfølging over tid.

STOR VARIASJON I HJELPETILBUD OG HJELPEBEHOV

Vi vet at erfaringene etterlatte har i møte med helsetjenesten er varierende. Mens noen føler seg ivaretatt og møtt, kjenner andre at de står alene i sorgen. Det er samtidig stor variasjon i hjelpebehov. Hjelpebehovene er individuelle, sammensatte og kan endre seg over tid. Dette stiller store krav til kommunene, som skal iverksette et godt hjelpeapparat rundt de etterlatte. Nye forskning understreker viktigheten av individuelt tilpassede hjelpetilbud til nære etterlatte, og påpeker at de færreste i Norge har skreddersydde tjenester. Vi mangler kunnskap om hvilken oppfølging etterlatte får.

RETTER SØKELYSET MOT ETTERLATTE FORELDRE OG VOKSNE SØSKEN

NORHJELP-studien er et samarbeidsprosjekt med flere brukerorganisasjoner, som Landsforeningen uventet barnedød (LUB), LEVE og Stine Sofie Stiftelsen. Studien retter søkelyset mot foreldre og søsken over 18 år som plutselig og uventet har mistet et barn eller et søsken. Å miste



NORHJELP Psykososial støtte ved brå og uventet død

Prosjektleder

Postdoktor Nataskja-
Elena Kersting Lie

E-post

nataskja.lie@uib.no

Institusjon

Senter for Krisepsykologi,
Universitetet i Bergen

Veileder/faglig ansvarlig
Professor Pål Kristensen

Tildelt beløp

2.757.000

Prosjektets varighet

2021–2024

Midler tildelt fra

Stiftelsen Dam



Kriserammede etterlyser
bedre oppfølging over tid.

et barn uventet og/eller på en voldsom måte, ses som en av de største påkjenninger man kan oppleve på tvers av kulturer. For foreldre er tapet forbundet med økt risiko for psykiske og fysiske helseplager, sykehusinnleggelse og tidlig død. NORHJELP-studien vil undersøke om familiene får den hjelpen de trenger for å forebygge psykiske vansker og håndtere den vanskelige sorgen. Gjennom spørreskjemaer og intervjuer ønsker vi å få innsikt i erfaringene etterlatte har i møte med helsevesenet. Vi ønsker å få frem de etterlattes stemmer, slik at vi kan få bedre innsikt i hvilke behov de har og hvordan disse kan bli møtt.

SPØR KOMMUNENE OM ARBEIDET MED KRISERAMMEDE

Studien vil, i den andre delen, belyse kommunens situasjon. Ved bruk av spørreskjemaer og gruppeintervjuer med dem som jobber med kriserammede, ønsker vi å belyse hvordan de jobber, hvilke vurderinger som ligger til grunn for arbeidet, hva som fungerer godt, hva som er utfordrende og hva som skal til for at kommunene kan tilby best mulig krisehjelp til etterlatte. Slik kunnskap mangler i dag, og målet er at den kan hjelpe til å tilrettelegge for at kommunene vil kunne gjøre arbeidet sitt så godt som mulig.

Det er enormt viktig at etterlatte får god støtte, at de ikke føler seg alene, og får den hjelpen de trenger i sorgen. Vi som står bak NORHJELP-studien håper vi kan få frem kunnskap som kan bidra til å bedre tilpasse hjelpen etterlatte trenger og fortjener. ●

Med rett til å sørge?

Hvilke erfaringer har kvinner som opplever svangerskapsavbrudd og helsepersonellet som møter dem?

Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Amatheia og LUB som søker økt innsikt i hvilke erfaringer og behov kvinner som opplever svangerskapsavbrudd mellom uke 16 og uke 22 har. Målet er at disse kvinnene kan ivaretas bedre av helsepersonell og aktører som Amatheia og LUB.

De siste årene har LUB opplevd en økning av henvendelser om støtte fra kvinner som har opplevd spontanabort eller svangerskapsavbrudd før uke 22. Som organisasjon har LUB liten erfaring med tematikken og tok derfor kontakt med Amatheia, en landsdekkende helsetjeneste med lang erfaring med de komplekse følelsene som kan oppstå etter et slikt svangerskapsavbrudd.

INTERVJUER MED KVINNER OG HELSEPERSONELL

Prosjektgruppen har intervjuet fem kvinner med egenerfaring og fem ansatte ved føde- og gynekologisk avdeling ved tre ulike sykehus som jobber tett med kvinner som opplever svangerskapsavbrudd. Vi er opptatt av den subjektive opplevelsen både kvinnene og helsepersonell har i tiden før, under og etter sykehusoppholdet. Prosjektet har en fot innenfor det fenomenologiske paradigmet der kvalitative intervjuer både gir oss kontekst og fylde. Intervjuene har hatt en temaguide, blitt tatt opp på lydband og deretter transkribert.



Perioden mellom fosterdiagnostikk og fødsel beskrives som et ingenmannsland.



Med rett til å sørge

Prosjektleder

Doktorgradstipendiat
Hege Sofie Ledang
Follestad

E-post

hege.s.follestad@nord.no

Institusjon

Amatheia/LUB

Veileder/faglig ansvarlig

Forsker
Line Christoffersen

Tildelt beløp

225.000

Prosjektets varighet

2020–2022

Midler tildelt fra

Stiftelsen Dam



STOR EMOSJONELL TURBULENS

Foreløpig resultater viser at et uønsket svangerskapsavbrudd fremstår som en eksistensiell utfordring med høy grad av emosjonell turbulens. Eksempelvis skal avgjørende etiske og moralske valg som å fullføre eller avslutte svangerskapet, å se og holde barnet etter fødsel, si ja eller nei til obduksjon og beslutte type begravelse, tas innenfor kort tid. Kvinnene beskriver tidsperioden mellom fosterdiagnostikk og fødsel som et ingenmannsland preget av informasjonsoverbelastning og forventninger om å tenke rasjonelt. Å ta rasjonelle beslutninger i en følelsesmessig turbulent sinnstilstand er krevende. En mangelfull anerkjennelse av tapet av et barn og deres identitet som mor i nettverket som omgir kvinnene, gir dem en opplevelse av en rettighetsløs sorg.

BEHOV FOR STØRRE ANERKJENNELSE

Intervjuene med helsepersonell viser at de opplever det som belastende, men meningsfullt arbeid å ivareta kvinner som opplever svangerskapsavbrudd. Dette håndterer de ved å distansere seg i møte med kvinnenes behov. Noe ulik språkkultur (som «foster» på gyn og «barn» på føden) fremmer ulike rutiner. Foreløpig konklusjon er at både helsepersonell og kvinnene selv trenger å anerkjenne at dette er et stort tap for mange kvinner. Helsepersonell kan ikke trøste noen bort fra en sorg, men støtten ligger i å kunne være til stede for kvinnen underveis i hele prosessen og gi god informasjon om valgene som skal tas og hvilke reaksjoner som kan komme i ettertid. Kvinnene må oppleve at de selv gir seg rett til å sørge over tapet av et barn som ikke fikk leve mindre enn 22 uker i mors liv, og at omgivelsene anerkjenner sorgen.

Underveis har prosjektet blitt omdannet til et forskningsprosjekt. Resultatene oppsummeres i en forskningsartikkel innen desember 2022. ●

Morkakens alder og barnets helse

Vi ønsker å finne ut hva som er optimal svangerskapsvarighet for barnets helse. Kan mors blodprøver gi et bilde av morkakens kapasitet og aldring?

Det er ikke klarlagt hvorfor noen morkaker har mere reserver enn andre. Aldringsprosesser i morkaken er en naturlig prosess, men noen morkaker eldes raskere enn andre. Vi vet at de siste dagene av et svangerskap opp mot termin og etter termin er viktige for barnets modning og senere helse. Samtidig øker risikoen for katastrofale utfall for barnet, inkludert fosterdød og nyfødttdød, jo lengre svangerskapet varer etter termin. Det er derfor viktig å identifisere sammenhenger mellom morkakens aldringshastighet, dens reservekapasitet og målbare proteiner i den gravides blod, slik at man i fremtiden kan utvikle modeller som forutsier den individuelle morkakekapasiteten. Dette ville gi tilleggsopplysninger til helsepersonell om optimal svangerskapsvarighet og best helsegevinst for barnet.

Sammenhengen mellom fødselsutfall og morkakens kapasitet, bedømt ved vekt, størrelse, mikroskopisk vevsundersøkelse og sirkulerende proteiner i den gravides blod, er lite forstått.

ØKT KUNNSKAP OM MORKAKEHELSE

I vår hovedstudie, «PREPPeD: Morkakehelse og svangerskapsutkomme», deltar gravide kvinner etter svangerskapsuke 37 som er henvist fra fastlege eller jordmor for vanlig overtidskontroll eller grunnet svangerskapsdiabetes, lite tilvekst (urovekkende symfyse-fundus-mål), «lite liv», svangerskapsforgiftning eller andre urovekkende forhold. De gravide avleverer blodprøver før fødselen og overlater morkaken til forskning etter fødselen.

Siden oppstart av vår hovedstudie i september 2016 har over 1200 kvinner deltatt i studien. Vår forskning har bidratt til økt kunnskap:

- Vi har etablert «normalkurver» for biomarkørene målt i den gravides blod for perioden fra svangerskapets termindato og i overtidsperioden



Morkakealder og barnets helse

Prosjektleder

Overlege Meryam Sugulle

Institusjon

Kvinneklinikken;
OUS-Ullevål

Veileder/faglig ansvarlig

Meryam Sugulle, Gitta
Turowski

Tildelt beløp

113.000

Prosjektets varighet

2021–2022

Midler tildelt fra

LUBs forskningsfond



- Vi har undersøkt sammenhengen mellom endringer i morkake-assosierte proteiner i den gravides blod og tid til fødsel
- I tillegg har vi beskrevet sammenhengen(?) mellom biomarkør-nivåer i de gravides blod og unormale fosterovervåkningsmønstre
- Vi har laget den første systematiske beskrivelsen av morkakevevsfunn i friske overtidige svangerskap

Derved har vi lagt et viktig grunnlag for å kunne assosiere endringer i biomarkører og morkakevevsfunn med forekomsten av uønskete utfall i svangerskap for barnet ved termin og overtid. Fem vitenskapelige artikler fra vår hovedstudie er offentliggjort i fagtidsskrifter og ytterligere én er sendt inn.

I dette delprosjektet er vi i ferd med å fullføre analysene av sammenhengene mellom morkakevevsbaserte biomarkørfunn som tilsier aldring og forøket stress i morkakeceller.

NYE METODER FOR Å VURDERE MORKAKEN

Det er et behov for forbedring og individualisering av svangerskaps- og fødselsovervåking for å forbedre helseutfall for både mor og barn. Våre forskningsresultater vil kunne bidra til utvikling av enklere og mindre inngripende (ikke-invasive) metoder for å vurdere morkakens funksjon og kapasitet rundt termin. Fokus er å forebygge uønskede svangerskapsutfall inkludert foster- og spedbarnsdød, ved å ta i bruk biomarkører fra blod hentet fra morkaken før fødsel og bruke dette til å forbedre selve forløsningsomsorgen, inkludert omsorgsnivå, fødested og forløsningsmetode. ●

Nikotin som behandlingsmetode hos spedbarn født med oksygenmangel

Kan intravenøs behandling med nikotin etter alvorlig surstoffmangel ved fødsel, bidra til å redde hjerneceller og redusere neurologisk skade?

Surstoffmangel ved fødsel, perinatal asfyksi, er en alvorlig tilstand som i mange tilfeller fører til død eller neurologisk skade hos det nyfødte barnet. Nikotin er velkjent for sine negative virkninger, men flere studier har også vist at det kan dempe immunforsvaret og redusere celledød.

Hvert år er det mellom 100 og 170 barn i Norge som blir utsatt for surstoffmangel ved fødsel, perinatal asfyksi. 15–20 prosent av disse dør. Blant de som overlever, er det 25 prosent som får alvorlig skade. Det har vært gjort en rekke studier på ulike behandlingstyper, hvor terapeutisk hypotermi er den eneste behandlingen som til nå har vist effekt. Ved terapeutisk hypotermi blir barnet kjølt ned til 33,5 °C i 72 timer. Denne behandlingsmetoden reduserer skade hos en stor andel, men fremdeles vil mange få alvorlige senskader.



Hvert år er det mellom 100 og 170 barn i Norge som blir utsatt for surstoffmangel ved fødsel.



Nikotin som neuroprotektivt medikament i perinatal asfyksi

Prosjektleder

Karianne Bjarmann
Vølstad, Barnelege,
ph.d.-kandidat

E-post

kbjarmann@gmail.com

Institusjon

Barne- og ungdomskliniken,
Ullevål/Pediatrisk
forskningsinstitutt UiO

Veileder/faglig ansvarlig

Overlege ph.d. Jannicke
Hanne Andresen

Tildelt beløp

76.600

Prosjektets varighet

2018 - 2026

Midler tildelt fra

LUBs forskningsfond



BESKYTTER HJERNECELLENE

Vi har i tidligere studier, ved bruk av spedgris, vist at nikotin kan beskytte hjerneceller etter en episode med perinatal asfyksi. Vår hypotese er at infusjon av nikotin gitt i en liten dose i mer enn én time (som vist i tidligere studier) vil gi høyere nivå av enkelte stoffer som beskytter nerveceller, mindre betennelsesreaksjon og mindre skade på hjerneceller sammenlignet med en kontrollgruppe.

Vi bruker dyremodellen som har vært brukt ved Pediatrisk Forskningsinstitutt (PFI) i flere år, hvor vi inkluderer spedgris som er opp til to dager gamle og veier cirka to kilo. Spedgrisene blir lagt i narkose med adekvate mengder smertestillende. Vi prøver deretter å etterligne en episode med oksygenmangel ved å gi åtte prosent surstoff (versus 21 % i romluft) frem til forhåndsbestemte endepunkter. Spedgrisene fordeles tilfeldig i tre grupper: to grupper får nikotin i to ulike doser, og en gruppe som kun får saltvann (kontrollgruppe). Behandlingen gis i fire timer.

MINSKE SKADER

Underveis i forsøket tar vi en rekke prøver fra blod og hjernevæske (via spesielle prøber som blir plassert ulike steder i hjernen). Vi jobber nå også med å undersøke nivået av ulike mRNA (budbringer-RNA) til stoffer som har en beskyttende effekt på hjernecellene våre. Hypotesen er at nikotin vil øke nivåene av disse beskyttende faktorene.

Vi håper å kunne finne positive effekter av nikotininfusjon, som i riktig dose og varighet kan ha beskyttende effekt på hjerneceller. Vi håper dette er en behandling som kan føre til mindre skader hos nyfødte barn som utsettes for surstoffmangel ved fødsel. ●

Oksygenmangel ved fødselen og risiko for død og hjerneskade

Prosjektet søker ny og viktig kunnskap om hvilke undersøkelser som kan brukes til å identifisere nyfødte barn med mild til moderat perinatal asfyksi som trenger spesialisert behandling og oppfølging for å redusere risikoen for død og hjerneskade.

Perinatal asfyksi er en tilstand der fosteret og/eller det nyfødte barnet utsettes for oksygenmangel og redusert blodsirkulasjon til viktige organer. Tilstanden er en av de mest fryktede fødselskomplikasjonene og forårsaker flere hundre tusen barnedødsfall i verden hvert år. I Norge forekommer alvorlig perinatal asfyksi hos litt mer enn én av 1000 nyfødte barn, det vil si at ca. 65 barn rammes hvert år. Hos barn med alvorlig perinatal asfyksi vet vi at risikoen for død eller hjerneskade med livslang funksjonsnedsettelse er stor, og de som overlever overflytning til nyfødtintensiv avdeling tilbys kjølebehandling ('terapeutisk hypotermi') for å redusere risikoen.

Hos nyfødte barn med mildere grader av perinatal asfyksi finnes det per i dag ikke et behandlingstilbud, og vi vet mindre om hvordan det går med disse barna. Klinisk erfaring tilsier likevel at noen nyfødte barn som ikke oppfattes å være syke nok til å tilbys terapeutisk hypotermibehandling, kan utvikle livslang nevrologisk sykdom og andre komplikasjoner.

NY KUNNSKAP OM SKADE- OG SYKDOMS-MEKANISMER

Målsetningen med prosjektet er å skaffe til veie ny kunnskap om skade- og sykdomsmekanismer som skal brukes til å utvikle tiltak for å bedre prognosen til nyfødte barn med mild til moderat perinatal asfyksi. Bedre prognose vil oppnås gjennom å tilby riktig behandling til barn som trenger det for å få et best mulig liv uten varige skader/mén.

Målgruppen for prosjektet er syke nyfødte barn med mistanke om mild til moderat perinatal asfyksi.

Metoden er dyreeksperimentell studie. Spedgris i narkose (dvs. de får medisiner som sikrer at de ikke har vondt og at de sover gjennom hele eksperimentet) gjennomgår simulert perinatal asfyksi av ulik alvorlighetsgrad. Under og etter asfyksien måles såkalte 'fysiologiske variabler'



Perinatal asfyksi og risiko

Prosjektleder

Overlege
Anne Lee Solevåg

E-post

lans@ous-hf.no

Institusjon

Nyfødtintensiv avdeling
Oslo universitetssykehus
Rikshospitalet

Veileder/faglig ansvarlig

Rønnaug Solberg

Tildelt beløp

92.000

Prosjektets varighet

2022

Midler tildelt fra

LUBs forskningsfond



Perinatal asfyksi forårsaker flere hundre tusen barnedødsfall i verden hvert år.

som blodtrykk og puls, og det tas regelmessige blodprøver. Grisene avlives på ulike tidspunkt og det tas prøver fra ulike deler av hjernen etter at grisen er død. Hjernen analyseres med tanke på 'mitokondrie-kompleks I (C-I) aktivitet' som mål på cellenes evne til å produsere energi. Redusert evne til å lage energi er en viktig mekanisme for organskade og død.

Eksperimentene ble gjennomført i april og juli 2022. Vi holder fortsatt på med analyser av data, men håper å være ferdig med analysene innen utgangen av året.

Ved å studere fysiologiske variabler og gjenoppretting av C-I aktivitet som mål på hjerneskade hos spedgris med asfyksi, kan vi få viktig kunnskap om hvilke undersøkelser som bør gjøres for å identifisere nyfødte barn med mild til moderat perinatal asfyksi som trenger spesialisert behandling og oppfølging for å redusere risikoen for død og hjerneskade. ●

Helsekontroller ved svangerskap som har passert termin

I Norge skal gravide som går over termin få tilbud om ekstra kontroller på sykehuset. I dette prosjektet kartlegger vi hvordan disse overtidskontrollene fungerer.

Risikoen for dødfødsel øker med økende svangerskapsvarighet og spesielt etter termin. Ved å sette fødselen i gang når kvinnen passerer termin, vil man redusere dødfødsler.

Den optimale timingen av igangsettelse av fødsel i henhold til svangerskapsvarighet er fremdeles usikker.

STOR ØKNING I IGANGSETTELSE

Igangsettelse av fødsel har økt fra ca. 15 prosent på 80-tallet til 28 prosent i 2018 (Medisinsk fødselsregister). Et stort antall gravide settes i gang i dag. Det benyttes samme retningslinjer for alle gravide, med unntak for noen gravide med spesielt høy risiko for alvorlige komplikasjoner for fosteret, for eksempel gravide med høy alder, overvekt, diabetes eller andre kompliserende sykdommer.

UTVIDET SVANGERSKAPSKONTROLL VED OVERTID

I Norge har det vært tradisjon over mange år å følge opp alle gravide som går over termin i spesialisthelsetjenesten. Nasjonale retningslinjer for fødselsomsorg anbefaler at det gjennomføres en utvidet svangerskapskontroll med ultralydundersøkelse, registrering av fosterlyden (CTG), måling av blodtrykk og urinstiks samt en samtale med mor hvor det spørres om hun har kjent normalt



POSTER-prosjekt

Prosjektleder

Fødsleslege og
ph.d. kandidat
Gulim Murzakanova

E-post

gulim2011@gmail.com /
kattiksen@yahoo.no

Institusjon

Oslo universitetssykehus

Veileder/faglig ansvarlig

Lege, ph.d. og
førsteamanuensis
Katariina Laine

Tildelt beløp

150.000

Prosjektets varighet

Antatt ferdig 2023

Midler tildelt fra

LUBs forskningsfond



med fosterbevegelser. Ved unormale funn slik som avvikende fostervekst, redusert fostervannsmengde, reduserte fosterbevegelser, unormal CTG eller forhøyet blodtrykk, tilbys kvinnen igangsettelse av fødsel. Tidspunkt for igangsettelse vurderes individuelt avhengig av alvorlighetsgrad av det avvikende funnet. Ved normale funn tilbys kvinnen ny tilsvarende kontroll innen 2–3 dager inntil hun går spontant i fødsel, eller igangsettes senest i uke 42. I praksis kan noen gravide behøve flere slike polikliniske kontroller.

UKJENT HELSEEFFEKT

Helseeffekten av en slik utvidet svangerskapskontroll i spesialisthelsetjenesten har aldri vært evaluert, hverken i Norge eller andre land. Det er ukjent hvor stor andel av disse kontrollene som viser unormale funn, hvor stor andel av gravide som tilbys igangsettelse ved første kontroll, og hvor mange som følges opp med gjentatte kontroller. Det er også ukjent hvor mange kontroller som gjennomføres før fødselen settes i gang.

I tillegg er det ukjent hvor stor andel av funnene ved ultralydundersøkelsen som er korrekte. Ved ultralydundersøkelse etter termin kan det forekomme både overdiagnostisering og underdiagnostisering av unormale funn.

KARTLEGGER OVERTIDSKONTROLLENE

Formålet med dette prosjektet er å kartlegge forekomsten av unormale funn registrert ved overtidskontroll, kartlegge hvor mange kvinner som tilbys igangsettelse ved første undersøkelse, hvor mange kvinner som følges opp med gjentatte undersøkelser og hvor mange slike kontroller som gjennomføres per kvinne. Unormale funn som observeres og registreres (for eksempel tilveksthemming), kontrolleres etter fødsel ved å registrere fødselsvekt, i tillegg registreres hvor stor andel fostre med tilveksthemming som var udiagnostisert. ●



Risikoen for dødfødsel øker spesielt etter termin.

Online terapeutiske skrivekurs for foreldre som har mistet barn

Etter god erfaring med tre terapeutiske skrivekurs der kun mødre deltok, arrangerer vi nå egne skrivekurs for fedre som har mistet barn.

Amiste barn i dødfødsel, sykdom eller ulykke er blant de mest krevende typer sorg å behandle. Siden det ikke finnes behandlingstilbud for alle som trenger det i Norge, har lavterskeltilbud som terapeutisk skriving et stort potensial som forebyggende verktøy.

DIGITALT FELLESKAP

Gjennom tidligere prosjekter har vi utviklet et nettbasert kurs i terapeutisk skriving for foreldre som har mistet barn. Snaut 50 mødre har deltatt på til sammen tre kurs. Kursene gikk over åtte uker med samlinger å tre timer en gang i uken. Her møttes alle på Zoom og kursleder fulgt opp den enkelte via chatt. Kurset besto av undervisning, øvelser individuelt og i grupper og hjemmeoppgaver. Vi tilbød deltakerne et alternativt digitalt felleskap der de kunne gi hverandre emosjonell støtte også etter kursperioden.

Kurset fokuserte blant annet på psykoedukasjon¹ om sorg og terapeutisk skriving, «mindful listening», og ulike skriveoppgaver for bearbeiding av vanskelige følelser som sinne, skam, skyld, tristhet og frykt. Vi brukte aktivt verdier som håp, kjærlighet, medfølelse og ny mening i livet i arbeidsoppgavene.

Erfaringene fra kursene er oppsummert i enartikkel publisert på *Frontiers in Psychology: Experiences of Norwegian Mothers Attending an Online Course of Therapeutic Writing After the Unexpected Loss of a Child*. Dataanalysen viser at deltakerne opplevde kurset som en mulighet til å utforske sine identiteter som kvinner og mødre, til å bedre forstå sin emosjonelle verden og skape en symbolsk relasjon til sine barn. De opplevde

¹ **Psykoedukasjon** går ut på å undervise pasienten om psykiske lidelser og tiltak for disse. Formålet er å gjøre pasienten bedre rustet til å mestre og ta kontroll over lidelsen sin (www.kognitiv.no).



Online terapeutisk skrivekurs for menn og utvikling av arbeidsbok om skriving som selvhjelpsmetode

Prosjektleder

Ph.d. Olga Lehmann

Institusjon

Norsk Institutt for Emosjonsfokustert Terapi (NIEFT)

Veileder/faglig ansvarlig

Prof. emeritus Robert Neimeyer

Tildelt beløp

333.000 fra LUB + 432.000 fra Stiftelsen Dam

Prosjektets varighet

2021–2023

Midler tildelt fra LUBs forskningsfond og Stiftelsen Dam



Terapeutisk skriving har et stort potensial som forebyggende verktøy.

tilhørighet og et aksepterende felleskap med de andre deltagerne. Følelsen av felleskap hadde stor verdi for å finne en mening i livet. I forskningsrapporten diskuterer vi videre hvordan forskjellige dimensjoner av identitet blir påvirket etter å ha mistet barn.

KURS FOR BARE MENN

Nå videreføres prosjektet til å inkludere etterlatte fedres erfaringer med skriving som terapi etter barnedød. Høsten 2022 har vi avholdt ett av to skrivekurs for bare pappaer. I januar 2023 starter vi opp enda et kurs for menn. Erfaringene fra menns deltagelse på digitale terapeutiske skrivekurs vil oppsummeres i en forskningsartikkel. Parallelt utvikles det en arbeidsbok om terapeutisk skriving som kan brukes som en selvhjelpsmetode i LUBs sorgstøttearbeid. Inntil 10 likepersoner i LUB vil få tilbud om kurs i hvordan ta i bruk terapeutiske skriveoppgaver som et selvhjelpsverktøy i sitt frivillige arbeid. ●

I tillegg til prof. Neimeyer har også følgende forskere bidratt til prosjektet: Reinekke Lengelle, Aslak Hjeltnes, Jens Thimm og Trine G. Kalstad.

Uheldige svangerskapsutfall blant kvinner med innvandrerbakgrunn som føder i Norge

Svangerskaps- og fødselsomsorgen er i liten grad tilpasset innvandrerkvinner, til tross for at innvandrerkvinner identifiseres som risikogruppe i forbindelse med flere alvorlige fødselsutfall, som dødfødsel eller prematuritet.

Innvandringsbefolkningen i Norge endrer seg stadig, og i dag blir mer enn hvert fjerde barn født av en kvinne med innvandrerbakgrunn. Å oppleve uheldige svangerskapsutfall er en stor påkjenning for familiene som rammes, og årsaksforholdene er ofte komplekse, spesielt blant innvandrere.

ULIK RISIKO FOR ULIKE GRUPPER

Risikoen for uheldige svangerskapsutfall er ikke lik for alle innvandrere, og det rapporteres både høyere og lavere risiko for komplikasjoner blant innvandrerkvinner sammenlignet med kvinner som ikke er innvandrere. En trenger derfor detaljerte opplysninger knyttet til ulike grupper innvandrerkvinner for å kunne identifisere de som har et reelt økt behov for tett oppfølging i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Innvandrerkvinner har ulik bakgrunn og erfaringer, noen har vært kort tid i Norge, mens andre kom til Norge allerede som barn. Kompleksiteten rundt spørsmål knyttet til innvandring gjør at vi må differensiere mellom ulike grupper innvandrerkvinner for å unngå en generalisering.



Mer enn hvert fjerde barn i Norge blir født av en kvinne med innvandrerbakgrunn.



Uheldige svangerskapsutfall blant innvandrerkvinner i Norge

Prosjektleder

Jordmor, PhD, Eline Skirnisdóttir Vik

E-post

Eline.skirnisdottir.vik@hvl.no

Institusjon

Høgskulen på Vestlandet

Veileder/faglig ansvarlig

Vigdis Aasheim

Tildelt beløp

100.000

Prosjektets varighet

2021–2024

Midler tildelt fra

LUBs forskningsfond



Med den økonomiske støtten vi har mottatt fra LUB har vi hatt mulighet til å koble data levert av Medisinsk fødselsregister og Statistisk sentralbyrå. Denne koblingen av data har gitt oss detaljerte opplysninger om en rekke uheldige fødselsutfall i tillegg til informasjon om mors fødeland, fars fødeland, årsak til innvandring og hvor lenge kvinnen har vært i landet. Fordi vi har tilgang til nevnte opplysninger har vi muligheten til å gjennomføre detaljerte statistiske analyser med stor klinisk relevans.

STUDERER KJENTE RISIKOFAKTORER

I dette prosjektet studere vi blant annet statistiske sammenhenger mellom risikoen for at barnet har for lite fostervann (oligohydramnion), at fostervannet er misfarget, og risikoen for at kvinnen ikke rekker frem til planlagt fødested. Lite fostervann, misfarget fostervann, og ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon er alle faktorer som er kjente risikofaktorer for sykdom og død hos barnet, og er derfor viktig å avdekke tidlig.

I vårt prosjekt inkluderer vi alle fødsler i Norge mellom 1990–2021 (31 år). Vi sammenligner utfall for kvinner med innvandrerbakgrunn med utfall for norskfødte kvinner. Vi sammenligner også utfall mellom ulike grupper innvandrerkvinner der vi har gruppert kvinnene etter årsak til innvandring, mors fødeland, fars fødeland og botid i Norge. Forskningsprosjektet utgår fra Høgskulen på Vestlandet, og vi er en større gruppe forskere som studerer en rekke ulike problemstillinger. Vi mottok datasettene i høst, og ser frem til å publisere resultater fra prosjektet fortløpende. ●

Hvordan påvirker tidligere tap av barn rundt fødselen kvinners mentale helse i senere graviditet?

I dette prosjektet undersøker vi sammenhengen mellom tidligere tap av barn i dødfødsel og rundt fødselen, og psykiske symptomer hos gravide under deres neste graviditet.

V i ønsker også å finne ut mulige faktorer ved mors psykiske helse under den senere graviditeten, som er uavhengige av tidligere perinatale (etter svangerskapsuke 22 og fram til en uke etter fødselen) tap.

Å ha erfart perinatal dødelighet kan ha langvarige konsekvenser på en kvinnes psykososiale helse, inkludert under senere graviditet. Likevel er mors psykiske helsestatus etter perinatal dødelighet under senere graviditet undervurdert. Det er svært lite data tilgjengelig fra skandinaviske populasjoner.

NEDGANG I PERINATAL DØDELIGHET

Globalt er det anslått at 5,1 til 5,3 millioner dødfødsler og nyfødtdødsfall forekommer årlig, hvorav to millioner barn er født uten tegn til liv ved 28 ukers graviditet eller senere. 23 millioner aborter forekommer hvert år. Dødfødselsraten er 13,9 per 1000 totale fødsler over hele verden. Per 2015 bidro perinatale dødsfall til 50 prosent av under-femårs-dødelighet globalt, som vil utfordre FNs bærekraftsmål om å forebygge perinatal dødelighet. I europeisk sammenheng har perinatal dødelighet gått ned de siste 30 årene, og samme trend er observert i skandinaviske land. Perinatal dødelighet i Norge og Sverige har gått betydelig ned fra 1980-tallet til 2020, fra 8,0 til 3,9 per 1000 fødsler (inkludert dødfødsler) og fra henholdsvis 9,2 til 1,4 per 1000 fødte som døde i første leve-måned (neontalt døde). Begge land rapporterer om lavest perinatal dødelighet blant europeiske land. Det er registrert under 200 dødfødsler per år i Norge de siste fire årene, for ca. 25 % av disse har man ikke funnet noen årsak.



Har tidligere perinatal dødelighet en innvirkning på kvinners mentale helse i deres senere graviditet?

Prosjektleder
Anusha Mainali,
PhD-kandidat

E-post
anusha.mainali@
medisin.uio.no

Institusjon
Avdeling for Samfunns-
medisin og Global helse,
Institutt for Helse og
Samfunn, UiO

Veileder/faglig ansvarlig
Ph.D. Tricia L.L. Larose

Tildelt beløp
150.000

Prosjektets varighet
2021–2022

Midler tildelt fra
LUBs forskningsfond



Gravide med tidligere perinatale tap har mer symptomer på angst og depresjon.

MER ANGST OG DEPRESJON

Selv om både Norge og Sverige har gratis helsehjelp til alle, har psykisk helse assosiert med perinatal dødelighet ikke fått tilstrekkelig oppmerksomhet ennå.

Vi har funnet at skandinaviske gravide kvinner med tidligere perinatale tap, har mer symptomer på både angst og depresjon under deres senere graviditet. Vi har også identifisert flere faktorer assosiert med mors psykiske helse under graviditet uavhengig av perinatal dødelighet. Det er behov for forebyggende arbeid for å redusere psykiske symptomer hos disse gravide kvinnene. ●