



**CUBITUS BABY- ETT HJÄLPMEDEL I VÅRDEN
NÄR BARN FÖDS DÖDA**

Barnmorskans upplevelser av att använda Cubitus Baby

**CUBITUS BABY- A TOOL IN CARING
FOR STILLBORN BABIES**

The midwife's experiences of using Cubitus Baby

Barnmorskeprogrammet, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examinationsdatum: 2018-01-11
Kurs: BAMO16

Författare:
Karin Henley Listermar

Handledare:
Taina Sormunen
Examinator:
Ingela Rådestad

“Birth and death are not two different states, but they are different aspects of the same state.”

–Mahatma Gandhi

SAMMANFATTNING

I Sverige dör omkring 450 barn innan födelsen varje år, vilket motsvarar ungefär åtta barn per vecka. På en större förlossningsklinik kan det vara drygt 20 barn per år som föds döda, på mindre kliniker en till två barn per år. Att bemöta och ta hand om föräldrar som fått beskedet att deras väntade barn har dött är en utmanande uppgift som ställer stora krav på personalen. Den vård som ges före, under och efter barnets födelse har betydelse för hur föräldrarna möter och tar avsked av sitt barn. Föräldrar vittnar om betydelsen av att få minnen av barnet såsom fotografier och hand-och fotavtryck samt att få den tid de behöver för att kunna ta avsked. En död kropp behöver förvaras kallt och tidigare togs barnet till ett kylrum eller lades i ett kylskåp när barnet inte var hos föräldrarna. Idag finns hjälpmedlet Cubitus baby, vilket är en babylift med kylblock som byts ut och som håller barnet kallt den tid det behövs. Cubitus baby implementerades på alla förlossningskliniker i Sverige med start 30:e oktober 2012 och avslutades 20:e november 2014.

Syftet med föreliggande studie var att studera hur barnmorskor upplever att använda Cubitus baby i vården när barn dör före eller i samband med födelsen och att beskriva hur Cubitus baby används på förlossningsavdelningarna. I samband med att Cubitus baby lämnades på förlossningsklinikerna ombads barnmorskorna att fylla i ett rapportblad för de första tio tillfällena som Cubitus baby användes, för mindre kliniker vid fem användningstillfällen. Rapportbladen fanns i den instruktionspärm som medföljde Cubitus baby, och bestod av ett antal kortsvarsfrågor samt en öppen fråga. Svaren på de första frågorna analyserades med deskriptiv statistik och svaren på den öppna frågan analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. Genom inspiration från mixad metod genomfördes analyserna parallellt och sammanfördes i resultatet. Utifrån de koder som uppstod under analysen bildades fem kategorier; Känsla av värdighet, Underlättar arbetet, Omvårdande kyla, Tid till farväl och En fin känsla hos föräldrarna.

Cubitus baby hjälper barnmorskorna i vården av det dödfödda barnet och familjen som mist sitt barn. Föräldrarna kan ha barnet hos sig hela tiden om de önskar. Barnmorskorna behöver inte känna stress över att ta barnet från föräldrarna till ett kylskåp eller kylrum. Cubitus baby är ett välfungerande hjälpmedel för barnmorskor att använda när de ger perinatal palliativ vård.

Nyckelord: Cubitus baby, dödfödda barn, barnmorskans upplevelse, perinatal palliativ vård, mixad metod

ABSTRACT

In Sweden, around 450 babies are stillborn every year, which is about eight babies per week. At the larger delivery wards, it could be around 20 babies per year and at the smaller wards, around one to two per year. To take care of parents who have been told that their expected baby has died is a challenging task and puts even greater demands on the staff. The care given before, during and after the baby is born affects how the parents are able to meet and say farewell to their stillborn baby. Parents have expressed the importance of creating memories of the baby by way of photographs, hand and footprints as well as having the time they need to say goodbye. A dead body needs to be kept cool, a few years ago the baby was taken to the morgue or put in a refrigerator, when not with the parents. Today there is the tool, Cubitus baby, a special baby carrier with cooling blocks that can be changed out, to keep the baby cool for the time that is needed. Cubitus Baby began being supplied to all delivery wards in Sweden on October 30, 2012 and by November 20, 2014 all delivery wards had one.

The aim of the present research was to study the experiences of midwives using Cubitus baby in the process of caring for babies that have died before or during birth at maternity wards in Sweden and to describe how the Cubitus baby was used. Along with Cubitus Baby, the delivery wards were also provided questionnaires to be filled out for each of the first ten times Cubitus Baby was used. Smaller wards were asked to fill them out only the first five times. The questionnaires were included in the Cubitus Baby instruction binder. The questionnaire consisted of a number of short-answer questions and one open question. The answers to the first questions were analyzed with descriptive statistics and the answers to the last question were analyzed using a qualitative content analysis. With inspiration from mixed method the analysis work was done in parallel and then combined into a result. Based on the codes that emerged during the analysis, five categories were formed; A gracious feeling, A sense of relief in their work, Caring with coldness, Time to say goodbye and A good feeling for the parents.

Cubitus baby helps midwives better care for the stillborn babies as well as the family affected, by providing an opportunity for parents and relatives to be with the baby for as long as they wish. Allowing them time to say their farewells in peace without the midwives feeling stressed that they must take the baby away and place it in a refrigerator. Cubitus Baby is an essential tool for the midwife when providing perinatal palliative care.

Keywords: Cubitus Baby, stillborn babies, midwife's experience, perinatal palliative care, mixed method

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|----|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Intrauterin död i ett globalt perspektiv | 1 |
| Intrauterin död i Sverige | 2 |
| Förlossningsvården i Sverige | 2 |
| Omhändertagandet vid intrauterin död | 2 |
| Föräldrarnas upplevelser av intrauterin död..... | 4 |
| Olika kulturella och religiösa perspektiv på intrauterin död | 5 |
| Perinatal palliativ vård..... | 8 |
| Perinatal palliativ vård vid intrauterin död | 9 |
| Barnmorskan som palliativ vårdgivare | 9 |
| SYFTE..... | 10 |
| Frågeställningar | 10 |
| METOD | 10 |
| Studiedesign..... | 10 |
| Urval..... | 11 |
| Genomförande..... | 11 |
| Databearbetning..... | 11 |
| Forskarens roll | 14 |
| Trovärdighet inom omvårdnadsforskning | 14 |
| Forskningsetiska övervägande..... | 15 |
| RESULTAT | 16 |
| Känsla av värdighet..... | 16 |
| Underlättar arbetet..... | 17 |
| Omvårdande kyla | 18 |
| Tid till farväl..... | 20 |
| En fin känsla hos föräldrarna..... | 22 |
| DISKUSSION..... | 23 |
| Metoddiskussion..... | 23 |
| Resultatdiskussion | 27 |
| Slutsats | 32 |
| Klinisk tillämpbarhet | 32 |
| Fortsatt forskning | 32 |
| REFERENSER..... | 33 |

Bilaga 1 Formulär att fylla i av barnmorskan Fas 1.

Bilaga 2 Formulär att fylla i av barnmorskan Fas 2.

INLEDNING

Under 2015 avled 5,9 miljoner barn innan de hade fyllt fem år (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2016). De främsta anledningarna till dessa dödsfall var undernäring, smutsigt vatten och infektionssjukdomar. Barn upp till fem år är sårbara och antalet barn som överlever sin femårsdag kan användas som ett mått på hur väl ett samhälle fungerar både socialt, ekonomiskt samt vad gäller miljö och hälsa (Globalis, 2015). Närmare hälften av barnen avlider före en månads ålder och en miljon barn dör under sin första levnadsdag enligt UNICEF:s beräkningar (UNICEF, 2016). Förutom de barn som dör tidigt i livet beräknas 2,6 miljoner barn dö före födseln (Blencowe et al., 2016).

Om alla kvinnor som föder barn hade möjlighet att ha en barnmorska närvarande skulle de barn som dör i samband med förlossning minska med 20 procent (UNICEF, 2016). Om förlossningen dessutom sker på en vårdinrättning skulle dödligheten sannolikt minska med 40 procent och, om det fanns tillgång till kejsarsnitt, vore det möjligt att rädda upp till 75 procent av de barn som annars skulle dö under förlossningen (UNICEF, 2016). Centrala Afrika och Subsahariska Afrika har de högsta siffrorna vad gäller spädbarnsdödlighet med runt 90 spädbarn som dör per 1000 födda. Norge, Finland, Island och Sverige har tillsammans med Luxemburg, Japan, Slovenien, Singapore, Andorra och Estland den lägsta spädbarnsdödligheten med två till fyra döda barn per 1000 födda (Globalis, 2015). De flesta barn som dör före födseln, dör strax innan eller under förlossningen (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2013).

Att förlora ett barn är en smärtsam förlust, sorgen efter ett litet barn beskrivs ibland som en *meningsförlust* till skillnad från sorgen när en äldre person avlider som kan beskrivas som en *relationsförlust* (Björklund & Gyllensvärd, 2009). När ett litet barn dör strax före eller under förlossningen kan stödet från en barnmorska vara ovärderligt (O'Connell, Meaney & O'Donoghue, 2016). Bemötandet i vården av de föräldrar som mister sitt nyfödda barn har förändrats radikalt. Under flera decennier gick vården ut på att hindra föräldrarna från att se barnet, de uppmanades att glömma, skaffa ett nytt barn och gå vidare (Rådestad, Nordin, Steineck & Sjögren, 1996a). En viktig uppgift för barnmorskor som idag möter föräldrarna till barn som fötts döda är att bekräfta barnet och ta tillvara minnen (Rådestad, Steineck, Nordin & Sjögren, 1996b; Säflund, Sjögren, Wredling, 2004).

BAKGRUND

Intrauterin död i ett globalt perspektiv

Definitionen för vad som ska registreras som ett barn, om barnet är dödfött, varierar mellan olika länder (Socialstyrelsen, 2015). Vid internationella jämförelser rekommenderar Världshälsoorganisationen att alla barn som föds efter graviditetsvecka 28 och som inte visar några livstecken vid födelsen är den definition som används vid statistiska jämförelser mellan olika länder (World Health Organisation [WHO], 2016). I Sverige har gränsen för vad som registreras som barn när barnet föds dött satts vid 22 fullgångna graviditetsveckor (Socialstyrelsen, 2015). Alla barn som är dödfödda efter denna vecka folkbokförs hos Skatteverket (Kjellström, 2013). Flera länder definierar att ett barn är ett barn och inte ett foster redan runt graviditetsvecka 20, och registrerar således dessa som dödfödda barn (Blencowe et al., 2016). I ett globalt perspektiv föddes 2,6 miljoner barn

döda under 2015. Blencowe et al. (2016) rapporterar vidare att detta är en skattad siffra som är svår att komma fram till då registreringen sker på olika vis och många gånger inte alls. De länder där registreringen är mest bristfällig beräknas också ha flest dödfödda barn. I analysen gick författarna igenom en mängd register och födelsedata världen över för att kunna få en så korrekt siffra som möjligt att ha att jämföra med inför framtiden. Världshälsoorganisationen tillsammans med UNICEF beslutade i februari 2014 att försöka minska antalet dödfödda barn och neonatal dödlighet i världen. Hittills har mycket fokus lagts på att sänka mödra-och barnadödligheten, vilket också delvis har lyckats, dock har de barn som avlidit intrauterint inte alls fått samma uppmärksamhet i globala hälsomål (WHO, 2014).

Intrauterin död i Sverige

I Sverige idag föds ungefär 450 dödfödda barn, av dessa är det cirka 300 som dör efter 28 fullgångna graviditetsveckor (Socialstyrelsen, 2015). Antalet dödfödda barn har halverats sedan 1970-talet men legat på samma nivå de senaste 30 åren, och beräknas öka något de kommande åren då kvinnor som föder barn i Sverige blir allt äldre skriver Socialstyrelsen (2015) i en rapport. En av riskfaktorerna för intrauterin fosterdöd är kvinnans ålder och är hon över 40 år ökar risken betydligt (Man et al., 2016). Andra riskfaktorer för dödföddhet är om modern har diabetes, högt blodtryck eller röker (Flenady et al., 2011). Orsaker till intrauterin fosterdöd kan ofta kopplas till placentan, att den fungerar sämre eller lossnar i förtid. Att ha fött ett dödfött barn tidigare ökar också risken för att det ska hända igen (Flenady et al., 2011). Dock drabbar intrauterin fosterdöd vanligen kvinnor utan några kända riskfaktorer enligt Man et al. (2016). Sverige har i jämförelse med övriga Europa en låg andel dödfödda barn (Socialstyrelsen, 2015).

Förlossningsvården i Sverige

Förlossningsvården i Sverige är en av de främsta i världen enligt globala jämförelser (OECD, 2013). Sverige är också ett av de länder i världen som har flest antal barnmorskor, 149 per 100 000 kvinnor, endast Island har fler med 175 barnmorskor per 100 000 kvinnor. Sverige är också ett av de länder i världen där barnmorskan har huvudansvaret för den normala graviditeten och förlossningen. I jämförelse med andra länder där en obstetriker eller gynekolog har ansvaret kostar förlossningsvården mindre när barnmorskor har ansvaret skriver (OECD, 2013). En Cochranerapport visade att säkerheten och effektiviteten är lika hög eller högre när barnmorskor har huvudansvaret jämfört med andra sätt att bedriva förlossningsvård på. Komplikationerna blir färre, kvinnorna är mer nöjda med vården och stannar kortare tid på sjukhuset (Hatem, Sandall, Devane, Soltani & Gates, 2008). Under 2015 i Sverige föddes 114 870 barn (Statistiska centralbyrån, 2016). Spritt över Sveriges 20 landsting finns idag 46 förlossningskliniker (Socialstyrelsen, 2015c). Detta är inte en statisk siffra då förändring skett under de senaste åren och kliniker har stängts och nya planeras att öppnas.

Omhändertagandet vid intrauterin död

Sett ur ett historiskt perspektiv har stor förändring skett i Sverige de senaste 40 åren avseende vården när barn dör intrauterint (Rådestad, 1998). På 1970-talet var det vanligt att det döda barnet ”gömdes undan” efter förlossningen och föräldrarna fick inte alltid möjlighet att se eller hålla i barnet, det ansågs bättre att snabbt gå vidare och försöka bli gravid på nytt (Rådestad et al., 1996a). Liknande omhändertagande av mor och barn skedde även i andra högingkomstländer, och det förekom att mödrar sederades innan de fick se sitt dödfödda barn för att undvika anknytning och sällan arrangerades ritualer för att ta farväl (O’Connell et al., 2016). I en studie från London utförd i början av 1980-talet

framkom det att kvinnor som fött ett dött barn inte ansågs ha blivit en förälder, och det döda barnet togs om hand av sjukvårdspersonalen och kvinnorna skickades hem snarast efter förlossningen (Lovell, 1983).

Idag visar forskning att det är viktigt för föräldrarna att få tid med sitt barn, hålla barnet och få minnen efter barnet såsom fotografier och hand-och fotavtryck (Rådestad et al., 1996a; Rådestad et al., 1996b). Om vårdpersonalen efter barnets födelse kan hålla i och visa barnet för föräldrarna med samma naturlighet som när ett barn föds levande, visar forskning att mödrarna upplevde en större tillfredsställelse än när de fick en direkt fråga om de ville se och hålla sitt barn (Erlandsson, Warland, Cacciatore & Rådestad, 2013).

Att hålla det dödfödda barnet kallt

Nedbrytningsprocessen sätter igång direkt i den döda kroppen om inte kroppen kyls ner till runt fyra grader Celsius. Om kroppen hålls kyld är det lättare för patologen att undersöka det döda barnet och om möjligt fastslå dödsorsaken, då en pågående nedbrytningsprocess kan försvåra en obduktion (Anders Eriksson, rättspatolog, mailkonversation 26 januari 2017). Fram tills för några år sedan placerades i regel det dödfödda barnet i ett kylskåp på avdelningen eller i sjukhusets kylrum för att försena nedbrytningsprocessen av den döda kroppen (Kjellström, 2013). När föräldrarna önskade se sitt barn fick personalen gå och hämta barnet och sedan ta barnet tillbaka till kylskåpet igen. Först under det senaste decenniet har hjälpmedel utvecklats som kan hålla ett barn kallt och som gör att barnet inte behöver separeras från föräldrarna under tiden på sjukhuset (Rådestad, 2013).

CuddleCot

På sjukhus i Storbritannien, Canada, Australien, Nya Zeeland och USA används ibland CuddleCot när ett barn är dödfött eller dör snart efter förlossningen (Flexmort, 2013). CuddleCot är ursprungligen från Storbritannien och består av en platta som kyler det döda barnet och som kan läggas i den barnsäng som finns tillgänglig. Kylplattan är kopplad till ett kylaraggregat som går på elektricitet (Flexmort, 2013). Varje CuddleCot, en kylplatta med tillhörande kylaggregat, kostar cirka 34 000 kronor (5000 australienska dollar) och många av de sjukhus som använder CuddleCot har fått dessa donerade av föräldrar som fött ett dött barn (Michael, 2014).

Cubitus Baby

På varje förlossningsklinik i Sverige används sedan några år tillbaka ett hjälpmedel, Cubitus baby, i vården av dödfödda barn. Cubitus baby är en babykorg med inbyggd kylfunktion. Innovatören (Ingela Rådestad) är barnmorska som under många år forskat inom området perinatal palliativ vård samt själv har personlig erfarenhet av att mista ett barn före födelsen (Sophiahemmet Forskning, 2013). Cubitus baby är tillverkat i cellplast, stommen har flera fickor runt om för kylblock som kyler bädden och håller barnet kallt (Rådestad, 2013). Kylblocken döljs av ett vitt, vadderat bomullstyg och föräldrarna kan själva byta ut kylblocken när det behövs, vilket bör ske cirka tre gånger om dygnet för att temperaturen i bädden ska hållas under åtta grader. Babykorgen har ett tvådelat lock, med möjlighet att lägga kylblock i, som kan täcka halva eller hela bädden utifrån föräldrarnas önskemål. Cubitus Baby kan förutom att användas i vården av det döda barnet också användas som kista vid begravningen. De allra första Cubitus baby hade en stomme som svarvades för hand och produktionskostnaden var cirka 15 000 kronor (Rådestad, 2013). Tack vara stöd från Spädbarnsfonden, en ideell förening för de som mist barn, och tack vare en stor donation från Ruth och Rickard Julins stiftelse, kunde en Cubitus baby delas ut

till alla förlossningskliniker i Sverige (Spädbarnsfonden, 2015). En ny version av Cubitus baby har därefter tagits fram, stommen är maskintillverkad och därigenom kan hjälpmedlet produceras till en längre kostnad (Rådestad, 2013). En Cubitus baby kostar nu 2950 kronor (Fonus begravningsprodukter, 2016).

Obduktion av det dödfödda barnet

Det är vanligt att dödfödda barn i västvärlden genomgår en obduktion (Ernst, 2015). Föräldrarna måste ge sitt samtycke till att barnet obduceras vilket kan vara en känslig fråga för sjukvårdspersonal att ta upp efter dödsfallet (Heazell et. al., 2012). Dock visar samma studie att föräldrar vill få information om obduktion och en förfrågan om densamma då en möjlig förklaring till varför deras barn dog är viktig för föräldrarna. Drygt 30 procent av de föräldrar som först sagt nej till obduktion ångrade sig i ett senare skede, då barnet redan var begravet (Heazell et. al., 2012). För föräldrarna kan en obduktion kännas skrämmande men också verka lugnande då de kan få svar på varför barnet dog, alternativt att barnet inte dog av någon specifik orsak, vilket också kan uppfattas tröstande skriver Ernst (2015). I en studie av Breeze, Statham, Hackett, Jessop och Lees (2012) svarade föräldrar att deras största anledning till att säga ja till en obduktion var för att få information om vad som hänt. De föräldrar som avstod, uppgav att de inte ville förlänga tiden till begravning, att kulturella eller religiösa skäl hindrade obduktion och att de var oroliga vad som skulle hända med barnets kropp (Breeze et al., 2012).

Desilés och Oligny (2011) skriver i sin artikel att det är viktigt att ge föräldrarna alternativ till en fullständig obduktion. Om de önskar avstå invasiva ingrepp kan exempelvis olika röntgenundersökningar, ultraljud, fotografering, blodprov och vävnadsbiopsier också ge svar på vissa frågor om dödsorsak. Även undersökning av placenta kan ge viktig information om föräldrarna önskar avstå obduktion av det döda barnet. Desilés och Oligny (2011) betonar vidare vikten av korrekt och noggrann information till föräldrarna kring varför en obduktion är önskvärd och hur den utförs, samt att information framförs på ett inkännande vis med respekt för föräldrarnas kulturella och religiösa bakgrund.

I runt 30 till 60 procent av de dödsfall som inträffar innan födelsen i västvärlden kan ingen dödsorsak anges (Man et al., 2016). En erfaren patolog kan i nästan 75 procent av dödsfallen fastställa dödsorsaken menar dock Ernst (2015). En perinatal obduktion är mycket komplex och tar ofta längre tid jämfört med en obduktion av en vuxen (Taylor et al., 2014). Om en dödsorsak fastställs kan patologen ge information om det finns en sannolik risk att samma sak händer i nästkommande graviditet och om barnet död kan ha ärftliga orsaker (Ernst, 2015). En perinatal obduktion kan också i ett större perspektiv bidra till en ökad förståelse för orsaker till dödföddhet och i förlängningen möjligen minska antalet dödfödda barn menar. De snitt som läggs under en obduktion placeras på ett sådant sett att barnet, när det sedan ligger på rygg med en liten kudde under huvudet och filt över sig inte ska ha synliga märken (Ernst, 2015).

Föräldrarnas upplevelser av intrauterin död

De kvinnor som inte hade fått vara med sitt dödfödda barn så länge som de själva önskade och som inte hade minnen från sitt barn hade i större utsträckning ångest- och depressionsrelaterade symtom tre år efter barnets födelse jämfört med de kvinnor som var nöjda med den tid de haft för avsked och som hade minnen efter barnet (Rådestad et al., 1996b). I en studie av Kelley och Trinidad (2012) fann forskarna att samtliga kvinnor hade upplevelsen att sorgen efter ett dödfött barn inte ansågs lika stark som om barnet hade varit

levande och därefter dött. De kände att de sörjde i det tysta med sin partner då vänner och familj inte riktigt uppmärksammade deras sorg. Flera av kvinnorna upplevde att människor runt omkring uppmuntrade dem till att skaffa ett nytt barn för att gå vidare och att försöka glömma det barn som var dödfött, vilket inte alls var något de själva önskade just då (Kelley & Trinidad, 2012).

Vidare fann Kelley och Trinidad (2012) i sin studie att kvinnorna upplevde tystnaden som följde efter att läkaren upptäckt att barnet i magen inte längre levde som svår. Detta framkom även i en studie av Rådestad, Malm, Lindgren, Pettersson och Larsson (2014) att tystnaden som uppstod under ultraljudet kändes tung och kvinnorna upplevde sig fullständigt ensamma i stunden när beskedet gavs. Några kvinnor beskrev hur läkaren inte ville titta dem i ögonen när beskedet gavs eller att beskedet inte gavs på ett bra och tydligt sätt (Kelley & Trinidad, 2012). Hur beskedet ges i samband med att det uppdragas att barnet har dött intrauterint kan påverka föräldrarnas välmående under lång tid framöver (Peters, Lisy, Riitano, Jordan & Aromataris, 2015). Rådestad et al. (1996b) såg i sin studie ett starkt samband mellan kvinnor, som fått vänta mer än 24 timmar på igångsättning av förlossningen efter att de fått reda på att deras barn hade avlidit intrauterint, och ångestrelaterade symtom. Erlandsson, Lindgren, Malm, Davidsson-Bremborg och Rådestad (2011) undersökte bland annat detta i sin studie och fann att det inte är någon anledning att vänta med att inducera förlossningen efter att intrauterin död har fastställts om inte kvinnan själv ville avvakta. Föräldrarna bör tillsammans med sjukvårdspersonalen få bestämma när förlossningen ska sättas igång (Erlandsson et al., 2011).

Att föda ett dött barn och sedan ligga kvar på samma avdelning tillsammans med andra föräldrar med sina levande nyfödda barn upplevde kvinnorna som tungt (Kelley & Trinidad, 2012). Att höra barnskrik och uppleva den glädjefyllda stämningen kändes svårt berättade kvinnorna som önskade att de hade fått möjlighet att föda på en lugnare del av avdelningen. Kvinnorna berättade hur svårt de upplevde det att gå ut från sjukhuset och åka hem utan sitt barn (Kelley & Trinidad, 2012).

Samtliga föräldrar i en enkätstudie upplevde det viktigt att den personal som tog hand om dem och deras dödfödda barn var genuint vänliga och inکännande (O'Connell et al., 2016). Liknande resultat fann Säflund et al. (2004) i sin studie, där föräldrar som intervjuats betonade vikten av stöd från vårdpersonalen och hjälp att närma sig sitt barn i denna stund av kaos. O'Connell et al. (2016) belyste också hur betydelsefullt det hade varit för föräldrarna att få tid med sitt barn, få ta hand om barnet och få möjlighet att skapa minnen. Alla föräldrar förstod inte själva att det kunde vara viktigt att få minnen efter sitt döda barn och de uppskattade när barnmorskorna och annan personal hjälpte dem att ta fotografier, göra fot-och hand avtryck och ge dem tid med barnet (O'Connell et al., 2016).

Olika kulturella och religiösa perspektiv på intrauterin död

Mer än 80 procent av världens befolkning har en tro (Tomkins et al., 2015). Det finns stora variationer mellan de olika trosläror och inom varje lära finns det också flertalet olika sätt att utöva religionen skriver Tomkins et al. (2015). Det kan därför vara svårt att tydligt beskriva hur olika religioner ser på olika händelser. När en kvinna och hennes partner förlorar ett barn är det av stor vikt att veta hur barnmorskan på bästa vis kan bemöt dem i deras sorg, just där de är menar O'Connell et al. (2016). Därför är det viktigt att som vårdgivare förstå hur olika kulturella och religiösa perspektiv kan påverka människor i deras liv (Tomkins et al., 2015).

I länder där spädbarnsdödligheten är stor kan födelsen av ett dödfött barn anses tragiskt men också som något som oundvikligen händer och sorgen blir inte lika uttalad (Brown & Dominica, 2012). Vidare skriver författarna att i de flesta kulturer finns det uttryck som beskriver vad en person är som förlorat någon närstående; såsom änka, änking eller föräldralös, dock finns det inga liknande uttryck eller begrepp som beskriver en förälder eller familj som har förlorat ett barn. I flera kulturer beskylls kvinnan för att ha orsakat barnets död och det förekommer att kvinnan anses vara full av synd eller till och med ansatt av djävulen när hon fått ett dödfött barn skriver Frøen et al. (2011). Sorgen efter barnet får inte komma till uttryck utan kvinnan riskerar istället att frysas ut från samhället. Det dödfödda barnet försvinner utan att namnges eller få en begravning och utan möjlighet för modern att få ta ett farväl (Frøen et al., 2011).

Det har framkommit i forskning att föräldrar uppskattar när vårdpersonalen visar förståelse för deras kulturella och religiösa seder och underlättar utövandet av dessa i samband med att de föder ett dött barn (Peters et al., 2015). En barnmorska bör dock inte göra antaganden utifrån den kultur eller religion föräldrarna tillhör utan med ett öppet sinne lyssna in och försöka förstå hur just de önskar bli bemötta och få stöd påpekar O'Connell et al. (2016).

Kristendomen

Det finns flera olika åsikter kring när livet börjar, vissa kristna anser att livet börjar i samma stund som befruktningen sker andra att det börjar när embryot inplanteras i livmodern eller ännu senare (Tomkins et al., 2015). Inom kristendomen finns en tanke om att hemska saker händer i världen utan att de kan förklaras eller anses ha en mening (Barton, 2013). ”Guds vilja” är ett uttryck som ofta används men som i sorgfyllda situationer som när ett barn dör intrauterint bör undvikas då det inte skänker någon tröst utan istället kan skapa en ilska mot Gud menar Barton (2013). Istället bör en kristen person få hjälp av sin omgivning att gå igenom den sorgprocess det innebär att förlora ett barn och sätta sitt hopp till återuppståndelsen. Enligt kristendomen anses Gud vandra sida vid sida med människan och kan därför känna samma sorg. Gud sörjer med människan och därför ska alla som finns runt de sörjande föräldrarna sörja med dem. Ett dödfött barn ska uppmärksammas liksom alla andra barn som dör, de ska namnges och begravs efter en begravningsceremoni i kyrkan. Både jordfästelse och kremering är tillåtna (Brown & Dominica, 2012). Kristendomen uppmuntrar föräldrar till att närma sig sitt dödfödda barn och skapa minnen efter barnet (Barton, 2013). Det finns inget religiöst motstånd mot obduktion och tiden till begravningen blir utifrån föräldrarnas önskemål (Brown & Dominica, 2012). Det dödfödda barnet bör inte döpas eftersom det aldrig mött synden på jorden och anses ändå få ett evigt liv i återuppståndelsen enligt Barton (2013). Istället kan en namngivningsceremoni hållas i samband med begravningsceremonin. Ett dödfött barn ska uppmärksammas på samma vis som alla barn som dör och familjen ska tillåtas sörja så länge som de behöver (Barton, 2013).

Islam

Inom Islam anses att ett barns liv börjar när kvinnan känner fosterrörelser, Gud har då sänt en ängel som andats in liv (ruh) i barnet (Shaw, 2014). Det finns många variationer i den Islamska läran och en del anser att det dödfödda barnet, som varit vid liv i livmodern, både kan begravas och bör ges ett namn. Mer traditionsbunden muslimsk tro säger att om barnet föds och inte drar ett andetag kan barnet inte betraktas som en person och bör därför inte

ges ett namn eller religionstillhörighet (Shaw, 2014). Inom Islam önskas begravning av den som avlidit så snabbt som möjligt då kroppen anses vara som mest sårbar mellan dödens inträdande och begravning skriver Brown och Dominica (2012). Därför avstås också ofta obduktioner. Muslimer vill ibland inte att barnet ska vidröras för mycket av andra personer utanför deras religion (Brown & Dominica, 2012). Det döda barnet sveps i vita tyger och barnet tvättas först strax innan det begravs (Shaw, 2014). Svåra händelser kan ses som ett test från Gud. Sutan och Miskam (2012) fann i sin studie att muslimska kvinnor som fått ett dödfött barn kunde finna tröst genom att tänka att det som hänt hade en djupare mening. I studien av Shaw (2014) berättade några kvinnor att de upplevde det svårt att inte få ge sitt barn ett namn eller begrava barnet på den vanliga begravningsplatsen då deras familj och vänner inte ansåg att barnet var en person. Det kunde också läggas skuld på kvinnan som fött barnet att något hon gjort, eller inte gjort, var anledningen till att barnet avlidit. Några av kvinnorna tillsammans med sina partners gav barnen ett namn ändå trots släktens trosuppfattning. De berättade också att de kunde gråta tillsammans med sin partner men inte visa sin sorg öppet för någon annan i familjen (Shaw, 2014). Vissa muslimer anser att en kvinna som har fött barn inte bör vidröra en död person inom 40 dagar efter förlossningen skriver Brown och Dominica (2012).

Judendom

Inom judendomen anses livet börja 40 dagar efter befruktningen (Schenker, 2013). Ultraortodoxa judiska kvinnor intervjuades i en studie kring deras upplevelser av intrauterin fosterdöd. De ansåg att födelsen av ett dött barn var ett sätt för Gud att testa deras tro och att en sådan händelse har en djupare mening (Hamama-Raz, Hartman & Buchbinder, 2014). Eftersom Gud har allt uttänkt tänkte dessa kvinnor att det som händer är det bästa trots att det inte alltid går att förstå varför. Brown och Dominica (2012) skriver att ett dött barn aldrig lämnas ensam fram till begravningen, och att begravningen önskas hållas så snart som möjligt efter döden. Mer traditionsbunden judaism önskar att den döde ska begravas och inte kremeras medan andra mer liberala kan tänka sig kremering. Det döda barnet tvättas och sveps i vita tygstycken. I de flesta fall önskar judar att avstå obduktion (Brown & Dominica, 2012). I studien av Hamama-Raz et al. (2014) berättade de judiska kvinnorna att de först kände en stor sorg och var ledsna men att de försökt gå vidare och se mening med dödsfallet och istället känna tacksamhet inför Guds plan. Det kunde upplevas som svårt att ändra de första, instinktiva känslorna av förlust och sorg inför det dödfödda barnet till tacksamhet. Kvinnorna berättade också att den stora sorgen på ett sätt förde dem närmre Gud och hjälpte dem att växa i sin tro och som personer.

Hinduism

Hinduer ser allt i universum som en del av den eviga livscykeln och födelsen, att leva och att dö är de tre största delarna i denna (Brown & Dominica, 2012). När någon dör uppstår den genom reinkarnation till någon eller något annat, själen dör aldrig, och direkt vid befruktning anses det nya livet börja (Coward & Sidhu, 2000). Ett dött barn tvättas av familjen, sveps i vita tyger och läggs i en kista och lämnas inte ensam fram till begravningen skriver Brown och Dominica (2012). Obduktion avstås helst och önskan är att få begrava barnet inom ett dygn. Små barn blir vanligtvis begravda då de anses vara helt utan synd, äldre barn och vuxna kremeras.

Buddhism

Buddister anser att livet börjar i samband med befruktningen (Tomkins et al., 2015). Inom religionen finns en stor acceptans inför döden, även när det är barn som dör. (Brown &

Dominica, 2012). Buddister tror på återfödelse och att människan i varje liv förvärvar erfarenheter som sedan bärs med till nästa liv och på så sätt uppnås en allt större visdom. Kring handhavande av det döda barnet finns det inga speciella krav, barnet sveps ofta i vita tyger och obduktion är accepterat. Speciella böner uttalas inför det döda barnet i tre till sju dagar efter dödsfallet, därefter begravs eller kremeras kroppen (Brown & Dominica, 2012).

Perinatal palliativ vård

God palliativ vård beskrivs ur ett svenskt perspektiv utgå från de fyra hörnstenarna symtomlindring, multiprofessionellt samarbete, kommunikation och stöd till närstående (SOU, 2001:6). Palliativ vård av barn skiljer sig inte nämnvärt från den vård som ges till vuxna då all palliativ vård ges utifrån ett holistiskt perspektiv med den döende personens behov i centrum (Socialstyrelsen, 2013). Vården bör dock fokusera än mer på familjens delaktighet och behov när det är ett barn som är döende (Nationellt vårdprogram för palliativ vård, 2012). Världshälsoorganisationen definierar palliativ vård av döende barn som en helhetsvård av barnets kropp, tanke och själ samt stöd till barnets familj (WHO, 2017). Forskning visar att den sorg som uppstår hos föräldrar efter förlusten av ett barn är större och mer intensiv och långvarig än någon annan förlust (Socialstyrelsen, 2013). När ett barn dör dör också familjens hopp och drömmar (Laakso & Paunonen-Ilmonen, 2001).

En relativt ny aspekt som fortfarande är under utveckling inom den palliativa vården i USA är den perinatala palliativa vården (Wool et al., 2016). Då allt fler blivande föräldrar genomgår en eller fler ultraljudsundersökningar under graviditeten identifieras också fler foster med någon form av medfödd anomali (Munson, 2016). Vissa missbildningar innebär ingen större risk för barnet medan andra svårare missbildningar är dödsorsaken i nära 20 procent av alla neonatala dödsfall och dödsfall bland spädbarn skriver Munson (2016). Det kan vara svårt att, trots den prenatala diagnostik som idag finns, förutsäga om barnet kommer att överleva eller inte (Munson, 2016). Côté-Arsenault och Denney-Koelsch (2016) fann i sin studie att kvinnor väljer att i allt större utsträckning bära barnet fram till förlossningen, och inte avsluta graviditeten i förtid, trots att barnet har en svår anomali och kanske kommer att dö innan, i samband med eller strax efter förlossningen.

Den perinatala palliativa vården ser olika ut beroende på vilken missbildning som hittats hos barnet (Munson, 2016). Kromosomavvikelsen Trisomi 18, som kan upptäckas i samband med ultraljudsundersökning, är förenat med hög dödlighet (Socialstyrelsen, 2015b). Syndromet leder till många olika missbildningar och de flesta foster dör under graviditeten eller strax efter förlossningen och bara fem procent av barnen överlever sin ettårsdag. När Trisomi 18 upptäcks hos ett foster är det av högsta prioritet att inleda perinatal palliativ vård om inte de gravida väljer att avsluta graviditeten (Munson, 2016). Ibland kan någon form av fosterkirurgi vara inducerad, som vid exempelvis diafragmabråck, antingen som ett försök att rädda barnet eller för att minska lidande vid födseln. Vid fosterkirurgi riskeras alltid en retning av livmodern och en prematur födsel kan då vara ett faktum. Dessutom innebär all kirurgi risker för både modern och det ofödda barnet. Fosterkirurgi bör därför alltid gå hand i hand med perinatal palliativ vård då det ena inte utesluter det andra menar Munson (2016).

Den perinatal palliativa vården innebär att vårdpersonal tillsammans med föräldrarna kommer överens om en palliativ vårdplan kring det ofödda barnet (Wool et al., 2016). Planen innefattar vad som ska göras under den återstående tiden av graviditeten, hur förlossningen ska gå till och föräldrarnas önskemål kring tiden efter. Stort fokus läggs på

att tala om det som kommer att ske och att skapa en tillåtande miljö där föräldrarna vågar ställa alla sina frågor, även de frågor som kan upplevas som svåra och skuldfyllda skriver Munson (2016). Wool et al. (2016) fann i sin studie att de flesta perinatala palliativa vårdprogram som finns i USA lägger stor vikt vid att föräldrarna efter förlossning ska få möjlighet att vara just föräldrar och ta hand om sitt barn genom att tvätta och klä på barnet samt att få tid att skapa minnen av det dödfödda barnet. Den perinatale palliativa vården betonar att vårdpersonalen bör hjälpa de gravida i övergången till att bli föräldrar och även om de inte kommer att åka hem med ett levande barn, så har de blivit föräldrar precis som alla andra som har fött ett barn (Munson & Leuthner, 2007).

Perinatal palliativ vård vid intrauterin död

Den perinatale palliativa vården tillämpas främst i de fall där en gravid kvinna har fått reda på att det barn hon bär eventuellt har en livsbegränsande missbildning eller syndrom (Wool et al., 2016). Dock nämner flera av de vårdprogram som finns i USA också att vården lämpar sig väl även vid omhändertagandet av föräldrar som får reda på att deras barn dött intrauterint skriver Wool et al. (2016). Fokus blir då på den vård som kan ges till föräldrarna strax innan förlossningen samt efter att det döda barnet har fötts. En av hörnstenarna i den palliativa vården är stöd till närstående under och fortsatt efter att döden har inträtt (SOU, 2001:6). Även WHO betonar hur viktig vården av de närstående är vid palliativ vård av barn (WHO, 2017). Sumner, Kavanaugh och Moro (2006) skriver att den palliativa vården måste få en plats i omsorgen av den gravida kvinnan och hennes partner samt inom förlossningsvården. De barn som dör innan, under eller strax efter förlossningen är fler i antalet än de barn som dör senare i livet och bör således få ett palliativ omhändertagande liksom de äldre barn som dör (Sumner et al., 2006). Om barnet är dödfött är det föräldrarna som främst behöver det palliativa omhändertagandet menar Sumner et al. (2006).

Barnmorskan som palliativ vårdgivare

Van Hoover och Holt (2016) skriver att barnmorskan kan passa väl som vårdgivare inom den palliativa vården. Att arbeta med födande kvinnor har egentligen många likheter med att arbeta med döende patienter då båda processerna har en naturlig del i livet menar författarna. Barnmorskan är van att se den födande kvinnan ur ett personcentrerat perspektiv och inte som en ”diagnos” eller ett ”tillstånd”, och leder henne genom en naturlig process likväl som den som vårdar en döende person gör (Van Hoover & Holt, 2016). Peacock, Price och Nurse (2015) påpekar att barnmorskan träffar kvinnan under graviditeten och förlossningen och blir då också helt naturligt den som vårdar föräldrarna och deras dödfödda barn palliativt. I studien av O’Connell et al. (2016) noterades det att de föräldrar, som när de fött ett dödfött barn, hade blivit omhändertagna av en barnmorska med erfarenhet av dödfödda barn uppvisade störst nöjdhet med vården. Forskning visar också att föräldrar uppskattar när barnmorskan talar med och vårdar barnet med samma ömhet och respekt som om barnet hade fötts levande, det hjälper föräldrarna att själva närma sig sitt barn (Peters et al., 2015).

Den perinatale palliativa vården bör vara en del i barnmorskans utbildning och ses som en mer självklar del av arbetet på en förlossningsavdelning (Peacock et al., 2015; O’Connell et al., 2016). Det krävs ett multiprofessionellt team för att på bästa sätt kunna ge perinatal palliativ vård, och barnmorskan kan bli den som organiserar och är sammankallande i vården (Peacock et al., 2015). Det kan dock vara utmanande för barnmorskan att skapa en lugn och trygg atmosfär runt föräldrarna och det dödfödda barnet mitt i den vård som

annars bedrivs på en förlossningsavdelning eller eftervårdsavdelning där både barnskrik och andra ljud från födande kvinnor är en del av vardagen (O'Connell et al., 2016). Listermar (2013) myntade i sin magisteruppsats ett nytt begrepp "Akut palliativ vård" i ett försök att närma sig den palliativa vård som sker på en avdelning på ett akutsjukhus som i vanliga fall har livet och överlevnad i fokus. Den akuta palliativa vården blir då den vård som snabbt träder in när livet egentligen skulle ha fortgått men plötsligt och oväntat förbytts mot döden (Listermar, 2013). Inom detta begrepp torde även perinatal palliativ vård kunna platsa.

Problemformulering

Det var, tills för ett par år sedan, vanligt att det döda barnet placerades i ett kylskåp i sköljrummet, i ett kallt förråd på förlossningsavdelningen eller transporterades till ett kylrum på sjukhuset under den tiden föräldrarna var kvar på sjukhuset efter barnets födelse. Om föräldrarna önskade vara med sitt barn igen fick någon i personalen hämta barnet, och detta kunde ske flera gånger under vårdtiden (Kjellström, 2013). Att få tid att vara med barnet för att ta avsked har visat sig vara viktig i sorgen efter ett dödfött barn (Rådestad et al., 1996b). Stöd av en barnmorska som kan hjälpa föräldrarna genom denna tid är en annan viktig aspekt (O'Connell et al., 2016). Först under det senaste decenniet har hjälpmedel utvecklats som kan hålla ett barn kallt och som gör att barnet inte behöver tas från föräldrarna under tiden på sjukhuset. Cubitus Baby har nu använts på förlossningskliniker i Sverige i några år och vi behöver mer kunskap kring hur barnmorskor upplever att använda Cubitus baby i vården av dödfödda barn och om hjälpmedlet underlättar för föräldrarna att få tid för avsked.

SYFTE

Att studera hur barnmorskor upplever att använda Cubitus baby i vården när barn dör före eller i samband med födelsen och att beskriva hur Cubitus baby används på förlossningsavdelningarna.

Frågeställningar

Hur använde barnmorskorna Cubitus baby praktiskt i vården?

Hur beskrev barnmorskans föräldrarnas upplevelse av att ha tillgång till Cubitus baby?

METOD

Studiedesign

Denna studie bygger på enkäter i form av rapportblad som lämnats ut i samband med att Cubitus baby delats ut till alla förlossningskliniker i Sverige. En enkät möjliggör inhämtande av data från en större grupp av informanter (Ejlertsson, 2014). Den ger också en möjlighet att erhålla information från personer utspridda över ett större område skriver Ejlertsson (2014) vilket var fallet i föreliggande studie. En enkät är ofta uppbyggd enligt en viss mall där några allmänna frågor och bakgrundsfrågor inleder (Jakobsson, 2011). Enkäten kan sedan avslutas med de lite mer känsliga frågorna skriver Jakobsson (2011). Rapportbladet som de barnmorskor som använt Cubitus baby fyllt i och återsänt till Cubitus babys innovatör består av en första del med några allmänna uppgifter samt ja- och nej frågor och sist en öppen fråga. Författaren av föreliggande studie valde att inspireras av mixad metod med konvergent design. Mixad metod kan vara en lämplig studiedesign att använda när både kvantitativa och kvalitativa data ska sammanställas (Polit & Beck, 2017).

De två delarna kompletterar varandra och ger en bredare bild av det fenomen som analyserats menar Polit och Beck (2017). Den första delen analyserades med kvantitativ ansats i form av deskriptiv statistik. Den andra delen av enkäten med den öppna frågan analyserades med kvalitativ ansats i form av en kvalitativ innehållsanalys. Kärnan i mixad metod är att sammanföra de två delarna så att en djupare förståelse för fenomenet kan uppnås (Borglin, 2012; Polit & Beck, 2017).

Urval

Barnmorskor vid samtliga förlossningskliniker i Sverige som vårdat föräldrar och deras dödfödda barn och i vården av dessa använt sig av Cubitus baby.

Genomförande

I Fas 1 av implementeringsprocessen delades Cubitus baby ut till samtliga förlossningskliniker i Stockholm, detta skedde mellan 30:e oktober och 4:e december 2012. Efter att nya Cubitus baby producerats kunde utdelningen under Fas 2 påbörjas till förlossningskliniker utanför Stockholm, vilket skedde den 22:a maj 2013 till och med den 20:e november 2014. Tillsammans med Cubitus baby gavs också en pärm med instruktioner för hur hjälpmedlet skulle användas och skötas. I denna pärm fanns också de rapportblad som innovatören önskade skulle fyllas i av den barnmorska som tog hand om föräldrarna till det dödfödda barnet. Tio rapportblad med svarskuvert fanns med till de större och medelstora förlossningsavdelningarna respektive fem rapportblad till de små. I Fas 1 hade rapportbladen fyra kortsvarsfrågor och en sista öppen fråga (se Bilaga 1). Därefter utvecklades rapportbladet till att innehålla åtta kortsvarsfrågor och en sista öppen fråga inför införandet Fas 2 (se Bilaga 2). Innovatören instruerade barnmorskorna att fylla i ett rapportblad för var och en av de fem eller tio nästkommande dödfödselarna, beroende på storlek på kliniken. I januari 2017 hade 154 rapportblad inkommit.

Databearbetning

Kvantitativ metod

Svaren från de första frågorna på rapportbladet analyserades med deskriptiv statistisk metod. Deskriptiv statistik används för att beskriva det som framkommit i exempelvis enkäter genom att summera data på olika vis (Jakobsson, 2011). Insamlad data ordnas i tabeller eller diagram för att på ett lättöverskådligt sätt presenteras (Ejlertsson, 2012). Vidare skriver Polit och Beck (2017) att deskriptiv statistik låter forskaren organisera och bättre förstå insamlad data och på ett enkelt sätt kommunicera resultatet. Författaren till föreliggande studie började med att skriva in all data i ett Word-dokument för att skapa en överblick över materialet. Detta beskrivs enligt Polit och Beck (2017) som den preanalytiska fasen. Svartalternativen organiserades på ett lämpligt sätt och sorterades in i respektive kolumn i tabellen i dokumentet. Varje rapportblad representerades med en rad i dokumentet och märktes med ett nummer så att inskriven data kunde härledas till råmaterialet. Därefter förbereddes de data som skulle presenteras i olika diagram och lades in i ett nytt dokument i Excel. Författaren gick igenom alla siffror noggrant så att inget hade missats, vilket Polit och Beck (2017) skriver är en extra verifiering och kontrollering av data så att allt stämmer. De frågor på rapportbladen som inte hade besvarats av barnmorskan hanterades för sig och presenteras skriftligt i resultatet i enlighet med hur det beskrivits av Polit och Beck (2017) angående *missing* data. Därefter påbörjades den huvudsakliga analysen i enlighet med hur Polit och Beck (2017) har beskrivit det och författaren bestämde vilka variabler som skulle jämföras med varandra

och diagram skapades därefter i Excel. De variabler som inte användes i något diagram valdes att presenteras i löpande text i resultatet.

Kvalitativ metod

Då en del av syftet med studien var att beskriva barnmorskors upplevelser av att använda Cubitus baby, och upplevelser är något individuellt, är det lämpligt att använda kvalitativ innehållsanalys (Downe-Warboldt, 1992). Vidare framgår det att målet med en kvalitativ innehållsanalys är att objektivt och systematiskt beskriva variationer kring ett fenomen genom att identifiera skillnader och likheter i insamlad data. Malterud (2015) beskriver kvalitativ innehållsanalys som en metod som systematiskt bygger en bro mellan rådata forskaren samlat in och resultatet genom att materialet organiseras, tolkas och sammanfattas. Malterud (2012) har modifierat och beskrivit en typ av innehållsanalys som kallas systematisk textkondensering, systematic text condensation [STC]. Metoden är inspirerad av Giorgis fenomenologiska analys samt har vissa likheter med Grounded theory och även med den kvalitativa innehållsanalysen som den beskrivits av Graneheim och Lundman (Malterud, 2012).

Malteruds (2012) metod syftar till att beskriva de upplevelser såsom deltagarna uttryckt dem och inte försöka finna möjliga underliggande meningar i det som berättats. Detta beskrivs i litteraturen som manifest innehållsanalys vilken eftersträvar att hålla analysarbetet textnära (Graneheim & Lundman, 2004; Elo & Kyngäs, 2008). Då föreliggande studie bygger på kortare svar från en enkät, kring hur barnmorskor upplevt användandet av Cubitus baby, finns det ingen mening att söka en djupare, bakomliggande meningen utan snarare att på ett överskådligt vis presentera det som framkommit. Då området fortfarande var utforskat var det lämpligt att innehållsanalysen genomfördes induktivt. En induktiv ansats innebär att ett område eller fenomen undersöks utan någon bakomliggande teori eller annan förkunskap (Elo & Kyngäs, 2008).

Giorgi (1994) beskriver i sin fenomenologiska metod hur analysen bör genomföras i fyra steg. Dessa steg har Malterud (2012) använt som inspiration till STC. Författaren till föreliggande arbete började med att läsa igenom allt material fler gånger med ett ”fågelperspektiv” i enlighet med Malteruds (2012) beskrivning. Ingen analys bör göras i detta första steg och forskarens förståelse och teorier skall läggas åt sidan (Giorgi, 1994). Polit och Beck (2004) beskriver hur fördjupning i insamlad data sker genom upprepade genomläsningar och att ingen analys kan genomföras om inte forskaren är helt insatt i all data. Efter denna första fas hade författaren fått ett helhetsintryck av materialet och börjat fundera över vissa teman som framkommit under genomläsningen som Malterud (2012) beskriver det. Därefter skedde analyssteg två där meningsbärande enheter markerades i texten och fick en passande kod. Koderna bör ha sitt ursprung i de teman som framkom under första steget av analysprocessen menar Malterud (2012). När nya koder uppstod gick författaren tillbaka i materialet för att se om tidigare kodade meningar passade bättre in under den nya koden så som Malterud (2012) beskriver kodprocessen. Efter detta steg skrevs de fem kodgrupper som utkristalliserats in i ett Exceldokument. Samtliga meningsbärande enheter numrerades i råmaterialet så att varje mening kunde härledas tillbaka till ursprungstexten. Tvåhundra sextioen (261) meningsbärande enheter identifierades i de texter barnmorskorna förmedlade. I steg tre i analysprocessen kondenserades, förkortades, de meningsbärande enheterna från en mening med konkret innebörd till en kortare mening med mer abstrakt innebörd som Giorgi (1994) beskrivit det. Malterud (2012) skriver att vid en omfattande text bör kondensering ske i respektive

kodgrupp medan Giorgis tillvägagångssätt, att kondensera varje enskild mening, lämpar sig för ett mindre textmaterial. Författaren valde därför att utföra kondenseringen såsom Giorgi (1994) beskrivit det. Varje kondenserad meningsbärande enhet, tillsammans med sin numrering, fördes in under respektive kodgrupp i Exceldokumentet. Därefter gick det material som grupperats ihop i kodgrupperna igenom och sorterade in i några subgrupper för att ytterligare förtydliga innehållet.

I analysprocessens sista steg sammanfattades essensen i varje subgrupp i en text vars innehåll ytterligare förstärktes med några citat från barnmorskornas ursprungliga beskrivningar i enlighet med Malteruds (2012) metodbeskrivning. Kodgrupperna fick varsin kategori som på ett intressant sätt speglade innehållet i varje kodgrupp och dessa blev sedan resultatets rubriker. I analysprocessens sista steg gick författaren också tillbaka till ursprungstexten och jämförde den med de kodgrupper som framkommit för att validera fynden och se till att ingen text tappats bort eller hamnat fel (Malterud, 2012).

En innehållsanalys är en dynamisk process där forskaren hela tiden måste röra sig mellan de meningsbärande enheterna som kodats och ursprungstexterna för att inte förlora innebörden av dessa (Graneheim & Lundman, 2004; Malterud, 2012). Under analysarbetets gång finns möjligheten att justera både koder och subgrupper och de meningar som grupperats ihop kan flyttas isär, det är en del av analysprocessens dynamik (Malterud, 2012). Exempel på hur analysarbetet gick till ses i Tabell 1.

Mixad metod

Författaren till föreliggande arbete valde att inspireras av mixad metod för att kunna sammanställa kvantitativa och kvalitativa data och på så sätt få en bredare bild av det undersökta fenomenet. Att använda mixad metod anses vara utmanande och bör därför inte ingå i en studentuppsats (Borglin, 2012). Teddlie och Tashakkori (2009) skriver att mixad metod är att föredra när en studies frågeställning berör ett okänt fenomen som inte tidigare undersökts då både kvantitativa och kvalitativa data samlas in och analyseras. Genom att använda konvergent design inom mixad metod analyserar forskaren de kvantitativa och kvalitativa delarna parallellt men varje del för sig, och sedan integreras de två delarna i en övergripande tolkning (Fetters, Curry & Creswell, 2013).

Teddlie och Tashakkori (2009) menar att de två analyserade delarnas resultat ska integreras och leda till en metaslutsats, en övergripande slutsats. Analysen av de båda delarna, som beskrivits ovan, skedde samtidigt för att erhålla en mer fullständig bild av det framväxande resultatet i enlighet med Borglins (2012) beskrivning. Genom att jämföra vad som framkommit i analysen av de olika delarna fann forskaren korrelationer dem emellan och kunde på så sätt integrera detta i det slutliga resultatet.

Tabell 1. *Exempel från analysarbetet.*

| Enkät-nummer | Meningsbärande enhet | Kod | Kondenserad meningsbärande enhet | Subgrupp | Kategori/Rubrik |
|--------------|---|---|---|-------------------------------------|-------------------------------|
| 129f | Föräldrarna uttryckte att det kändes lite kallt med de förstod varför. | Kylande babykorg | Föräldrarna förstod kylan | Ett kallt barn | Omvårdande kyla |
| 12a | Cubitus baby var en förutsättning för föräldrarna att kunna ha barnet hemma ända till begravningen. | Barnmorskan om föräldrabarn tid | En förutsättning för att ta hem barnet | Tid tillsammans | Tid till farväl |
| 133b | Föräldrarna hade barnet hos sig under em kväll. Natttid i separat barnrum och fm hos föräldrarna. | Barnmorskan om föräldrabarn tid | Hos föräldrarna på dagen och i annat rum på natten. | Att själv få välja | Tid till farväl |
| 54b | En värdig plats för barnet. | Barnmorskans upplevelse | Värdigt för barnet | God känsla i det sorgfyllda arbetet | Känsla av värdighet |
| 53b | Ser lugnt och fint ut för barnet | Barnmorskans upplevelse | Ser lugnt och fint ut | Cubitus baby design | Känsla av värdighet |
| 130b | Paret tillfrågades om Cubitus baby och de tyckte den har hjälpt dem att knyta an till barnet | Barnmorskan om föräldrarnas upplevelser | Hjälpte paret med anknytning | En möjlighet till anknytning | En fin känsla hos föräldrarna |

Forskarens roll

Alla bär på olika kunskap och erfarenhet och en forskare måste vara medveten om sin förförståelse inom ämnet inför en studies utförande skriver Malterud (2015). Forskaren bör fortsatt under studiens gång reflektera över sina kunskaper i ämnet, vilka föreställningar som finns kring fenomenet som studeras och hur detta kan påverka analysen (Malterud, 2015). En text innehåller alltid flera olika betydelser och beroende på vem forskaren är och vilken förförståelse som finns så analyseras texter olika (Graneheim & Lundman, 2004). Förförståelsen är också viktigt för forskarens motivation för att ta sig an ett ämne menar Malterud (2015). Författaren i föreliggande studie har under åren som sjuksköterska haft ett stort intresse för palliativ vård, och då framförallt palliativ vård inom akutsjukvården. Författaren har också under utbildningen till sjuksköterska arbetat som undersköterska på en förlossningsklinik i Stockholm. Det fanns dock ingen förförståelse för dödfödda barn och deras föräldrar och hur dessa tas om hand om inom förlossningsvården idag.

Trovärdighet inom omvårdnadsforskning

Vetenskaplig kvalitet inom kvantitativ forskning

För att bedöma kvaliteten på en kvantitativ studie används begrepp som validitet och reliabilitet (validity och reliability) skriver Wallengren och Henricson (2012). Dessa begrepp skall funderas över från studiens början och under hela skrivprocessen. Validitet innebär hur giltig en studie är och att det fenomen som studerats verkligen har blivit studerat. Validiteten är ett mått på hur väl en fråga verkligen undersöker det frågan är tänkt att undersöka (Ejlertsson, 2014). Validiteten i en studie stärks om flera personer, som är

insatta i ämnet, undersöker att insamlad data ger den information som behövs för att forskaren ska kunna uttala sig om fenomenet samt att olika aspekter på fenomenet kunnat identifierats (Wallengren & Henricson, 2012). Vidare stärks validiteten om forskaren kan påvisa att andra studier kommit fram till liknande resultat. Reliabilitet handlar om ett mätinstruments förmåga att visa samma resultat flera gånger vid olika mätningar. Mätningar skall utföras utan att forskaren kan påverka det som mäts, och mätningar bör också göras över tid för att öka en studies reliabilitet (Wallengren & Henricson, 2012).

Vetenskaplig kvalitet inom kvalitativ forskning

Några begrepp som ofta används inom den kvalitativa forskningen för att visa på att forskningen är ärlig är trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet (credibility, dependability and transferability) skriver Graneheim och Lundman (2004). Dessa begrepp bör forskaren fundera över under alla steg i forskningsprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). En bred urvalsgrupp med tillräckligt många deltagare är viktigt för studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004). Hur många deltagare som behövs för en studie varierar beroende på vilket fenomen som ska studeras samt vilken typ av studie som ska genomföras (Graneheim & Lundman, 2004). Vidare skriver Malterud (2012) att en väl genomförd STC stärker studiens trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet då den klart och tydligt visar på hur analysarbetet utförts. Överförbarheten stärks när forskaren noggrant beskriver studiens design, hur urvalet gått till och hur analysprocessen fortlöpt (Graneheim & Lundman, 2004). För att öka en studies tillförlitlighet skriver Graneheim och Lundman (2004) att det är viktigt att studiens design inte förändras under tiden studien utförs.

Forskningsetiska övervägande

Vid all typ av forskning är det viktigt att fundera kring vilka konsekvenser forskningen kan komma att få för deltagarna (Helgesson, 2006). Nyttan med forskningen måste ställas mot den eventuella skadan som kan uppkomma skriver Helgesson (2006). Innovatören till Cubitus baby lämnade tillsammans med babykorgen en pärm med information till personalen på förlossningsavdelningarna. I informationen framgick det att Cubitus baby fortfarande är under utveckling och att det är viktigt att innovatören får synpunkter som kan utveckla babykorgen, användandet av den samt upplevelsen hos barnmorskan som tagit hand om föräldrarna och barnet. I enlighet med Codex (2016) riktlinjer ska de som deltar i forskning få god information kring projektet samt vilket syfte forskningen har. Vidare stod det beskrivet i informationen till förlossningskliniker att de uppgifter som lämnades på formuläret inte skulle kunna kopplas till enskilda personer samt att de inskickade rapportbladen skulle behandlas konfidentiellt. Codex (2016) skriver att all forskning ska vara frivillig och att informanter kan välja att inte delta eller avbryta sitt deltagande samt att de ska informeras om hur deras lämnade uppgifter kommer att behandlas. Vidare skriver Polit och Beck (2017) att forskaren bör fundera över vilka potentiella risker samt fördelar det finns med studien och beskriva dessa. Författaren till denna uppsats har gjort bedömningen att det är minimal risk för informanterna att lida skada av att delta då inga personliga frågor ställts, rapportbladen ej har märkts med personuppgifter och har därefter förvarats säkert hos innovatören. Fördelarna med studien är att den i förlängningen ska bidra till en ökad förståelse för barnmorskans arbete med dödfödda barn, familjen som drabbats och hjälpmedel såsom Cubitus baby, vilket hittills varit ett utforskat område.

RESULTAT

I januari 2017 hade 154 rapportblad sänts åter till innovatören. Av dessa var 18 rapportblad från Fas 1 från införandet på Stockholms förlossningskliniker (Bilaga 1) och 136 rapportblad från Fas 2 från förlossningskliniker utanför Stockholm, förutom en förlossningsklinik i Stockholm som inte fanns under Fas 1 (Bilaga 2). Av de totalt 47 förlossningskliniker som fick en Cubitus baby har sju (15%) kliniker inte återsänt några rapportblad. På 29 av rapportbladen hade någon av kortsvarsfrågorna lämnats obesvarad. På 44 av rapportbladen hade den öppna frågan lämnats obesvarad. Fyra av de svar som lämnats på den öppna frågan svarade inte mot studiens syfte och exkluderades. Av de 18 rapportblad från fas 1 hade 15 rapportblad samtliga frågor ifyllda. Av de 136 rapportblad från Fas 2 hade 81 rapportblad samtliga frågor ifyllda. Alla rapportblad har på något sätt varit en del i analysprocessen, även om några frågor har lämnats obesvarade så har de övriga svaren inkluderats i de analyser som varit aktuella. Analysen av den öppna frågan gav upphov till fem olika kodgrupper med två till tre subgrupper i varje kodgrupp. Essensen sammanfattades i varje kodgrupp med respektive subgrupper och utvecklades till de fem kategorier som presenteras nedan. De fem kategorierna representerar vilka möjligheter Cubitus baby skapar. Det kvantitativa resultatet lades in under respektive kategori för att ytterligare förtydliga det studerade fenomenet. Numret inom parentes efter varje citat anger vilket rapportblad citatet kom från.

Känsla av värdighet

God känsla i det sorgfyllda arbetet

Lovorden var många i barnmorskornas berättelser. Cubitus baby är något som barnmorskor saknat och som nu när det finns sprider en god känsla kring den i övrigt sorgfyllda situation som uppstår när ett barn dör.

Ett lyft för denna typen av vård! (85)

Flera barnmorskor beskrev Cubitus baby som utmärkt och fantastisk, som en tillgång och som något som kändes bra att använda. Några uttryckte tacksamhet för babykorgen och att Cubitus baby bidragit till bra upplevelser som barnmorska vid denna typ av vård. Värdigt var ett ord som nämndes ofta av barnmorskorna i deras beskrivningar om hur de upplevde att använda Cubitus baby. De upplevde att det var värdigt för det döda barnet att läggas i babykorgen och värdigt för föräldrarna att få se sitt barn liggandes i babykorgen.

En betydande mycket större känsla av värdighet i dessa situationer. (2)

Barnmorskorna uttryckte också att de kändes värdigt för dem att bära barnet till och från föräldrarna i Cubitus baby och att det kändes värdigt att kunna gå med barnet till patologen liggandes i babykorgen.

Cubitus babys design

Barnmorskorna uttryckte att babykorgen kändes fin att använda rent utseendemässigt, att den var bra utformad och fin i sin design. Några barnmorskor beskrev Cubitus baby som mjuk, vacker, rofylld samt respektfull. Några andra skrev att den var smidig och neutral i sin design. En barnmorska tyckte att det var känsligt med vit färg och en annan påtalade att

tyget var lätt att fläcka ner, ytterligare en barnmorska tyckte det var svårt att hålla babykorgen fräsch. Någon annan skrev att babykorgen var hygienisk och lätt att rengöra. Flera barnmorskor uttryckte att de kunde se så ombonat ut i babykorgen och att det kändes fint att visa upp för föräldrarna.

Ser mycket mera ombonat ut runt barnet! (116)

Barnmorskorna beskrev hur de bäddade i korgen och att de försökte göra det fint och mysigt runt barnet med filtar och lakan. Utifrån hur stort barnet var vid födelsen försökte de anpassa bäddningen så att babykorgen passade även för det mycket lilla barnet.

Underlättar arbetet

Praktisk funktion

Cubitus baby uppfattades som lätt att använda och som ett mycket bra, fantastiskt och otroligt fint hjälpmedel i vården av dödfödda barn uppgav barnmorskorna. Flera barnmorskor uttryckte att Cubitus baby varit till stor hjälp vid omhändertagandet av det dödfödda barnet och föräldrarna.

Otroligt fint och bra hjälpmedel i en svår situation. (128)

Babykorgens funktion beskrevs som smidig, praktisk och funktionsduglig. Den kändes lätt att hantera och användarvänlig samt väl utformad för sitt ändamål. Flertalet av barnmorskorna uttryckte sig samstämmigt med orden att Cubitus baby fungerat bra.

Placering i rummet

Cubitus baby placerades oftast i föräldrarnas säng. Flera barnmorskor beskrev att babykorgen stod mittemellan föräldrarna när de sov så att de kunde vara nära varandra.

De hade Cubitusen i sin egen säng och kunde därför ha sitt barn nära även då de vilade/sov. (36)

Korgen kunde också ställas i fotändan av sängen som föräldrarna satt i så att de lätt kunde lägga ner eller ta upp barnet. Flera barnmorskor uppgav att de frågade var föräldrarna ville ha babykorgen ståendes. Några föräldrar önskade den placerad på golvet en bit bort då de inte ville ha barnet för nära. Andra vill ha Cubitus baby i rummet på dagen och hos personalen på natten.

På golvet vid sängen. Föräldrarna ville inte ha barnet närmare. (112)

Vid några tillfällen placerades Cubitus baby i ett annat rum så kunde föräldrarna gå dit när de ville och titta på barnet. Det var också vanligt att barnmorskorna placerade babykorgen i en av förlossningsavdelningens barnsängar så att den lätt kunde köras runt. På det sättet kunde också babykorgen lätt förflyttas mellan olika rum på avdelningen, utifrån föräldrarnas önskemål. Flera barnmorskor berättade att de ställde Cubitus baby i en barnsäng med spets runt korgen och sänghimmel så att det skulle bli fint för föräldrarna att se sitt barn. Några barnmorskor placerade Cubitus baby på ett bord på rummet eller på skötbordet. En barnmorska påpekade att det vore bra med ett stativ till babykorgen så att

inte en vanlig barnsäng behövde användas. Flera barnmorskor nämnde att de använde Cubitus baby till det dödfödda barnet även om inte föräldrarna själva önskade se sitt barn.

Föräldrarna önskade ej se barnet. /.../ För oss här på förlossningen har den fungerat bra som förvaring av bebisen. (102)

Till patologen

Barnmorskan uppgav vid 25 tillfällen att det dödfödda barnet hade förflyttats till patologen i Cubitus baby. En av mammorna hade själv gått dit med sitt barn i Cubitus baby. På tio av rapportbladen finns inga uppgifter om barnet hade förflyttats till patologen. Bland de som uppgett att de förflyttat barnet till patologen i Cubitus baby fanns 11 sjukhus representerade.

Omvårdande kyla

Den kylande funktionen

Flera barnmorskor hade skrivit att Cubitus baby höll kylan bra och att kylblocken höll sig kalla länge. Några uppgav att de bytt var åttonde timme andra att de bytt var tolfte timma och att kylan bevarats bra. En barnmorska påpekade att några kylblock hade spruckit i plasten. Babykorgen hade hållit sig kall även under varma sommandagar och när det hade varit varmt på rummet.

Barnet höll lågtemp trots högsommar. Isklamparna höll kylan länge. (17)

På en förlossningsavdelning hade de valt att lägga barnet i kylskåp under natten och använda Cubitus baby på dagen. En av barnmorskorna uppgav att det hade bildats kondens i babykorgen och att tyget var fuktigt, i det fallet hade locket varit stängt under natten. Några andra barnmorskor beskrev att barnen kändes för kalla och var nästan fruset på överkroppen och huvud. Flera barnmorskor skrev att barnen hade hållit sig fina under vårdtiden. Någon barnmorska upplevde att barnet höll sig fint längre tack vare Cubitus baby jämfört med när barnet behövde flyttas mellan kylskåp och föräldrar. Barnmorskorna uttryckte sig positivt över den enkla kylande funktionen. Någon menade att det skulle ha varit ännu enklare om korgen hade kylts kontinuerligt med elektricitet. En av barnmorskorna berättade att det dödfödda barnets storasyster hade hjälpt henne att byta ut kylklamparna.

Enkelt att byta kylklampar, man behöver inte göra så stor affär av det, storasystern hjälpte mig med det. (69)

Ett kallt barn

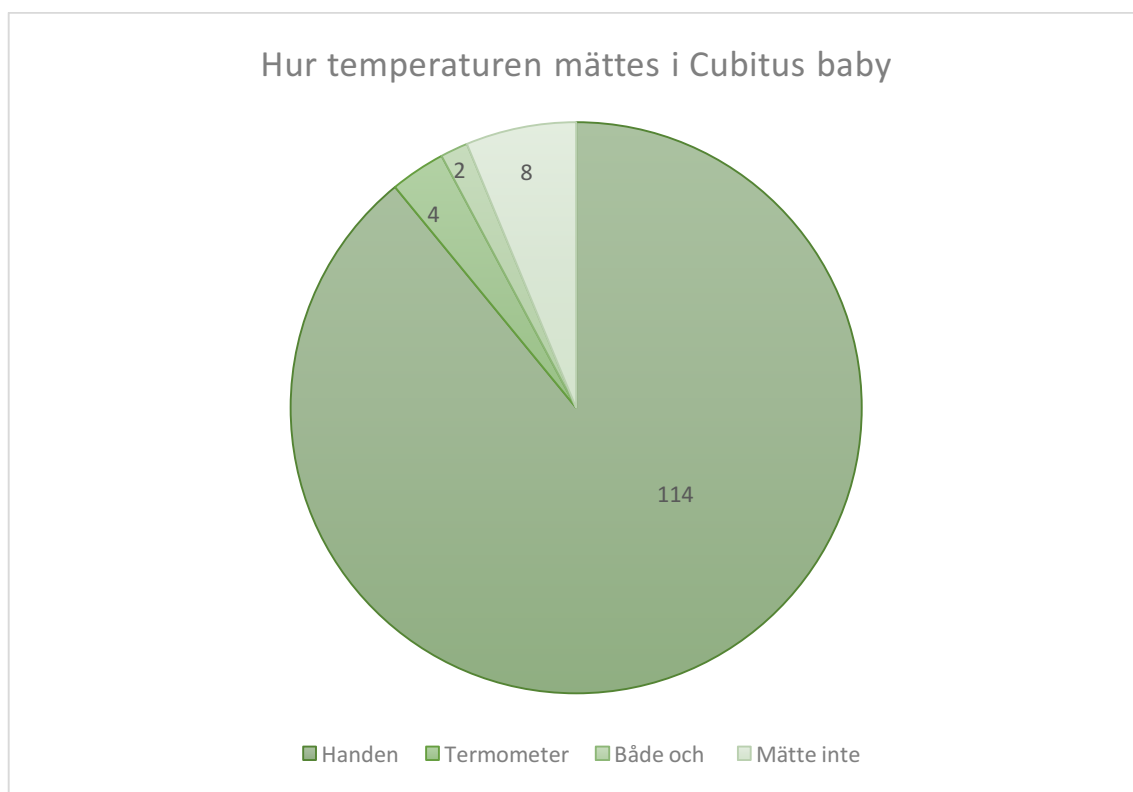
Vikten av att hålla det dödfödda barnet kallt kunde tidigare upplevas som stressande för barnmorskorna. De var tvungna att ta barnet från föräldrarna och lägga barnet i kylskåpet eller i kylrummet en stund. Flera barnmorskor uttryckte att det var skönt att slippa flytta barnet och störa föräldrarna samt att barnet kunde ligga kvar i Cubitus baby som föräldrarna ordnat det med filter och nallar.

Behövde inte oroa sig för att barnet måste läggas in i kylskåpet (vilket annars kan vara en stressfaktor). (84)

Några barnmorskor uppgav att föräldrarna ställde sig lite avvaktande till det kalla barnet. Vissa föräldrar hade svårt att ta i barnet då de tyckte att barnet kändes så kallt. En barnmorska uttryckte att barnet skulle ha varit kallt oavsett om barnet legat i Cubitus baby eller i ett kylrum. Ett par barnmorskor berättade att de i förväg förklarade för föräldrarna att barnet behövde vara kallt och att det därför inte blev konstigt för föräldrarna när de höll i sitt barn.

Hur temperaturen mättes

Fråga om hur temperaturen mättes fanns inte med på det rapportblad som användes i införandet Fas 1. Från Fas 2 hade 128 barnmorskor svarat på frågan om hur det mätt temperaturen i babykorgen. Barnmorskorna fick ange om de hade kontrollerat temperaturen i Cubitus baby med sin hand (svarsalternativ ja eller nej) eller med en termometer (svarsalternativ ja eller nej), se Figur 1. Om barnmorskorna angett nej som svar på båda frågorna tolkades det som att de inte hade mätt temperaturen alls.



Figur 1. Mätning av temperaturen i Cubitus baby.

De allra flesta, 114 barnmorskor (89 %) hade känt med handen och på så vis avgjort om Cubitus baby höll en lämplig temperatur. Några barnmorskor efterfrågade en termometer i babykorgen och en annan barnmorska uppgav att de själva skulle köpa in en termometer att använda i babykorgen, i dessa fall hade de upplevt att barnet blivit för kallt i babykorgen vilket upplevdes som olyckligt.

Tid till farväl

Tid tillsammans

Flertalet barnmorskor beskrev hur viktigt de upplevde det att föräldrarna fick möjlighet att få tid med sitt dödfödda barn. Barnmorskorna beskrev att flera av föräldrarna hade barnen hos sig under hela vårdtiden och att de var positiva till det. Fördelen med att få tid med sitt barn och kunna vara i lugn och ro på rummet utan någon som störde uppgav barnmorskorna som väsentligt. Det handlade inte bara om att föräldrarna fick möjlighet att vara med sitt dödfödda barn, en barnmorska beskrev att det kändes så naturligt att barnet fick vara hos sina föräldrar, precis där ett nyfött barn ska vara. Närstående kom och hälsade på och det dödfödda barnet fanns på ett naturligt sätt med hela tiden. Några föräldrar valde att ta med sig sitt barn hem, och barnmorskorna menade att utan Cubitus baby hade det inte varit möjligt. Ett föräldrapar ställde babykorgen i en barnvagn och gick ut på en promenad med sitt barn.

Cubitus baby var en förutsättning för föräldrarna att kunna ha barnet hemma ända till begravning. (12)

Barnmorskorna uttryckte också att föräldrarna var tacksamma över den tid de fick med barnet och att de själva kunde bestämma när det var tid att ta ett sista farväl.

De upplevde det positivt att få vara själva den tid som de behövde och ta farväl. (20)

Tid att själv få välja

I barnmorskornas korta beskrivningar framkom det flera gånger att de upplevde det som bra att föräldrarna fick en möjlighet att närma sig sina dödfödda barn på sina egna villkor. Barnmorskorna berättade om föräldrar som önskade se sitt barn en stund och sedan ville ha barnet i Cubitus baby i ett annat rum. Några föräldrar beskrevs vilja ha sitt barn under dagen och sedan låta barnet vara i Cubitus baby hos personalen under natten.

Cubitus placerades i ett enskilt rum, pt önskar ej ha barnet inne hos sig. Men de gick några gånger in till barnet. (91)

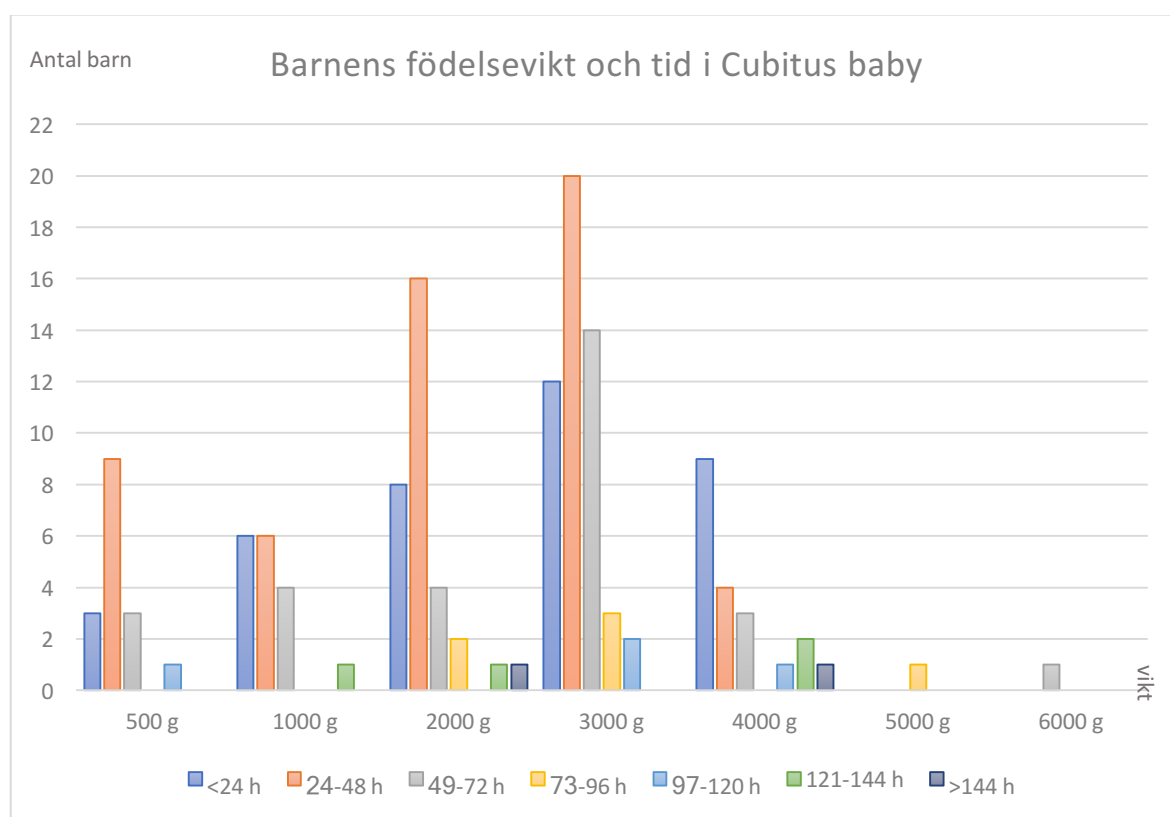
Vid några tillfällen hade föräldrarna åkt hem och kom sedan åter för att titta på barnet igen, under den tiden hade barnet legat kvar i Cubitus baby kvar på förlossningsavdelningen. Föräldrarna uppgav att det kändes tryggt för dem att veta att barnet fanns kvar på avdelningen medan de kunde åka hem en stund, eller gick för att sova på sjukhushotellet. Flera barnmorskor uttryckte att föräldrarna fick möjlighet att själva bestämma hur nära de ville vara sitt barn. Några föräldrapar hade uttalat att de inte ville röra barnet men ändå ha barnet nära som då kunde ligga i Cubitus baby på rummet under hela vårdtiden. Några andra ville se barnet men inte vara för nära.

Föräldrarna tyckte om Cubitus Baby. De ville låta barnet ligga orörd. (99)

Barnmorskorna beskrev att de upplevde det som bra att barnet kunde vara kvar på avdelning även när föräldrarna inte önskade ha barnet inne hos sig.

Vårdtid i Cubitus baby

Av alla rapportblad hade 138 (90%) information om både barnets vikt och hur lång tid som Cubitus baby använts för respektive barn. Barnmorskorna som fyllde i rapportbladet fick avrunda barnets födelsevikt till närmsta jämna vikt (Bilaga 1 och 2). Två av de dödfödda barnen vägde under 500 gram. Barnmorskorna fyllde också i den tid Cubitus baby hade använts, i timmar eller dagar. I figur 1 har de tider barnmorskorna angett räknats om till timmar. Den kortaste tiden som Cubitus baby använts var tre timmar och det var vid tre olika tillfällen. Den längsta tiden som Cubitus baby använts var 11 dygn, och då tog familjen med sig barnet hem. En annan familj använde Cubitus baby i nio dygn medan de var kvar på sjukhuset. Ytterligare två familjer valde att ta med sig sitt barn hem i Cubitus baby i 48 respektive 21 timmar. Samtliga barn är inräknade i figur 1, oavsett om de legat i Cubitus baby på sjukhuset eller hemma.

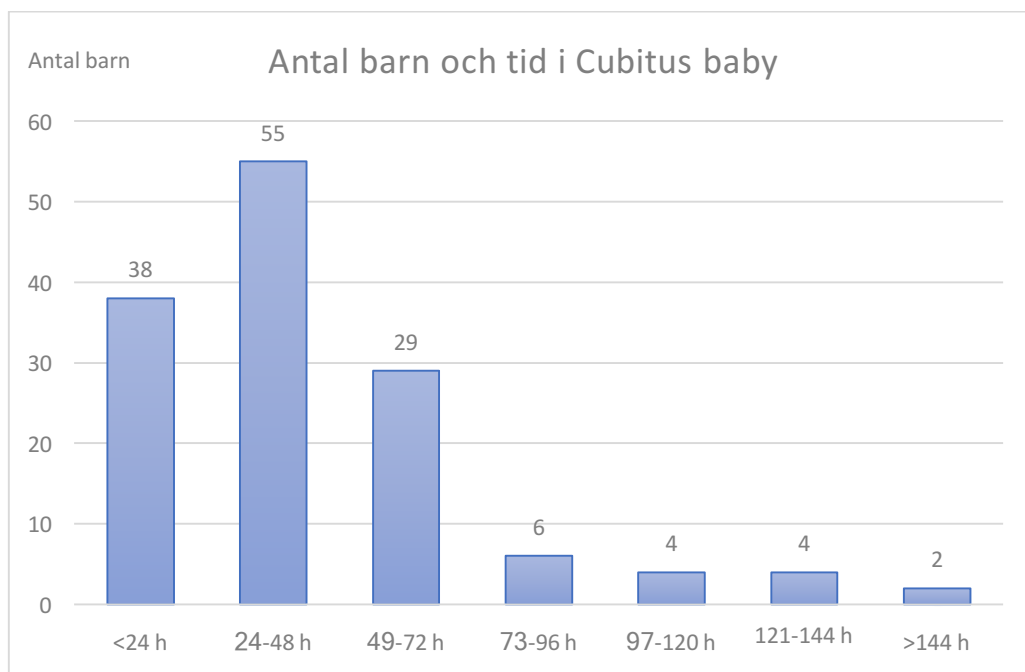


Figur 2. Den tid de dödfödda barnen låg i Cubitus Baby i relation till födelsevikt.

Utifrån de 138 rapportblad som var ifyllda med både vikt och den tid Cubitus baby användes för respektive barn framkom att det var mest förekommande att barnen vägde cirka 3000 gram (37%) följt av cirka 2000 gram (23%), se Figur 2. Cubitus baby användes vanligtvis under 24 till 48 timmar (40%) följt av under 24 timmar (27,5%) och mellan 49 och 72 timmar (21%) se Figur 3. Av de barn som vägde runt 500 gram när de föddes vårdades 56 procent i Cubitus baby i mellan 24 och 48 timmar i jämförelse med 39 procent av de barn som vägde cirka 3000 gram.

Bland de barn som vägde omkring 4000 g var det vanligast med en vårdtid i Cubitus baby på under 24 timmar. Dock var det också bland dessa barn störst andel som använde

hjälpmedlet i mer än fyra dygn (97 timmar och uppåt). I 11 av barnmorskornas svar framkom det att barnet hade legat kvar i Cubitus baby på avdelningen även efter att föräldrarna hade åkt hem i allt ifrån några timmar till flera dygn.



Figur 3. Antal dödfödda barn och tid i Cubitus Baby.

En fin känsla hos föräldrarna

Föräldrarna och Cubitus baby

Flertalet barnmorskor uttryckte att föräldrarna verkade så nöjda med Cubitus baby och uppskattade den mitt i all sorg. Flera föräldrar hade sagt till barnmorskorna att babykorgen såg fin ut och att de tyckte att barnet såg fint ut när barnet låg nedbäddad.

Dom tyckte det kändes fint med Cubitus baby. (41)

Någon av föräldrarna tyckte att babykorgen såg ut som en kista men att det inte gjorde något. Någon annan uttryckte att den såg som en vanlig babysäng. Barnmorskorna beskrev att Cubitus baby varit en mycket stor tillgång för föräldrarna och att den bidragit till en positiv upplevelse för dem. Även närstående hade uttryckt sig positivt om babykorgen.

Föräldrarna var mycket nöjda med Cubitus baby. (63)

En möjlighet till anknytning

Några barnmorskor nämnde att de upplevde att Cubitus baby hjälpte föräldrarna med anknytningen till barnet. Babykorgen gav dem möjlighet att vara nära sitt barn och skapa en naturlig föräldra-barnsituation.

Upplevde att föräldrarna kom nära sitt barn tack vare Cubitus. (36)

En barnmorska skrev att det är detta som föräldrar som fött ett dött barn längtat efter. Några barnmorskor nämnde att känslan av det kalla barnet möjligen hade försvårat för föräldrarna att knyta an. Vidare beskrev några barnmorskor hur föräldrarna lyfte i och ur barnet själva, bäddade med egna filtar och nallar och tog kort på barnet när barnet låg i Cubitus baby.

Barnets mamma hjälpte till att bädda ner barnet. (74)

Minnesceremoni i Cubitus Baby

Av de 136 rapportbladen från Fas 2 uppgav barnmorskorna vid 25 tillfällen att Cubitus baby hade använts vid en minnesceremoni för det dödfödda barnet. För två av barnen var barnmorskans osäker på om en minnesceremoni hållits och på 11 av rapportbladen hade inte frågan fyllts i. Det var 16 sjukhus representerade bland de som uppgett att minnesceremoni hållits i Cubitus baby. Tre familjer valde att behålla innertyget från Cubitus baby som minne, två familjer hade blivit tillfrågade men avstått.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studiedesign

I samband med att Cubitus baby delades ut till alla förlossningskliniker delade innovatören också ut rapportblad, i form av en enkät, som barnmorskorna skulle fylla i efter varje dödfödelse de bistått och sedan återsända till innovatören. Att använda en enkät vid insamling av data gör att en större grupp kan nå över ett större geografiskt område (Ejlertsson, 2014). Den barnmorska som fyllde i enkäten kunde också själv välja hur mycket som fylldes i och vilka frågor som besvarades, vilket kan vara positivt beroende på hur arbetsbelastningen ser ut. Dock kan också frågor utelämnas som hade kunnat besvaras om de hade skett under en intervju där intervjuaren själv hade ställt frågorna i tur och ordning. Respondenterna kan heller inte ställa frågor om något är oklart på enkäten och då ökar risken att svar uteblir. Intervjueffekten är emellertid inte alltid av godo då svar också kan ges som egentligen inte är genomtänkta eller påverkas av intervjuaren själv. I föreliggande studie anser författaren att det var positivt att så många barnmorskor som möjligt kunde delta för att på det sättet få in mycket information om användandet av Cubitus baby. Samtidigt kunde ingen större fördjupning ske då frågor i en enkät i regel är mer korta jämfört med de frågor och följdfrågor som kan ställas under en intervju menar Ejlertsson (2014).

Urval

Urvalet till studien var barnmorskor som bistått en dödfödelse och använt Cubitus baby i eftervården. Innovatören hade inte specificerat några inklusions- eller exklusionskriterier utan önskade få in svar från alla barnmorskor som hade vårdat föräldrar till ett dödfött barn. För att få ett representativt resultat bör urvalsgruppen vara ett slumpmässigt stickprov av den grupp som undersöks (Ejlertsson, 2014). Detta hade dock försvårat insamlandet av rapportblad i föreliggande studie, då innovatören inte kunde vara på plats på varje klinik och kontrollera att rätt barnmorska, utifrån förutbestämda kriterier, svarade på frågorna. Det kan tänkas att de barnmorskor som är med vid dödfödelse har mer erfarenhet och väljer att ta hand om dessa familjer för att de känner att de kan hantera den typen av vård.

Jämfört med exempelvis en nyfärdig barnmorska utan större erfarenhet som skulle kunna uppleva vården som mer skrämmande. Detta skulle möjligen ha kunnat påverka den övergripande positiva inställningen till Cubitus baby som framkom i svaren.

Genomförande

I föreliggande studie har 154 rapportblad ingått i analysen. Författaren har ej kunnat räkna på något externt bortfall då insamling av rapportbladen fortfarande pågår. De rapportblad som ligger till grund för den här studien baseras på svar från 40 av de totalt 47 förlossningskliniker som fick en Cubitus baby. Såldes har sju kliniker (15%) inte återsänt några rapportblad, av dessa är fyra små-, en mellanstor och två stora förlossningskliniker. Bortfall i en enkätstudie är vanligt och något som forskaren måste ta hänsyn till vid analysen (Ejlertsson, 2014). För att minska en studies bortfall bör enkätfrågorna vara korta, enkla att besvara och kännas meningsfulla. Med tanke på de svar som barnmorskorna gav på den öppna frågan tolkade författaren av föreliggande studie det som att barnmorskorna uppfattade detta fenomen som något högst meningsfullt att berätta om. Vad gäller det interna bortfallet var det 44 rapportblad som saknade svar på den sista öppna frågan jämfört med 29 på kortsvarsfrågorna. Ejlertsson (2014) påpekar att det är lättare att svara på kortsvarsfrågor jämfört med öppna frågor. Författaren av föreliggande studie anser dock att de 110 svar på den sista öppna frågan som inkommit gav en tillräckligt rik beskrivning av fenomenet för att kunna genomföra en kvalitativ innehållsanalys. Innovatören delade i Fas 1 ut en första version av rapportbladet. I Fas 2 hade några frågor tillkommit på rapportbladet för att få in ytterligare information om Cubitus babys användning. Detta innebar att de första rapportbladen inte kunde användas i några av analyserna, dock var dessa endast 18 av de sammanlagt 154 inkomna rapportbladet och tillräckligt med data fanns således. Innovatören delade själv ut Cubitus baby till varje klinik och gav muntlig information tillsammans med skriftlig information. Genom en noga genomförd informationsprocess ökas ofta svarsfrekvensen (Ejlertsson, 2014). Innovatören hade också lämnat frankerade kuvert för att underlätta för respondenterna att återsända rapportbladen.

Databearbetning

Den kvantitativa data som samlats in från barnmorskorna valde författaren till föreliggande arbete att analysera med deskriptiv statistisk metod. Metoden är lämplig att använda för att på ett lätt sätt åskådliggöra data (Polit & Beck, 2017). Utifrån studiens syfte och frågeställningar och den information som kortsvarsfrågorna renderade fanns det egentligen ingen annan lämplig metod att använda. Diagrammen som författaren arbetade fram syftade till att ge en bild av hur Cubitus baby används på en förlossningsklinik i Sverige och bör därför inte användas för att dra slutsatser kring hur det kan se ut på andra förlossningskliniker i andra delar av världen. Andra jämförelser hade säkerligen kunnat utföras baserad på insamlad data. Författaren valde att utföra förekommande uträkningar med tillhörande diagram utifrån de koder och subkoder som framkom i den kvalitativa analysen för att på så sätt kunna lyfta dessa fenomen ytterligare.

Den kvalitativa data som bestod av svaren på den sista öppna frågan valde författaren att analysera med en innehållsanalys som Malterud (2012) beskrivit som systematisk textkondensation. Då barnmorskornas beskrivningar var relativt korta passade det bra att använda STC som är en textnära analys och inte syftar till att tolka texten och finna en djupare, underliggande mening som andra innehållsanalyser kan sträva efter (Malterud, 2014). Genom att låta analysen ha en induktiv ansats fick författaren en möjlighet att helt förutsättningslöst gå igenom texterna utan en förutbestäm teori i bakgrunden. Eftersom

området var helt outforskat sedan tidigare var induktiv ansats också att föredra (Elo & Kyngäs, 2008). Författaren till föreliggande arbete sorterade texten i meningsbärande enheter som sedan kondenserades, förkortades, för att lättare kunna hanteras i analysprocessen. Graneheim och Lundman (2004) betonar vikten av att utföra detta arbete på rätt sätt. En för lång meningsbärande enhet kan tolkas på många olika sätt och en för kort splittrar texten. Författaren hade detta i tanken när analysarbetet pågick. Eftersom vissa av texterna var mycket korta kunde ibland en kondenserad meningsbärande enhet bestå av ett ord, dock försvann inte meningen bakom då detta var kärnan i det som barnmorskan hade uttryckt. Dessutom märkte författaren varje kondenserad meningsbärande enhet när de fördes in under respektive kodgrupp i Excel-dokumentet, så att det hela tiden gick att härleda ordet eller meningen tillbaka till rådata, för att inte förlora den ursprungliga betydelsen. Flera av texterna var mycket rika och gav upphov till sex meningsbärande enheter som mest.

Systematisk textkondensation är en metod som hela tiden får forskaren att gå fram och tillbaka i texten, koda och koda om utifrån det som framkommer under analysen, vilket bidrar till att forskaren lär känna sin data väl (Malterud, 2012). Några av de kondenserade meningarna passade in under två olika koder vilket enligt Malterud (2012) är tillåtet så länge det inte sker för ofta då det kan innebära att koderna är otydligt åtskilda. I föreliggande studie fick åtta meningsbärande enheter två olika koder. En kodningsprocess påverkas av forskarens erfarenheter och förståelse (Graneheim & Lundman, 2004). En annan forskare hade kanske sett andra koder och subgrupper. I föreliggande studie valde författaren att låta en kodgrupp handla om kyla. Egentligen skulle denna kod likväl kunnat fungera som ett övergripande tema i första steget av analysprocessen då alla övriga upplevelser kring Cubitus baby härrör från den kylande funktionen. Författaren önskade dock lyfta de specifika delar i barnmorskornas berättelser som nämnde just kylan för att tydliggöra Cubitus babys grundläggande funktion. Det finns en risk med STC, såväl som med andra typer av kvalitativa innehållsanalyser, att information försvinner under kodningsarbetet och kondensationsprocessen. Därför menar Malterud (2012) att det är viktigt att den slutliga texten valideras genom jämförelse med rådata, så att inget har försvunnit eller feltolkats. Efter att resultatet var författat gick forskaren noggrant igenom allt med samtidig genomläsning av barnmorskornas ursprungliga berättelser.

En annan analysmetod som författaren till föreliggande studie funderade över att använda var summativ innehållsanalys. Den metoden räknar ord som förekommer mer ofta och dessa utgör sedan grunden i analysen och blir till resultatets teman (Hsieh & Shannon, 2005). Med tanke på att vissa kondenserade meningsbärande enheter bara bestod av ett ord, hade det kanske varit lämpligt att istället använda summativ innehållsanalys. Författaren till föreliggande studie upplevde dock att en sådan analys möjligen hade missat viktiga delar i barnmorskornas berättelser, som inte hade innehållit de mest förekommande orden. De korta svaren till trots innehöll de flest texter förhållandevis rika beskrivningar över användandet av Cubitus baby, och i slutändan är författaren övertygad om att den kvalitativa innehållsanalys i form av STC som utfördes gjorde texterna rätta. Författaren har också genom att ta med citat ifrån barnmorskornas berättelser i resultatet strävat efter att ytterligare stärka trovärdigheten (Polit & Beck, 2017). I Tabell 1 finns exempel på hur analysarbetet har utförts.

Författaren till föreliggande arbete önskade på ett lämpligt sätt sammanföra resultaten från den kvantitativa analysen och den kvalitativa analysen. Genom att inspireras av mixad

metod ämnade författaren uppnå detta istället för en renodlad mixad metod som anses för utmanade för en studentuppsats menar Borglin (2012). De två delarna av insamlade data analyserades parallellt för att finna korrollerande teman som tillsammans kunde bilda resultatet. Istället för att presentera varje del för sig fick författaren en möjlighet att sammanföra resultatet. Mixad metod är en relativt ny metod inom omvårdnadsforskningen och har kritiserats för att det inte finns en samstämmig beskrivning kring hur metoden ska tillämpas (Bressan et al., 2016). Dock bidrar metoden till att fördjupa kunskapen kring olika omvårdnadsfenomen, vilket är särskilt viktigt när de undersökta områdena är sedan tidigare utforskade (Teddlie & Tashakkori, 2009; Bressan et al., 2016). Bressan et al. (2016) skriver att forskaren noggrant måste beskriva hur den ingående datan analyserats så att studien blir replikerbar, vilket författaren i föreliggande studie strävat efter.

Trovärdighet och forskarens roll

En kvantitativ studies kvalitet bedöms genom bland annat hur hög validitet och reliabilitet studien anses ha (Wallengren & Henricson, 2012). De kortsvarsfrågor som ingick i enkäten var enkla att besvara och bör inte ha gett upphov till oklarheter bland de barnmorskor som besvarade dem. Således kan frågorna anses ha hög validitet. Dock kan möjligen frågorna om antal timmar och antal dagar Cubitus baby användes (Bilaga 1 och 2) skapat en viss förvirring hos respondenterna då somliga fyllde i båda och andra bara fyllde i den ena. Författaren löste detta genom att räkna om alla tidsangivelser till timmar, dock kan någon av de angivna tiderna ha tolkats fel av författaren. Studiens validitet har försökt stärkas genom att författaren regelbundet har diskuterat studiens analysarbete med handledare och kurskamrater i handledningsgruppen. Studiens reliabilitet stärks av att studien genomförts under en längre tid och forskaren inte har någon möjlighet att påverka det som mäts (Wallengren & Henricson, 2012) vilket överensstämmer med utförandet av denna studie. Efter att Cubitus baby och rapportbladen hade delats ut har inte något gjorts för att påverka resultaten och insamlandet av data pågår fortfarande. Då frågorna handlar om information kring det dödfödda barnet och dessa uppgifter ändras utifrån varje enskilt barn går det inte att säga något om reliabiliteten vad gäller att svaren skulle överensstämma med tidigare mätningar. Studiens kvantitativa resultat kan inte heller jämföras med andra studiers resultat för att öka trovärdigheten då inga andra studier har studerat samma fenomen.

Malterud (2012) och Elo et al. (2014) menar att en studies vetenskaplighet och trovärdighet stärks när analysprocessen noggrant beskrivits. Författaren av föreliggande studie utförde analysarbete i enlighet med Malteruds STC och kunde därför steg för steg på ett tydligt sätt beskriva hur analysen genomfördes. På samma sätt beskrevs studiens design, urval och genomförande omsorgsfullt för att på så vis uppnå en högre nivå av trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet i enlighet med hur Graneheim och Lundman (2004) och Malterud (2012) har beskrivit det. Elo et al. (2014) skriver att en forskare måste vara självkritisk under hela analysprocessen samt också vara medveten om sin egen studies begränsningar och beskriva dessa för att höja trovärdigheten. En texts innehåll kan alltid tolkas på olika sätt beroende på vem forskaren är och vilken förståelse som finns (Graneheim & Lundman, 2004). Författaren har under analysarbetet därför strävat efter att hålla sig så textnära som möjligt för att på så vis undvika en alltför stor tolkning. Malteruds STC är en metod som ofta används just vid textnära analys (Malterud, 2012). Dock menar Granskär och Höglund-Nielsen (2012) att en viss tolkning behövs för att göra en text mer begriplig och meningsfull. Författaren själv har erfarenhet av att arbeta som undersköterska på en förlossningsklinik men har aldrig tagit hand om ett dödfött barn och dess familj. Den förståelse som funnits hos författaren har till största del varit kring palliativ vård och

arbete med vuxna människor som avlider. Under arbetets gång har författaren erhållit en större kunskap kring dödföddhet i stort dock har analysarbetet genomförts utan avsiktlig tolkning av det barnmorskorna har berättat.

Forskningsetiska överväganden

En forskare ska alltid fundera över de etiska frågorna som kan uppstå i samband med forskning oavsett vad forskningen handlar om (Ejlertsson, 2014). I enlighet med Codex (2016) ska alla informanter få god information om projektet, vilket syfte forskningen har samt att det är frivilligt att delta och att respondenternas svar behandlas konfidentiellt. I föreliggande studie gavs denna information när innovatören reste runt och delade ut Cubitus baby, och mer information fanns i den pärm som lämnades kvar på varje klinik. I en enkätundersökning ger respondenterna sitt automatiska samtycke till att delta genom att svara på enkäten (Ejlertsson, 2014). Rapportbladen förvarades därefter i en pärm hos innovatören och inga av de svar som respondenterna gett har kunnat härledas till en specifik deltagare eller omhändertagen familj.

Resultatdiskussion

Resultatet visade på en övergripande positiv bild av att använda Cubitus baby i vården av dödfödda barn och deras föräldrar. Babykorgen ansågs av barnmorskorna ge en värdig känsla, underlätta i omhändertagandet av familjen, hjälpa familjen att få den tid de behövde med sitt barn och ge dem en fin och värdig känsla mitt i sorgen. Allt detta var möjligt tack vare Cubitus babys design med kylblocken vilket skapar en omgivande miljö runt det döda barnet så barnet kan vara kvar hos sina föräldrar.

Barnmorskorna i föreliggande studie upplevde att Cubitus baby underlättade deras arbete och gav dem en värdig känsla i vården av det dödfödda barnet och föräldrarna. Barnmorskor uppgav i en studie om perinatal palliativ vård att de upplevde det som mycket fint att ta hand om föräldrar och deras dödfödda barn (Fenwick, Jennings, Downie, Butt & Okanaga, 2007). Det gav en känsla av tillfredsställelse att få ta hand om dessa familjer och en möjlighet att använda sin allra yttersta spetskompetens som barnmorska för att stötta och göra den svåra stunden mindre traumatisk. Barnmorskorna önskade skapa en möjlighet för föräldrarna att få vara med och ta hand om sitt barn (Fenwick et al., 2007). Cubitus baby upplevdes av barnmorskorna i den här studien som ett välfungerande hjälpmedel som gjorde deras arbete lättare och var ett lyft för denna typ av vård. Barnmorskorna kunde ge föräldrarna den tid de önskade tillsammans med sitt barn. Föräldrarna upplevdes få mer tid tillsammans med sitt barn och själva få bestämma när det var dags att säga farväl.

Barnmorskorna beskrev att Cubitus baby varit en stor tillgång i vården av föräldrarna och det dödfödda barnet och att den bidragit till en fin upplevelse hos föräldrarna mitt i sorgen. Fenwick et al. (2007) fann i sin studie att barnmorskorna kände sig tillfredsställda med sitt arbete när de kunde ge föräldrarna en bra känsla trots den sorgliga situationen. Vidare upplevde barnmorskorna att även en liten positiv känsla hos föräldrarna kunde innebära en stor skillnad långt senare för deras samlade minne av det dödfödda barnet och det som hände vid tiden för födelsen (Fenwick et al., 2007). Denna upplevelse stöds av forskning som visat att de minnen föräldrar har efter födelsen av sitt döda barn hänger ihop med hur de upplevde hela sjukhusvistelsen och vårdpersonalen, framför allt de barnmorskor de träffade (Rådestad & Christoffersen, 2008). Barnmorskorna kan hjälpa föräldrarna att skapa fina minnen. Det är ett stort ansvar som vilar på barnmorskorna och i föreliggande studie nämnde barnmorskorna flera gånger hur Cubitus baby hade underlättat för dem att

skapa en fin och värdig känsla hos föräldrarna. I studien av Fenwick et al. (2007) uppgav barnmorskorna att det var viktigt för dem att få uppleva en tillfredsställelse i vården av dödfödda barn då det motsatta gjorde dem stressade och frustrerade.

Barnmorskorna upplevde att Cubitus baby hade en fin design och kändes ombonad för barnet. Några barnmorskor uttryckte att det var känsligt med den vita färgen och att korgen var svår att hålla ren och fin. Utifrån de stora världsreligionernas perspektiv är vit egentligen den enda fungerande färgen i detta sammanhang. En sak som alla trosuppfattningarna, utom kristendomen, har specificerat i samband med att ett barn dör var att föräldrarna önskade klä barnet i vita tyger (Brown & Dominica, 2012). Dagens mångkulturella samhälle ställer höga krav på att vårdpersonalen är insatt i hur olika seder och trosuppfattningar påverkar människors inställning till livet och döden (O'Connell et al., 2016). Liksom att de hjälpmedel som finns tillgängliga i vården av familjer som mist ett barn, så som Cubitus baby, har en neutral design för att passa alla.

Cubitus babys kylfunktion med dolda kylblock som byts ut regelbundet upplevdes av de allra flesta barnmorskorna som mycket enkel att hantera. Kylblocken höll temperaturen låg även under varma somrardagar. Alla teman och koder som uppstod i analysen kunde egentligen härledas tillbaka till denna enda enkla funktion. Babykorgen kyler barnet, den kan därför användas överallt så länge det finns en frysa att frysa om kylblocken i och föräldrarna får möjlighet att vara med sitt barn all den tid de behöver utan att någon behöver störa eller avbryta. Någon barnmorska föreslog att det skulle vara enklare med kontinuerlig kylning genom ett kylaggregat kopplat till ett eluttag. Nackdelen med en sådan lösning är att ett kylaggregat kan motverka känslan av lugn och värdighet kring det döda barnet och ta bort flera av de fördelar som Cubitus baby har. Barnmorskorna gav många olika exempel på var i föräldrarummet de placerade babykorgen. Den kunde ställas i sängen, mellan sängarna, på golvet, i en babysäng för att lätt kunna flyttas, på ett skötbord eller ett vanligt bord. Om babykorgen behövde elektricitet för att fungera skulle detta begränsa korgens mobila funktion och placeringen behöva anpassas till var eluttagen sitter. Dessutom kan kylaggregat ge ifrån sig ett surrande ljud som kan uppfattas störande. I Storbritannien har Cuddle Cot utvecklats för att på samma sätt som Cubitus baby kyla det dödfödda barnet. Cuddle Cot har ett kylaggregat som går på elektricitet (Flexmort, 2013). Fördelen med Cuddle Cot är att plattan som kyler kan läggas i vilken säng som helst under ett lakan och kyler då kontinuerligt barnet. Dock är tekniken mycket dyrare och prisskillnaden mellan en Cuddle Cot och Cubitus baby är stor, drygt 30 000 kr. Cuddle Cot saknar också den enkla mobila funktion som Cubitus baby har. En barnmorska berättade om några föräldrar som placerat Cubitus baby i en barnvagn och gick ut med sitt barn på en promenad. Designen i sig gör också att babykorgen påminner om en helt vanlig barnvagnslift och föräldrarna kan därför bära med sig sitt barn liksom föräldrar som åker hem med sitt nyfödda levande barn.

Några barnmorskor nämnde att barnen hade blivit för kalla i Cubitus baby. De flesta barnmorskorna mätte temperaturen i babykorgen genom att känna med handen, bara ett fåtal mätte med en termometer. Några barnmorskor efterfrågade en termometer i Cubitus baby, någon annan skulle själv köpa in en termometer att använda i babykorgen. Enligt patologen Anders Eriksson bör en död kropp kylas ner till runt fyra grader Celsius för att inte nedbrytningsprocessen ska påbörjas (mailkonversation 26 januari, 2017). Det är således viktigt att temperaturen hålls nere för att Cubitus baby ska fungera väl. Peters et al. (2015) menar att föräldrar i första hand upplever att de har förlorat ett barn och inte att de

är patienter som är sjuka eller behöver medicinsk vård. Kanske är det då onödigt att ha en termometer i babykorgen för att mäta temperaturen, då detta möjligen skulle kunna upplevas av föräldrarna som mer medicinskt jämfört med den enkla omvårdnadshandlingen att känna med handen att det är tillräckligt kallt. En termometer skulle kunna användas tillfälligt när Cubitus baby är placerad någon annanstans än hos föräldrarna och om locket är på, för att sedan avlägsnas så fort babykorgen tas in till föräldrarna. Samma resonemang skulle kunna tillämpas på förfrågan om att Cubitus baby skulle kunna kylas med elektricitet. En sladd att koppla in i väggen skulle eventuellt kunna ge en större känsla av maskinell funktion. Nu har föräldrarna istället möjlighet att använda korgen som de vill, placerad där de vill eller bära den med sig som om de hade fött ett levande barn. Detta skulle också stödjas av den forskning som menar att föräldrar som fött ett dött barn önskar bli omhändertagna på samma sätt som om de fött ett levande barn (Erlandsson et al., 2013; Peters et al., 2015). Vidare konstaterar Munson och Leuthner (2007) att en av den perinatale palliativa vårdens viktigaste intentioner är att få föräldrarna att känna sig som föräldrar till sitt nyfödda barn även om barnet är dödfött.

Cubitus baby beskrevs av barnmorskorna ge föräldrarna möjlighet att vara med sitt barn all tid de önskade i lugn och ro. En barnmorska menade också att babykorgen möjliggjorde för barnet att vara precis där ett nyfött barn ska vara, hos sina föräldrar. En studie av Rådestad et al. (1996b) visade att mödrar som fick vara med sitt dödfödda barn så länge de själv ville efter förlossningen hade mindre ångest tre till fyra år efter händelsen. O'Connell et al. (2016) fann i sin studie att kvinnorna ansåg det mycket betydelsefullt att få tid med sitt dödfödda barn och möjlighet att skapa minnen. Familjen bör få hjälp att skapa en lugn atmosfär runt dem så att de i lugn och ro kan ta sitt farväl (Rådestad et al., 1996b). Kelley och Trinidad (2012) beskrev i sin studie hur mödrar upplevde det svårt att höra ljuden från andra kvinnor och nyfödda barn på förlossningsavdelningen när de själva fött ett dött barn. Det är således viktigt att barnmorskorna ser till att föräldrarna kan få ett rum lite avsides och tid att i lugn och ro vara med sitt dödfödda barn. O'Connell et al. (2016) fann att barnmorskorna kunde uppleva det som en utmaning att skapa det lugn som familjen behöver. Om föräldrarna önskar ha barnet hos sig och med hjälp av Cubitus baby håller barnet kallt, minimeras också antal besök av vårdpersonal på rummet då barnet inte behöver flyttas fram och tillbaka till kylen. Fenwick et al. (2007) fann i sin studie att barnmorskorna ibland kände sig stressade och frustrerade i sitt arbete för att de inte kunde ge den tid de önskade till föräldrar och deras dödfödda barn när det var mycket annat att göra på förlossningsavdelningen. Stöd av vårdpersonalen under denna svåra tid är viktigt för föräldrarna (Säflund et al., 2004). Några av barnmorskorna ansåg att Cubitus baby minskade stressen i deras arbete då de inte behövde känna sig pressade att ta barnet från föräldrarna för att placera barnet i kylskåpet eller kylrummet. Kanske finns det en risk att Cubitus baby leder till att föräldrarna lämnas mer ensamma då barnet inte behöver förflyttas på samma sätt som tidigare. Arbetsbelastningen på förlossningsavdelningar är hög och barnmorskor har ofta hand om flera familjer samtidigt. Kanske finns det då en risk att de som fått ett dödfött barn och använder Cubitus baby bortprioriteras. Rådestad och Christoffersen (2008) menar att hur föräldrarna interagerar med sitt barn är beroende av hur väl vårdpersonalen kan lyssna in föräldrarna och försiktigt guida dem genom denna stund, vilket kräver närvaro. Fenwick et al., (2007) beskriver att barnmorskorna ansåg att medan de hade hand om en familj som förlorat sitt barn så skulle de inte ta hand om andra familjer samtidigt. När de fick tid att vara närvarande hos familjen och skapa en relation med dem blev upplevelsen av vården som allra bäst för både familjen och barnmorskan (Fenwick et al., 2007).

Barnmorskorna upplevde att babykorgen gav föräldrarna en möjlighet att själva närma sig sitt döda barn i egen takt. Barnet kunde ligga i Cubitus baby och barnmorskorna tog in barnet till föräldrarna eller hade barnet i ett annat rum, utifrån föräldrarnas önskemål. Rådestad et al. (1996a) fann i sin studie att några få kvinnor (1%) hade känt sig tvingade att hålla sitt döda barn, och att de hade uppfattat detta som svårt. Dock var det över en tredjedel av kvinnorna som uppgav att de önskade att vårdpersonalen mer aktivt hade uppmuntrat dem till att hålla sitt barn. Med barnet i Cubitus baby skapas många tillfällen för föräldrarna att utan tidspress själva hålla och vara nära sitt barn. Brown och Dominica (2012) skriver att det finns trosuppfattningar som anser att kvinnor som fött barn inte ska röra vid en död kropp. Det skulle således kunna hända att en mor som just fött ett dött barn inte vill röra sitt barn av religiösa skäl. Att då kunna använda Cubitus baby skulle möjligen kunna underlätta för föräldrarna att ändå ha sitt barn en stund och ta farväl om de önskade det. Barnmorskorna nämnde vid några tillfällen att föräldrar hade barnet inne hos sig i babykorgen men inte ville röra barnet eller ha det alldeles inpå och barnet låg då hela tiden i Cubitus baby. Inom vissa religioner finns också uppfattningen att det döda barnet inte får lämnas ensam fram till begravningen skriver Brown och Dominica (2012) och där kan Cubitus baby spela en viktig roll i att underlätta för detta.

Enligt studien av Erlandsson et al. (2013) bör inte barnmorskan tveka inför föräldrarna eller fråga om de vill se eller hålla sitt barn, utan snarare när eller på vilket sätt de vill se sitt barn, då detta gav föräldrarna en mer positiv känsla inför mötet med barnet. Föräldrarna kan vara i sådan chock när barnet är fött att de helt enkelt inte vet hur de vill göra med barnet och det spontana svaret kan då vara att inte hålla barnet (Rådestad & Christoffersen, 2008). Att råka säga fel saker upplevde barnmorskorna som svårt enligt studien av Fenwick et al. (2007). De var rädda för att uppfattas som tvekande, att inte kunna säga något tröstande eller säga något som föräldrarna kunde uppfatta som fel. Kanske kan Cubitus baby överbrygga delar av de svårigheter som kan uppstå när föräldrar önskar närma sig sitt dödfödda barn. Barnmorskan torde kunna finna ett stöd i Cubitus baby, när inte orden räcker till, och låta barnet i lugn och ro få vila i babykorgen utan något tvång till närhet innan föräldrarna har bestämt sig för hur just de vill göra. En barnmorska bör på ett inkännande vis guida föräldrar genom processen att närma sig sitt dödfödda barn och ta ett sista farväl menar Rådestad et al. (2007). Samtidigt kan det vara svårare för föräldrar att ta till sig sitt barn en stund efter förlossningen när barnet har blivit kallare och stelare påpekar Rådestad och Christoffersen (2008). De första 30 minuterna efter förlossningen, när det dödfödda barnet fortfarande är varmt och mjukt som ett levande barn kan vara ovärderliga för föräldrarna och finns möjligheten bör de hjälpas till att se och hålla sitt barn då (Rådestad & Christoffersen, 2008). Barnmorskorna nämnde några gånger i sina berättelser att föräldrar reagerat avvaktande inför sitt kalla barn. Några barnmorskor hade berättat för föräldrarna att barnet skulle vara kallt och de hade mottagit det väl. I de situationer där barnet läggs i Cubitus baby, oavsett om föräldrarna sett och hållit sitt barn eller inte, funderar författaren till föreliggande studie om det skulle hjälpa att lägga barnet i en uppvärmd filt inför att föräldrarna åter önskar hålla sitt barn. Rådestad et al. (2007) fann i sin studie att mödrar till barn som föddes döda efter graviditetsvecka 37 och som höll sitt barn månader bättre tre år senare jämfört med de mödrar som inte höll i sitt dödfödda barn. I föreliggande studie kunde det påvisas att 13 av de 16 dödfödda barnen som vägde runt 500 gram låg i Cubitus baby i mer än ett dygn. Detta skulle kunna tolkas som att det även för föräldrar som fött ett dött barn mycket för tidigt finns ett behov av att vara med sitt barn. Alla mödrar i en studie av Rådestad, Säflund, Wredling, Onelöv och Steineck (2009) kände

ömhet när de höll i sitt dödfödda barn, de flesta kände värme och stolthet. Mödrar till barn som fötts före graviditetsvecka 28 upplevde dock i högre grad känslor av rädsla och osäkerhet jämfört med mödrar till barn födda i senare graviditetsveckor. Emellertid var inte skillnaden mellan de två grupperna statistiskt signifikant (Rådestad et al., 2009). Generellt sett visade resultatet i föreliggande studie att ju mer barnet vägde desto längre tid användes också Cubitus baby. Författaren kunde inte utifrån insamlade data se hur vårdtiden i Cubitus baby såg ut utifrån ett mer detaljerat perspektiv. Barnmorskorna svarade på hur lång tid babykorgen användes vid varje dödfödelse men inte huruvida föräldrarna hade barnet och babykorgen hos sig eller om den större delen av tiden var placerade i ett annat rum. Flera av barnmorskorna hade i sin text nämnt mer specifikt om hur föräldrarna hade använt babykorgen, men det fanns inte tillräckligt med sådan information för att forskaren skulle kunna jämföra vikt och tid i Cubitus baby med den tid barnet faktiskt var inne hos föräldrarna.

Vid 11 tillfällen beskrev barnmorskorna att Cubitus baby med barnet i var kvar på avdelningen efter att föräldrarna hade åkte hem. Några av föräldrarna kom tillbaka flera gånger och andra hade tagit ett slutligt farväl. Barnmorskorna hade inte specificerat i sina uttalanden varför barnet låg kvar i Cubitus baby på avdelningen och inte togs till bårhuset. Författaren till föreliggande studie funderar över om det ibland fanns en tanke om att föräldrarna faktiskt inte tagit ett sista farväl och kanske skulle komma tillbaka, och att barnmorskorna därför lät barnet vara kvar i babykorgen på avdelningen. Erfarenhet tyder på att föräldrar ångrar sig och önskar komma tillbaka och se och hålla sitt barn (Bendt, 1997). Ett beslut kan behöva mogna fram och familjen kanske vill åka hem för att sedan komma tillbaka igen. Forskning visar att de flesta föräldrar ångrar att de inte såg och höll sitt barn (Rådestad & Christoffersen, 2008).

Perinatal palliativ vård är ett begrepp som ännu inte fått genomslag i Sverige. Flera av barnmorskorna använde ord som ”denna typ av vård” när de beskrev användandet av Cubitus baby. Vården ges regelbundet på förlossningsklinikerna runt om i Sverige och flera forskare har under många år forskat inom just denna typ av vård, men än så länge har vården egentligen inte haft något namn. Nationellt vårdprogrammet för palliativ vård (2012) beskriver att det finns två huvudgrenar av den palliativa vården; allmän palliativ vård och specialiserad palliativ vård. Den allmänna palliativa vården innefattar den vård som ges till döende personer vars behov kan tillgodoses av vårdpersonal utan specifik kunskap och kompetens. Specialiserad palliativ vård ges till döende personer med komplexa symtom där multiprofessionellt team med särskild kunskap om palliativ vård behövs för att tillgodose de behov som finns och uppstår (Nationellt vårdprogrammet för palliativ vård, 2012). Perinatal palliativ vård som en vårdform att använda vid dödfödelse platsar egentligen inte in under någon av dessa grenar. Vården innefattar inte lindring av komplexa symtom samtidigt som vården bör ges av vårdpersonal med specialiserad kunskap inom området. De fysiska symtom som kan uppstå är hos modern under förlossningen, och dessa har barnmorskan redan stor erfarenhet av att lindra. Vidare behövs egentligen inga medicinska behandlingar, utan det som fordras är tid och stöd. Behovet av perinatal palliativ vård uppstår plötsligt och för föräldrar och vårdpersonal ofta oväntat. Allmän och specialiserad palliativ vård kan och bör i förväg planeras med patient, närstående och vårdpersonal (Nationellt vårdprogram för palliativ vård, 2012) till skillnad mot den perinatala palliativa vården som måste tillämpas akut i situationen när den uppstår då föräldrar får reda på att deras barn dött intrauterint. Att innefatta perinatal palliativ vård i det begrepp som Listermar (2013) formade, Akut palliativ vård, kan bidra till att

tydliggöra vården. Den perinatale palliativa vården bör vara en självklarhet på varje förlossningsavdelning och det är barnmorskan med sin specifika kompetens som är mest lämpad att ge denna vård (Peacock, Price & Nurse, 2015). Fenwick et al. (2007) fann i sin studie att flera barnmorskor ibland upplevde det som känslomässigt dränerande att ta hand om föräldrar och födelsen av deras döda barn. Barnmorskorna uppgav att de inte alltid fanns tid till reflektion kring det som hänt, att de önskade bättre stöd från kliniken och mer utbildning inom perinatal palliativ vård för att bättre klara av arbetet. Peters et al. (2015) menar att barnmorskor behöver specifik utbildning i att ta hand om föräldrar och dödfödda barn samt möjlighet till stöd inför sina egna känslor som kan uppkomma i detta arbete. Att barnmorskor behöver mer utbildning i perinatal palliativ vård betonar även Peacock et al. (2015) samt O'Connell et al. (2016).

Slutsats

Cubitus baby bidrar till en värdig vård när barnmorskor tar hand om en familj som mist ett litet barn intrauterint. Att ta farväl av barnet kan ta tid och barnmorskan behöver inte känna stress över att barnet måste separeras från föräldrarna och läggas i ett kylskåp eller i ett kylrum. Föräldrar och närståendes möjligheter att vara med barnet den tid de själva önskar ökar. Cubitus baby bidrar också till att familjen får närma sig sitt dödfödda barn i sin egen takt och med stödet från en inkännande barnmorska kan fina minnen skapas. Med den enkla kylande funktionen kan Cubitus baby användas där den behövs, på sjukhuset eller hemma hos familjen. Cubitus baby är ett välfungerande hjälpmedel för barnmorskor att använda i den perinatale palliativa vården.

Klinisk tillämpbarhet

Cubitus baby är ett bra hjälpmedel i den perinatale palliativa vården. Genom att använda Cubitus baby behöver inget dödfött spädbarn läggas i ett kylskåp och föräldrarna kan känna trygghet i att deras barn behandlas värdigt. Hjälpmedlet underlättar barnmorskornas viktiga arbete när de stödjer familjer som mist sitt barn.

Fortsatt forskning

Det behövs fortsatt forskning kring perinatal palliativ vård och hur vården kan utvecklas.
Hur upplever barnmorskor det att ge perinatal palliativ vård?
Vad upplever barnmorskor när föräldrar avstår att se och hålla sitt barn?
Hur kan Cubitus baby bidra till en förändrad vård av dödfödda i ett globalt perspektiv?

REFERENSER

Barton, K. B. (2013). *Pastoral Care in end of life situations: Dealing with the stigmatized loss of Stillbirth*. Iowa: Wartburg College. Hämtad från <http://216.159.169.31/bouzardw/RE%20460/Barton%20RE%20460.pdf>

Bendt, I. (1997). *Ett litet barn dör- ett ögonblicks skillnad*. Stockholm: Verbum.

Björklund, L., & Gyllenswärd, G. (2009). *Vägar i sorgen*. Stockholm: Natur & Kultur.

Blencowe, H., Cousens, S., Bianchi Jassir, F., Say, L., Chou, D., Mathers, C., ... Lawn, J. (2016). National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis. *Lancet Global Health*, 4, 98-108. doi:10.17037/DATA.25

Borglin, G. (2012). Mixad metod- en introduktion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (pp. 270-287). Lund: Studentlitteratur.

Breeze, A.C., Statham, H Hackett, G. A., Jessop, F. A., & Lees, C. C. (2012). Perinatal postmortems: what is important to parents and how do they decide? *Birth*, 39(1), 57-64. doi: 10.1111/j.1523-536X.2011.00513.x

Bressan, V., Bagnasco, A., Aleo, G., Timmins, F., Barisone, M., Bianchi, M.,... Sasso, L. (2016). Mixed method research in nursing-a critical review. *Journal of Clinical Nursing*. Advance online publication. doi: 10.1111/jocn.13631

Brown, E., & Dominica, F. (2012). Around the time of death: Culture, religion and ritual. In A. Goldman, R. Hain & S. Liben (Eds.), *Oxford textbook of Palliative Care for Children* (pp. 142-153). Oxford: University Press.

Codex. (2016). *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad 27 december, 2016, från <http://codex.vr.se/index.shtml>

Coward, H., & Sidhu, T. (2000). Bioethics for clinicians: 19. Hinduism and Sikhism. *CMAJ*, 163(9), 1167-1170. <http://www.cmaj.ca/content/163/9/1167.long>

Côté-Arsenault, D., & Denney-Koelsch, D. (2016). Have no regrets: Parents' experiences and developmental tasks in pregnancy with a lethal fatal diagnosis. *Social Science & Medicine*, 154, 100-109. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.02.033

Desilés, V., & Oligny, L.L. (2011). Fetal and Perinatal Autopsy in Prenatally Diagnosed Fetal Abnormalities With Normal Karyotype. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(10), 1047-1057. [http://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)35055-1/pdf](http://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)35055-1/pdf)

Downe-Wariboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications and issues. *Health Care for Women International*, 13(3), 313-321.

- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2014). *Enkäter i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *Sage Journals, January-March*, 1-10. doi: 10.1177/2158244014522633
- Erlandsson, K., Lindgren, H., Malm, M. C., Davidsson-Bremborg, A., & Rådestad, I. (2011). Mothers' experiences of the time after the diagnosis of an intrauterine death until the induction of the delivery: a qualitative internet-based study. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 37(11), 1677-1684. doi: 10.1111/j.1447-0756.2011.01603.x.
- Erlandsson, K., Warland, J., Cacciatore, J., & Rådestad, I. (2013). 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*, 29(3), 246-50. doi:10.1016/j.midw.2012.01.007
- Ernst, L. (2015). A pathologist's perspective on the perinatal autopsy. *Seminars in Perinatology*, 39(1), 55-63. doi:10.1053/j.semperi.2014.10.008
- Fenwick, J., Jennings, B., Downie, J., Butt J., & Okanaga, M. (2007). Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth*, 20, 153-160. doi:10.1016/j.wombi.2007.09.002
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving Integration in Mixed Methods Designs- Principles and Practices. *Health Services Research*, 48(6), 2134-2156. doi:10.1111/1475-6773.12117
- Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Frøen, F. J., Smith, G. C., Gibbons, K., ... Ezzati, M. (2011). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 377(9774), 1331-1340. doi:10.1016/S0140-6736(10)62233-7
- Flexmort. (2013). *CuddleCot*. Hämtad 27 december, 2016, från <http://flexmort.com/cuddle-cots/>
- Fonus begravningsprodukter. (2016). *Begravningsprodukter: barnkistor, urnor och Cubitus baby*. Sverige: Fonuskoncernen. Hämtad 27 december, 2016, från <https://www.begravningsprodukter.se/main.aspx?page=articlelist&gid=105>
- Frøen, F. J., Cacciatore, J., McClure, E. M., Kuti, O., Jokhio, A. H., Islam, M., & Shiffman, J. (2011). Stillbirth: Why they matter. *The Lancet*, 377(9774), 1353-1366. doi:10.1016/S0140-6736(10)62232-5

Giorgi, A. (1994). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.

Globalis. (2015). *Spädbarnsdödlighet*. Sverige: FN-förbundet Globalis. Hämtad 21 december, 2016, från <http://www.globalis.se/Statistik/Spaedbarnsdoedlighet>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14769454>

Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Hamama-Raz, Y., Hartman, H., & Buchbinder, E. (2014). Coping with stillbirth among ultraorthodox Jewish women. *Qualitative Health Research*, 24(7), 923-932. doi:10.1177/1049732314539568

Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(4). doi:10.1002/14651858.CD004667.pub2

Heazell, A. E., McLaughlin, M. J., Schmidt, E. B., Cox, P., Flenady, V., Khong, T. Y., & Downe, S. (2012). A difficult conversation? The views and experiences of parents and professionals on the consent process for perinatal postmortem after stillbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 119(8), 987-997. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03357.x.

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Hsieh, H-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp- en ordbok*. Lund: Studentlitteratur.

Kelley, M. C., & Trinidad, S. B. (2012). Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth- a qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(137). doi: 10.1186/1471-2393-12-137

Kjellström, B. (2013). *När det inte blev som du tänkt dig. Om missfall, sorg och att våga igen*. Stockholm: Effektum.

Laakso, H., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Mother's grief following the death of a child. *Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 68-77. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01944.x

Listermar, K. (2013). *När vården blir sjuksköterskans ansvar- Sjuksköterskors upplevelser av att ge palliativ vård i livets slut på en strokeenhet*. Magisteruppsats, Sophiahemmet Högskola, Institutionen för omvårdnadsvetenskap.

Lovell, A. (1983). Some questions of identity: Late miscarriage, stillbirth and perinatal loss. *Social Science and Medicine*, 17(11), 755-761. doi: 10.1016/0277-9536(83)90264-2

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 795-805. doi:10.1177/1403494812465030

Malterud, K. (2015). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Man, J., Hutchinson, J. C., Heazell, A. E., Ashworth, M., Levine, S., & Sebire, N. J. (2016). Stillbirth and intrauterine fetal death: factors affecting determination of causes of death at autopsy. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 48, 556-573. doi:10.1002/uog.16016

Michael, S. (2014, September 5). They're the only memories you're ever going to have with them: Inside the Australian hospital where parents are offered refrigerated cots so they can spend time with their stillborn babies. *The Daily mail*. Retrieved from <http://www.dailymail.co.uk>

Munson, D. (2016). The intersektion of fetal palliative care and fetal surgery: Addressing mortality and quality of life. *Seminars in Perinatology*, 1-5. doi:10.1053/j.semperi.2016.11.007

Munson, D. & Leuthner, S. R. (2007). Palliative care for the family carrying a fetus with a life-limiting diagnosis. *Pediatric Clinical North America*, 54(5), 787-798. doi:10.1016/j.pcl.2007.06.006.

O'Connell, O., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2016). Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? *Women and Birth. Journal of the Australian college of Midwives*, 29(4), 345-349. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.01.003>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2013). *Health at a Glance 2013. OECD indicators*. Hämtad från <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

Peacock, V., Price, J., & Nurse, S. (2015). From pregnancy to palliative care: advancing professional midwifery practice. *The Practising Midwife*, 18(10), 18-25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26669048>

Peters, M. D. J., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2015). Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth*, 28, 272-278. doi: 10.1016/j.wombi.2015.07.003

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research. Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Regionala Cancercentrum. (2012). *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014*. Västerås: Edita.

Rådestad, I. (1998). *När barn föds döda*. Lund: Studentlitteratur.

Rådestad, I. (2013). *Instruktioner Cubitus Baby*.

Rådestad, I., & Christoffersen, L. (2008). Helping a woman meet her stillborn baby while it is soft and warm. *British Journal of Midwifery*, 16(9), 588-591.
doi:10.12968/bjom.2008.16.9.30885

Rådestad, I., Malm, M. C., Lindgren H., Pettersson, K., & Larsson, L. L. (2014). Being alone in silence - mothers' experiences upon confirmation of their baby's death in utero. *Midwifery*, 30(3), 91-95. doi: 10.1016/j.midw.2013.10.021

Rådestad, I., Nordin, C., Steineck, G., & Sjögren, B. (1996a). Stillbirth is no longer managed as a nonevent- A nationwide study in Sweden. *Birth Issues in Perinatal Care*, 23(4), 209-215.

Rådestad, I., Steineck, G., Nordin, C., & Sjögren, B. (1996b). Psychological complications after stillbirth- influences of memories and immediate management: Population based study. *British Medical Journal*, 312(7045), 1505-1508. doi:10.1136/bmj.312.7045.1505

Rådestad, I., Surkan, P. J., Steineck, G., Cnattingius, S., Onelöv, E., Dickman, P.W. (2007). Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. *Midwifery*, 25(4), 422-429. doi:10.1016/j.midw.2007.03.005

Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., Onelöv, E., & Steineck, G. (2009). Holding a stillborn baby: Mothers' feelings of tenderness and grief. *British Journal of Midwifery*, 17(3), 178-180. doi: 10.12968/bjom.2009.17.3.40082

Schenker, J. G. (2013). Human reproduction: Jewish perspectives. *Gynecological Endocrinology*, 29(11), 945-948. doi: 10.3109/09513590.2013.825715

Shaw, A. (2014). Rituals of infant death: Defining life and Islamic personhood. *Bioethics*, 28(2), 84-95. doi:10.1111/bioe.12047

Spädbarnsfonden. (2015). *Fakta och statistik*. Göteborg: Spädbarnsfonden. Hämtad 16 januari, 2017, från
<http://spadbarnsfonden.se/forskning/fakta-och-statistik/>

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. Hämtad från
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2015a). *Öppna jämförelser jämlik vård 2015- Kvinnors hälso-och sjukvård*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19989/2015-12-10.pdf>

Socialstyrelsen. (2015b). *Trisomi 18-syndromet*. Hämtad 27 januari, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/ovanligadiagnoser/trisomi18-syndromet>

Socialstyrelsen. (2015c). Sveriges officiella statistik. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Hämtad 7 februari, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20009/2015-12-27.pdf>

Sophiahemmet forskning (2013). *Cubitus baby nu i vården*. Hämtad 20 februari, 2017, från http://forskning.sophiahemmet.se/las_promo.asp?promo_ID=49

SOU 2001:6. Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut. Stockholm: Regeringen.

Statistiska centralbyrån. (2016). *Födda 2015*. Hämtad 18 januari, 2017, från http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Artiklar/Ovanligt-hog-andel-pojkar-foddes-2015/#

Sumner, L.H., Kavanaugh, K., & Moro, T. (2006). Extending palliative care into pregnancy and the immediate newborn period: state of the practice of perinatal palliative care. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 20(1). 113-116.

Sutan, R., & Miskam, H. M. (2012). Psychosocial impact of perinatal loss among Muslim women. *BMC Women's health*, 12(15), doi: [10.1186/1472-6874-12-15](https://doi.org/10.1186/1472-6874-12-15)

Säflund, K., Sjögren, B., & Wredling, R. (2004). The role of caregivers after a stillbirth: Views and experiences of parents. *Birth*, 31(2), 132-137. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.00291.x.

Taylor, G. P., Faye-Petersen, O. M., Ernst, L., LeGallo, R. D., Schauer, G. M., Williamson, A. K., & Pacheco, M. C. (2014). Small patients, complex challenging cases: a reappraisal of the professional efforts in perinatal autopsies. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 138(7), 865-868. doi: 10.5858/arpa.2013-0284-ED

Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Thousand Oaks: Sage Publications.

United Nations Children's Fund. (2016). *Barns överlevnad*. Hämtad 21 december, 2016, från <https://unicef.se/fakta/barns-overlevnad>

Van Hoover, C., & Holt, L. (2016). Midwifing the End of Life: Expanding the Scope of Modern Midwifery Practice to Reclaim Palliative Care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 61(3), 306-314. Doi: [10.1111/jmwh.12454](https://doi.org/10.1111/jmwh.12454)

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till*

examination inom omvårdnad. (pp. 481-496). Lund: Studentlitteratur.

Wool, C., Côté-Arsenault, D., Perry Black, B., Denney-Koelsch, E., Kim, S., & Kavanaugh, K. (2016). Provision of Services in Perinatal Palliative Care: A multicentre Survey in the United States. *Journal of Palliative Medicine, 19*(3), 279-285. doi:10.1089/jpm.2015.0266.

World Health Organisation. (2014). *Every Newborn: an action plan to end preventable deaths*. Hämtad 21 december, 2016, från http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/en/

World Health Organisation. (2016). *Maternal, newborn, child and adolescent health-Stillbirths*. Hämtad 21 december, 2016, från http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/

World Health Organisation. (2017). *WHO Definition of Palliative Care*. Hämtad 26 januari, 2017, från <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Bilaga 1.

Formulär att fylla i av barnmorskan vid de första 10 gångerna som *Cubitus baby* användes på kliniken

Barnet föddes (ange månad och år):

Barnets vikt vid födelsen (ringa in den vikt som är närmast barnets vikt i gram):

500 1000 2000 3000 4000 5000 6000

Ange antal timmar (cirka) som *Cubitus baby* användes på sjukhuset:

Ange antal dagar som *Cubitus baby* användes på sjukhuset:

Tog föräldrarna hem barnet? JA NEJ Om JA, hur länge var barnet hemma?.....

Kommentarer, här kan du beskriva dina egna intryck av hur *Cubitus baby* fungerat och hur du tror att föräldrarna upplevde att ha tillgång till detta hjälpmedel. Beskriv gärna också hur *Cubitus* placerades i det rum som föräldrarna hade under sin sjukhusvistelse:

.....

.....

.....

.....

.....

Formuläret postas (i bifogade frankerade svarskuvert) till:
Ingela Rådestad,
Sophiahemmet Högskola
Box 5605
114 86 Stockholm

Bilaga 2.

Formulär att fylla i av barnmorskan vid de första 10 gångerna som *Cubitus baby* användes på kliniken

Barnet föddes (ange månad och år):

Barnets vikt vid födelsen (ringa in den vikt som är närmast barnets vikt i gram):

500 1000 2000 3000 4000 5000 6000

Ange antal timmar (cirka) som *Cubitus baby* användes på sjukhuset:

Ange antal dagar som *Cubitus baby* användes på sjukhuset:

Ringa in JA eller NEJ för följande frågor:

Mättes temperaturen inuti *Cubitus baby* med termometer: JA NEJ

Mättes temperaturen i *Cubitus baby* genom att känna med handen: JA NEJ

Hölls minneceremoni med barnet liggandes i *Cubitus baby*? JA NEJ

Fick föräldrarna behålla innerpåsen som minne? JA NEJ

Transporterades barnet till patologen för obduktion i *Cubitus baby*? JA NEJ

Tog föräldrarna hem barnet? JA NEJ Om JA, hur länge var barnet hemma?.....

Kommentarer, här kan du beskriva dina egna intryck av hur *Cubitus baby* fungerat och hur du tror att föräldrarna upplevde att ha tillgång till detta hjälpmedel. Beskriv gärna också hur *Cubitus* placerades i det rum som föräldrarna hade under sin sjukhusvistelse:

.....

.....

.....

.....

.....

Formuläret postas (i bifogade frankerade svarskuvert) till:

Ingela Rådestad,
Sophiahemmet Höskola
Box 5605
114 86 Stockholm