

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2020:58

Barnmorskors behov för att kunna ge optimalt stöd till
föräldrar som drabbats av intrauterin fosterdöd
En kvalitativ intervjustudie

Jenny Börjesson
Sara Magnusson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

| | |
|-------------------|---|
| Uppsatsens titel: | Barnmorskors behov för att kunna ge optimalt stöd till föräldrar som drabbats av intrauterin fosterdöd. En kvalitativ intervjustudie. |
| Författare: | Jenny Börjesson, Sara Magnusson |
| Huvudområde: | Sexuell och reproduktiv hälsa |
| Nivå och poäng: | Magisternivå, 15 högskolepoäng |
| Utbildning: | Barnmorskeutbildning |
| Handledare: | Christina Nilsson |
| Examinator: | Åsa Larsson |

Sammanfattning

En födsel innebär oftast känslor av glädje och lycka. I de fall då ett par drabbas av intrauterin fosterdöd (IUFD) byts dessa känslor ut mot djup sorg. Även barnmorskan kan påverkas starkt under vårdandet av de drabbade föräldrarna. Känslorna kan kännas överväldigande samtidigt som barnmorskan måste vara ett stöd i denna svåra situation. Det finns begränsat med studier om vad barnmorskan behöver för att hantera uppgiften på bästa sätt. Syftet med studien är att utforska vilka behov barnmorskor inom förlossningsvården har för att kunna ge optimalt stöd till föräldrar som drabbats av intrauterin fosterdöd. Studien är kvalitativ med en induktiv ansats. Sex barnmorskor från två olika förlossningskliniker intervjuades via telefon. Det inspelade datamaterialet transkriberades och analyserades med innehållsanalys vilket resulterade i fyra kategorier med tolv underkategorier. Kategorierna som framkom var *Att vara förberedd*, *Att känna stöd*, *Att vårda i lugn och ro* och *Att få återhämtning*. Barnmorskor upplever ofta vårdandet som mycket känslomässigt och svårt oavsett erfarenhet i yrket. Barnmorskor bör därför erbjudas stöd i form av handledning eller debriefing på sin arbetsplats. Att endast få vårda det drabbade paret och inte ansvara för andra patienter samtidigt bör eftersträvas då det ger ökad trygghet i vårdandet. Barnmorskor efterlyser mer utbildning om IUFD. Vi föreslår att ämnet ska tas upp under barnmorskeutbildningen eller som återkommande temadag på förlossningskliniker. Om barnmorskans behov uppfylls ökar förutsättningarna för att kunna ge föräldrarna en bättre upplevelse i denna svåra situation.

Nyckelord: *Intrauterin fosterdöd, Barnmorskor, Behov, Stöd*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|-----------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Definition och prevalens av intrauterin fosterdöd | 1 |
| Orsaker och riskfaktorer | 1 |
| Intrauterin fosterdöd i historiskt perspektiv | 2 |
| Förlossning vid intrauterin fosterdöd | 3 |
| Föräldrars upplevelse av intrauterin fosterdöd | 4 |
| Barnmorskans roll vid intrauterin fosterdöd | 4 |
| Barnmorskans hantering av känslor | 5 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 5 |
| SYFTE | 6 |
| METOD | 6 |
| Design | 6 |
| Urval | 6 |
| Datainsamling | 6 |
| Dataanalys | 7 |
| Etiska överväganden | 7 |
| RESULTAT | 8 |
| Att vara förberedd | 8 |
| Självkännedom | 8 |
| Kunskap | 9 |
| Erfarenhet | 9 |
| Kännedom om paret | 10 |
| Att känna stöd | 10 |
| Stöd från kollegor och chef | 10 |
| Handledning och debriefing | 11 |
| Ett fungerande team | 11 |
| Att vårda i lugn och ro | 12 |
| Endast vårda det enskilda paret | 12 |
| Ett strukturerat arbetssätt | 12 |
| Att få återhämtning | 13 |
| Samtal med kollegor | 13 |
| Familj och fritid | 13 |
| Arbetsfördelning | 14 |
| DISKUSSION | 14 |
| Metoddiskussion | 14 |
| Resultatdiskussion | 16 |

| | |
|-------------------|-----------|
| SLUTSATSER | 19 |
| REFERENSER | 20 |
| BILAGOR | 23 |
| Bilaga I | 23 |
| Bilaga II | 24 |
| Bilaga III | 26 |

INLEDNING

I Sverige föds omkring 440 intrauterint döda barn varje år. Även om detta är en relativt låg siffra i jämförelse med det totala antalet födda barn per år i Sverige, kommer vi med all säkerhet möta par som drabbats av intrauterin fosterdöd (IUF) i vårt framtida yrkesliv som barnmorskor. I de flesta fall slutar en förlossning lyckligt. Föräldrarna får träffa en ny individ som blir en del av deras liv, en person de ska lära känna och få följa i livet. De gånger då föräldrarna drabbas av IUFD vänds lyckan istället till stor sorg. Att som professionell möta människor i sorg och kris kan vara en mycket svår uppgift att hantera. Då vi varken kommit i kontakt med IUF) under vår verksamhetsförlagda utbildning (VFU) eller läst om ämnet under barnmorskeutbildningen, kändes det värdefullt att djupare utforska detta område. Författarnas önskan var att få en större kunskap och känna oss mer förberedda för uppgiften att som blivande barnmorskor kunna ge en så god vård och vara ett så bra stöd som möjligt till de föräldrar som drabbas av IUF).

BAKGRUND

Definition och prevalens av intrauterin fosterdöd

I Sverige definierar Socialstyrelsen (2018) IUF) som framfödande av ett barn utan livstecken med gestationsålder på minst 22 fullgångna graviditetsveckor. Om fostret dör före vecka 22 betecknas det som ett missfall. Gränsen för IUF) sänktes år 2008 i Sverige från 28 graviditetsveckor till 22 fullgångna veckor (Socialstyrelsen 2014). Definitionen av IUF) skiljer sig åt i världen. World Health Organisation (WHO 2019) definierar IUF) som framfödande av ett barn utan livstecken vid eller efter gestationsvecka 28. Är graviditetslängden inte känd föreskriver WHO att alla dödfödda barn som väger minst 1000 g eller är minst 35 cm långa bör innefattas i statistiken för IUF) (Lawn et al. 2011). Globalt beräknas att omkring 2,6 miljoner barn föds döda varje år. Dödsfallen inträffar till 98 procent i låginkomstländer. Bristen på vård under graviditet och förlossning medför att en tredjedel av de dödfödda barnen dör under förlossningen (Lawn et al. 2011).

I Sverige föds omkring 440 barn döda varje år, vilket motsvarar ungefär fyra dödfödda barn per 1000 förlossningar. Cirka 40 procent av barnen dör efter graviditetsvecka 37. Mer än 90 procent av de intrauterint döda fostren upptäcks före förlossningen (Socialstyrelsen 2014). Sverige har internationellt sett en låg förekomst av dödfödda barn vilket troligtvis beror på en väl utvecklad mödrahälsovård med täta hälsokontroller. Kvinnor i Sverige har också ett bra näringstillstånd och goda socioekonomiska förhållanden i jämförelse med kvinnor i låginkomstländer. Trots stora ansträngningar i mödra- och förlossningsvården har förekomsten av IUF) endast minskat marginellt sedan 1980-talet (Pettersson & Stephansson 2014, s. 465).

Orsaker och riskfaktorer

Det kan vara svårt att i enskilda fall hitta orsaken till IUF). Utredning med obduktion och placentaundersökning bör göras för att hitta dödsorsaken då det för föräldrarna har en stor psykologisk betydelse att få veta orsaken till att barnet dött. Det är också viktigt att veta inför en eventuell framtida graviditet (Pettersson & Stephansson 2014, ss. 468–

469). Omkring 40–50 procent av alla intrauterina dödsfall i Sverige kan sannolikt kopplas till syrebrist hos barnet på grund av komplikationer med placenta eller navelsträng. En annan orsak till IUFD kan vara infektioner som övergår från mor till barn. I cirka 20 procent av fallen med dödfödda barn i Sverige är orsaken infektion. Omkring 10 procent av dödsfallen i sen graviditet förklaras av missbildningar och kromosomavvikelser. Andra orsaker kan vara yttre våld eller sjukdom hos modern som diabetes, SLE, hypertoni, preeklampsi, eklampsi samt vissa koagulationsrubbningar (Rådestad 2018, ss. 418–419).

Det finns flera riskfaktorer för IUFD. Hög maternell ålder ökar risken. Risken är också större bland förstföderskor än hos omföderskor och för kvinnor som tidigare drabbats av IUFD. Andra kända riskfaktorer är rökning och alkoholkonsumtion under graviditeten samt maternell övervikt. Studier visar även att sociala faktorer spelar in. Kvinnor i Sverige med låg utbildningsnivå har en fördubblad risk att drabbas av IUFD jämfört med kvinnor som har hög utbildningsnivå. Även kvinnor som invandrat till Sverige har en ökad risk, vilket bland annat kan förklaras av sämre vård under graviditeten samt kommunikationsproblem. Är barnet litet i relation till graviditetslängden finns en ökad risk för IUFD eller att det dör vid förlossningen. Risken att ett barn dör under graviditeten ökar också vid överburenhet och vid flerbörd (Pettersson & Stephansson 2014, ss. 465–466; Socialstyrelsen).

I Swedish Postterm Induction Study, den så kallade SWEPI-studien, jämfördes induktion i graviditetsvecka 41+0 mot en i graviditetsvecka 42+0 för att se vad som var bäst för mor och barn (Wennerholm et al. 2019). Studien avbröts i förtid då fem foster dog intrauterint i kontrollgruppen och ett barn avled kort efter födelsen. Endast en fjärdedel av datamaterialet hade då samlats in och bara 28 procent av tillänkta deltagande kvinnor deltog. Slutsatserna av studien, att det finns en ökad risk för dödlighet hos barnet om induktion avvaktas till graviditetsvecka 42, har kritiserats hårt men har trots detta lett till att det införts en förändrad klinisk handläggning. Kvinnor i Sverige rekommenderas nu, med vissa lokala variationer, en bedömning för eventuell induktion i graviditetsvecka 41+0 istället för vecka 42+0 som tidigare (Drevin & Hansson 2020).

Intrauterin fosterdöd i historiskt perspektiv

Förr fick man förlita sig på kvinnans egna uppmärksammade symtom som avsaknad av fosterrörelser, viktminskning, minskad bröstvolym och/eller tyngdkänsla i buken när det skulle diagnostiseras att ett foster dött intrauterint. Pinards tratt kunde hjälpa till att bekräfta att det inte längre fanns någon hjärtaktivitet. Det var även vanligt att det först när barnet fötts konstaterades att kvinnan drabbats av IUFD. Från 1970-talet och framåt är ultraljud en viktig och säker metod för att säkerställa IUFD (Rådestad 1998, s. 17). Vid 1900-talets början kunde inte förlossningen startas annat än att kvinnan naturligt fick värkar. Det finns beskrivet kvinnor som gick i både veckor och månader med sitt döda barn i magen, vilket kvinnorna upplevde som mycket påfrestande (Erlandsson, Lindgren, Malm, Davidsson-Bremborg & Rådestad 2011). På 1930-talet började kvinnorna få hjälp med att sätta igång förlossningen vid IUFD genom östrogen- och kinintabletter. Framåt 1960-talet kunde kvinnorna induceras med hjälp av oxytocininjektioner. Prostaglandiner introducerades på 1970-talet och på 1980-talet började man även ge kvinnorna prostaglandiner vaginalt vilket resulterade i en mer aktiv induktion (Rådestad 1998, ss.

17–18). Än idag används prostaglandiner samt oxytocininfusion vid induktion (Erlandsson et al. 2011).

Tidigare trodde man att bästa sättet att hantera situationen vid förlossningen var att skydda föräldrarna från att se och hålla barnet. Modern sederades med morfin under förlossningen för att inte få några minnen av den och omedelbart vid födelsen togs barnet undan för att undvika att mamman skapade något band till det. Barnet skulle helst glömmas bort. I de flesta höginkomstländer ändrades detta synsätt på 1970-talet efter resultat av ny forskning (Martinez-Serrano, Pedraz-Marcos, Solis-Munoz & Palmar-Santos 2019).

På 1980-talet talades det fortfarande lite på förlossningsavdelningarna i Sverige om föräldrar som hade mist sitt barn innan födelsen. Det rådde en stor osäkerhet hur dessa blivande föräldrar skulle tas om hand. En barnmorska som uppmärksammade problemet och vågade börja lyfta fram ämnet var Marie Ganters som i mitten av 1990-talet startade en studiecirkel på temat “När ett litet barn dör”. Intresset visade sig vara stort och ämnet var efterlängtat att få prata om bland barnmorskor (Bendt 2006, ss. 144–145). Även barnmorska och professor Ingela Rådestads avhandling “Att föda ett dött barn” (1998), har haft stor betydelse för att belysa IUF. Bland de drabbade föräldrarna fanns också önskan att lyfta fram ämnet. År 1986 bildades Spädbarnsfonden av två familjer som förlorat sina barn i plötslig spädbarnsdöd och än idag stödjer Spädbarnsfonden familjer och anhöriga som mist ett barn innan födseln eller under barnets första levnadsår (Spädbarnsfonden 2020).

Förlossning vid intrauterin fosterdöd

Studier visar att det bästa är om föräldrarna själva kan välja om förlossningen ska sättas igång genast efter att fostret konstaterats dött eller om de vill avvakta någon dag. Vaginal förlossning anses vara det bästa för både kvinnans fysiska hälsa och psykologiska bearbetning (Ryding 2014, s. 136). En förlossning där fostret är dött handläggs på samma sätt som en förlossning där fostret lever. Kvinnan kan få all den smärtlindring hon önskar utan att någon hänsyn behöver tas till hur fostret påverkas. När barnet föds är det viktigt att det tas om hand på samma respektfulla sätt som ett levande barn (Rådestad 2005, ss. 256–257).

Att föräldrarna ser och håller sitt dödfödda barn är också viktigt i sorgprocessen. Barnmorskan bör inte fråga om föräldrarna vill hålla i barnet, då det kan uppfattas vilseledande att behöva ta ställning till. Det bör istället ses som en självklarhet som vid vilken annan födsel som helst. Om föräldrarna däremot uttryckligen inte vill hålla barnet rekommenderas ändå att erbjudandet ges vid fler tillfällen (Erlandsson, Warland, Cacciatore & Rådestad 2013). Föräldrarna ska få tillbringa så mycket tid de har behov av tillsammans med sitt nyfödda barn. Forskning har också visat att det är bra att föräldrarna får hjälp att skapa minnen med hjälp av till exempel foto och hand- och fotavtryck (Martinez-Serrano et al. 2019). Det är även viktigt att föräldrarna får träffa dem som var med vid förlossningen vid ett senare tillfälle för samtal (Rådestad 2018, s. 423).

Föräldrars upplevelse av intrauterin fosterdöd

Ett barns död under graviditet eller förlossning innebär en stor sorg för föräldrarna. Eftersom IUFD är ovanligt i Sverige är det alltid en oväntad och chockartad händelse (Ryding 2014, s. 136). Varje förälder som förlorat ett barn har individuella behov och det är viktigt att stöd och vård anpassas efter var och en (Rådestad 2018, s. 422). Föräldrarna har stor nytta av att personalen är förstående och ger dem tid att hantera denna svåra situation (Bendt 2006, s. 17). Det viktigaste för föräldrarna i vårdandet är personalens vänlighet och känslighet. Hur vårdgivare interagerar med föräldrarna är också mycket betydelsefullt för hur föräldrarna upplever situationen (O'Connell, Meaney & O'Donoghue 2016). I en studie om föräldrars upplevelse av IUFD visade det sig att det stöd som föräldrar upplever som mest meningsfullt är när barnmorskor och läkare tar sig tid att sitta ner hos dem i deras sorg. Föräldrarna i studien uppskattade också när personalen var personlig och visade känslor (Kelly & Trinidad 2012). Det är oerhört viktigt att föräldrarna i sorgprocessen erkänner barnet trots att de aldrig får lära känna det. Att de skapar en relation med barnet och har det hos sig så länge och mycket de vill (Bendt 2006, s. 17). Studier har visat att föräldrar som knyter an till sitt barn får färre problem med ångest och depression (Stott 2014). Vården föräldrarna får i samband med IUFD har en betydande inverkan på deras upplevelse av händelsen och på de minnen de skapar. God vård kan hjälpa föräldrarna att lättare ta sig igenom sorgen och bidra till ett bättre välbefinnande långsiktigt. Vården kan inte reparera den förlust som föräldrarna känner men oprofessionell vård och en icke evidensbaserad strategi kan leda till ökat lidande (Ravaldi et al. 2018; Säflund, Sjögren & Wredling 2004).

Barnmorskans roll vid intrauterin fosterdöd

I en studie om barnmorskors upplevelse av mötet med födande kvinnor beskriver barnmorskorna en strävan om att bli en "förankrad följeslagare". Detta innebär att finnas där för kvinnan, lyssna till henne, se hennes situation speglad i hennes kropp samt ett delat ansvar för förlossningen. Att vara "förankrad" innebär också att visa respekt för gränserna för kvinnans förmåga samt ens egna yrkesgränser som barnmorska (Lundgren & Dahlberg 2002).

Det är nästan omöjligt att arbeta som barnmorska och inte bli starkt berörd av möten med föräldrar vars barn är dödfött (André 2000). Att möta föräldrar som mist sitt barn kan kännas övermäktigt men många barnmorskor berättar även om starka upplevelser som gett dem styrka och självinsikt (André 2000; Rådestad 2005, s. 260). Barnmorskans egna upplevelser och erfarenheter av sorg påverkar hur mötet blir med andra som befinner sig i sorg (Bendt 2006, ss. 154–156; Säflund, Sjögren & Wredling 2004). För att kunna möta och hjälpa andra människor i svåra situationer är det en förutsättning att själv må bra (Hedrenius & Johansson 2013, ss. 228–229). I vissa fall kan en krislösande händelse leda till att man i mötet med den drabbade inte tillåter sig, eller vågar, vara så närvarande som krävs. Av rädsla för att inte klara av smärtan som mötet kan leda till, undanhålls den närhet som den drabbade skulle behöva (Persson 1995, ss. 57–58). Studien av Montero et al. (2011) bekräftar just detta. Där framkommer det att barnmorskor upplever vården av par som drabbats av IUFD som en mycket svår uppgift. De beskriver att de ofta fokuserade på den fysiska vården och försökte undvika den emotionella aspekten då de inte visste hur de skulle bemöta kvinnan i hennes känslor. Barnmorskorna uppgav också att de kände sig överväldigade av den sorg och frustration som föräldrarna förmedlade.

Uppgiften beskrevs även som starkt känslomässigt påfrestande då barnmorskorna inte bara ställdes inför sina egna känslor utan även inför föräldrarnas.

Bekräftelse av föräldrarnas sorg är ett sätt att trösta. Alla känslor och uttryck är tillåtna, inga känslor behöver hållas tillbaka (Bendt 2006, s. 182). Att vara professionell och kunna hjälpa innebär att vara närvarande och lyhörd i mötet med föräldrarna. Det innebär inte avsaknad av professionalitet att bli påverkad av situationen utan är snarare en förutsättning för att kunna hjälpa och stödja. (Hedrenius & Johansson 2013, ss. 225–226). Barnmorskorna måste våga vara med föräldrarna, ge dem tid, och inte visa rädsla. Det är inte orden som är viktiga utan barnmorskans närvaro (Bendt 2006, ss. 146–147).

För att kunna vårda föräldrar som drabbats av IUFD professionellt krävs att vårdpersonalen känner sig trygg i sin roll, att deras egna känslor bekräftas och tas på allvar samt att de får någon typ av stöd (Roehrs, Masterson, Alles, Witt & Rutt 2008). I en studie om barnmorskors upplevelser av IUFD, framkom att det krävs mer förebyggande känslomässigt stöd till barnmorskor som jobbar inom förlossningsvården. Även obligatorisk utbildning och träning i att möta patienter som drabbats av IUFD var behov som framkom i studien (McNamara et. al. 2016).

Barnmorskans hantering av känslor

Något som inte uppmärksammas så ofta är hur barnmorskans känslor påverkas av vården som utförs. Hur väl barnmorskan kan känna igen, tolka, uttrycka och hantera känslor hos sig själv och andra kan vara avgörande för att kunna ge god vård (Leap & Hunter 2016, s. 184). När barnmorskan vårdar ett par som drabbats av IUFD kan hon uppleva mycket starka känslor. För att hantera det känsloladdade arbetet behövs olika verktyg. Denna starkt emotionella del av arbetet som barnmorskan utför beskrivs många gånger bara som en del av jobbet (Leap & Hunter 2016, s. 186). Billie Hunter (2015) har tagit fram en modell kring barnmorskans känslomässiga arbete. Hunter menar att barnmorskan hanterar sina känslor så att hon presenterar ett omtänksamt, professionellt ansikte på arbetsplatsen. Känner barnmorskan oro kring en förlossning är det barnmorskans egna upplevda känslor, men på grund av barnmorskans professionella känsloregler döljer hon dessa känslor för föräldrarna för att undvika att oro dem. Hunter menar vidare att det "skådespel" som behövs för att hantera barnmorskans känslor och för att dölja hennes oro då blir ett känslomässigt arbete. Känslorna som barnmorskan sedan uppvisar för föräldrarna är endast hennes visade känslor. Läggs det sedan till att detta bara är en av många andra känslor som barnmorskan känner så blir det tydligt hur svårt det känslomässiga arbetet kan vara att hantera (Leap & Hunter 2016, s. 189).

PROBLEMFÖRMULERING

IUFD innebär en mycket stor sorg för föräldrarna men kan även leda till starka känslor hos den vårdande barnmorskan. Att möta människor i kris är en krävande uppgift som kan väcka egna svåra upplevelser och minnen till liv hos barnmorskan samtidigt som hon ska agera stöttande. Barnmorskans stöd och agerande påverkar föräldrarnas fortsatta bearbetning av sorgen och är något de tar med sig resten av livet. Det är därför mycket viktigt att vi som barnmorskestudenter och senare som färdiga barnmorskor får en ökad kunskap om IUFD och en bättre förståelse för hur vi kan stödja de föräldrar som drabbas.

Det finns redan en hel del studier om hur föräldrar upplever IUFD men barnmorskors upplevelser och deras behov har det gjorts färre studier om. Författarna valde därför att fördjupa sig i hur barnmorskan upplever och hanterar denna svåra uppgift. Vilka behov har barnmorskan för att kunna agera professionellt i denna situation?

SYFTE

Syftet är att utforska vilka behov barnmorskor inom förlossningsvården har för att kunna ge optimalt stöd till föräldrar som drabbats av intrauterin fosterdöd.

METOD

Design

Metoden är kvalitativ med en induktiv ansats. Data samlades in genom telefonintervjuer. Intervjuerna spelades in, efter godkännande av intervjupersonen, för att sedan transkriberas. Kvalitativ innehållsanalys är lämplig att använda när text ska tolkas från inspelade intervjuer (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 219). Induktiv ansats innebär en förutsättningslös analys av insamlade data för att upptäcka mönster och sammanhang i det insamlade materialet. Induktiv ansats används med fördel vid analys av människors berättade upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 221).

Urval

Ett ändamålsenligt urval gjordes då författarna behövde informanter med erfarenhet inom området. Inklusionskriterier till studien var legitimerade barnmorskor som arbetade på förlossningsklinik och som hade erfarenhet av att ha vårdat kvinnor som drabbats av IUFD. Informationsbrev (se Bilaga I) om studien skickades till avdelningschefer vid två förlossningskliniker i västra Sverige. Efter godkännande att genomföra studien fick vi av avdelningscheferna kontaktuppgifter till tre barnmorskor på vardera klinik som uppfyllde inklusionskriterierna och som var positiva till deltagande i studien. Informanterna fick information om studien (se Bilaga II) via mail från respektive avdelningschef. Tidpunkt för intervju bokades via mail eller telefonsamtal. De sex informanterna, var alla kvinnor mellan 37–55 år gamla och med erfarenhet av att arbeta som barnmorska mellan fyra och tjugotre år.

Datainsamling

Datainsamling genomfördes januari till mars 2020 genom enskilda telefonintervjuer. Intervjuerna hölls med sex barnmorskor som jobbar på två olika förlossningskliniker i västra Sverige. Hälften av informanterna önskade genomföra intervjuerna under arbetstid på deras arbetsplats. Den andra hälften av intervjuerna genomfördes på informanternas fritid. På den klinik där intervjuerna genomfördes under arbetstid fick intervjutiden ombokas ett par gånger då verksamheten krävde det. Författarna genomförde en pilotintervju med en av barnmorskorna. Den planerade intervjuguiden (se Bilaga III) användes och fungerade väl mot studiens syfte. Intervjun inkluderades därför i studien.

Innan intervjuerna påbörjades informerades deltagarna om studien och dess syfte. Informanterna fick möjlighet att ställa frågor och informerades om att de när som helst kunde avsluta sin medverkan i studien. De fick även information om att enbart författarna och deras handledare skulle ha tillgång till det insamlade materialet. Intervjuerna pågick mellan 20–40 minuter och spelades in på författarnas mobiltelefoner. Det inspelade materialet lyssnades igenom ett flertal gånger av författarna, transkriberades och raderades sedan.

Dataanalys

Analysmetoden som författarna valde för att analysera och bearbeta det insamlade materialet var kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys är en metod där text eller verbal kommunikation analyseras steg för steg och tolkas med fokus på likheter och olikheter. (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, ss. 219–220). Datamaterialet som utgjordes av intervjuerna transkriberades ordagrant, skrevs ut och lästes sedan igenom flera gånger för att författarna skulle få en uppfattning om helheten av innehållet. Relevanta meningar och textstycken som svarade på studiens syfte, så kallade meningsbärande enheter, markerades med olika färger. Dessa delades sedan in med hjälp av färgkodningen utifrån likheter och skillnader. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna vilket innebar en process där texten kortades ner för att göra den mer lätthanterlig utan att det centrala i innehållet förlorades. Utifrån de kondenserade meningsbärande enheterna skapades koder som beskrev meningsenheternas innehåll. Koder med liknande innehåll bildade tolv underkategorier som i sin tur mynnade ut i fyra huvudkategorier. Under hela analysprocessen arbetade författarna tillsammans och diskuterade kontinuerligt.

Etiska överväganden

Etiska övervägande i studien har gjorts utifrån Högskolan i Borås riktlinjer för examensarbete på magisternivå samt utifrån Helsingforsdeklarationens direktiv om information, samtycke, konfidentialitet och användande. Information innebär att informanterna får information om studiens syfte och hur den ska gå till. Samtycke till deltagande i studien ska godkännas och allt material ska hanteras så att det inte går att härleda till informanten. Hur datamaterialet ska användas ska tydligt framgå (World Medical Association 2013).

Tillstånd att genomföra intervjuerna inhämtades av avdelningschef på de två olika klinikerna och skriftlig information om studiens syfte och metod gavs. Barnmorskorna på de aktuella klinikerna fick information om att intervjuerna skulle spelas in och transkriberas och att materialet skulle hanteras konfidentiellt. Endast författarna och handledaren skulle ta del av materialet. De informerades även om att deras medverkan var frivillig och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien utan att behöva lämna något särskilt skäl. Skriftligt godkännande om deltagande i studien har givits av de barnmorskor som valde att delta.

RESULTAT

Dataanalysen resulterade i fyra kategorier med tolv underkategorier. De behov som barnmorskor på förlossningen har för att kunna ge optimalt stöd till föräldrar som drabbats av IUFD framkommer i följande kategorier: *Att vara förberedd, Att känna stöd, Att vårda i lugn och ro* och *Att få återhämtning*, se tabell nedan. Resultatet illustreras med citat som valts ut från intervjuerna.

| Kategorier | Underkategorier |
|-------------------------|---------------------------------|
| Att vara förberedd | Självkännedom |
| | Kunskap |
| | Erfarenhet |
| | Kännedom om paret |
| Att känna stöd | Stöd från kollegor och chef |
| | Handledning och debriefing |
| | Ett fungerande team |
| Att vårda i lugn och ro | Endast vårda det enskilda paret |
| | Ett strukturerat arbetssätt |
| Att få återhämtning | Samtal med kollegor |
| | Familj och fritid |
| | Arbetsfördelning |

Att vara förberedd

För att kunna ta hand om par som drabbats av IUFD på bästa sätt beskrev barnmorskorna att de hade behov av att på olika sätt känna sig förberedda inför uppgiften. Detta behov kunde delas in i fyra underkategorier: *Självkännedom, Kunskap, Erfarenhet och Kännedom om paret.*

Självkännedom

Barnmorskorna uppgav att det var viktigt med god självkännedom. Att vara medveten om vad de hade med sig i bagaget och hur det speglades i mötet med paren som drabbats av IUFD. De berättade också att det var viktigt att känna efter hur de mådde när de blev tillfrågade om att ta hand om ett par som drabbats av IUFD. Kände de sig av någon anledning känslomässigt instabila beskrev de att det var svårt att ta sig an den tunga uppgiften och att kunna ge bästa möjliga vård.

“Men sen är det ju också så att jag kan ju ha en dag när jag känner mig väldigt ångestfylld och inte orkar med en sådan förlossning liksom. Man måste ju vara ganska stabil i sig själv och känna att detta är en dag jag kan ta detta liksom.”

När barnmorskorna blev tillfrågade om att vårda ett par som drabbats av IUFD upplevde de att det var okej att säga nej om de av någon anledning inte kändes rätt den dagen.

“Jag har väl också egentligen ett behov som barnmorska att vara rätt duktig på att veta hur jag själv mår, var jag står någonstans i livet, vad jag har för känslor själv med mig.”

Barnmorskorna uppgav också ett behov av att själv känna sig lugn och mentalt förberedd inför uppgiften för att kunna göra ett så bra jobb som möjligt. Kände de sig lugna och trygga kunde de förmedla detta till paret.

Kunskap

Barnmorskorna uttryckte även behov av utbildning inom ämnet. De önskade alla att de hade fått någon typ av utbildning innan de själva skulle vårda par som drabbats av IUFD. De uttryckte en önskan om att det borde tagits upp under barnmorskeutbildningen då det är en svår och känslsam del av yrket som de flesta som arbetar på en förlossningsavdelning kommer att ställas inför.

Barnmorskorna önskade att erfarna kollegor som varit med om detta tidigare borde ha en genomgång om ämnet för nya barnmorskor. De kunde förmedla sina erfarenheter, hur de brukar göra och vad som är viktigt att tänka på vid vård av de här patienterna och deras partner. Nu fungerade det istället ofta så att man som ny själv fick sätta sig in i det skrivna materialet som fanns på avdelningen. Vidare uttryckte barnmorskorna önskemål om att prata om IUFD på en arbetsplatsträff eller att ha en tema- eller utbildningsdag i ämnet så att de kände sig mer förberedd på att möta de här paren. De hade tankar om att bjuda in Spädbarnsfonden som jobbar mycket med detta och har kontakt med de drabbade föräldrarna efteråt.

“Få någon form av utbildning det tror jag nog, eller temadag. Jag tänker på Spädbarnsfonden som möter dessa patienter ofta och som hör hur dom tänker och vad som är de vanligaste tankegångarna och hur man resonerar och hur man reagerar och så. Att vi får veta det också. Vi är ju där precis när det händer.”

I intervjuerna framkom även en önskan om utbildning i att möta och samtala med människor i kris och akut sorg.

Erfarenhet

Behovet av erfarenhet lyftes fram av barnmorskorna under intervjuerna. De berättade att de inte hade behövt vårda något par som drabbats av IUFD den första tiden som barnmorska, utan först efter något eller några år då de känt sig mer trygga och erfarna i sin yrkesroll.

“Det upplevde jag att det var inget man behövde ta hand om tidigt. Jag kände mig ändå ganska erfaren som barnmorska när jag för första gången stod själv med detta. Sen kan man nog inte säga att hur förberedd man än är så kan man inte föreställa sig innan hur det är och veta när man är redo att ta sig an denna uppgift. Det gäller att bara vara i situationen och läsa av dem man har framför sig. Det är ju så olika även där.”

Barnmorskorna uppgav att alla par reagerar olika och behöver olika typ av stöd i en sådan här situation. Det går därför aldrig att veta hur det kommer att bli. Men erfarenhet underlättar då barnmorskan eventuellt har en liknande situation att luta sig tillbaka mot och därför kan känna sig tryggare i vårdandet. Trots att yrkeserfarenhet belystes som ett

viktigt behov framkom det även att grunden vid vårdandet av de här paren handlade mycket om medmänsklighet. En önskan om att vilja minska lidandet hos föräldraparet.

Kännedom om paret

En annan viktig aspekt som framkom var att ha kännedom om de drabbade föräldrarnas behov och utifrån det försöka tillgodose dem med sina kunskaper och de verktyg man hade som barnmorska. Det viktigaste var att skaffa information om vad just det här paret förväntade sig och vad de önskade för hjälp och stöd.

“Mina behov är ju så klart att veta vad föräldrarna har för behov, det är det viktigaste. Allt annat är sekundärt. Det här handlar ju om hur jag ska kunna bemöta dom på det sätt som känns värdigt för dom.”

Barnmorskorna beskrev också att de ville ha information om kvinnans medicinska bakgrund. De tog även reda på vilken kultur och religion föräldraparet hade så att vården kunde anpassas efter deras kulturella behov om paret hade önskemål om det.

Att känna stöd

Behovet av att känna stöd framkom tydligt i studien. Flera av barnmorskorna uttryckte att den svåraste uppgiften i yrket som barnmorska på förlossningen var att vårda kvinnor som drabbats av IUFD.

De uttryckte vikten av att få olika typer av stöd för att kunna hantera uppgiften på ett bra sätt. Det framkom tre underkategorier: *Stöd från kollegor och chef,Handledning och debriefing och Ett fungerande team.*

Stöd från kollegor och chef

Att känna stöd från kollegorna uttrycktes som det mest centrala och värdefulla stödet vid vård av de här paren. Kollegorna hade ofta själva varit med om samma situation och visste vad barnmorskan gick igenom. Att få frågor om hur det gick, hur barnmorskan själv mätte, och om hon behövde någon hjälp uppskattades. Barnmorskorna i studien upplevde att det kollegiala stödet under vårdandet av paren som drabbats av IUFD var väldigt bra. Alla var förstående och försökte underlätta för barnmorskan på de sätt de kunde utifrån hur deras egen arbetssituation såg ut.

“På rummet är jag där för dem, men utanför rummet vill ju jag ha stöttning av kollegorna. Bara att man vet att någon bryr sig därute känns ju jättebra”.

Att få stöd av sin chef ansågs som viktigt av många av de intervjuade barnmorskorna men flera uttryckte att det fanns brister i detta stöd. De önskade att stödet skulle komma mer spontant än vad det gjorde.

“Det har jag nog saknat lite att dom ringde upp och: Jag ser att du har haft det här paret nu hur gick det och hur kändes det? Den typen av stöttning saknar jag helt faktiskt”.

Barnmorskorna var dock överens om att de kunde få stöttning av sin chef om de själva signalerade att de hade ett behov, men det var inte något som skedde automatiskt. Någon barnmorska uttryckte tydligt att hon inte tyckte att hon skulle behöva be om stöd utan att det skulle vara en självklarhet, att frågan skulle komma spontant från chefen. Detta då det är en av de allra svåraste arbetsuppgifterna som ingår i barnmorskans profession. Andra uttryckte att chefen inte var där dygnets alla timmar men att de ändå efterlyste frågan om behov av stöd och samtal efteråt. Att bli uppmärksammas och tillfrågad hur de mårde och vetskapen om att chefen visste vad de gått igenom skulle känts stödande enligt barnmorskorna. En annan barnmorska uttryckte att det låg i den egna personens ansvar att be om stöd när det behövdes. Gjorde hon det upplevde hon att hon fick bra stöd av chefen och kunde inte chefen ge tillräckligt med stöd fick hon hjälp att komma vidare till annan instans och få hjälp. Det spontana stödet från cheferna fungerade bättre då man vårdat vid en extra svår förlossning.

Handledning och debriefing

Barnmorskorna upplevde ett behov av någon typ av handledning eller debriefing efter att ha vårdat ett par med IUFD. Det fanns dock inte att tillgå på någon av förlossningsavdelningarna.

Behovet uttrycktes olika mellan barnmorskorna. Någon tyckte att det skulle finnas en handledningsgrupp för att det är en kris de går igenom tillsammans med paret och kände ett stort behov av att få prata igenom det efteråt. Hon uppgav även att det skulle vara bra att ha kontinuerlig handledning för att få diskutera händelser i förberedande syfte.

“Jag tänker att det borde vara en del i systemet, att när vi har en sådan här händelse då ska man bara, då bestäms det en dag när vi träffas det här gänget och kollegorna och man har någon slags mentor eller något och kanske chefen och då får man prata i den mån man har behov. Ibland kanske man inte har behov det är ju olika så klart men att det ändå ska finnas där som stöd för en. Och det tycker jag inte fungerar idag. Det är konstigt.”

En annan barnmorska berättade att de hade handledning vid särskilt svåra händelser men vid IUFD var det ingen rutin. Det låg då i varje enskild barnmorskas ansvar att efterfråga behovet av handledning vilket sågs som en brist.

Ett fungerande team

Barnmorskorna uttryckte vikten av att jobba tillsammans med en erfaren undersköterska eller barnmorskekollega som tidigare vårdat par som drabbats av IUFD. För att stötta varandra i vårdandet men även för att kunna diskutera hur de upplevde vården kring paret och hur de mårde efteråt.

“Man är jätteglad om det är en van undersköterska med eller en annan kollega. För man är ganska ensam, man känner sig ensam och utsatt.”

Barnmorskorna talade även om behovet av andra yrkeskategorier som stöd för att kunna ge bästa möjliga vård till patientgruppen som drabbats av IUFD. De nämnde vikten av ett

gott samarbete med förlossningsläkaren, kurator och sjukhuskyrkans präst eller diakonissa vilka också var viktiga personer i vården kring de drabbade paren.

I vissa fall var det inte sjukhusprästen som var aktuell då de blivande föräldrar hade annan religion, men de kunde hjälpa till att förmedla rätt kontakt.

”När man är inne på rummet så är man ganska ensam. Man får krama dem och använda det som ens hjärta säger att man ska göra. Medmänsklighet är det viktigaste.”

Att vårda i lugn och ro

Att ha möjlighet att vara hos det drabbade paret i lugn och ro utan tidsbrist eller att behöva tänka på något annat runtomkring var ett tydligt behov som framkom i intervjuerna. Behovet delades in i två underkategorier: *Endast vårda det enskilda paret* och *Ett strukturerat arbetssätt*.

Endast vårda det enskilda paret

Barnmorskorna uttryckte vid mer än ett tillfälle under intervjun behovet av att bara ägna sig åt paret som drabbats av IUFD och svårigheterna de ställdes inför när de känt sig tvungna att vårda fler patienter samtidigt.

På de båda aktuella klinikerna försöks det i den mån som verksamheterna tillåter att barnmorskan som vårdar paren med IUFD inte vårdar fler patienter. Barnmorskorna har behov av att fokusera på det drabbade paret och att jobba med endast dem. Finnas där för dem, även om de inte hela tiden är inne hos paret måste de kunna komma tillbaka utan att det dröjer.

“Jag kan inte ha andra patienter upptill. Jag behöver ha hand om dem uteslutande. Att kunna finnas där när de vill och kunna känna av och lämna dem ensamma när de vill men alltid att de kan välja att ha mig där. “

Barnmorskorna uttryckte också svårigheter med att växla mellan olika känslor och sinnesstämningar när de tvingades att vårda fler patienter samtidigt. Att i ena stunden vara i ett rum där stämningen var förväntansfull för att sedan gå in till ett par som var i djup sorg beskrevs som mycket påfrestande.

Ett strukturerat arbetssätt

Barnmorskorna från båda klinikerna uttryckte ett behov av att allt praktiskt runt omkring skulle fungera så att de endast kunde ägna sig åt paret i en sådan här situation. Många olika prover skulle tas och olika remisser skulle fyllas i samband med de här förlossningarna. På båda avdelningarna hade de löst det så att allt material som behövdes var samlat i speciella pärmar. På så sätt behövde inte tid läggas på att leta fram riktlinjer och remisser utan allt fanns samlat på ett och samma ställe. Det fanns även checklistor på allt praktiskt som skulle göras före och efter födseln och vilka som skulle kontaktas. Barnmorskorna var alla överens om att detta var ett bra system som fungerade väl och att det underlättade för dem att ha det tydligt strukturerat och nedskrivet vad och hur de skulle göra i en sådan här situation.

“Och att vi också har väl förberett för dom här. Vi har pärmar med allting. Checklistor och sådär, så att vi vet att allting blir gjort. Så det är bra tycker jag.”

Det framkom också att det på båda klinikerna fanns förberett en speciell låda som togs fram när barnet var fött. I den fanns bland annat material för att kunna göra små kort med fot- och handavtryck på samt kläder och filter till barnet. Allt för att mötet med barnet skulle bli så värdigt som möjligt.

Att få återhämtning

Efter att ha vårdat ett par som drabbats av IUFD uppgav barnmorskorna att det var viktigt med återhämtning. Detta gjordes på olika sätt. Behovet beskrivs i de tre underkategorierna: *Samtal med kollegor, Familj och fritid* och *Arbetsfördelning*.

“Det är ju inte min sorg utan det är deras, men man ger utav sig själv hela tiden som barnmorska”

Samtal med kollegor

Barnmorskorna kände att de hade behov av att få prata av sig med sina kollegor efter att ha vårdat ett par som drabbats av IUFD. Kollegorna förstod vad de varit med om och kunde därför hjälpa till i bearbetningen av händelsen. Behovet av att samtala med kollegorna varierade beroende på hur upplevelsen kring förlossningen varit. Kände barnmorskan att det blivit ett fint avslut för föräldrarna var det lättare att lägga känslorna som uppstod bakom sig. Barnmorskorna tyckte också ofta att det kändes bättre när de fått följa upp patienten och prata med dem en tid efteråt.

“Det är alltid mycket känslor. Samtidigt som det är väldigt fint att få ha de här kvinnorna tycker jag. Det ger ju något också. Så man har absolut ett behov av att prata om det tycker jag. Då är det mina kollegor som jag i första hand pratar med absolut. Och för mig räcker det oftast. Jag tycker vi har en så bra stämning och kollegor på arbetsplatsen att det funkar bra. Ibland har man mer behov än andra gånger att prata om det”

Familj och fritid

Barnmorskorna uttryckte att de kände sig dränerade efter att ha vårdat ett par som drabbats av IUFD. De hade då ett behov att få berätta för sin familj att de varit med om en svår händelse på arbetet, men var noga med att inte röja någon sekretess.

“Klart man tänker på det själv och bearbetar det på något sätt också. Tänker igenom och sådär. Om man inte tar med sig allt hem så tar man kanske med sig lite hem. Det är svårt att släppa dessa familjer på jobbet så de följer oftast med hem och längre”

Den mest erfarna barnmorskan uttryckte att hon hade jobbat så länge att hon lärt sig att lämna kvar de jobbigaste känslorna på arbetet.

“Jag menar, jag bryr mig jättemycket om dem, men jag måste också.... Jag har ju ett liv och en familj och så... så jag försöker att stänga av när jag går hem”.

En promenad eller ett träningspass kunde hjälpa barnmorskorna att bearbeta och hantera en sådan här händelse de varit med om på arbetet. Frisk luft och vila uppgavs också viktigt för att få återhämtning eller att bara få vara med sin familj.

Arbetsfördelning

Att möta föräldrapar som drabbats av IUFD beskrivs som en utmaning i yrkesrollen som barnmorska. Trots att det inträffar relativt sällan så försökte man dela upp de här patienterna mellan sig på avdelningen så att det inte skulle bli för tätt mellan gångerna för den enskilda barnmorskan. Tillsammans med koordinatören som fördelar patienterna mellan barnmorskorna fördes det alltid en dialog. Koordinatören kollade upp vem som var mest lämplig på det aktuella passet för att vårda paret som drabbats av IUFD.

“Ibland kan man ju känna att nu har jag haft många med intrauterin fosterdöd och känner inte att jag orkar en till. Alltså, det tar ju mycket energi och kraft. Detta är ju verkligen baksidan av yrket liksom. Och just det här att man kanske förlöser ett dött foster och nästa stund ska man gå in och förlösa ett foster som lever. Du vet, det är verkligen skilda ting på att dela glädje och sorg”

Barnmorskorna uttryckte att det oftast gick att ha en diskussion om fördelningen av patienterna om de kände att de nyligen vårdat ett par som drabbats av IUFD och att de inte hade kraft att göra detta så snart igen.

“Jag tror att om man haft denna typ av patienter var och varannan vecka så hade man nog verkligen inte velat vara barnmorska liksom.”

DISKUSSION

Metoddiskussion

En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats genomfördes för att utforska vilka behov barnmorskor på förlossningen har för att kunna ge optimalt stöd till föräldrar som drabbats av intrauterin fosterdöd. En kvalitativ metod anses vara lämplig när syftet är att undersöka informanternas upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 219). Trovärdigheten i en studie som genomförts med kvalitativ innehållsanalys baseras på studiens giltighet, tillförlitlighet, delaktighet och överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 230).

Ett resultat anses giltigt om det lyfter fram det typiska för studiens syfte. För att stärka resultatets giltighet behöver urvalet av deltagare vara representativt för det som ska utforskas (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, ss. 230–231). För rekrytering av barnmorskor till studien kontaktades avdelningscheferna på två olika förlossningskliniker i västra Sverige. Avdelningscheferna gick i sin tur ut med en förfrågan till barnmorskor på kliniken som uppfyllde de inklusionskriterier vi sökte efter. Därefter hjälpte de till att förmedla kontaktuppgifter till barnmorskorna som tackat ja till sin medverkan. Valet att kontakta två olika förlossningsavdelningar i olika regioner gjordes för att svaren inte skulle spegla kultur och riktlinjer från endast en arbetsplats. Informanterna var i varierande åldrar, 37–55 år, och deras erfarenhet av barnmorskeyrket skiljde sig åt då de

arbetat mellan fyra och 23 år. Både urvalet av deltagare, deras varierande ålder och yrkeserfarenhet anser författarna stärker studiens giltighet. Dock deltog endast kvinnor i studien då det inte arbetar några män som är barnmorskor på de aktuella klinikerna. Då antalet manliga barnmorskor är så pass få i Sverige anser vi ändå urvalet som representativt för syftet. Författarna hade ingen anknytning till klinikerna som tillfrågades och inte heller någon kännedom om informanterna. Ingen praktikplats eller kommande arbetsplats valdes att kontaktas. Detta för att inte informanterna skulle ha svårt att prata om känsliga händelser och personliga upplevelser på grund av personliga relationer mellan informant och författare.

Diskussion kring hur intervjuerna skulle utföras mynnade ut i ett beslut om enskilda telefonintervjuer. Av praktiska skäl och tidsbrist var denna typ av intervjuer det enda möjliga alternativet. På en av klinikerna fanns önskemål om att intervjuerna skulle ske under barnmorskornas ordinarie arbetstid. Verksamheten fick därför styra när möjlighet gavs och det krävdes ett par försök innan intervjuerna kunde genomföras. Författarna tror inte att det hade någon betydelse för intervjuernas kvalitet om de utfördes på informantens fritid eller under dennes arbetstid. Vid intervjutillfället upplevdes ingen av barnmorskorna vara under tidspress. Polit och Beck (2017, ss. 275–276) beskriver just att en nackdel med telefonintervjuer kan vara att det eventuellt blir svårare att få tag på informanterna. En reflektion av författarna i efterhand är att intervjuerna hade kunnat genomföras digitalt. Detta då Polit och Beck (2017, s. 243) beskriver att bästa metoden att samla in data är att möta informanten öga mot öga. Kvaliteten på intervjun och svaren som informanten delger blir högre och ger också ett annat djup då det även går att observera informantens kroppsspråk.

En intervjuguide utformades (se Bilaga III). Den startade med några faktafrågor för att få en kort bakgrund om informanterna, sen följde frågor som var relevanta för studiens syfte. Fördelen med att vi använde oss av en intervjuguide var att samtliga informanter fick samma frågor och inget missades. Under intervjuerna fick informanterna olika följdfrågor beroende på deras svar, för att få ett djup i svaret. Det behövde till exempel ibland kompletteras med frågor som: Hur kändes det? Hur tänkte du då? Vill du berätta mer om det? En pilotintervju utfördes med en av barnmorskorna som tackat ja till att medverka i studien. Detta för att undersöka om frågorna i intervjuguiden som hade utformats svarade på studiens syfte. Båda författarna deltog vid intervjun och efter analys av det insamlade materialet beslutades gemensamt att denna skulle inkluderas då datamaterialet väl stämde överens med studiens syfte. Inget i intervjuguiden ändrades. Att en pilotintervju utfördes gjorde att författarna vid resterande intervjuer kände sig säkrare i sin intervjuroll. Författarna anser även att en pilotintervju kan stärka studiens giltighet. Även de andra intervjuerna som genomfördes upplevdes innehålla data som svarade väl mot studiens syfte. Däremot kan det diskuteras om antalet intervjuer var tillräckligt. Erfarenheten från fler barnmorskor hade troligtvis gett ett större djup åt resultatet vilket hade kunnat bidra med en större giltighet. Samtidigt upplevde vi att materialet var mättat då mycket liknande material återkom under intervjuerna. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017, s. 231) går det inte att säga hur många informanter som ska delta i en studie för bästa resultat. Det viktiga är att den datamängd som framkommer har god kvalitet och svarar på syftet. Författarna valde att styrka brödtextern med citat i resultatet vilket hjälper läsaren att bedöma giltigheten av författarnas tolkningar (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 231). Samtliga intervjuer spelades in. Genom att använda sig av

inspelade intervjuer kan risken för missförstånd vid tolkning av datamaterialet minska (Polit & Beck 2017, s. 508). Vid tre av intervjuerna deltog båda författarna. En av författarna var huvudansvarig för intervjun och den andre fyllde i med följdfrågor. Vid de övriga intervjuerna var det inte möjligt för båda författarna att medverka då intervjuerna vid ett par tillfällen behövde ombokas på grund av hög belastning på barnmorskornas arbetsplats. Under denna period genomgick författarna även VFU på olika orter vilket gjorde det svårt för båda att delta samtidigt. Att inte båda författarna kunde närvara vid alla intervjuerna kan ha lett till att information missats. Detta då det inte fanns en andra part som kunde fylla i med följdfrågor på samma sätt.

Tillförlitligheten i en studies resultat stärks genom att analysprocessen utförs och beskrivs noggrant (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, ss. 231–232). Att författarna gemensamt diskuterat, analyserat och reflekterat över datamaterialet anser vi därför stärker studiens tillförlitlighet. En svaghet i studien är att vi inte har någon tidigare erfarenhet av att intervjua, transkribera eller att analysera genom kvalitativ innehållsanalys. Det går därför inte helt att utesluta att resultatet påverkats av vår brist på erfarenhet och att information av betydelse för studien missats. Resultatet kan även ha påverkats av den tidsbrist vi haft för att utföra studien. Vår uppfattning är att det skulle behövas mer tid för att kunna fördjupa sig ytterligare i ämnet.

Delaktighet i en studie förklarar Lundman och Hällgren Graneheim (2017, s. 232) som forskarens påverkan på det som är föremål för studien. Författarna har under studiens gång försökt sträva efter ett neutralt förhållningssätt för att inte påverka studiens resultat. Förförståelse kan påverka tolkningen och analysen av resultatet. Förförståelse handlar om vad författarna har för kunskap, erfarenhet och förutfattade meningar om ämnet som analyseras (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, ss. 230–231). Författarna till studien hade sedan tidigare en förutfattad mening om att ämnet var ett svårt område med mycket känslomässigt engagemang hos barnmorskan. Detta var en av orsakerna till att ämnet valdes att utforska. Denna typ av förförståelse kan ha påverkat resultatet men författarna anser ändå att förförståelsen är relativt låg. Författarna hade ingen kunskap i ämnet innan studiens början. Båda har haft VFU på förlossningsklinik, men aldrig kommit i kontakt med vårdande av föräldrar som drabbats av IUFD. Brist på förförståelse menar författarna stärker studiens tillförlitlighet.

Överförbarhet avgörs av hur överförbart resultatet är på en annan grupp än de som deltagit i studien. Författarna kan ge förslag för överförbarhet, men i slutändan är det ändå läsaren som bedömer om resultatet är överförbart till en annan grupp. Om studiens urval, deltagare, datainsamling och analys noggrant beskrivs underlättas bedömningen av studiens överförbarhet för läsaren (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 232).

Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att barnmorskor har ett flertal behov för att kunna ge bästa möjliga stöd till föräldrar som drabbats av IUFD. Resultatet kom att bestå av fyra huvudkategorier. Kategorierna som framkom var: *Att vara förberedd*, *Att känna stöd*, *Att vårda i lugn och ro* och *Att få återhämtning*.

I studien av Martinez-Serrano, Palmar-Santos, Solis-Munoz, Alvarez-Plaza & Pedraz-Marcos (2018) beskrivs det att en av de svåraste uppgifterna barnmorskor kan möta är att vårda par som drabbats av IUFD. Det skapar stress och kan vara en stor påfrestning för den vårdande barnmorskan. I vår studie framkom även att flera av barnmorskorna som intervjuades kände samma sak. De uttryckte att det ingick i deras yrkesutövande att vårda de här paren men det förhindrade inte att de påverkades känslomässigt av situationen. Det gick inte heller att veta hur det skulle kännas för barnmorskorna att möta kvinnan eller paret som drabbats, då alla möten och situationer var unika. Barnmorskan förväntas vårda och stödja på ett professionellt sätt. För att underlätta kan förberedelse och kunskap göra vårdandet lättare (Rådestad 1998, s. 5). Både förberedelse och kunskap var behov som framkom i resultatet. Barnmorskorna ville känna sig väl förberedda på olika sätt för att kunna ge ett så bra stöd som möjligt till föräldrarna som drabbats av IUFD. Ett sätt var att de själva kände sig känslomässigt stabila för att orka ta sig an en så pass krävande och känslös uppgift. Kände barnmorskan sig lugn och trygg i situationen förmedlades detta till föräldrarna. Kollegorna försökte hjälpas åt om det var någon som kände att uppgiften blev för tung. Däremot måste barnmorskan i alla situationer fokusera på kvinnan eller paret hon har framför sig och kan inte låta sitt eget mående lysa igenom. Som tidigare beskrivits är vården av barnafödande kvinnor laddad av känslor, speciellt vid situationer där kvinnan ska föda ett dött barn (Leap & Hunter 2016, s. 186). Det kan vara svårt för barnmorskan att hantera kvinnans känslor men också de egna känslorna. Barnmorskan döljer många gånger sina oroskänslor för föräldrarna men kan senare behöva bearbeta sina egna upplevda känslor (Leap & Hunter 2016, s. 189). Hunters modell (2015) för hur barnmorskor kan hantera sina känslor beskrivs i bakgrunden. Modellen kan utgöra ett verktyg vid handledning eller reflektion och kan användas som stöd för att synliggöra och reflektera kring barnmorskans känslor kring en födsel.

I resultatet framkom det också att barnmorskorna efterlyste utbildning om IUFD, antingen att ämnet togs upp under barnmorskeutbildningen eller att man hade temadagar på arbetet. Barnmorskorna uttryckte också en önskan om utbildning i att möta och samtala med människor i kris och akut sorg. Detta framgår även i studierna av Martinez-Serrano et al. (2018) och Ravaldi et al. (2018) där de deltagande barnmorskorna uttryckte att de varken kliniskt eller emotionellt hade fått någon utbildning i att hantera denna typ av situation. De önskade få utbildning relaterat till sorg och strategier för att möta den. De kände sig misslyckade i stödet till föräldrarna och önskade även få utbildning i kommunikationsförmåga. Hur barnmorskan agerar vid en sådan här händelse har en avgörande effekt på föräldrarnas upplevelse. Barnmorskor borde därför få stöd och träning i att vårda föräldrar som drabbats av IUFD (Salenius 2019). Detta anser även författarna borde tas upp under barnmorskeutbildningen då det beskrivs som en av de svåraste uppgifterna som en barnmorska har.

Ett annat behov som framkom i resultatet var erfarenhet. Barnmorskorna ville känna sig trygga och erfarna i sin yrkesroll innan de tog sig an uppgiften att vårda ett par som drabbats av IUFD, vilket accepterades av kollegorna. Dock beskriver barnmorskor i studien av Martinez-Serrano et al. (2018) vårdandet av de här föräldrarna som en mycket svår upplevelse som var svår att hantera trots många års arbetslivserfarenhet. Även om yrkeserfarenhet belystes som ett viktigt behov i vårt resultat framkom det också att grunden vid vårdandet av de här paren handlar mycket om medmänsklighet. Att ha förmåga att känna medkänsla till andra människor beskrevs som viktigare än hur lång

yrkeserfarenhet barnmorskan hade, för att kunna ge ett gott stöd till de drabbade föräldrarna. En av barnmorskorna i vår studie uttryckte att det var barnmorskans egenskaper och vilka erfarenheter hon hade med sig sen tidigare som låg till grund för att kunna ge god vård vid en sådan här situation. Vilka egenskaper som syftades på framkom inte i intervjun.

Det mest framträdande behovet som framkom i resultatet var barnmorskornas behov av att själva känna stöd under och efter en sådan här förlossning, för att kunna hantera uppgiften på ett så bra sätt som möjligt. De intervjuade barnmorskorna var överens om att det absolut viktigaste och mest värdefulla stödet var det stöd de fick från kollegorna. Barnmorskorna upplevde att detta stöd fungerade väldigt bra. Att prata om händelsen med kollegor kan leda till att vårdpersonalen känner sig tryggare och lättare kan hantera liknande händelser i framtiden (André 2000). Däremot var det många som upplevde brist i det spontana stödet från chefen. Organisationen på arbetsplatsen påverkar barnmorskans välmående och ledningen har ett viktigt ansvar för sin personal och deras välmående. Väl omhändertagen och välmående personal ger i sin tur säkrare och bättre vård till patienterna (Leap & Hunter 2016, s. 197).

Barnmorskorna kände även behov av handledning och debriefing efter att de vårdat ett par som drabbats av IUFD. Detta fanns dock inte tillgå på någon av förlossningsavdelningarna. Författarna tycker att det var mycket förvånande att ingen av klinikerna hade någon typ av debriefing att tillgå då barnmorskorna i studien beskriver vårdandet av de här paren som den svåraste uppgiften i yrket. Behövde barnmorskorna stöd fick de söka upp det själva då uppgiften beskrivs som en del av arbetet. Vi tror att det behövs förbättrade rutiner för stöd på förlossningsklinikerna för barnmorskor som vårdat vid IUFD för att barnmorskor lättare ska kunna hantera arbetet samt utvecklas i sin yrkesroll. Som sjuksköterskor har vi båda haft tillgång till debriefing och svåra händelser har följts upp av chef och bearbetas tillsammans med övrig inblandad personal. Det känns därför märkligt att barnmorskor inte har samma tillgång till uppföljning då vårdandet av de här paren beskrivs som en väldigt känslös och svår uppgift. Behovet av att få prata om händelsen i efterhand framkommer även i en studie om barnmorskors erfarenheter av IUFD (Puia, Lewis & Beck 2013). Barnmorskorna i studien upplevde det svårt att prata med någon utomstående utan uttryckte en önskan om att få ha handledning eller öppna diskussioner på arbetet. Bästa sättet att vårda och vara rädd om personalen är att barnmorskorna känner sig omhändertagna, att deras behov erkänns och tillgodoses på arbetsplatsen (Leap & Hunter 2016, s. 196).

Ett annat stort behov som framkom och som barnmorskorna uttryckte ett flertal gånger under intervjuerna var att endast vårda det drabbade paret, utan ansvar för fler patienter. Detta för att man ville finnas där för föräldraparet i den utsträckning de önskade och för att det var svårt att skifta känsloläge mellan rummen. På båda förlossningsavdelningarna var detta något som eftersträvades, men inte alltid gick att lösa på grund av hög arbetsbelastning. Samma dilemma beskriver barnmorskorna i studien av Martinez-Serrano et al. (2018). De upplevde en stress över att behöva "slitas mellan sorg och lycka" och att behöva anpassa sitt beteende, känslor och konversation till det paret de hade framför sig. Författarna anser att det borde vara en självklarhet att som barnmorska endast vårda det drabbade paret. Då det är en sådan tung och känslös uppgift måste det gå att lösa så att barnmorskan kan lägga allt sitt stöd och all sin energi på det enskilda paret. Det

har också framkommit i ett flertal studier att ett bra stöd av barnmorskan vid en sådan här förlossning kan hjälpa föräldrarna i deras sorg. Det är därför viktigt att det blir en så lugn och trygg stund som möjligt.

I resultatet framkom också behov av återhämtning efter att ha vårdat ett par som drabbats av IUFD. Att få prata av sig och reflektera med sina kollegor som varit med om liknande situationer var ett sätt att bearbeta händelsen. Andra sätt att få återhämtning var att umgås med familj och vänner samt att utföra någon typ av träning. Detta var behov som visade sig vara viktiga i en studie om vad det var som gjorde att barnmorskor trivdes med sitt jobb och orkade jobba vidare trots allt de kan vara med om (Leap & Hunter 2016, s. 196). De flesta som väljer att arbeta som barnmorska har ambitionen att ge sina patienter bästa möjliga vård i alla situationer. Det finns dock en risk att barnmorskan till slut blir känslomässigt trött och inte orkar bry sig längre. Det kan leda till att barnmorskan distanserar sig för att skydda sig själv och blir som en robot utan känslor. Faran i detta är att barnmorskan till slut blir sjuk, utbränd och kanske lämnar yrket då orken att ge av sig själv på arbetet till slut blir övermäktigt (Leap & Hunter 2016, s. 196). Detta bekräftar vikten av att barnmorskan får återhämtning så att hon orkar ge stöd till sina patienter under sin arbetstid.

SLUTSATSER

Vår studie visar att barnmorskorna hade ett flertal behov för att kunna ge optimalt stöd till föräldrar som drabbats av IUFD. Barnmorskorna upplevde ofta vårdandet som mycket känslomässigt och svårt oavsett erfarenhet i yrket. Barnmorskor bör därför alltid erbjudas stöd i form av handledning eller debriefing på sin arbetsplats i samband med vårdandet. Att endast få vårda det drabbade paret och inte ansvara för andra patienter samtidigt bör eftersträvas. Stödet blir bättre både för paret som drabbats av IUFD men även för eventuella övriga patienter. Patienterna behöver då inte möta en barnmorska som pendlar mellan olika känslor. Barnmorskorna efterlyste mer utbildning om IUFD. Vi föreslår att ämnet ska tas upp under barnmorskeutbildningen eller som återkommande temadag på förlossningskliniker. Om barnmorskans behov uppfylls ökar förutsättningarna för en bättre arbetsmiljö. Det gör barnmorskan trygg i sitt vårdande vilket resulterar i en högre patientsäkerhet och att föräldrarna får en bättre upplevelse i denna svåra situation.

REFERENSER

André, B. (2000). Når møte med livet blir møte med døden. *Vård i Norden*, 20(2), ss. 39–44. doi:10.1177/010740830002000209

Bendt, I. (2006). *Ett litet barn dör. Ett Ögonblicks skillnad*. 2. uppl., Stockholm: Verbum Förlag.

Drevin, J. & Hansson, M. (2020) Swepis har lett till överilade ändringar i förlossningsrutiner. *Läkartidningen*, <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/kommentar/2020/02/swepis-har-lett-till-overilade-andringar-i-forlossningsrutiner/> (201125).

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. *J. Obstet. Gynaecol. Res*, 37(11), 1677–1684, <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2011.01603.x>

Erlandsson, K., Warland, J., Cacciatore, J., & Rådestad, I. (2013). Seeing and holding a stillborn baby: Mother's feelings in relation to how their babies were presented to them after birth-Findings from an online questionnaire. *Midwifery* 29; 246–250, doi: 10.1016/j.midw.2012.01.007

Hedrenius, S. & Johansson, S. (2013). *Krisstöd vid olyckor, katastrofer och svåra händelser. Att stärka människors motståndskraft*. Stockholm: Natur & Kultur.

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

Lawn, J.E., Blencowe, H., Pattinson, R., Cousens, S., Kumar, R., Ibiebele, I., Gardosi, J., Day, L.T. & Stanton, C. (2011). Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? *The Lancet*, 377, 1448–1463. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62187-3

Leap, N. & Hunter, B. (2016). *Supporting women for labour and birth: A thoughtful guide*. London/New York: Taylor Francis Ltd.

Lundgren, I. & Dahlberg K. (2002). Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery* 2002; 18(2): 155–64. doi: 10.1054/midw.2002.0302.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund Nielsen, B & Granskär, M. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur: Lund. ss. 219–234.

Martinez-Serrano, P., Palmar-Santos, A M., Solis-Munoz, M., Alvarez-Plaza, C. & Pedraz-Marcos, A. (2018). Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Midwifery* 66, 127–133, doi: 10.1016/j.midw.2018.08.010.

- Martinez-Serrano, P., Pedraz-Marcos, A., Solis-Munoz, M. & Palmar-Santos, A M. (2019). The experience of mothers and fathers in cases of stillbirth in Spain. A qualitative study. *Midwifery* 77, 37–44, doi: 10.1016/j.midw.2019.06.013.
- McNamara, K., Meaney, S., O’Connell, O., McCarthy, M., Greene, R., O’Donoghue, K. & Greene, R. A. (2016). Healthcare professionals’ response to intrapartum death: a cross-sectional study. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 295(4), 845–852, doi:10.1007/s00404-017-4309-9
- Montero, S., Sanchez, J., Montoro, C., Crespo, M., Jaén, A. & Tirado, M. (2011). Experiences with perinatal loss from the health professionals’ perspective. *Revista Latinoamericana de Enfermagem (RLAE)*, 19(6), 1405–1412. doi:10.1590/S0104-11692011000600018
- O’Connell, O., Meaney, S. & O’Donoghue, K. (2016). Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? *Women & Birth*, 29(4), 345–349, doi:10.1016/j.wombi.2016.01.003.
- Persson, T. (1995). *Att möta människor i kris - Om kristeori och krisbistånd*. Studentlitteratur, Lund.
- Pettersson, K. & Stephansson, O. (2014). Fosterdöd. I Hagberg, H., Marsál, K. & Westgren, M. (red.). *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur. ss. 465–469.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Puia, D. Lewis, L. & Beck, T. (2013) Experiences of obstetrik nurses who are present for a perinatal loss. *JOGNN*, 42(3) 321–31. doi: 10.1111/1552-6909.12040
- Ravaldi, C., Levi, M., Angeli, E., Romeo, G., Biffino, M., Bonaiuti, R. & Vannacci, A. (2018). Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents’ needs? *Midwifery*, 64, 53–59. doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.008
- Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C. & Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(6), 631–639. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00290.x.
- Ryding, E-L. (2014). Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I Hagberg, H., Marsál, K. & Westgren, M. (red.) *Obstetrik*. Studentlitteratur. ss. 127–140.
- Rådestad, I. (2018). Intrauterin fosterdöd. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A.K. (red.). *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur, ss. 417–425.
- Rådestad, I. (1998). *När barn föds döda*. Studentlitteratur, Lund.
- Rådestad, I. (2005). Omvårdnad när ett barn föds dött. Sjögren, B. (red.). I *Psykosocial obstetrik. Kropp och själ och barnafödande*. Studentlitteratur, Lund, ss. 255–261.

Salenius, P (2019) Sociological and psychological effects of stillbirth: theory, research, and midwifery. *British Journal of Midwifery*, October 2019, Vol 27, No 10 doi:abs/10.12968/bjom.2019.27.10.616

Socialstyrelsen (2014). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. Medicinska födelseregistret 1973–2013 Assisterad befruktning 1991–2012. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2018). *Insatser behövs för att minska antalet dödfödda barn*. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/insatser-behovs-for-att-minska-antalet-dodfodda-barn/> (201022).

Spädbarnsfonden (2020). <https://www.spadbarnsfonden.se/om-oss-2/> (201027).

Stott, S. (2014). Stillbirth: A reflective case study. *British Journal of Midwifery*, 22(6), ss. 439–443, doi: 10.12968/bjom.2014.22.6.439

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

Wennerholm, U-B., Saltvedt, S., Wessberg, A., Alkmark, M., Bergh, C., Brismar Wendel, S. & Fadl, H. (2019). Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ* 2019;367: 16131. doi:org/10.1136/bmj.16131

World Health Organisation. (2019). *Stillbirths*. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/ (201021).

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/> (200120).

BILAGOR

Bilaga I

Informationsbrev till avdelningschef angående examensarbete om intrauterin fosterdöd.

Godkännande av avdelningschef för datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeprogrammet vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Syftet med examensarbetet är att utforska vilka behov barnmorskor på förlossningen har för att kunna ge optimalt stöd till föräldrar som drabbats av intrauterin fosterdöd.

Vi planerar att intervjua cirka 6–8 barnmorskor vid två olika förlossningskliniker i västra Sverige. Barnmorskorna ska ha erfarenhet av förlossningar vid intrauterin fosterdöd. För att kunna genomföra vår studie önskar vi Er tillåtelse och hjälp att rekrytera barnmorskor. Hör gärna av Dig med svar senast onsdag 16/1.

Varje intervju beräknas ta cirka 30–45 minuter, vi kommer båda att närvara vid intervjuerna. Vid önskemål kan intervjuerna även utföras via telefon. Intervjuerna kommer att spelas in och ordagrant överförs till text. Insamlad data kommer hanteras konfidentiellt. Ingen intervjuperson kommer att kunna identifieras. Enbart författarna och handledaren kommer att ha tillgång till materialet. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas.

Godkännande

Härmed godkänner jag att Jenny Börjesson och Sara Magnusson får intervjua barnmorskor som arbetar i min verksamhet.

Namnteckning -----

Namnförtydligande -----

Datum och ort -----

Examensarbetet utförs i sexuell och reproduktiv hälsa under handledning av universitetslektor Christina Nilsson, barnmorska och docent i sexuell och reproduktiv hälsa vid akademien för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås, christina.nilsson@hb.se

Med vänliga hälsningar

Barnmorskestudent: Jenny Börjesson, 070–2594884, s193455@student.hb.se

Barnmorskestudent: Sara Magnusson, 070–2235752, s193128@student.hb.se

Bilaga II

Information angående examensarbete om intrauterin fosterdöd.

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett examensarbete med syfte att utforska vilka behov barnmorskor på förlossningen har för att kunna ge optimalt stöd till föräldrar som drabbats av intrauterin fosterdöd. Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeprogrammet vid Akademien för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Att vårda och bistå gravida kvinnor som drabbats av intrauterin fosterdöd kommer att ingå i våra arbetsuppgifter som barnmorskor. Vi önskar fördjupa kunskap och förståelse för vilka behov barnmorskor har för att kunna ge bästa vård vid intrauterin fosterdöd. Du tillfrågas eftersom Du arbetar på en förlossningsavdelning och har erfarenhet av förlossning vid intrauterin fosterdöd. Studien är godkänd av Din arbetsgivare. Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet. Med huvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går examensarbetet till?

Datansamlingen kommer att ske i form av intervjuer med öppna frågor till 6–8 barnmorskor på två olika förlossningsavdelningar i västra Sverige. Varje intervju beräknas ta cirka 30–45 minuter och vi båda studenter planerar att närvara. Intervjun kan även vid önskemål ske via telefon. Intervjun kommer att spelas in och ordagrant överförs till text. Ljud och textmaterialet kommer hanteras konfidentiellt. Ingen intervjuperson kommer att kunna identifieras. Enbart författarna och handledaren kommer att ha tillgång till materialet. Tid och plats för intervjun bestäms tillsammans med dig om du vill delta i studien.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. För att delta behöver du lämna ditt samtycke.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta handledare Christina Nilsson.

Vad händer med mina uppgifter?

I examensarbetet kommer vi att samla in information från dig. Inga namn, uppgifter eller resultat som kan härledas till dig som person kommer att redovisas i examensarbetet. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det, i enlighet med gällande lagstiftning.

Det datamaterial som samlats in i intervjuerna kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör.

Behandlingen av uppgifter om dig sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke). Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som deltagare har du ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 15–18, 20 och 22, som bland annat innebär att du har rätt att ta del av de uppgifter om dig som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Du har också rätt att få behandlingen av uppgifter om dig begränsad. Kontakta ansvarig handledare i dessa fall. Om du har frågor kring behandlingen av dina personuppgifter är du välkommen att i första hand kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren. Du är också välkommen att kontakta högskolans dataskyddsombud via e-post, dataskydd@hb.se, med synpunkter. Du har därtill rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Ansvariga för examensarbetet

Barnmorskestudent: Jenny Börjesson, 070–2594884, s193455@student.hb.se

Barnmorskestudent: Sara Magnusson, 070–2235752, s193128@student.hb.se

Examensarbetet utförs i sexuell och reproduktiv hälsa under handledning av universitetslektor Christina Nilsson, barnmorska och docent i sexuell och reproduktiv hälsa vid akademien för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås, christina.nilsson@hb.se

Bilaga III

Intervjuguide

Ålder?

Antal år som sjuksköterska?

Antal år som barnmorska?

Antal år på förlossningsavdelning?

Annat erfarenhet som barnmorska?

Berätta om vilka behov du har som barnmorska för att kunna ge bästa möjliga stöd till gravida kvinnor/föräldrar som drabbats av intrauterin fosterdöd?

Har du fått någon speciell utbildning?

Hur vill du förbereda dig inför ett möte med en gravid kvinna/föräldrar med IUFD?

Vilket stöd får du som barnmorska? Hur är stödet från chefer och kollegor?

Skulle du vilja berätta om en förlossning med intrauterin fosterdöd som blev bra och någon som blev mindre bra. Vad var det som gjorde att det blev bra/mindre bra? Vad hade du behövt?

Vad fungerar bra på din arbetsplats vid vård av kvinnor/föräldrar vid IUFD? Vad fungerar mindre bra? Vad kan förbättras?

Finns det möjlighet till uppföljning/debriefing på arbetsplatsen?

Hur mår du efter en förlossning med ett intrauterint dött barn?

Hur tar du hand om dig själv?

Uppföljande frågor:

Kan du berätta mer?

Kan du ge exempel?

Hur kände du kring det?

Hur tänker du om det idag?