



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Avdelningen för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

Barnmorskors erfarenheter av att arbeta med hemförlossning i Sverige

En intervjustudie

Midwives experiences of working with homebirth in Sweden

An interview study

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp

(Avancerad nivå), 2022

Författare:

Cathrine Sjölund

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Handledare:

Anna Gustafsson

Leg. Barnmorska

PhD

Författare:

Veronica Mårtensson

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Examinator:

Ewa Andersson

Leg. Barnmorska

Docent

Författarna vill tillägna ett stort tack till de barnmorskor som deltog i intervjustudien och delade med sig öppet om sina personliga erfarenheter av hemförlossning. Författarna vill även tacka Anna Gustafsson för god handledning och vägledning under studiens gång.

Sammanfattning

Bakgrund: Historiskt sett har hemförlossningar varit vanligt förekommande i Sverige ända fram till 1920–1930-talen. Legitimerade barnmorskor handlägger normal förlossning och ett fåtal assisterar förlossning i hemmet. Kvinnor som valde att föda hemma upplevde ökad autonomi och såg födandet som en naturlig process. Forskning har visat att risker med hemförlossning är låg för friska kvinnor med normal graviditet.

Syfte: Undersöka erfarenheter hos barnmorskor som arbetar med hemförlossning i Sverige.

Metod: Studien är en intervjustudie med kvalitativ ansats. Vid insamling av data användes semistrukturerade intervjuer. Bekvämlighetsurval användes och elva barnmorskor deltog. Studiematerialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman.

Resultat: Barnmorskornas erfarenheter sammanställdes i sex teman: Motiv till att vara hembarnmorska, Barnmorskors erfarenheter av bristningar och akuta situationer, Barnmorskors erfarenheter av kriterier för hemförlossning, Barnmorskors erfarenheter av varför kvinnor valde att föda hemma, Barnmorskors positiva erfarenheter av hemförlossning och Barnmorskors negativa erfarenheter av hemförlossning.

Slutsats: Barnmorskorna upplevde att kvinnor skulle ha rätt att välja var de ville föda. De beskrev en låg förekomst av bristningar och att vattenförlossning var vanligt. Negativa erfarenheter som beskrevs av barnmorskorna var att de upplevde en utsatthet i brist på stöd av kollegor. Slutligen ansåg alla barnmorskor att alla friska kvinnor som hade en normal graviditet skulle få möjligheten att välja hemförlossning.

Nyckelord: *Sverige, hemförlossning, erfarenhet, barnmorska*

Abstract

Background: Historically, home births have been common in Sweden right up until the 1920s and 1930s. Licensed midwives handle normal birth and a few assist births at home. Women who chose to give birth at home experienced increased autonomy and saw childbirth as a natural process. Research has shown that risks with home birth are low for healthy women with normal pregnancy.

Aim: Investigate experiences of midwives who work with home birth in Sweden.

Method: The study is an interview study with a qualitative approach. To collect data, semi-structured interviews were used. Convenience sampling was used and eleven midwives participated. The study material was analyzed with qualitative content analysis according to Graneheim and Lundman.

Results: Midwives experiences were compiled in six themes: Motives for being a home midwife, Midwives experiences of ruptures and emergency situations, Midwives experiences of criteria for home birth, Midwives experience of why women chose to give birth at home, Midwives positive experiences of home birth and Midwives negative experience of home birth.

Conclusion: Midwives felt that women should have the right to choose where they wanted to give birth. They described a low incidence of ruptures and that water birth was common. Negative experiences described by the midwives were that they felt vulnerable due to lack of support from colleagues. Finally, all midwives believed that all healthy women with normal pregnancy should be given the opportunity to choose home birth.

Keywords: *Sweden, home birth, experience, midwife*

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Benämningen kvinna	1
Födandets historia i Sverige	1
Födandet i Norden	1
Födandet i Sverige idag	1
Definition av normal förlossning	2
Definition av planerad hemförlossning	2
Riktlinjer för planerad hemförlossning	2
Vårdformer med kontinuitet	3
Hemförlossning	4
Finns det risker med hemförlossning?	5
Kvinnans perspektiv på hemförlossning	6
Barnmorskans kompetensområde	6
Barnmorskans perspektiv på hemförlossning	7
Problemformulering	8
Syfte	8
Metod	8
Design	8
Urval	8
Datainsamling	9
Analys	9
Etiska överväganden	11
Resultat	12
Motiv till att vara hembarnmorska	13
Hur barnmorskorna arbetade under en hemförlossning	13
Trygg i sig själv	14
Tidigare arbetserfarenhet	15
Kvinnans egna val och rättighet	15
Födandet är en naturlig process	16
Samarbetet med andra professioner och enheter	16
Barnmorskors erfarenheter av bristningar och akuta situationer	17
Förekomst av bristningar	17
Förekomst av akuta situationer	18

Barnmorskors erfarenheter av kriterier för hemförlossning.....	18
Att förhålla sig till kriterier och riktlinjer	18
Undantag.....	19
Barnmorskors erfarenheter av varför kvinnor valde att föda hemma.....	20
En medveten kvinna som gör ett medvetet val	20
Tidigare traumatisk händelse	20
Föda på en trygg plats.....	21
Barnmorskors positiva erfarenheter av hemförlossning	22
Stärkta relationer.....	22
Harmonisk och trygg miljö.....	22
Intim relation	23
En livsstil och ett varande	23
Barnmorskors negativa erfarenheter av hemförlossning.....	24
Utmaningar med att få sin drömförlossning	24
Lång väntan.....	24
Utsatthet	25
Diskussion.....	26
Metoddiskussion.....	26
Design	26
Urval	26
Datainsamling	27
Analys	28
Etiska överväganden	29
Resultatdiskussion	30
Slutsats	33
Klinisk implikation.....	34
Framtida forskning	34
Referenser	35
Bilaga I - Informationsbrev	41
Bilaga II - Samtyckesblankett.....	43
Bilaga III - Intervjuguide.....	44

Bakgrund

Benämningen kvinna

Författarna kommer använda sig av benämningen kvinna för att förhålla sig till ett begrepp och öka läsbarheten. Författarna är medvetna om att det kan förekomma andra familjekonstellationer och att alla individer inte ser sig själv som kvinna.

Födandets historia i Sverige

Historiskt har hemförlossningar varit vanligt förekommande i Sverige ända fram till 1920–1930 talen. Sedan förflyttades förlossning allt mer till sjukhus och Sverige var en av de första länderna i Västeuropa att övergå från hemförlossning till förlossning på sjukhus. Under 1700-talet existerade endast ett sjukhus att föda på i Sverige och under 1800-talet uppkom ytterligare sex förlossningssjukhus. Under 1800-talet ökade antalet utbildade barnmorskor. Under 1900-talet ökade förlossningssjukhus ytterligare i Sverige. Under tidigt 1900-tal födde kvinnor på olika platser som hemmet, födelsehus eller sjukhus. Användningen av olika institutioner berodde främst på sociala klasskillnader i samhället. Den fattiga befolkningen födde ofta på födelsehus exempelvis Röda korset. Fördelar med fler förlossningar på sjukhus var att det blev en lättnad för fattiga kvinnor, det bidrog till fler skolor för barnmorskor och läkare samt mer hälso- och sjukvård i allmänhet. Överföring från hemförlossning till förlossning på sjukhus inträffade i samklang med att jordbrukssamhället utvecklades till industrisamhället (Vallgård, 1996).

Födandet i Norden

I Norden inträffar idag de flesta förlossningar på sjukhus och antalet hemförlossningar skiljer sig åt mellan olika länder. Den högsta andelen planerade hemförlossningar i Norden finns på Island, på cirka 2 procent. Andelen hemförlossningar i Danmark är 1,5 procent, i Norge en promille och i Finland 1 på 3000 (Sjöholm et al., 2015).

Födandet i Sverige idag

I Sverige finns det tillgång till förlossningsvård som finansieras av skatter och födelsen registreras i nationella födelseregister. Alla kvinnor har rätt till vård på lika villkor.

Legitimerade barnmorskor är primära vårdgivare och handlägger normal förlossning (Lindgren et al., 2014; Thies-Lagergren et al., 2021). Majoriteten föder idag barn på sjukhus med hjälp av barnmorskor som de inte känner i förväg (Thies-Lagergren et al., 2021).

Varje år föds 110 000–120 000 barn i Sverige. Frekvensen av kejsarsnitt, induktioner och epiduralbedövning ökar i hela samhället. Andelen förlossningar som avslutades med kejsarsnitt har ökat från 10,9 procent år 1990 (Socialstyrelsen, 2005) till 17,9 procent år 2020. Sedan början på 1970-talet har användningen av epiduralbedövning ökat. På 1970-talet var användandet av epiduralbedövning 1 procent hos förstföderskor i jämförelse med 63 procent hos förstföderskor år 2020. Det har skett en successiv ökning av inducerade förlossningar sedan mätningen startade 1993. År 1993 inducerades 8 procent i fullgången tid medan år 2020 inducerades 42 procent (Socialstyrelsen, 2021).

Definition av normal förlossning

WHO:s definition av normal förlossning innefattar graviditetslängd mellan vecka 37+0 till 41+6, enkelbörd och vid förlossningens start föreligger inga medicinska riskfaktorer som bedöms kunna påverka förlossningens förlopp eller utfall. Värkarbetet ska starta spontant, förloppet ska pågå utan komplikationer från värkarbetets start till efter moderkakans framfödande, barnets ska födas spontant i huvudbjudning och mor och barn ska mår bra efter förlossningen (Socialstyrelsen, 2001).

Definition av planerad hemförlossning

Planerad hemförlossning innebär att kvinnan väljer att föda hemma istället för på sjukhus med assistans av legitimerad barnmorska. Det finns barnmorskor som har valt att assistera hemförlossningar. Riktlinjer för att föda hemma minskar risken för att något ska hända vid förlossningen (1177, 2020). Hemförlossning kommer i studien definieras som en planerad förlossning i hemmet som bistås av legitimerad barnmorska.

Riktlinjer för planerad hemförlossning

Det finns inga nationella riktlinjer på vilka som får föda hemma i Sverige.

Rekommendationerna för att få föda hemma i Region Stockholm är att kvinnan ska vara frisk, omfödelska, haft en normal graviditet och tidigare komplikationsfri förlossning.

Hemförlossning är generellt inte medicinskt rekommenderat, eller resurseffektivt, då kostnaden för en hemförlossning uppgår till 22 000 kronor (Region Stockholm, 2019).

Ytterligare rekommendationer att inte föda hemma är inte innan graviditetsvecka 36+6 och

där kvinnans eller fostrets tillstånd behöver särskilt omhändertagande och kompetens (Region Stockholm, 2022).

Hemförlossning är inte rätt alternativ för alla. Kvinnor som väljer att föda hemma behöver engagera sig i en mycket högre grad av förberedelser, ansvar och engagemang i förlossningen. Vissa kvinnor kan eller bör inte ta på sig det ansvaret. De som väljer hemförlossning behöver exempelvis vara beredd på att vara utan epidural, då den möjligheten inte finns i hemmet (Dekker, 2022).

Vårdformer med kontinuitet

Vårdformer med kontinuitet innebär att samma barnmorska eller grupp av barnmorskor ombesörjer vården under graviditet, förlossning och den första tiden efter barnets födelse för ett bestämt antal kvinnor. Det vanligast förekommande är att en barnmorska har det primära ansvaret och delar beredskap för förlossning med andra barnmorskor i teamet. Vårdformer med kontinuitet av barnmorskor går under namnet caseload och i somliga svenska projekt kallas vårdformen för *Min Barnmorska* och *Barnmorska Hela Vägen* (Hildingsson, 2021). Sammanhållen vårdkedja har visat sig ha en positiv inverkan på förlossningsutfallet, känslomässigt och fysiologisk, med färre interventioner och minskad användning av farmakologisk smärtlindring som följd (Thies-Lagergren et al., 2021).

Projektet *Min Barnmorska* startades år 2018 och är ett samarbete mellan Karolinska Huddinge och mödrahälsovården i södra Stockholm. Från år 2020 erbjuder de hemförlossning till friska omfödorskor med normal graviditet och tidigare okomplicerad förlossning. Alla får träffa en förlossningsläkare för bedömning innan beslutet verkställs (Karolinska Universitetssjukhuset, 2022). I november 2021 beslutande hälso- och sjukvårdsnämnden att utreda hur den vårdform som utarbetats i projektet *Min Barnmorska* i Stockholm skulle kunna införas på fler förlossningskliniker i länet. Den ökade kontinuiteten i projektet *Min Barnmorska* och att arbeta utifrån en sammanhållen vårdkedja har visat goda fördelar. Fördelar med modellen är minskad förlossningsrädsla, färre planerade kejsarsnitt, reducerad risk för prematur födsel och att barn föds för tung för tiden (Region Stockholm, 2022).

Barnmorska Hela Vägen var ett samarbete mellan region Västernorrland, Mittuniversitetet och Uppsala universitet. Det var ett projekt som pågick mellan år 2017–2019. Projektet var en variant av vårdformen caseload. Det som skiljde sig mot projektet *Min Barnmorska* var att kvinnorna inte fick välja att föda hemma, utan de fick enbart föda på sjukhus. Det framkom

att de kvinnor som erhöll den här vårdformen hade mindre användning av epiduralbedövning, färre instrumentella förlossningar och klipp samt fler förlossningar startade och fortskred spontant. Kvinnor upplevde högre grad av tillfredsställelse med vården och färre interventioner inträffade. Det visade sig att det fanns fördelar för barnmorskorna som arbetar med caseload. Vårdformen reducerade risken att drabbas av utbrändhet och gav högre tillfredsställelse i arbetet (Hildingsson, 2021).

Hemförlossning

Alla barnmorskor oavsett om de arbetar på sjukhus eller med hemförlossning behöver erhålla legitimation, oavsett anställning på sjukhus eller egenföretagare. Alla barnmorskor är skyldiga att följa policyn för legitimerade barnmorskor (Sjöblom et al., 2015). I Sverige är det mindre än 1 av 1000 förlossningar som är planerad hemförlossning. År 2017 fanns det omkring 20 barnmorskor som arbetade med hemförlossning (Lindgren et al., 2017). Det finns idag 27 aktiva barnmorskor som arbetar med planerad hemförlossning i Sverige (Birth Right Sweden, 2022). Det är ovisst hur många kvinnor som vill föda hemma i Sverige, då det inte aktivt erbjuds som ett alternativ. Hos förstföderskor som blev tillfrågade efter deras förlossning var det 3 procent som hade önskan om att de skulle vilja föda hemma med stöd av en barnmorska (Svenska Barnmorskeförbundet, 2020).

Trots rätten till jämlik vård förekommer skillnader i rätten att ha tillgång till planerad hemförlossning beroende på födelseort. I Sverige behöver kvinnan själv finna en barnmorska som är villig att assistera hemförlossning (Lindgren et al., 2014; Thies-Lagergren et al., 2021). När en hemförlossning planeras lär kvinnan känna sin barnmorska som följer med under hela graviditeten, förlossningen och eftervården (Thies-Lagergren et al., 2021). Att anlita en barnmorska till sin hemförlossning innebär en kostnad. Kvinnan får i de flesta fall bekosta det själv. Det är ett fåtal regioner som står för kostnaden, i de fallen behöver kvinnan uppfylla kriterier. Två kriterier kan vara att kvinnan har ett rimligt avstånd från hemmet till sjukhuset och att en läkarundersökning är genomförd innan (1177, 2020). Svenska Barnmorskeförbundet bedömer att det inte finns anledning till att avråda från planerad hemförlossning för friska kvinnor med normal graviditet med ett förväntat normalt förlossningsförlopp, förutsatt att det har genomförts en riskbedömning och selektion utifrån kända faktorer som kan påverka utfallet vid hemförlossning (Svenska Barnmorskeförbundet, 2020).

Det finns lite forskning kring skillnader med planerad hemförlossning och förlossning på sjukhus. En randomiserad studie har genomförts och slutsatsen var att metoden inte lämpade sig att utvärdera effekterna av vårdformen, av etiska och forskningsmetodologiska skäl. Det framkom att möjlighet till överföring till sjukhus var en förutsättning för att kunna jämföra utfallen hos de olika grupperna. Överföring var ovanligt och inträffade oftast på grund av långsam progress och vid vattenavgång utan värkar (Olsen & Clausen, 2012).

Två internationella studier, från England och Holland, ger bäst evidensunderlag i nuläget. Studierna visar att sannolikheten för en okomplicerad vaginal förlossning ökar om kvinnan föder utanför obstetriska enheter och de neonatala utfallen är jämförbara med förlossning på sjukhus. För förstföderskor rapporterades dock en större andel incidenter vid förlossning i hemmet jämfört med förlossning på fristående eller sjukhusanslutna barnmorskeledda enheter samt på obstetrisk avdelning (de Jonge et al., 2015; Brocklehurst et al., 2011). Interventioner under förlossningen var lägre i alla icke-obstetriska enheter hos först- och omföderskor. Överföringar från icke-obstetriska enheter var högre för förstföderskor (36–45%) än omföderskor (9–13%) (Brocklehurst et al., 2011). Hos omföderskor var apgar-poäng under 7 och inläggningar på neonatalavdelning lägre bland planerad hemförlossning jämfört med omföderskor på obstetrisk enhet (de Jonge et al., 2015).

Finns det risker med hemförlossning?

I Sverige mellan år 1992 och 2004 studerades skillnader i utfall vid planerad hemförlossning respektive förlossning på sjukhus. En slumpmässigt utvald kontrollgrupp innehållande cirka 12 000 sjukhusfödslar erhöles från Medicinska födelseregistret. Kriterier för inkludering i kontrollgruppen var spontan start, fullgången graviditet och enkelbörd. Kontrollgruppen matchades geografiskt eftersom hemförlossning var vanligare i vissa delar av Sverige. Undantag gjordes i hemförlossningsgruppen som innehöll cirka 900 förlossningar, där även duplexgraviditet, underburenhet och överburenhet inkluderades. 62% var förstföderskor i sjukhusgruppen jämfört med 26% i hemförlossningsgruppen. Det visade att 95% av hemförlossningar och 84% av förlossning på sjukhus avslutades vaginalt. 7 planerade hemförlossningar var sätesbjudning, varav alla förlöste vaginalt. Av förlossningar på sjukhus förekom 146 sätesbjudningar där 43 % förlöste vaginalt. Andelen förlossningar som avslutades med kejsarsnitt var 2% vid hemförlossning jämfört 7% vid förlossning på sjukhus. Vid hemförlossning fick 2% respektive 10% vid förlossning på sjukhus avslutas med hjälp av vakuumentraktion. Inga fall av uterusruptur, navelsträngs prolaps, placentaavlossning och

placenta previa identifierades vid hemförlossning. Det uppkom totalt 0,3% akuta fall bland de kvinnor som födde på sjukhus. 0,1% var uterusruptur, 0,1% navelsträngs prolaps, 0,07% placentaavlossning och 0,04% placenta previa. Kvinnor som födde hemma drabbades mer sällan av blödningar efter födseln. Skillnad uppkom också bland antalet sfinkterrupturer. Vid hemförlossning drabbades 0,3% jämfört med 2,7% hos de som födde på sjukhus. Det förekom inga mödradödsfall i någon av grupperna och det fanns ingen signifikant skillnad mellan de två grupperna avseende neonatal dödlighet (Lindgren et al., 2008b).

En annan studie visade att friska först- och omfödelskor med normal graviditet som valde planerad hemförlossning hade tre gånger större sannolikhet att föda spontant vaginalt jämfört med de kvinnor som föder på sjukhus. Förekomst av bristning grad 3 och 4 samt blödning >1000 ml var lägre bland de som födde hemma. Det var statistiskt ingen skillnad i perinatal morbiditet eller mortalitet beroende på om de föder hemma eller på sjukhus (Scart et al., 2018).

Kvinnans perspektiv på hemförlossning

För friska först- och omfödelskor med normal graviditet som önskar att föda hemma är planerade hemförlossningar associerade med spontana vaginala förlossningar, färre interventioner och god tillfredsställelse. För de som valde planerad hemförlossning främjade det en god kontakt med barnmorskan. Ökad autonomi, möjligheten att ha sin familj nära och att dem såg förlossning som en naturlig process var anledningar till varför kvinnor önskade föda hemma. Vid planerad hemförlossning var barnmorskans roll betydelsefull för en värdefull upplevelse och graden av tillfredsställelse (Sjöblom et al., 2014). Andra fördelar som kvinnor upplevde som valde att föda assisterat hemma var ökad auktoritet av att välja den barnmorska som skulle bistå förlossningen och att avskildhet under förlossning medförde ett rofyllt och lugnt förlopp (Ahl & Lundgren, 2018). Kvinnorna som valde att föda hemma kunde uppleva oro för potentiella risker som präglades av vårdpersonalens synpunkter inom hälso- och sjukvården. Några upplevde negativa attityder från vårdpersonal som upplevde att kvinnans val att föda hemma var riskfyllt och provokativt. Ändå valde en del kvinnor att föda hemma utan assistans, trots att de upplevde attityder och bristen på barnmorskor som var villiga att assistera hemförlossning (Lindgren et al., 2017).

Barnmorskans kompetensområde

I Hälso- och sjukvårdslagen beskrivs det att all hälso- och sjukvård ska ges med respekt för människors lika värde och för den enskilda individens värdighet. Målet med vården är att

uppnå god hälsa och god vård på lika villkor för alla (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], 2017). I patientlagen benämns det att all hälso- och sjukvård ska stärka och tydliggöra människors ställning samt främja deras integritet, självbestämmande och delaktighet. Vården ska ges med inhämtat samtycke. Vården ska utformas i samråd med individen och utgå från önskemål (Patientlag, 2014). Barnmorskan ska arbeta utifrån kvinnors rätt till autonomi, rättvisa och respektera alla kvinnors rättigheter. Barnmorskan ska arbeta utifrån den etiska koden som baseras på ömsesidig respekt och tillit samt ta hänsyn till varje kvinnas eget värde (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018).

Inom mödra- och förlossningsvården har barnmorskor kompetens att ta hand om kvinnor med normal graviditet och förlossning samt upptäcka avvikelser från det normala förloppet. Valfrihet och individualiserad vård eftersträvas inom hälso- och sjukvården. Kvinnans egna val av vård och födelseplats ska leda hur barnmorskans arbete och vården planeras. Fokus ska vara att bedriva vård som minskar obefogade medicinska interventioner (Svenska Barnmorskeförbundet, 2020).

Barnmorskans perspektiv på hemförlossning

I en studie av Floyd (1995) beskrev barnmorskor globalt att de upplevde brister i ett otillräckligt nätverksstöd och attityder från kollegor samt brister inom suturering. Positiva upplevelser som barnmorskor upplevde var att de fick vara självständiga och att de fick se kvinnan som en autonom individ. I studien av Vedam et al. (2009) upplevde barnmorskor att familjen hade en större möjlighet att vara delaktiga i besluten kring kvinnan. Barnmorskorna delade tron med kvinnan att det var möjligt att föda hemma i samklang med kvinnans kultur och miljö. De upplevde även att förekomsten av interventioner var låg. Blix (2011) beskrev i studien hur barnmorskor upplevde att den lugna och icke störande miljön kring kvinnan främjades genom att föda hemma. Det kunde vara en bidragande orsak till att interventioner vid hemförlossningar var låg. De beskrev att det var viktigt att kvinnan kunde gå in i sig själv och vara i sin bubbla. Genom ett högt påslag av oxytocin kunde troligen kvinnan känna sig mer lugn och avslappnad vilket hjälpte kvinnan att hantera födandet bättre.

I Sverige beskrev barnmorskor att arbetsförhållanden kunde påverka hur upplevelsen av att arbeta med hemförlossning blev. De beskrev att de inte blev accepterade bland den vanliga hälso- och sjukvården, att de var ekonomiskt utsatta och att det var påfrestande att ha jour dygnet runt. Att kombinera sjukhusarbete med att privat assistera hemförlossningar var stressigt eftersom det gällde att hålla två saker pågående samtidigt. Det positiva med att

assistera hemförlossningar var att de fick möjlighet att utveckla sitt hantverk genom att enbart fokusera på en kvinna utan avbrott. Andra positiva upplevelser var arbeta i en lugn och trygg arbetsmiljö och att fullt ut tro på den naturliga processen (Ahl & Lundgren, 2018).

Problemformulering

Andelen hemförlossningar i Sverige är idag låg. Tidigare forskning har visat att barnmorskor som arbetar med hemförlossning upplever att det är färre interventioner vid förlossning i hemmet. Önskan om att föda barn hemma i Sverige finns hos en del kvinnor. Erfarenheter av att assistera hemförlossning behöver studeras mer för att öka tillgängligheten, bidra med ny kunskap och skapa en djupare förståelse av att arbeta med hemförlossning. Eftersom det är få barnmorskor i Sverige idag som arbetar med hemförlossning är det av intresse att med studien intervjua barnmorskor och undersöka deras erfarenheter av att arbeta med hemförlossning i Sverige.

Syfte

Undersöka barnmorskors erfarenheter av att arbeta med hemförlossning i Sverige.

Metod

Design

Vald design var intervjustudie med kvalitativ ansats. Kvalitativ ansats innefattar studier som belyser olika dimensioner av ett fenomen. Resultatet grundar sig i verkliga erfarenheter hos människor där det övergripande syftet med forskningen är att utforska upplevelser och erfarenheter (Polit & Beck, 2016).

Urval

Bekvämlighetsurval användes där deltagarna valde om de ville delta och för att underlätta rekryteringen för författarna. Bekvämlighetsurval baseras på vad som är relevant för författarna och vilka deltagare som ligger närmast till hand att rekrytera (Polit & Beck, 2016). Inklusionskriterier till studien var legitimerad barnmorska som arbetar med hemförlossning i Sverige. Alla åldrar, olika arbetserfarenhet och län inkluderades.

Rekrytering ägde rum genom mailkontakt. 15 av 27 aktiva hembarnmorskor kontaktades via mail som författarna valde ut från ett öppet dokument, Hembarnmorskor och doulor aktiva 2022 (Birth Right Sweden, 2022). Författarna valde ut barnmorskorna själva beroende på vart

i Sverige de arbetade för att kunna samla in data från geografiskt spridda deltagare. Samtliga tillfrågade erhöll ett informationsbrev om studien (Bilaga 1, *Informationsbrev*), samtyckesblankett (Bilaga 2, *Samtyckesblankett*) och vid önskemål även intervjuguiden (Bilaga 3, *Intervjuguide*).

Av de 15 barnmorskor som tillfrågades gav 11 samtycke till att delta i studien. Informerat samtycke erhöles innan intervjuerna påbörjades. Samtycket samlades in genom att deltagarna skrev ut samtyckesblanketten, signerade, fotade och mailade till författarna. De fyra som inte deltog i studien besvarade aldrig mailet.

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer användes för att uppmuntra och ge deltagarna en möjlighet att prata fritt och berätta historier med sina egna ord samt för att möjliggöra att studiens syfte besvarades. Sonderande uppföljningsfrågor applicerades under intervjun för att åstadkomma att deltagarna svarade på syftet. Enligt Polit & Beck (2016) är det en metod som används för att försöka uppnå datamättnad.

Båda författarna deltog vid alla intervjuer. Intervjuerna genomfördes individuellt med deltagarna med hjälp av intervjuguide som innehöll totalt 12 frågor. Författarna utformade en skriftlig intervjuguide som innehöll slutna och öppna frågor. Vid utarbetandet av guiden ordnades frågorna i logiskt följd där författarna började med de slutna frågorna följt av, vad guiden till största del bestod av, öppna frågorna. Intervjuguiden innehöll förslag på sonderade frågor, exempelvis ”På vilket sätt?” eller ”Hur ofta inträffar det?”.

Intervjuerna ägde rum via Teams för att kunna samla in data från geografiskt spridda deltagare. Intervjuerna spelades in med ljud- och bildfunktion. Intervjuerna pågick i 30–45 minuter och transkriberades noggrant och ordagrant av författarna. Allt transkriberat material sparades ned anonymt och efter transkribering raderades intervjuerna. Det transkriberade materialet lästes igenom två gånger av båda författarna för att kontrollera att texten stämde överens med de inspelade intervjuerna innan de raderades.

Analys

Efter transkription analyserades studiematerialet med kvalitativ innehållsanalys. Enligt Graneheim & Lundman (2004) granskas och tolkas transkriberat material för att få möjlighet att beskriva variationer genom att likheter och skillnader i textinnehållet delas upp i teman och subteman.

Först lästes hela analysenheten som i det här fallet var det transkriberade intervjumaterialet, igenom upprepade gånger av båda författarna för att uppnå en känsla för helheten. Allt transkriberat material som svarade på syftet skapade meningsbärande enheter, det vill säga meningar som innehåller aspekter relaterade till varandra. Sedan skapades kondenserade meningsenheter där onödigt innehåll utan betydelse togs bort från meningsenheterna exempelvis talspråk och upprepningar. Allt transkriberat material kodades. Koder användes som verktyg under analysprocessen för att sortera data i relation till sammanhang. Koder skapade teman och subteman. Teman är en grupp innehåll som delar en samhörighet och är uttömmande samt sågs som ett uttryck för intervjuernas latent innehåll. Teman innehöll subteman (Graneheim & Lundman, 2004). Alla stegen i analysprocessen genomfördes tillsammans av författarna.

Tabell I. *Utdrag från analysprocess.*

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subtema	Tema
<i>“Det är ju också det här att man inom sjukvården pratar massa teknik hela tiden istället för att om du har en kvinna som är lugn och trygg då blir väl vävnaden i min värld också lugnare och tryggare och det finns större chans att hon kan föda utan att gå sönder” - Barnmorska 8</i>	<i>”...om du har en kvinna som är lugn och trygg då blir väl vävnaden i min värld också lugnare och tryggare och det finns större chans att hon kan föda utan att gå sönder” – Barnmorska 8</i>	Citat bristningar	Förekomst av bristningar	Barnmorskors erfarenheter av bristningar och akuta situationer

Ja, det är så att jag har alltid tyckt att det viktigaste är att kvinnor får välja själva var de vill föda sitt barn, vill de föda hemma, vill de föda på sjukhus, vill de ha bedövning eller inte, vill de ha ett planerat snitt så är det kvinnans val. Och det är egentligen det som har varit min drivkraft till att även ha hemfödslar då. Ja.	Viktigaste är att kvinnor får välja själva var de vill föda sitt barn. Vill de föda på sjukhus, ha bedövning eller inte, planerat kejsarsnitt så är det kvinnans val. Det har varit min drivkraft till att ha hemfödslar.	Anledningar till hemförlossning	Kvinnans egna val och rättigheter	Motiv till att vara hembarnmorska.
Ja det är ju jouten som ee som jag ff kämpar med att vara till hands och till lags. Det är litegrann som att vara mamma. Att närsomhelst så måste du släppa precis allting och att du inte kan planera nånting så att de livslångt mammaskap.	Ja det är ju jouten som... som jag... kämpar med att vara tillhands och till lags. Det är litegrann som att vara mamma. Att närsomhelst så måste du släppa precis allting och att du inte kan planera nånting så att det är livslångt mammaskap.	Vara jour dygnet runt var påfrestande	Lång väntan	Barnmorskors negativa erfarenheter av hemförlossning

Etiska överväganden

Etiskt godkännande erfordras i forskning men undantag finns för examensarbeten, där det inte behövs ett etiskt godkännande. Enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003) omfattar inte examensarbeten, då examensarbeten görs inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå.

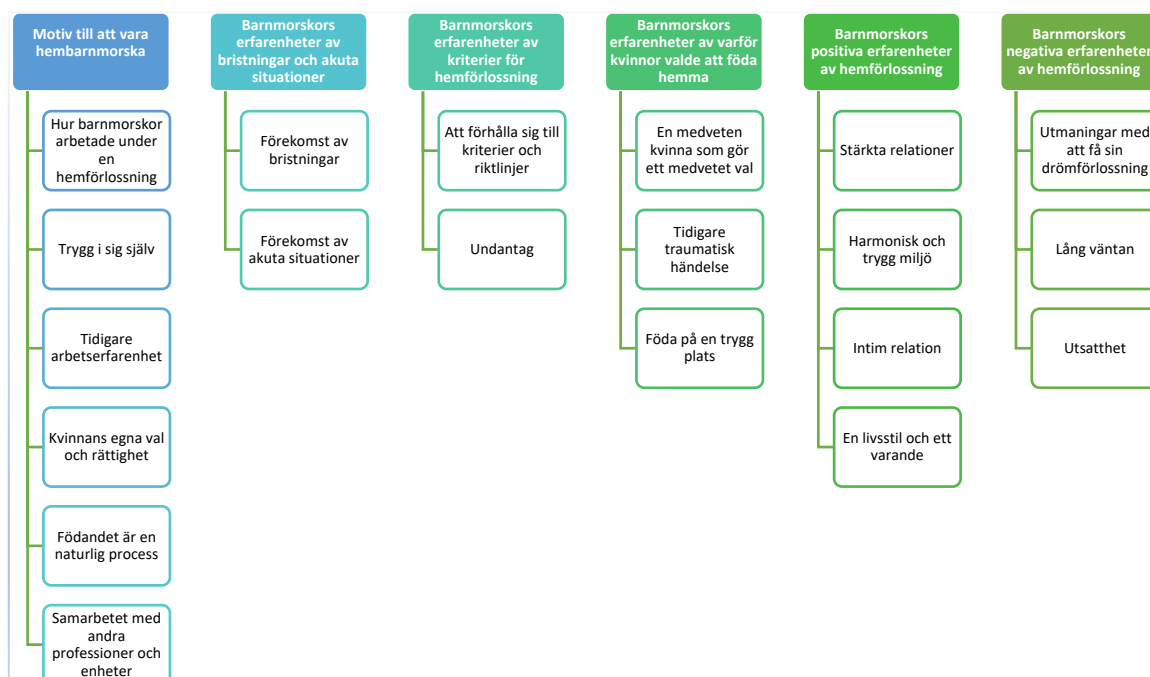
I helsingforsdeklarationen, som är en samling av etiska principer avseende forskning, beskrivs det att omsorgen av deltagaren kommer före samhällets och vetenskapens intresse. Vidare

anges att tänkbara försiktighetsåtgärder måste vidtas för att respektera deltagarnas privatliv och behandla patientinformation konfidentiellt för att minimera den inverkan studien kan ha på deltagarnas fysiska och psykiska integritet och personlighet (World Medical Association, 2022). Allt material behandlades konfidentiellt och på privata datorer med lösenord.

Författarna eftersträvade en objektiv syn och att inte dra egna slutsatser eller tolkningar utifrån egna erfarenheter eller upplevelser. Informerat samtycke behövde inhämtas innan intervjuerna påbörjades. Enligt Polit & Beck (2016) innebär informerat samtycke att studiedeltagarna erhåller adekvat information om forskningen, förstår informationen och har förmågan att frivilligt samtycka till eller avböja deltagandet. Deltagarna erhöll information om studien genom informationsbrev och informerades om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan närmare förklaring. Författarna gav samma information muntligt vid intervjun och svarade på eventuella frågor.

Resultat

Resultatet består av sex teman och 20 subteman som presenterar barnmorskornas erfarenheter av att arbeta med hemförlossning i Sverige.



Figur 1. Översikt av teman och subteman.

Barnmorskorna hade olika lång arbetserfarenhet inom hemförlossning, allt från 1,5 år till 45 år. Alla 11 barnmorskor hade erfarenhet av att arbeta på en förlossningsavdelning på sjukhus. Antal hemförlossningar varierade mellan barnmorskorna. Det kunde vara allt mellan 5–30 hemförlossningar per år. Antalet kvinnor som barnmorskorna hade jour åt samtidigt varierade mellan 1–8 kvinnor.

Motiv till att vara hembarnmorska

Hur barnmorskorna arbetade under en hemförlossning

Alla barnmorskor hade erfarenhet av att tillvägagångssättet under en födsel hemma var väldigt individuellt och unikt. Allt berodde på kvinnans situation, önskan och vilja. Alla barnmorskor hade minst ett förbesök under graviditeten där de gick igenom hur kvinnan tänkte sig förlossningen och varför hon önskade föda hemma. Under besöket handlade det mycket om att lära känna kvinnan och familjen.

”Det beror alldeles på vem jag är med... manualen är kvinnan” – Barnmorska 9

Det viktigaste momentet som framkom under en förlossning var att inte störa kvinnan under sin födelseprocess. Det var viktigt att de fick kvinnan att stanna i lugnet. Barnmorskorna var för det mesta en betraktare. De betraktade kvinnans och barnets mående och behov samt föreslog åtgärder om de ansåg att det behövdes.

”Hjälpa kvinnan att stanna i lugnet, det är nummer ett ett ett. För om du har en kvinna som är lugn då är hon min CTG apparat” – Barnmorska 8

Barnmorskorna gav smärtlindring i form av trygghet, massage, akupunktur, tryck och avlastning. Kvinnorna födde till största del i vatten som också hade en smärtlindrande effekt. Allting de genomförde hände i ett samråd och samtycke. Oftast hade de under förbesöken redan informerat och samtalat kring smärtlindring och eventuella komplikationer som kunde inträffa. Under förlossningen lyssnade de på barnet om de ansåg att det behövdes och föreslog det till kvinnan.

”Vi har inga mediciner som lägger sig i och om jag har en frisk kvinna så det är en otroligt liten sannolikhet att bebisen skulle må dåligt” – Barnmorska 7

Alla barnmorskor upplevde att de sällan, oftast aldrig, behövde göra en vaginal undersökning.

”...så snart man gör en undersökning så går man upp i huvudet och det är inte där man ska vara när man föder. Man ska vara i motsatta änden, i hela sitt underlivsorgan...”–

Barnmorska 5

”Jag kan se vart kvinnan är beroende på hur kvinnan rör sig, andas, ansiktsfärg, hur social och introvert kvinnan är. Det innebär att jag väldigt sällan behöver undersöka” –

Barnmorska 6

Det fanns oftast en plan innan att kvinnan eller partner skulle ta emot barnet själv vid förlossningen. Efter att barnet var fött så ansåg barnmorskorna att det var deras tur att göra sin del och bidra med sina kunskaper. De hjälpte till med efterbördsskedet, amning och eventuell suturering samt kontrollerade blödning. Det skiljde sig åt hur länge de stannade efter förlossningen och det berodde på hur långt de hade att åka hem. Det kunde vara allt mellan 2–8 timmar som de stannade. Alla familjer fick ett eftervårdsbesök där barnmorskan kontrollerade hur det gick med amning, pratade igenom förlossningen och svarade på frågor.

Trygg i sig själv

Barnmorskorna beskrev att genom att vara trygg i sig själv kunde de ge bästa möjliga bemötande och vård till kvinnan. Att som barnmorska vara lugn, ödmjuk, öppensinnad och visa empati för kvinnans smärta framkom som viktiga egenskaper. Smärta i födandet beskrevs som något positivt och sågs som en bekräftelse på att födandet gick framåt. Att kunna stötta, inte vara rädd för smärtan och vara med kvinnan i smärtan ansågs som modigt.

“Det första vi kan göra är inte att ge smärtlindring, utan vi vet att smärtan har en betydelse och vi vet att kvinnan klarar det... smärtan har en mening och behövs i födandet. Det är inte den synen vi har i samhället utan då ska vi ta bort all smärta på alla möjliga sätt” -

Barnmorska 5

Att följa inre processer hos sig själv, utvecklas tillsammans i födandet, vara glad, känna livsglädje och våga gå emot kontrollbehov framkom som betydande kriterier för att vara en bra hembarnmorska. Barnmorskorna beskrev att vid hemförlossning, där det inte fanns all möjlig utrustning, så blev de mer lyhörda och närvarande. Vilket gjorde att de upptäckte om

förlossningen avvek mycket lättare, än om de hade en massa utrustning som gjorde arbetet åt dem.

“ ... att som barnmorska ha en connecting med sitt inre skulle jag vilja säga... vi jobbar mycket med intuition... vara balanserad, förankrad, jordad kvinna som vill finnas där för kvinnans villkor” - Barnmorska 4

Tidigare arbetserfarenhet

Majoriteten av barnmorskorna ansåg att erfarenhet av att ha arbetat på förlossningsavdelning innan du började arbeta med hemförlossning inte var nödvändigt. Det beskrev att det är två olika universum, att arbeta på sjukhus och att arbeta med hemförlossning. På sjukhus var det ett risktänk och hemma var det ett tankesätt som handlade om att kvinnan är gjord för att föda barn och fick hon bara lugn och ro, trygghet och ta det i sin takt så kommer kroppen att föda. Av de som ansåg att erfarenhet från sjukhus var betydelsefullt menade de på att det var bra att ha varit med om olika akuta situationer, få ett sammanhang och ett bekräftande av kollegor. Det som framkom av barnmorskorna som var av betydelse var att gå med på hemförlossningar med en erfaren kollega innan de började arbeta med hemförlossning.

“ ... har du någon känsla av att göra de här så ut fort som ögat innan du formas in i ett system” - Barnmorska 4

“ ... när jag hör en kollega som inte har jobbat så länge som vill börja med hemförlossningar, då blir jag glad, därför att då tänker jag att hon har inte hunnit bli så förstörd. När jag tittar på mina kollegor som inte har bistått hemförlossningar, de är rädda för allting. Det är kontroll, riskbedömning och rädsla. Är det någonting som är fullkomligt tabu på en hemförlossning så är det rädsla ” - Barnmorska 9

Kvinnans egna val och rättighet

Att ha rätten som kvinna att välja var man ska föda sitt barn ansåg flera barnmorskor var en stor orsak till varför de valde att börja arbeta med hemförlossningar. Det handlade om att kvinnan skulle bli accepterade i sitt val, om det så var att föda hemma, på sjukhus eller få kejsarsnitt. Barnmorskorna betonade också vikten av att ha flera vårdnivåer som exempelvis barnmorskeledda enheter.

“Antingen så föder kvinnan i en högteknologisk patologisk inriktad miljö där kvinnan förvisso kan ha ett förlossningsbrev och önskemål. Men i sista änden så förväntas kvinnan rätta in sig

i leden och om kvinnan inte gör det så blir det väldigt mycket rädsla. Om man inte får köra sitt system på den här kvinnan då blir vården rädd och det här tycker jag är fel” -

Barnmorska 9

Andra orsaker till att några barnmorskor valde att börja arbeta med hemförlossning var att få guida kvinnor, se deras potential och att se hur kvinnor blev stärkta efter förlossningen. De ville uppmuntra och stötta kvinnor som vill föda hemma och hjälpa dem genom exempelvis samtal för att lösa upp blockeringar så att kroppen lättare kunde föda.

“... majoriteten av kvinnorna efter födsel känner såhär “Yes jag är mamma på riktigt och jag har fött det här barnet själv” och det är ju det jag vill ge. Jag vill inte klappa mig på axeln och säga “Ja jag är barnmorska det är därför kvinnan fick en så bra upplevelse”. Utan jag vill ju ge det till kvinnan att de känner sig stärkta ur förlossningen. Det är ju mitt huvudmål”

- Barnmorska 7

Födandet är en naturlig process

Att kvinnor kan föda barn och att det är en naturlig process var något som flera barnmorskor beskrev. Tre barnmorskor hade växt upp med hemförlossning som en självklar del av livet. Att få följa det naturliga förloppet inom en förlossning var en stor bidragande del av att många idag arbetade med hemförlossningar. Några barnmorskor belyste i att de behövde bli bättre på att normalisera födslar i ett samhälle som blivit allt mer medikaliserat.

“Jag vet att precis när jag var nybliven barnmorska så tänkte jag herregud kan ingen föda utan dropp o sugklocka. Men det är för att vi inte tillåter kroppen till att föda så som den ska. Allting ska skyndas på. Ingen hinner vara där inne på rummet och så det drar ut på tiden och man måste göra en massa interventioner. Vi skapar ju problemen” - Barnmorska 10

Samarbetet med andra professioner och enheter

Ungefär hälften av barnmorskorna upplevde att samarbetet med andra professioner var bra inom mödrahälsovården och förlossningsklinik. De hade aldrig råkat ut för negativa kommentarer och blev respekterade för sitt arbete. Majoriteten upplevde att de hade en bra relation med andra barnmorskor som arbetade med hemförlossningar där de kunde dela sina kunskaper och finna stöd.

Den andra hälften av barnmorskorna hade erfarenhet av negativa aspekter gällande hemförlossning. De upplevde att landstinget, andra professioner som läkare och barnmorskor

på mödrahälsovården och förlossningsklinik samt chefer på förlossningsklinik satt käppar i hjulen. De upplevde att det var svårare att få en barnläkarundersökning, svårt att få tag på läkemedel att bruka under hemförlossning och främst att läkare var motståndare som ansåg att det var oansvarigt att arbeta med hemförlossning.

”Majoriteten tycker att det är helt galet, att det är oansvarigt och hela den biten. Men det är ju dem som inte har läst på. För hade dem läst på vad forskningen säger internationellt så hade dem sett att det är säkrare att föda hemma än på en förlossningsavdelning som det ser ut idag” – Barnmorska 10

Barnmorskors erfarenheter av bristningar och akuta situationer

Förekomst av bristningar

Barnmorskor upplevde att förekomsten av bristningar var låg vid hemförlossning. Det var sällan de behövde suturera och det var få gånger det uppstod en grad 2 bristning eller mer. Barnmorskorna upplevde att kvinnorna fick färre bristningar då de oftast födde i vatten, krystade kontrollerat, födde i en trygg och lugn miljö samt att de hade en god kroppskänedom.

”Det är väldigt sällan jag behöver suturera överhuvudtaget. Väldigt sällan. För just när kvinnor får helt ansvar för sig själva och vet hur dem ska göra... speciellt i vatten... vävnaderna blir så töjbara då, de står de ut med ”ring of fire”. Kvinnan står ut med smärtan eftersom hon får en bra smärtlindring i vattnet och hon kan själv ändra ställning lätt om det är väldigt stort tryck neråt” – Barnmorska 6

”...om du har en kvinna som är lugn och trygg då blir väl vävnaden i min värld också lugnare och tryggare och det finns större chans att hon kan föda utan att gå sönder” – Barnmorska 8

En av nackdelarna som upplevdes av några var att det var svårt att göra en ordentlig undersökning.

”Jag sitter med min pannlampa och ligger i sovrummet och så är man ensam och hålla isär och torka ur” – Barnmorska 6

Om barnmorskan behövde suturera så var det oftast bara några stygn. Om det bedömdes att bristningen inte kunde sutureras av barnmorskan i hemmet överfördes sutureringen till sjukhus. Överföring inträffade sällan.

”... kanske på de här 26 åren, har jag överfört kanske 5 kvinnor, på grund av att det har varit bristningar som jag har känt att jag inte kan lova att de blir bra hemma” – Barnmorska 1

Förekomst av akuta situationer

Kvarsittande moderkaka

Tre barnmorskor hade varit med om att moderkakan inte ville lossna av sig själv. De alla tillkallade ambulans för att åka in till sjukhuset och lösa moderkakan. Det gick alla gånger komplikationsfritt.

Blödning

Tre barnmorskor hade varit med om blödning post partum. Alla kvinnor med blödningar överfördes till sjukhus. Blödningarna berodde på vid ett tillfälle att livmodern inte drog ihop sig på grund av att kvinnan krystat länge, en cervixruptur, en kvarsittande moderkaka och vid ett tillfälle att navelsträngen gick av.

”Men det är ju så att även fast det blir sådana händelser och överföringar efter förlossningen så är kvinnorna väldigt nöjda. Kvinnan säger “Ja men jag gjorde ju som jag ville och det hade ju kunnat gått så här på sjukhus också. Det hade kunnat blivit ännu värre på sjukhus” – Barnmorska 6

Taget barn

Sex barnmorskor hade erfarenheter av att barnet var taget under eller direkt efter förlossningen. Det som var vanligt bland barnen var att de hade förekomst av indragningar, låg apgar eller låga hjärtljud. Hos alla barnmorskor förutom två hämtade sig barnen snabbt, ibland direkt efter frottering eller efter lite andningshjälp. Två barn fick överföras till sjukhus. Ett barn på grund av kvarstående indragningar efter 30 minuter och det andra barnet på grund av misstänkt låga hjärtljud under förlossningen.

Barnmorskors erfarenheter av kriterier för hemförlossning

Att förhålla sig till kriterier och riktlinjer

Majoriteten av barnmorskorna pratade om att de skulle följa landstingets kriterier som var att

det skulle vara en frisk kvinna med normal graviditet, att förlossningen skulle inträffa mellan vecka 37+0 till 42+0 samt vara av enkelbörd med spontan start. Under födseln skulle det vara bra fosterljud, att kvinnan kände fosterrörelser, ingen förekomst av grönt fostervatten eller stor blödning.

Att vara legitimerad barnmorska var ett kriterium som var absolut för alla barnmorskor och att följa regler kring det byråkratiska. Som att ha ett eget företag, journalföra allting, erhålla en barnmorskeväska, inneha läkemedel, skriva årsrapporter och eventuella avvikelser.

Trygghet hos den födande och trygghet hos barnmorskan ansågs som ett avgörande kriterium för att ett samarbete skulle ske. Att kvinnan var väl förberedd beskrevs också som ett kriterium samt att kommunikationen skulle fungera mellan kvinnan och barnmorskan.

“Det får inte finnas någon liten flisa av någon otrygghet...här pratar vi mycket om intuition också, det ska kännas klockrent att “wow” vi ska kunna få vara i ett sammanhang tillsammans, annars så blir det inget bra” - Barnmorska 4

Andra kriterium för barnmorskorna var att de skulle vara övertygade om att kvinnor kunde föda barn, ha ett brinnande intresse för kvinnorna och vilja lära sig förstå olika personligheter. Flera barnmorskor belyste vikten av att inte bli för hemmablind i sitt seende vad gällde födandet, att de kunna kliva in och ha kunskap om det blev en situation där de behövde tillkalla extra hjälp eller överföra till sjukhus.

Undantag

Det skiljde sig åt vad barnmorskorna hade för kriterier, exempelvis tog vissa emot förstföderskor, kvinnor med högt BMI och kvinnor med sjukdomar som kunde påverka graviditet och förlossning. Kvinnor med diabetes skulle för en barnmorska aldrig tas emot medan en annan barnmorska inte hade något problem med det. En barnmorska uttryckte att hon inte tog emot kvinnor som varit kopplade till specialistmottagning och en hos en annan barnmorska var sätesförlossning inte välkommet. Några av barnmorskorna pratade om att kvinnor med högt blodtryck kunde indikera felvärde, att det höga blodtrycket kunde bero på andra saker. Exempelvis en sjukhusvistelse, ouppklarade konflikter eller vara rent medicinskt.

“En kvinna med högt blodtryck till exempel; hon har inget högt blodtryck hemma men så snart hon kommer till barnmorskan så har hon högt blodtryck. Vart kommer hon må bäst när hon ska föda? Troligen hemma eftersom hon har ett bra blodtryck hemma” - Barnmorska 5

Barnmorskors erfarenheter av varför kvinnor valde att föda hemma

En medveten kvinna som gör ett medvetet val

Alla barnmorskor upplevde att det fanns alla möjliga olika slags kvinnor. Majoriteten upplevde att det var kvinnor som var välinformerade, pålästa och gjorde informerade val. Några barnmorskor upplevde att det var kvinnor som höll på med meditation, yoga och var alternativa veganer eller vårdpersonal såsom sjuksköterskor, barnmorskor och läkare.

”Det intressanta är att det är läkare, barnmorskor och sjuksköterskor som vet hur det är på sjukhus som vill föda hemma. För att de känner att de inte kan slappna av och bli hörd där och det tror man kanske inte” – Barnmorska 5

Många barnmorskor ansåg att det var medvetna kvinnor som gjorde medvetna val. Några barnmorskor upplevde att kvinnorna tog det på allvar och tog ansvar för sitt liv och besatt otrolig kunskap. De upplevde att kvinnor önskade få en bra förlossningsupplevelse, föda på sina villkor och att de var medvetna om att riskerna var lägre vid hemförlossning om de var friska och hade normal graviditet.

”All heder åt den kvinnan som lägger ner ett så stort arbete på förberedelsen, för det är inte något quickfix ... utan det är ett gediget arbete hos kvinnan i förberedelser. De går in medvetet för att de önskar medvetet vara i en process som handlar om dem och inte bara bebisen. Så det blir väldigt mycket större än själva födandet i sig” – Barnmorska 4

Alla barnmorskor upplevde att kvinnor som har valt hemförlossning var mer förberedda än de som födde på sjukhus. Kvinnorna som födde hemma hade en självkänedom. De visste vad de ville och vad dem gav sig in på. Kvinnorna hade en tilltro till sin egen förmåga att föda barn och var mer förberedda på smärtan och kunde bättre hantera den. Vid hemförlossning var oftast partnern mer involverad och förberedd.

“... kvinnor som kommer in till sjukhuset säger “ni fixar väl det här för mig”, alltså den attityden. De lämnar över sig. Det tror jag nog är den största skillnaden, att man tror att på sjukhuset får man hjälp och där gör dem det hela, det blir till nackdel för kvinnan.” – Barnmorska 5

Tidigare traumatisk händelse

Hälften av barnmorskorna såg en viss övervikt mot kvinnor som varit med om trauma i

barndomen eller kränkande situation inom vården. Trauman kunde varit sexuella, fysiska eller psykiska övergrepp. De upplevde att den här gruppen kvinnor valde att föda hemma för att de var rädda för att inte bli hörda och inte få föda på sitt sätt. En barnmorska beskrev att kvinnor upplevde att de ville ha en revansch i sig själv och i sitt födande där det fanns erfarenheter sen tidigare där kvinnan inte känt sig trygg exempelvis när samtycke inte hade inhämtats vid interventioner på sjukhus. En annan barnmorska beskrev att kvinnorna inte kunde tänka sig att befinna sig i den situationen igen där de kände sig som objekt eller där vissa interventioner upplevts som övergrepp.

”... och där kommer det kanske in en människosyn som är annorlunda idag än de som är på sjukhuset idag, där vi tror att vi kan kontrollera och styra förlossningen och ska göra det men i själva verket för vi våld på kvinnan” – Barnmorska 5

Några barnmorskor upplevde att det var en utmaning att ta hand om utsatta kvinnor men de såg möjligheten att hjälpa till. De såg sig själva som en vuxen auktoritet i rummet som kunde skapa trygghet och tillit för kvinnan. De upplevde att det var fantastiskt stort att bistå den här gruppen kvinnor, då de upplevde att kvinnorna verkligen kunde få upprättelse för tidigare negativa händelser. En barnmorska beskrev att yrket kom med en väldigt sårbarhet eftersom det kunde också vara så att om det inte då blev som kvinnan önskade så skulle kvinnan väldigt lätt kunnat projicerat sin besvikelse på barnmorskan.

”... för att dom här väldigt sköra kvinnorna, när jag då ser deras potential i födandet, så ser jag ju också den otroliga chansen dom har att åtminstone lita på sig själva och lita på någon annan” – Barnmorska 6

Föda på en trygg plats

Många av barnmorskorna upplevde att kvinnorna ville föda hemma för att det var en process som de ville vara delaktiga i och att de vill föda på en trygg plats. En gemensam nämnare var behovet, viljan och önskan att vara autonom. Några barnmorskor beskrev att de flesta ville föda hemma då de ansåg att födandet var en naturlig process och inte en sjukdom.

Barnmorskor upplevde att kvinnorna kände tilltro till kroppen och kvinnorna såg inte någon anledning till varför de skulle in på en förlossningsavdelning. Kvinnorna ville hellre vara hemma i den trygga miljön för de litade på kroppens förmåga.

”Kvinnor har en stark känsla av att det är mer än att bara krysta fram ett barn, utan det är en process som de vill vara delaktig i och där känner dem en otrygghet, att den möjligheten inte ska finnas på sjukhuset” – Barnmorska 4

Andra orsaker som beskrevs av några barnmorskor varför kvinnorna ville föda hemma var att kvinnorna ville känna barnmorskan.

”Jag har sånt privilegium i mitt arbete eftersom jag har en kontinuitet. Jag känner kvinnan sen innan. Jag vet vart det kan finnas fallgropar. Jag vet vilken potential hon har” –

Barnmorska 6

Barnmorskors positiva erfarenheter av hemförlossning

Stärkta relationer

Barnmorskor beskrev att det var väldigt fint att se de positiva effekterna som uppstod mellan kvinnan och sin partner. De beskrev att det var helt fantastiskt och att få se hur de blev stärkta, fick bättre familjeband och anknytning. Det beskrev också att det var väldigt rofyllt och att de blev lika lyriska varje gång när de fick se krafterna hos varje kvinna. De upplevde att kvinnan fick en fantastiskt personlig utveckling av att känna att det var hon som födde barnet. Kvinnan blev stärkt som person, vilket stärkte henne som blivande mamma och vidare gav det en väldigt bra förutsättning för en fin anknytning.

”...att se hur dom växer, se hur familjen stärks av att dem gör det här tillsammans” –

Barnmorska 3

Barnmorskorna beskrev att det var mäktigt att se kvinnor gå mot sin egen potential i födandet. Det var som att se kvinnor födas på nytt, gå stärkta ur födelsen och ta tillbaka kontrollen över sitt eget liv.

“... att se det här transformationen, när kvinnan precis har fött, det första hon säger det är ju inte att säga någonting till barnet utan hon säger “jag gjorde det, jag gjorde det” hon strålar... och sen när hon ställer sig upp och går iväg med sitt barn då går hon som en drottning...det är så makalöst vackert. Det är fantastiskt” - Barnmorska 6

Harmonisk och trygg miljö

Barnmorskorna beskrev att om kvinnan fick vara i lugn och ro under födseln påverkades

oxytocinet i kroppen positivt och det lät kroppen föda i sin takt. Trygghet var starkt beskrivet av flera, då genom att kvinnan och barnmorskan redan kände varandra skapades tillit, vilket bidrog till att kvinnan lättare kunde slappna av och fokuserade på sig själv. Eftersom att födandet inträffade i hemmet undkom kvinnan att flytta på sig när det var dags för förlossning, hon behövde inte utsätta sig för nya miljöer och andras rutiner som annars kunde störa oxytocinet.

“... om man tittar på hur verkligheten ser ut på en förlossningsavdelning så undrar jag hur många det är som egentligen känner sig trygga och då menar jag både personal och familj” - Barnmorska 9

En barnmorska påpekade också vikten av att om kvinnan var i harmoni med sig själv så föddes barnet till en lugn och trygg miljö, vilket ansågs förbättra anknytningen för både mor och barn. Ett barn som fick se världen i en fridfull miljö var mer avslappnat och tillfreds.

*“Det är att få hjälpa barn att födas in i frid, fred och kärlek. Jag ser hur barn som är födda i hemmet, förutsatt att det varit en lugn förlossning, håller sina händer så här *visar avslappnade händer* de håller inte så här som på sjukhus *visar spänd knytnäve*. På en hemförlossning så är händerna avslappnade, det tror jag står för något” - Barnmorska 9*

Intim relation

Barnmorskorna upplevde att det var berikande att arbeta med hemfödslar och det berodde på att de träffade familjen innan. De visste vilka de skulle träffa och hade gått igenom information på förbesöken under graviditeten vilket gjorde det mycket lättare att få det precis som de önskade. De upplevde att de fick lära känna paret på ett annat sätt, kunde bygga upp ett förtroende och att en djupare relation skapades med hela familjen.

”...det specifika med att jobba med hemförlossningar, det är att jag kommer rakt in i familjelivet. Jag kommer in i det mest intima. Jag kommer rakt in i relationen. Jag kommer ofta väldigt djupt in i kvinnans inre värld, vad som är det viktigaste för henne. Det är väldigt intimt på alla plan skulle jag säga” - Barnmorska 9

En livsstil och ett varande

För några barnmorskor var hemförlossning en möjlighet att hamna i nuet. De upplevde att de släppte allt annat och var fokuserade. De beskrev det som ett tillstånd av ett varande, en annan

livsstil. Det var som att ett nytt rum öppnade sig, där tiden stod stilla och en helt annan närhet var närvarande.

”Det är väldigt vackert. Det är en kärlekshandling som det känns som du blir inbjuden på. Det är en högtidsfest nästan varje gång. Jag älskar den här blandningen med blod, svett, tårar, bajs och kiss. Jag upphör aldrig att fascineras av den här totala upplevelsen hur det är att vara människa” – Barnmorska 6

“... barnmorskeri är inget yrke, det är någonting man är. Man slutar aldrig” - Barnmorska 10

Många av barnmorskorna beskrev hemförlossning som helt ljuvligt, fantastiskt och suveränt.

”Det är ett varande, ett tillstånd, ett utrymme där tiden inte existerar” – Barnmorska 4

Barnmorskors negativa erfarenheter av hemförlossning

Utmaningar med att få sin drömförlossning

Barnmorskor belyste att kvinnan som visualiserat sin drömförlossning och inte fick den kunde uppleva besvikelse. Exempelvis att födseln drog ut på tiden och en överföring till sjukhus blev aktuellt. Om en olycka uppstod för kvinnan, kunde hon i vissa fall önskat att hon varit på sjukhus så att hon fick snabbare hjälp. I de flesta fall kunde barnmorskan ge akut stöd i hemmet och sen kunde en ambulans hjälpa kvinnan och barnet vidare om behovet skulle kvarstå.

Att föda hemma var i de flesta regioner beroende på hur bra ekonomiskt ställt kvinnan hade det. Att få sin hemförlossning kostade pengar vilket kunde vara en utmaning för familjerna och de fick brottas med tanken på att inte få sin drömförlossning hemma.

Lång väntan

Det som framkom som den största nackdelen med att arbeta med hemförlossning var jouren. Barnmorskorna upplevde att det inte fanns någon möjlighet till att resa bort eller planera in saker. De var tvungna att vara på plats väldigt snabbt och kände sig begränsade med vad de kunde göra på fritiden. De upplevde att de behövde vara flexibla, anpassa sig och fick lägga sina egna liv åt sidan.

”Till 95 procent så är det fantastiskt. Till 5 procent så är det superjobbigt att ha jour 24/7, men annars är det helt fantastiskt” – Barnmorska 11

“Det är litegrann som att vara mamma. Att närsomhelst så måste du släppa precis allting och att du inte kan planera nånting så att de livslångt mammaskap.” – Barnmorska 8

Vissa förlossningar tog tid, oftast när kvinnan var förstföderska. Om det samtidigt var långt avstånd till kvinnan så visste inte barnmorskorna exakt vilken tid som de skulle infinna sig hos kvinnan och då fanns risken att det kunde bli en lång väntan för barnmorskan om de infann sig under latensfasen.

“Men är man då på främmande ort och det kanske är på natten och det är en liten bostad, det är tufft. Sen när det är långa resor i kombination med långa förlossningar, det är slitsamt” – Barnmorska 6

Utsatthet

Många barnmorskor upplevde en utsatthet av att arbeta med hemförlossning. De upplevde att de inte hade likvärdigt stöd som sina övriga kollegor som arbetade på förlossningsavdelning. Barnmorskorna upplevde negativa attityder och ifrågasättande från kollegor som arbetade på sjukhus när de behövde överföra kvinnor, få en barnläkarundersökning eller få läkemedel utskrivet att bruka under en hemförlossning. Det försvårade deras arbete.

Barnmorskorna upplevde att allt som handlade om byråkrati och myndigheter var besvärligt och var inte utformade så att det skulle underlätta för barnmorskor som arbetade med hemförlossning. Många barnmorskor upplevde också att det kunde vara ganska ensamt ibland att vara utsatt. Om någonting akut skulle inträffa vid hemförlossningar så gick det inte bara ut över den barnmorskan, utan också ut över alla andra barnmorskor som arbetade med hemförlossning.

”Jag har hela Socialstyrelsen emot mig och större delen av etablissemangen. Så det är en väldigt utsatt position. Det har jag alltid tyckt är väldigt tungt men det är inte tyngre än det fina” – Barnmorska 9

Många upplevde att utsattheten kom hand i hand med ett ifrågasättande av någonting som egentligen var mycket bättre.

”En kollega till mig sade ”Jag orkar inte ha det här hotet med kniven i ryggen hela tiden” och jag förstår henne. Det är orimligt för en så naturlig sak att man ska vara så utsatt” –
Barnmorska 8

Diskussion

Metoddiskussion

I kvalitativ forskning föreligger fem kriterier som bedömer kvalitén i en studies metod och resultat: *trovärdighet, pålitlighet, bekräftelse, överförbarhet och autenticitet* (Polit & Beck, 2016).

Design

Kvalitativ forskning syftar till att generera ny kunskap som kan vara användbart i andra situationer. Överförbarhet avser potentialen för extrapolering, det vill säga i vilken utsträckning fynd kan överföras till eller ha tillämpbarhet i andra miljöer eller grupper. Genom att använda intervjuer säkerhetsställde författarna att de fick den information som behövdes för att svara på syftet då deltagarna fick frihet att ge så många illustrationer och förklaringar som de ville (Polit & Beck, 2016). Då majoriteten av intervjumaterialet var av liknande karaktär och resultatet var liknande data stärktes överförbarheten och trovärdigheten i studiens metod och resultat. Erfarenheterna av att arbeta med hemförlossning kan appliceras till alla län i Sverige som arbetar eller vill börja arbeta med hemförlossning.

Urval

Trovärdighet ses som ett överordnat mål för kvalitativ forskning. Trovärdighet hänvisar till förtroende för deltagarnas sanning och tolkningar av dem (Polit & Beck, 2016). Om intervjuaren ansågs som en främling kunde svaren bli ytliga men om flera deltagare berättade om likadana upplevelser finnes en studie mer trovärdig (Petersson, 2017). 11 barnmorskor valde att delta i studien, vilket sågs som en styrka i metoden och ökade trovärdigheten och överförbarheten då det endast finns 27 barnmorskor som arbetar med hemförlossning i Sverige idag (Birth Right Sweden, 2022) samt då de 11 barnmorskor som ingick i studien är verksamma inom olika geografiska delar av Sverige. Deras erfarenheter kan med sannolikhet spegla upplevelsen hur det är att arbeta med hemförlossning i Sverige då det uppkom både varierande och samstämmiga svar från deltagarna.

Författarna ansåg att de inte skulle hinna intervjua fler än 15 deltagare på den tiden som var utsatt. Det blev ett bortfall på fyra barnmorskor. Enligt (Billhult, 2017) beskrivs det som planerat bortfall före datainsamling om det sker innan datainsamlingen.

Datainsamling

Författarna planerade att genomföra intervjuerna via Zoom men när det började närma sig upptäckte författarna att om intervjuerna överskred 40 minuter behövdes ett abonnemang där det tillkom en kostnad. Därför valde författarna att använda Teams istället. Det medförde att författarna skickade ut mail och informerade deltagarna som hade samtyckt att delta i studien, att intervjuerna skulle äga rum via Teams. Förändringen uppfattades inte besvärligt för enderas författarna eller deltagarna. Författarna planerade att genomföra en pilotintervju men inga lämpliga kandidater hittades på grund av tidsbrist. Det sågs inte som en svaghet då författarna under intervjun kunde förklara för deltagarna om de uppkom funderingar, vilket de inte kunde ha gjort om de genomförde exempelvis en enkätstudie.

Att använda semistrukturerade intervjuer som datainsamling kunde ses som en begränsning då författarna inte alltid kunde behålla anonymiteten helt jämfört med om författarna skulle gjort en enkätstudie vilket kunde minska trovärdigheten i studiens metod. Dock deltog deltagarna helt frivilligt efter informerat samtycke, transkribering genomfördes anonymt och de inspelade filerna togs bort direkt efter transkribering vilket stärker trovärdigheten i studiens metod. En annan begränsning med att använda intervjuer som datainsamling var att datainsamlingen stod på paus första veckorna på grund av att rekryteringen tog lång tid och att deltagarna inte var tillgängliga för intervju direkt.

Ingen av deltagarna önskade att erhålla intervjuguiden innan. Vilket medförde att deltagarna inte hade möjlighet att förbereda sig och tänka ut på förhand vad de skulle svara. Det sågs som en styrka i resultatet då deltagarna fick ge sina svar i stunden och därför inte hade möjlighet att tänka till om att svaren skulle gynna enbart dem och deras arbete, utan att de svarade uppriktigt. Vilket stärker autenticiteten och trovärdigheten i resultatet.

Autenticitet avser i vilken utsträckning författarna rättvist och troget visar en rad verkligheter. När en text uppnått autenticitet kan läsaren bättre förstå de erfarenheter som skildras "i vardagen", med en viss känsla och erfarenhet (Polit & Beck, 2016). Författarna eftersträvade autenticitet genom att transkribera noggrant och återge de upplevelser som beskrivits som

sammanfattades i teman och subteman samt genom användning av citat för att förstärka barnmorskornas erfarenheter.

Analys

Noggrann analys stärker studiens trovärdighet och pålitlighet. Enligt Polit & Beck (2016) hänvisar pålitlighet till metodens stabilitet över tid och förhållanden. Det menas att om studien skulle upprepas, om den replikeras med samma eller liknande metod, deltagare och liknande sammanhang ska resultatet ungefär ha samma utfall. Enligt Mårtensson & Fridlund (2017) fordras det också att resultatet ska vara tydligt beskrivet för att överförbarhet ska kunna bedömas samt för att pålitlighet, trovärdighet och bekräftelse ska säkerställas.

En styrka med att använda kvalitativ innehållsanalys var att när författarna reducerade studiematerialet till meningsenheter påverkades inte kvaliteten på det studiematerial som fanns kvar utan hänvisade till en process av förkortning samtidigt som kärnan bevaras som stärker trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004). Ett rikt beskrivet resultat och noggrant utvalda citat som förstärkte barnmorskornas erfarenheter ökar trovärdigheten i studien (Henricson & Mårtensson, 2017).

Att använda kvalitativ innehållsanalys var tidskrävande och begärde mycket arbete där författarna behövde läsa studiematerialet flera gånger, vara kreativa, organisera och få fram betydelsen. Det transkriberade studiematerialet lästes av båda författarna för att säkerhetsställa materialets relevans för studien och för att viktig information inte skulle gå förlorad. Det ansågs höja studiens trovärdighet. Vid kvalitativ forskning bör författarna säkerhetsställa att de har tillräcklig tid och resurser för att hålla sig engagerade och motiverade. Enligt Polit och Beck (2016) är långvarigt engagemang ett viktigt steg för att etablera trovärdighet. Det var viktigt att författarna investerade tillräckligt med tid för att hinna samla in all data för att få en djupare förståelse och för att säkerhetsställa datamättnad.

Författarna eftersträvade en objektiv syn och att inte dra egna slutsatser eller tolkningar utifrån egna erfarenheter eller upplevelser vilket stärker förförståelsen, pålitlighet och bekräftelsen för studien. Författarna reflekterade flera gånger tillsammans över sin egna förförståelse genom hela studien. En av författarna födde sitt tredje barn hemma och hade som helhet en bra upplevelse. Den andra författaren ansåg sedan innan att hemförlossning var tabu bland många barnmorskor medan författaren anser att hemförlossning borde accepteras och tillämpas i alla regioner för friska kvinnor med normal graviditet.

Förförståelse syftar på det faktum att författarna erhöll kunskap redan innan de påbörjade studien. Det handlar om värderingar och erfarenheter som författarna hade med sig från livet. Genom att skriva ner tidigare erfarenheter och förväntningar samt att tillsammans diskutera och reflektera över förförståelsen kunde det begränsa påverkan på resultatet (Henricson, 2017).

Syftet med att tydligt redovisa och reflektera över sin bakgrund stärker studiens pålitlighet genom att det subjektiva i kunskapsproduktionen hanterades på ett genomtänkt och öppet sätt. Det trädde fram genom att författarna själv reflekterade över vilken betydelse som förförståelse kunde ha. Det hände också genom att andra gavs en möjlighet att analysera om författarna kunde ha dragit sina slutsatser själv exempelvis genom grupphandledning. Författarna kunde även öka förförståelsen genom att låta deltagarna prata fritt och inte frångå intervjuguiden (Priebe & Landström, 2017). Genom att se till att andra fick möjlighet att noga undersöka resultatet och analysen ökade det bekräftelsen (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Enligt Polit & Beck (2016) avser bekräftelse objektivitet, det vill säga potentialen för likformighet mellan två eller flera oberoende personer om uppgifternas riktighet, relevans eller betydelse. Bekräftelse handlar om att de fastställda uppgifterna representerade den information som deltagarna lämnade och att tolkningarna av erfarenheter inte är uppfunna av författarna. För att det här kriteriet skulle uppnås behövde resultaten spegla deltagarnas röster och villkoren för utredningen och inte forskarens fördomar eller perspektiv.

Etiska överväganden

Vid kvalitativ forskning behövde författarna vidta försiktighetsåtgärder för att skydda deltagarnas identitet och integritet. På grund av kvalitativa studiers djupgående karaktär kan det förekomma ett större intrång i deltagarnas privatliv än kvantitativ forskning (Polit & Beck, 2016). Under några intervjuer framkom intima händelser som deltagaren själv hade upplevt eller som en nära vän eller mor upplevt. Det medförde att författarna samtalade kring händelsen, bekräftade och reflekterade mycket under intervjuerna. Det medförde också en extra försiktighet vid sammanställning av resultatet.

Endast författarna hade tillgång till det transkriberade materialet och intervjuerna raderades direkt efter transkribering. Allt inspelat material var kodat och inga namn användes för att bevara anonymiteten. Exempelvis: Barnmorska 1, Barnmorska 2 och Barnmorska 3. För att behålla anonymiteten enligt Polit & Beck (2016) räcker det ibland inte att bara använda

fiktiva namn utan ibland behövde författarna förvränga identifierande information eller bara ge generella beskrivningar för att bevara anonymiteten, vilket ökar trovärdigheten i studiens metod.

Resultatdiskussion

Det visade sig att alla barnmorskor hade liknande erfarenheter av att arbeta med hemförlossning. Det var kvinnans vilja, situation och önskan som styrde hur de arbetade. En av de viktigaste aspekterna som framkom för barnmorskorna var att inte störa kvinnan under sin födelseprocess och få henne att känna sig trygg. Barnmorskorna beskrev att förekomsten av bristningar var låg, majoriteten av kvinnorna födde i vatten och att andelen interventioner var låg. Det framkom att de kvinnor som önskade att föda hemma var välinformerade, pålästa, gjorde informerade val och ville föda på sina egna villkor samt hade en önskan om att vara autonom. Det beskrevs även negativa aspekter, att barnmorskorna kände sig begränsade med att alltid ha jour och en utsatthet på grund av att samhället inte riktigt accepterade hemförlossning.

Vården ska tillgodose alla människors behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt bygga på respekt för människans självbestämmande och integritet (HSL, 2017; Patientlag 2014). Människan ska få möjlighet att välja behandlingsalternativ samt vårdgivare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård (Patientlag, 2014). Alla kvinnor har rätt till att fatta egna beslut om sina egna kroppar och barnmorskan ska hjälpa kvinnan med insatser som stödjer besluten (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Både hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen och Svenska Barnmorskeförbundet stödjer barnmorskornas och kvinnornas erfarenheter av hemförlossning och lagarna talar för att hemförlossning ska kunna erbjudas som ett alternativ för kvinnan om önskan och behovet finns samt för att bevara kontinuiteten, integriteten och självbestämmanderätten. Dock stödjer patientlagen att kvinnan inte har ekonomisk rätt till ersättning vid hemförlossning, då de inte är offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Innebörden av patientlagen blir därför motsägelsefull då den både förordar ska bygga på respekt och medbestämmande men samtidigt endast möjlighet att välja offentligt finansierad vård. Hemförlossning borde bli offentligt finansierad för att kunna erbjuda kvinnor rätt att bestämma, vara delaktiga och få god vård på lika villkor.

I föreliggande studie hade barnmorskor erfarenhet av att kvinnor med tidigare traumatiska händelser önskade föda hemma. I hemmet födde kvinnorna på sina villkor, var lugna, trygga och kände en större kontroll över situationen då det visste vilken barnmorska som skulle bistå

förlossningen. I studien av Watson et al. (2021) belystes interaktionen mellan kvinnan och barnmorskan efter en traumatisk födelse som något väldigt känsligt. Kvinnans förväntningar och oro inför den kommande födseln kunde lättare påverkas negativ, hon kunde få mer känslor av utsatthet och stress, om hon inte fick en bra kontakt med barnmorskan. Genom att kvinnan fick kontinuerligt stöd av en känd barnmorska, fick tillfälle att diskutera och gå igenom födelsen ökades möjligheten för henne att få en positiv förlossningsupplevelse.

I föreliggande studie hade barnmorskors erfarenheter av att andra professioner påstod att det var oansvarigt med hemförlossning och att de kände sig utsatta av samhället. Enligt barnmorskans kompetensbeskrivning har barnmorskan kompetensen att handlägga normal förlossning, vilket även sker i hemmet. Enligt Barnmorskeförbundet (2018) ansvarar och handlägger barnmorskan normal graviditet, förlossning och postnatal period. Barnmorskan har kompetensen att identifiera, bedöma, åtgärda, informera, ge råd och vård samt utvärdera givna insatser. Barnmorskan har kompetens att självständigt bedöma när förlossningen avviker från det normala, samarbetar med andra professioner och handlar aktivt om akut situation uppstår.

I föreliggande studie hade barnmorskor erfarenhet av att de behövde göra överföringar från hemmet till sjukhus. I en studie av (Lindgren et al., 2008a) hittades liknande och andra fynd. Totalt 128 (12,5%) av 1025 kvinnor som födde i hemmet överfördes. Överföringarna innan förlossningen inträffade på grund av utebliven progress (59 kvinnor), att barnmorskan inte var tillgänglig när förlossningen startade (18 kvinnor), långvarig vattenavgång (7 kvinnor), fosterpåverkan (6 barn), oro för kvinnan (6 kvinnor), mekoniumfärgat fostervatten (5 kvinnor), behov av medicinsk smärtlindring (2 kvinnor). Överföringar efter att förlossningen inträffat berodde på blödning (9 kvinnor), placentaretention (4 kvinnor), taget barn (4 barn), eklampsi (1 kvinna) och behov av suturering (1 kvinna). Överföringar var vanligare hos förstföderskor än omföderskor.

Om en akut situation uppstår och en överföring måste genomföras är det av vikt att barnmorskor får ett gott bemötande och stöd av andra kollegor. I en Australiensk studie av Kuliukas et al. (2016) studerades barnmorskors upplevelser av att göra en överföring från en hemlik barnmorskeledd enhet till en förlossningsavdelning. Några barnmorskorna upplevde ett stort stöd från kollegor på förlossningsavdelningen. De gånger de kände sig väl bemötta hjälpte barnmorskekollegorna till på avdelningen med att ta emot kvinnan, berätta vart de skulle och fixade i ordning rummet. De var tillmötesgående, ville hjälpa och fick kvinnan och

barnmorskan som överförde att känna sig delaktiga. Några barnmorskor kände sig dömda och värdelösa. De uppfattningarna berodde på hur de hade blivit bemött av förlossningspersonalen där de ifrågasatte deras kompetens. De upplevde också att deras relation till kvinnan blev förminskad då barnmorskorna på avdelningen tog över och inte tillgodosåg de behov och önskemål som kvinnan hade.

Barnmorskor i föreliggande studie ansåg att friska kvinnor med normal graviditet bör få välja om de ville föda hemma, på sjukhus eller andra vårdenheter. Att låta kvinnor föda vart de vill, med vem de vill och att tro på kroppens potential i födandet borde vara en självklar möjlighet för alla kvinnor oavsett om de har en normal graviditet eller komplicerad graviditet. Kvinnor med komplicerad graviditet bör få tillgång till andra vårdformer. I en randomiserad Australiensk studie av Allen et al. (2019) studeras kvinnors upplevelser av caseload oavsett identifiering av medicinska, obstetriska eller sociala riskfaktorer. Kvinnorna som hade en kontinuerlig barnmorska var mer nöjda än de som fick standardvård. De kände sig mer informerade och involverade i beslutsfattande. De upplevde även ett större stöd och trygghet. Den 24-timmars tillgången de hade till sin barnmorska ökade kvinnans uppfattning om kvalitetsvård eftersom det gjorde det möjligt för dem att följa upp sina testresultat, få problem åtgärdade direkt och få trygghet när de behövde det.

Barnmorskor i föreliggande studie ansåg att kvinnor önskade föda hemma då hemmet var en trygg och lugn miljö och att medikalisering av vård på sjukhuset var allt för vanligt. Resultatet återspeglas i en isländsk studie av Gottfredsdottir et al. (2015) det beskrevs att kvinnor upplevde att medikalisering av förlossning hade gått för långt och att bilden av kvinnors kroppar sågs som oförmögna att föda. Barnmorskor beskrev att de var oroliga för att kvinnor hade kommit till tron att de inte var kapabla att föda utan hjälp från medicinska insatser. De påpekade också att genom att kvinnorna såg födseln på ett positivt sätt så var kvinnorna mer förberedda. Kvinnor såg en trygghet i att föda barn i en trygg hemliknande miljö som har anpassats till deras behov och i närvaro av en barnmorska som de har byggt upp en relation med.

Majoriteten barnmorskor i föreliggande studie hade erfarenhet av att förekomsten av bristningar var låg och att vattenförlossning var en viktig betydande faktor för både utfallet av bristningar och smärtlindringssyfte. Liknande fynd beskrivs av Ulfsdottir et al. (2018) som beskrev att det fanns en signifikant skillnad i frekvensen av grad 2 bristningar. För de kvinnor som födde i vatten hade 68% inga bristningar och 16,7% för de som födde utan vatten. Hos de

som hade vattenförlossning hade 21,7% en grad 2 bristning jämförelse med 33,6% hos de som födde utan vatten. En förklaring till den lägre frekvensen av bristningar var den positiva effekten av värmen från vattnet mot perineum, vilket ledde till vasodilatation och ökad blodtillförsel. Förlossningsupplevelsen bedömdes vara högre hos de som hade haft en vattenförlossning och den mer positiva erfarenheten var relaterad till att vattnet hjälpte kvinnan att vara avslappnad, kände sig tryggare och upplevde mer kontroll. Annat fynd hittades där en nackdel som framkom var att hos tre barn gick navelsträngen av vid vattenförlossning jämfört med ingen hos de som födde utan vatten. Det behövdes dock inte göras några åtgärder i form av blodtransfusion eller inläggning på sjukhus.

Några av barnmorskorna i föreliggande studie betonade vikten av att ha flera alternativ för kvinnorna för att de ska kunna föda på sina egna villkor. Enligt Hildingsson et al. (2020) visade det sig att kvinnor som hade vårdform med kontinuitet, så kallad caseload, hade fler mödrahälsovårds besök och färre graviditetskomplikationer. Kvinnorna var mera benägna att få en normal vaginal förlossning (78,6% mot 64%) och lägre frekvens av grad 2 bristningar (13,1% mot 23,4%) än de som deltog i standardvård.

Barnmorskorna upplevde i föreliggande studie att kvinnor som valde att föda hemma gjorde medvetna val, såg födandet som en naturlig händelse i livet och hade en önskan om att känna trygghet, delaktighet och stärkt autonomi. Liknande fynd beskriv av Lindgren et al. (2006) där kvinnorna var medvetna där de beskrev att förlossning överlag inte kommer med några garantier oavsett var man valde att föda. Kvinnorna ansåg även här att födandet var en naturlig process och att kvinnans kropp ansågs vara skapad för att kunna föda barn. Förlossningen betraktades som en positiv händelse, inklusive lycka och smärta. Kvinnorna ville skapa en harmonisk atmosfär och ett välkomnande för barnet genom att föda hemma. Kvinnorna var trygga i sig själva och trygga med sina partners. Kvinnorna ansåg att de hade ett bra band och relation till deras barnmorska, då de hade träffats under graviditeten flera gånger. Kvinnorna ansåg att deras relation till sin partner blev starkare genom att föda hemma genom att det förde dem närmare varandra. Kvinnorna hade förberett sig genom att läsa på artiklar och böcker och pratat med andra kvinnor som fött hemma.

Slutsats

Barnmorskors erfarenheter av att arbeta med hemförlossning i Sverige redogjorde för flera olika perspektiv på arbete med hemförlossning. Barnmorskorna ansåg att alla friska kvinnor med normal graviditet ska ha rätt att välja vart de vill föda. Barnmorskorna beskrev att

kvinnor som valde hemförlossning var pålästa och gjorde medvetna val för sig själva och sina barn. Det framkom att barnmorskor ansåg att det var viktigt att störa födelseprocessen så lite som möjligt och att kvinnan skulle få möjlighet att föda i en trygg harmonisk miljö.

Barnmorskorna upplevde att det var låg förekomst av bristningar och interventioner samt att majoriteten var vattenförlossning. Däremot framkom det att barnmorskor kände en utsatthet i sin yrkesroll och en brist av stöd från barnmorskor som arbetade på sjukhus samt att alltid vara jour var påfrestande. Överlag var hemförlossning något som varmt förespråkades för friska kvinnor med normal graviditet.

Klinisk implikation

Författarna anser att fynden från studien kan appliceras i både en utvecklad kunskap hos kollegor som arbetar med hemförlossning, i förlossningsvården och hos kvinnor som funderar på vart de vill föda barn. Att mer kunskap gagnar både kvinnor, barnmorskor och övriga professioner är av värde. Författarna hoppas att fynden kan öka kunskapen och förståelse hos kollegor, beslutsfattare och allmänheten. Genom det kan fler kvinnor få möjlighet att föda där de önskar och på sina egna villkor. Arbetet vill bidra till att fler barnmorskor som är intresserade av att arbeta med hemförlossning får en inblick i hur den livsstilen kan stå i uttryck.

Framtida forskning

I dagsläget finns det för lite forskning vad gäller hemförlossning i Sverige. Författarna anser att mer forskning är önskvärt inom alla de berörda perspektiv såsom kvinnors upplevelser av att föda hemma, barnmorskors upplevelser av att bemöta hembarnmorskor och barnmorskors erfarenheter av att bistå hemförlossningar. Samt bör mer forskning om barnmorskeledda enheter i Sverige bör göras.

Referenser

1177. (16 november 2020). *Planerad hemförlossning*. <https://www.1177.se/barn--gravid/forlossning/olika-satt-att-foda-barn/planerad-hemforlossning/>
- Ahl, M., & Lundgren, I. (2018). Working with home birth—Swedish midwives' experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 18, 24-29.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.08.006>
- Allen, J., Kildea, S., Tracy, M. B., Hartz, D. L., Welsh, A. W., & Tracy, S. K. (2019). The impact of caseload midwifery, compared with standard care, on women's perceptions of antenatal care quality: Survey results from the M@ NGO randomized controlled trial for women of any risk. *Birth*, 46(3), 439-449. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/birt.12436>
- Billhult, A. (2017). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s.265-274). Studentlitteratur AB
- Birth Right Sweden. (3 mars 2022). *Föda hemma. Hitta hembarnmorska — Birth Rights Sweden – Vi verkar för ökad valfrihet, tillgänglighet och trygghet i vården i samband med graviditet och förlossning*.
- Blix, E. (2011). Avoiding disturbance: Midwifery practice in home birth settings in Norway. *Midwifery*, 27(5), 687-692. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.09.008>
- Brocklehurst, P., Puddicombe, D., Hollowell, J., Stewart, M., Linsell, L., Macfarlane, A. J., & McCourt, C. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal (BMJ)*, 343, d7400.
<https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>
- de Jonge, A., Geerts, C. C., Van Der Goes, B. Y., Mol, B. W., Buitendijk, S. E., & Nijhuis, J. G. (2015). Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged

- national perinatal databases. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(5), 720-728. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13084>
- Dekker, R. (20 september 2022). *What is Home Birth?*. Evidence Based Birth. [What is Home Birth? - Evidence Based Birth®](#)
- Floyd, L. (1995). Community midwives' views and experience of home birth. *Midwifery*, 11(1), 3-10. [https://doi.org/10.1016/0266-6138\(95\)90051-9](https://doi.org/10.1016/0266-6138(95)90051-9)
- Gottfredsdottir, H., Magnúsdóttir, H., & Hálfðánsdóttir, B. (2015). Home birth constructed as a safe choice in Iceland: a content analysis on Icelandic media. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(3), 138-144. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.05.004>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s.411-420). Studentlitteratur AB
- Henricson, M. & Mårtensson, J. (2017). Publicering av examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s.495-506). Studentlitteratur AB
- Hildingsson, I. (2021). *Barnmorska Hela Vägen – Projektrapport*. (ISBN: 978-91-985229-2-1). Svenska Barnmorskeförbundet. [Barnmorska-Hela-Vagen-Projektrapport.pdf \(storage.googleapis.com\)](#)
- Hildingsson, I., Karlström, A., Rubertsson, C., & Larsson, B. (2020). Birth outcome in a caseload study conducted in a rural area of Sweden-a register based study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 24, 100509. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100509>
- Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Socialdepartementet. [Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\) Svensk författningssamling 2017:2017:30 t.o.m. SFS 2022:1255 - Riksdagen](#)

Karolinska Universitetssjukhuset. (20 september 2022). *Min Barnmorska - sammanhållen graviditetsvård med ett barnmorsketeam*. Min Barnmorska - sammanhållen graviditetsvård med ett barnmorsketeam (karolinska.se)

Kuliukas, L. J., Lewis, L., Hauck, Y. L., & Duggan, R. (2016). Midwives' experiences of transfer in labour from a Western Australian birth centre to a tertiary maternity hospital. *Women and Birth*, 29(1), 18–23.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.007>

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:469).
Utbildningsdepartementet. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor Svensk författningssamling 2003:2003:460 t.o.m. SFS 2022:49 - Riksdagen

Lindgren, H., Hildingsson, I., & Rådestad, I. (2006). A Swedish interview study: parents' assessment of risks in home births. *Midwifery*, 22(1), 15-22.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.04.002>

Lindgren, H. E., Hildingsson, I. M., Christensson, K., & Rådestad, I. J. (2008a). Transfers in planned home births related to midwife availability and continuity: a nationwide population-based study. *Birth*, 35(1), 9-15. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/j.1523-536X.2007.00206.x>

Lindgren, H. E., Rådestad, I. J., Christensson, K., & Hildingsson, I. M. (2008b). Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 87(7), 751-759. <https://doi.org/10.1080/00016340802199903>

Lindgren, H., Kjaergaard, H., Olafsdottir, O. A., & Blix, E. (2014). Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries – an overview. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(1), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.12.002>

Lindgren, H. E., Nässén, K., & Lundgren, I. (2017). Taking the matter into one's own hands—Women's experiences of unassisted homebirths in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11, 31-35. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.09.005>

- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s.421-438). Studentlitteratur AB
- Olsen, O., & Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane database of systematic reviews*, (9).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub2>
- Patientlag* (SFS 2014:821). Socialdepartementet. *Patientlag (2014:821) Svensk författningssamling 2014:2014:821 t.o.m. SFS 2022:1254 - Riksdagen*
- Petersson, P. (2017). Aktionsforskning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s.251-264). Studentlitteratur AB
- Polit, D. F., & Beck, T. C. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer. ISBN: 978-1-4963-0023-2
- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s.25-42). Studentlitteratur AB
- Region Stockholm. (2019). *Offentligt finansierade hemförlossningar. (HSN 2018-0698). 4-offentligt-finansierade-hemforlossningar.pdf (regionstockholm.se)*.
- Region Stockholm. (2022). *Revidering av förfrågningsunderlag för vårdval förlossning. (HSN 2021-2605). 8-revidering-av-forfragningsunderlag-for-varldval-forlossning.pdf (regionstockholm.se)*
- Scarf, V. L., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D., ... & Homer, C. S. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, 240–255. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>
- Socialstyrelsen. (2001). *Handläggning av normal förlossning - State of the Art. Handläggning av normal förlossning (sfog.se)*

- Socialstyrelsen. (2005). *Kejsarsnitt i Sverige 1990–2001*. (Artikelnummer 2005-112-3).
Rapportens titel (socialstyrelsen.se)
- Socialstyrelsen. (2021). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2020*.
 (Artikelnummer 2021-12-7651). Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2020 (socialstyrelsen.se)
- Sjöblom, I., Idvall, E., Lindgren, H., & Nordic Homebirth Research Group. (2014). Creating a safe haven—women's experiences of the midwife's professional skills during planned home birth in four Nordic countries. *Birth*, 41(1), 100–107. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/birt.12092>
- Sjöblom, I., Lundgren, I., Idvall, E., & Lindgren, H. (2015). Being a homebirth midwife in the Nordic countries—a phenomenological study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(3), 126–131. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.004>
- Svenska Barnmorskeförbundet (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*.
Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf (storage.googleapis.com)
- Svenska Barnmorskeförbundet. (2020). *Policydokument Hemförlossning*. Policydokument-Hemforlossning-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf (storage.googleapis.com)
- Thies-Lagergren, L., Ólafsdóttir, Ó. Á., & Sjöblom, I. (2021). Being in charge in an encounter with extremes. A survey study on how women experience and work with labour pain in a Nordic home birth setting. *Women and Birth*, 34(2), 122-127.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.015>
- Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2018). Waterbirth in Sweden—a comparative study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 97(3), 341-348.
<https://doi.org/10.1111/aogs.13286>
- Vallgård, S. (1996). Hospitalization of deliveries: the change of place of birth in Denmark and Sweden from the late nineteenth century to 1970. *Medical history*, 40(2), 173-196.
<https://doi.org/10.1017/S0025727300060993>

Vedam, S., Stoll, K., White, S., Aaker, J., & Schummes, L. (2009). Nurse-Midwives' Experiences with Planned Home Birth: Impact on Attitudes and Practice. *Birth*, 36:4. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00354.x>

Watson, K., White, C., Hall, H., & Hewitt, A. (2021). Women's experiences of birth trauma: A scoping review. *Women and Birth*, 34(5), 417-424. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.016>

World Medical Association. (10 september 2022). *WMA declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*. [WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects – WMA – The World Medical Association](#)

Bilaga I - Informationsbrev



KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Avdelningen för reproduktiv hälsa

Studie om barnmorskors erfarenheter att arbeta med hemförlossning

Vi heter Cathrine Sjölund och Veronica Mårtensson och är barnmorskestudenter på Karolinska institutet. Under vår sista termin kommer vi att skriva en magisteruppsats inom barnmorskans kompetensområde perinatal, reproduktiv och sexuell hälsa.

Studies syfte är att belysa barnmorskors erfarenhet av att arbeta med hemförlossning.

Du tillfrågas att delta i studien utifrån den förteckning som finns på Birth Rights Swedens hemsida över barnmorskor som arbetar med hemförlossning i Sverige.

Hur går projektet till?

Deltagandet i studien innebär att en intervju kommer genomföras via Zoom och beräknas ta omkring 30-45 minuter. Intervjun kommer äga rum v.37-39 och vi kommer överens med dig vilken tid som passar. Den deltagande kommer vid önskemål få intervjuguiden skickad på mail innan intervjun.

Allt material som rör den inspelade intervjun och eventuella utskrifter av den kommer att förvaras inlåst. Ingen obehörig kommer att få ta del av dina svar. Resultatet kommer att analyseras samt presenteras på gruppnivå i form av en magisteruppsats och läggas upp på Karolinska Institutets hemsida. Citat från intervjun kan förekomma men kommer då att vara pseudonymiserade, som till exempel Barnmorska 1, Barnmorska 2 etc.

På begäran kan deltagande få det individuella samt slutresultatet av studien på mail.
För att delta i studien behöver du ge ditt godkännande på bifogad samtyckesblankett.

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet.

Är du intresserad? Maila eller smsa oss.

Cathrine Sjölund,
Sjuksköterska, Barnmorskestuderande
072 01 82 200
cathrine.sjolund@stud.ki.se

Veronica Mårtensson,
Sjuksköterska, Barnmorskestuderande
072 56 56 996
veronica.martensson@stud.ki.se

Handledare: Anna Gustafsson, Leg. Barnmorska, PhD
070 57 59 581
anna.gustafsson.1@ki.se

Bilaga II - Samtyckesblankett

Barnmorskors erfarenheter av att arbeta med hemförlossning.



**Karolinska
Institutet**

Samtycke till att delta i studien ”Barnmorskors erfarenheter av att arbeta med hemförlossning”

Jag har fått muntlig och/eller skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

☐

Jag samtycker till att delta i studien Barnmorskors erfarenheter att arbeta med hemförlossning.

☐

Jag samtycker till att uppgifterna om mig behandlas på det sätt som beskrivits i informationsbrevet.

Plats och datum	Underskrift
	Namnförtydligande

Bilaga III – Intervjuguide

1. Hur länge har du arbetat med hemförlossning? Jobbar du på sjukhus på en förlossningsavdelning? Hur många hemförlossningar assisterar du under 1 år? Hur många födande har du jour åt samtidigt?
2. Beskriv varför du valde att börja arbeta med hemförlossningar?
3. Vilka är det som vill föda hemma?
4. Finns det några riktlinjer eller/och kriterier för att få föda hemma? Vilka kriterier tycker du själv ska finnas för att få föda hemma?
5. Beskriv hur du upplever att det är att arbeta med hemförlossning?
6. Vad upplever du som positivt (för kvinnan och hembarnmorskan) med att föda hemma? Finns det något som du upplever som negativt med att föda hemma?
7. Beskriv ditt tillvägagångssätt under en födsel hemma?
8. Beskriv vilka kriterier som behövs för att vara en hembarnmorska?
9. Beskriv hur samarbetet fungerar mellan dig och andra professioner?
10. Upplever du att den födande mer förberedd vid hemförlossning? På vilket sätt?
11. Vilka akuta situationer möter du på ditt arbete? Beskriv hur du hanterar dem? Hur ofta inträffar det?
12. Önskar du tillägga något som du tycker är viktigt att lyfta fram?