

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Avdelningen för reproduktiv hälsa

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

”Vad var det jag sa, era jävlar!”

En kvalitativ intervjustudie om kvinnors upplevelse av att föda barn oplanerat
utanför sjukhus

“What did I say, you bastards!”

A qualitative interview study about women’s experience of unplanned out-of-
hospital birth

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp

(Avancerad nivå), 2023

Författare:

Moa Olsson

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Handledare:

Emilija Wilson

PhD., Barnmorska

Författare:

Julia Bouleau

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Examinator:

Ewa Andersson

Docent, Barnmorska

Sammanfattning

Bakgrund: Den ansträngda situationen inom förlossningsvården i Sverige kan innebära att fler kvinnor kommer att föda barn oplanerat utanför sjukhusmiljö. Tidigare forskning har visat att kvinnor som föder barn oplanerat utanför sjukhus upplever både känslor av egenmakt och fascination över sin egen förmåga men även rädsla och stress när de ställs inför en oväntad situation. Stöd och bemötande från omgivningen har stor betydelse för kvinnors förlossningsupplevelse.

Syfte: Att undersöka kvinnors upplevelse av att föda barn oplanerat utanför sjukhus.

Metod: En kvalitativ intervjustudie med en induktiv innehållsanalys med inspiration av Graneheim och Lundman (2017). Tio kvinnor som fött barn oplanerat utanför sjukhus inkluderades i studien.

Resultat: Fyra kategorier och sju underkategorier framkom från analysen. Kategorierna innefattade betydelsen av omgivningens stöd, att känna tilltro och förundran över kroppens förmåga att föda barn, att inte bli tagen på allvar samt kunskap ger trygghet.

Slutsats: Kvinnor som föder barn oplanerat utanför sjukhus är i ett stort behov av individanpassat bemötande och stöd. Resultatet visade även att kvinnor fascinerar över kroppens förmåga att föda barn på ett sätt de inte tidigare upplevt.

Nyckelord: Kvinnors upplevelse, prehospital förlossning, förlossningsupplevelse

Abstract

Background: The strained situation in maternity care in Sweden may lead to more women having an unplanned out of hospital birth. Previous research has shown that women who give birth unplanned outside of hospital experience both feelings of empowerment and fascination with their own ability, but also fear and stress when faced with an unexpected situation. Support and treatment from those around them are of great importance to women's childbirth experience.

Aim: To investigate women's experience of an unplanned out-of-hospital birth.

Method: A qualitative interview study with an inductive content analysis inspired by Graneheim and Lundman (2017). Ten women who gave birth unplanned outside of hospital were included in the study.

Results: Four categories and seven subcategories emerged from the analysis. The categories include the importance of the support of the environment, feeling trust and wonder at the body's ability to give birth, to not be taken seriously and knowledge provides security.

Conclusion: Women who give birth unplanned outside of hospital are in great need of individualized care and support. The results also showed that women are fascinated by the body's ability to give birth in a way they have not previously experienced.

Key words: Women's experience, pre-hospital birth, birth experience

Innehållsförteckning

TACK TILL	5
BAKGRUND	6
FÖRLOSSNINGSVÅRDEN I SVERIGE	6
FÖRLOSSNING	6
<i>Normal förlossning</i>	6
<i>Förlossningens skeden</i>	7
FÖRLOSSNING UTANFÖR SJUKHUS	8
<i>Planerad hemförlossning</i>	8
<i>Freebirth</i>	8
<i>Oplanerad förlossning utanför sjukhus</i>	9
PARTNERNS STÖD UNDER FÖRLOSSNING	9
TELEFONSTÖD FRÅN BARNMORSKA UNDER FÖRLOSSNING	10
AMBULANSPERSONAL VID FÖRLOSSNING SOM SKER OPLANERAT UTANFÖR SJUKHUS	11
FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE	11
KVINNORS UPPLEVELSE AV ATT FÖDA BARN OPLANERAT UTANFÖR SJUKHUS – TIDIGARE FORSKNING	12
PROBLEMFORMULERING	13
SYFTE	13
METOD	13
DESIGN	13
URVAL OCH REKRYTERING	13
DATAINSAMLING	14
ANALYS	15
ETISKT ÖVERVÄGANDE	16
RESULTAT	16
BETYDELSEN AV OMGIVNINGENS STÖD	17
<i>Fysiskt, praktiskt och känslomässigt stöd</i>	17
<i>Att bli lämnad ensam i en sårbar situation</i>	19
ATT KÄNNA TILLTRO TILL KROPPENS FÖRMÅGA ATT FÖDA BARN	20
<i>Tillit och tacksamhet</i>	20
ATT INTE BLI TAGEN PÅ ALLVAR	22
<i>Att inte bli trodd på</i>	22
<i>Betydelsen av ett respektfullt bemötande</i>	24
KUNSKAP GER TRYGGHET	25
<i>Betydelsen av förberedelse</i>	25
<i>Brist på förlossningskompetens</i>	26
METODDISKUSSION	28
STUDIEDESIGN	28
URVAL	28
DATAINSAMLING	30
ANALYS	31
ÖVERFÖRBARHET	32
FÖRFÖRSTÅELSE	32
VAL AV KÄLLOR	33
ETIKDISKUSSION	33
RESULTATDISKUSSION	33
BETYDELSEN AV DET TRYGGA STÖDET	34
BETYDELSEN AV ATT INTE BLI TRODD PÅ	35
BETYDELSEN AV TILLIT TILL KROPPENS EGEN FÖRMÅGA	37
SLUTSATS	37

KLINISK BETYDELSE	37
FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	38
REFERENSLISTA	39
BILAGOR	44
BILAGA 1. INSTAGRAM-MEDDELANDE	44
BILAGA 2. INFORMATIONSBREV	45
BILAGA 3. INTERVJUGUIDE	47

Vi är medvetna om att alla som föder barn inte identifierar sig som kvinna. Till vår vetskap har samtliga studiedeltagare identifierat sig som kvinna och deras partners har refererats till pronomen *han*. Med bakgrund till detta kommer vi i arbetet främst använda pronomen *hon/han*, samt benämningen *kvinna/man*.

Tack till

Vi vill rikta ett stort tack till er kvinnor som deltog i studien och som så öppenhjärtat delade med er av era upplevelser. Vi vill även tacka vår handledare Emilija Wilson för all hjälp längst vägen och för att du peppat och trott på oss! Ytterligare tack riktas till övriga handledare och studiekamrater för feedback under grupphandledning.

Bakgrund

Förlossningsvården i Sverige

Varje år föds omkring 110 000 – 120 000 barn i Sverige och majoriteten av dessa föds efter 39 eller 40 fullgångna graviditetsveckor (Socialstyrelsen, 2020). Idag finns ett 40-tal förlossningskliniker runt om i landet med förmågan och kunskapen att vårda havande, födande samt nyblivna mödrar och deras spädbarn. Förlossningsvården har utvecklats enormt de senaste årtiondena och säkerheten för mor och barn har förbättrats avsevärt (Socialstyrelsen, 2001). När det kommer till mödra- och barnadödlighet tillhör Sverige ett av de länder i världen med lägst sådan statistik (Socialstyrelsen, 2020). I samband med förlossning har mödradödligheten i landet näst intill försvunnit helt. Procentuellt är även barnadödligheten mycket låg i samband med förlossning, endast 0,02% (Socialstyrelsen, 2001).

Mer än hälften av Sveriges förlossningskliniker har antingen lagts ner eller slagits ihop sedan början av 1970-talet. Samtidigt som kvantiteten av förlossningsenheter har minskat med mer än hälften visar data att Sveriges befolkningsmängd har ökat med 28% från 1970-talet fram till år 2021. Totalt har 14 förlossningskliniker lagts ner mellan åren 2000–2021 (Gustavsson & Chamy, 2021) och år 2022 stängdes ytterligare en av landets förlossningsenheter (Ström, 2023). Tillgången till förlossningsvård har således för många kvinnor, som en direkt konsekvens av de nedstängningar av förlossningskliniker som sker, förändrats enormt under det senaste årtiondet. I delar av Norrland har de boende till exempel mer än 90 minuters färdväg till närmaste förlossningsklinik (Örtqvist et al., 2021). Kejerhag och Simander (2023) visar ett exempel där födande boende i orten Mattaberg, belägen i Västerbotten, behöver åka fyra timmar till Umeå förlossningsklinik istället för två timmar till förlossningskliniken i Lycksele som lades ner år 2022.

Förlossning

Normal förlossning

Begreppet *normalitet* vid barnafödande är inte universellt eller standardiserat, trots omfattande forskning och flertalet debatter kring detta (World health organisation [WHO], 2018). Begreppet är svårdefinierat vilket beror på att det i olika kulturer samt över tid kan variera vad som anses vara normalt och inte. Vad som anses vara en normal förlossning idag kan för några generationer sedan ha sett helt annorlunda ut. I Sverige är det normala att föda

sitt barn på sjukhus samtidigt som det i ett världsomfattande perspektiv är normalt att föda i det egna hemmet. Normalitet förknippas ofta med det naturliga. En naturlig förlossning innebär en förlossning utan medicinska hjälpmedel som exempelvis värkstimulerande dropp och medicinsk smärtlindring. Idag definieras inte en normal förlossning som en naturlig sådan (Socialstyrelsen 2001).

WHO definierar en förlossning som normal när förlossningsstarten sker spontant i fullgången tid, det vill säga mellan graviditetsvecka 37+0 och 41+6, samt att det är en enkelbördsgraviditet. Det ska heller inte föreligga några medicinska riskfaktorer som under graviditeten bedömts kunna påverka förlossningens förlopp eller utfall. Att barnet föds spontant i huvudbjudning, att förlossningsförloppet från första värken fram till moderkakans framfödande har skett utan komplikationer samt att både modern och barnet mår bra efter förlossningen är också kriterier som ingår för att en förlossning ska definieras som normal (Socialstyrelsen, 2001; WHO, 1997). Sedan 2018 finns även riktlinjer där fokus ligger på att bidra till en positiv förlossningsupplevelse snarare än till en normal förlossning (WHO, 2018).

Förlossningens skeden

Den vaginala förlossningen delas in i tre skeden: öppningsskedet, utdrivningsskedet och efterbördsskedet. Varje skede delas in i underliggande faser. Öppningsskedet är förlossningens första skede där livmoderhalsen börjar mjukna och gradvis öppnas för att möjliggöra barnets passage genom födelsekanalen. Öppningsskedet är uppdelat i tre faser: latensfasen, den aktiva fasen och övergångsfasen. Latensfasen börjar när kvinnan upplever att förlossningen startat och pågår tills dess att förlossningen går in i öppningsskedets aktiva fas, vilket sker när modern munnen är öppen fem centimeter i kombination med att kvinnan har regelbundna och smärtsamma värkar. Öppningsskedets sista fas, övergångsfasen, karaktäriseras av att värkarna kan bli oregelbundna och variera i intensitet och duration. Övergångsfasen inträder vanligtvis då modern munnen är öppen 7–9 centimeter och pågår tills dess att modern munnen är fullvidgad. Förlossningen övergår då i utdrivningsskedet som delas in i två faser: nedträngningsfasen och krystfasen. Nedträngningsfasen börjar när modern munnen är fullvidgad och pågår till dess att barnets huvud står slutroterat mot bäckenbotten. Detta i kombination med att kvinnan oftast känner en reflex av att krysta innebär att förlossningen gått in i krystfasen som i sin tur pågår tills dess att barnet är fött. Efterbördsskedet är det tredje och sista skedet och pågår fram till att placenta och fosterhinnor fötts fram (Thies-Lagergren & Wiklund, 2022).

Förlossning utanför sjukhus

Planerad hemförlossning

När en kvinna önskar föda sitt barn i hemmet istället för på sjukhus så benämns detta som en hemförlossning. I 19 av Sveriges regioner innefattas inte planerad hemförlossning i det offentliga vårdutbudet och kvinnan får därför etablera kontakt med en privat hembarnmorska samt bekosta detta själv (Birth Rights Sweden, u.å; Sjöblom et al., 2015). I två av landets regioner finns däremot möjlighet att föda hemma med regionsfinansierade barnmorskor (Birth Rights Sweden, u.å). Tillgängligheten till en hembarnmorska varierar således beroende på bostadsort. Några gemensamma riktlinjer kring hemförlossning finns inte men de generella rekommendationerna säger att kvinnan bör vara frisk och ha genomgått en normal graviditet. För att föda hemma bör också förlossningen förväntas ske utan komplikationer (Bendt, 2020). Det råder delade meningar gällande barnets och den födandes säkerhet under en hemförlossning och det beror främst på tvetydig forskning inom ämnet (Waldenström & Lindgren, 2019). Scarf et al. (2018) belyser dock att kvinnor som födde planerat hemma hade större chans att föda spontant vaginalt jämfört med kvinnor som födde på sjukhus. Man såg också att risken för större bristning eller blödning var lägre. En ökad risk för spädbarnsdödlighet bland barn som fötts hemma jämfört med de som fötts på sjukhus kunde inte påvisas. Barnmorskeförbundet (2020) anser att kvinnor som önskar att föda sitt barn i hemmet tillsammans med legitimerad barnmorska skall ha den rättigheten.

Freebirth

Freebirth innebär en hemförlossning där den födande medvetet planerar att förlossningen ska ske helt utan assistans eller någon typ av övervakning av legitimerad personal som exempelvis en barnmorska (Newman, 2008). Den främsta anledningen till att välja freebirth är en önskan om det bästa och det säkraste för både sig själv och sitt barn utifrån den egna synen på vad som anses vara säkert respektive riskfyllt. Dessa kvinnor ser en förlossning som en normal livshändelse och har hög tilltro till den egna förmågan att föda barn och ställer sig frågande till om sjukvård är nödvändigt under en födsel. Faktorer som påverkar önskan om att föda oövervakat i hemmet är bland annat att få vara helt självständig samt att inte bli avbruten under pågående förlossning med onödiga ingrepp (Jackson et al., 2020).

Oplanerad förlossning utanför sjukhus

Det är i dagsläget okänt hur många förlossningar som sker oplanerat utanför sjukhus. Detta beror delvis på att det i statistiken inte görs någon skillnad på dessa förlossningar och planerade hemförlossningar. Ännu en anledning till att statistiken kring oplanerade förlossningar utanför sjukhus är otillförlitlig är att sjukhusen inte alltid använder den ICD-kod som finns tillgänglig för sådana födselar, istället registreras de som sjukhusfödselar (Örtqvist et al., 2021).

I Finland har man sedan 90-talet fört statistik över antalet kvinnor som föder sitt barn oplanerat utanför sjukhus och denna siffra har tredubblats de senaste åren. Det förs inte någon motsvarande statistik i Sverige men ett arbete kring hur sådan statistik skall kunna registreras pågår. Det är högaktuellt att få siffror på antalet oplanerade förlossningar som sker utanför sjukhus då många förlossningskliniker stänger ner runt om i landet samt att platsbristen på landets förlossningskliniker ökar. Denna förändring av förlossningsvården kan innebära en ökning av antalet förlossningar som sker oplanerat utanför sjukhus här i Sverige, likt ökningen som skett i Finland (Trysell, 2019). Utifrån äldre statistik från 2002 förväntas 0,5–2% av alla skandinaviska kvinnor som planerar en sjukhusförlossning istället föda oplanerat utanför sjukhus (Erlandsson et al., 2015). Liknande siffra visar Örtqvist et al. (2021) där 0,6% av samtliga kvinnor som födde barn mellan år 2014 och 2017 i Sverige födde oplanerat innan ankomst till sjukhus.

Partnerns stöd under förlossning

Vården bör främja en positiv förlossningsupplevelse för såväl kvinnan som partnern (Socialstyrelsen, 2001). Premberg et al. (2011) beskriver hur barnmorskans stöd till partnern under en födsel tros bidra mycket till hur partnern i sin tur stödjer den födande. Barnmorskans uppmuntran och lugn sågs bidra till en lugn och trygg partner. Barnmorskans yrkeskompetens bidrog till känsla av trygghet och bara medvetenheten om barnmorskans närvaro lugnade partnern. En variation av ångest och eufori beskrevs som de dominerande känslorna under pågående förlossning hos partnerna. Den upplevda ångesten grundade sig främst i oro för den födande och för barnet samt i den egna osäkerheten och hjälplösheten i situationen, att inte veta hur situationen skulle hanteras. För att inte påverka den födande negativt upplevde partnerna att de behövde dölja sina känslor genom att ge ett lugnt och tryggt intryck. Partnerna uttryckte även att de var beredda att agera som talesperson för den födande i händelse av en konflikt eller konfrontation med barnmorskan (Premberg et al., 2011).

Enligt Bohren et al. (2019) fanns olika egenskaper som kvinnor önskade hos en partner som medverkade vid förlossningen. Kvinnorna beskrev en önskan att partnern skulle vara medkännande, omtänksam och en pålitlig talesperson. De uttryckte att en närvarande partner ökade chanserna för en positiv förlossningsupplevelse på grund av att stödet gjorde det lättare för henne att känna sig stark, självsäker och trygg. Exempel på hur partnern kunde vara ett stöd för kvinnan var att bidra med icke-medicinsk smärtlindring som massage, att hålla kvinnans hand eller uppmuntra henne till rörelse. Partnern agerade även som en förmedlare genom att tala för kvinnan när hon själv inte hade möjlighet och detta upplevdes också som ett stöd. Kvinnorna upplevde även partnern som ett känslomässigt stöd som genom beröm, trygghet och kontinuerlig närvaro gav henne en ökad känsla av kontroll och självförtroende. Födande som inte hade en partner, eller annan stödperson, närvarande under sin förlossning upplevde avsaknaden av stöd som en utmaning och att förlossningsupplevelsen påverkades negativt av detta genom känslor av stress, rädsla och lidande.

Telefonstöd från barnmorska under förlossning

Telefonrådgivning beskrivs som en process där sjukvårdspersonal tar emot ett telefonsamtal från en patient, skapar sig en uppfattning av situationen och därefter lägger upp en handlingsplan. Inom förlossningsvården kan bristande kvalitet på telefonrådgivningen få konsekvenser både för den födande kvinnan och för barnmorskan. Exempel på sådana är missnöje hos kvinnan, ökade risker för både den födande och hennes ofödda barn samt påverkan på hur väl barnmorskan trivs på sitt arbete (Bailey et al., 2018). Barnmorskan beskrivs ofta som förlossningsavdelningens dörrvakt och är den person som avgör huruvida kvinnan är välkommen in till förlossningsavdelningen eller inte. Detta innebär bland annat att barnmorskan gör en bedömning av i vilket skede av förlossningen som kvinnan befinner sig i. Att befinna sig i aktiv fas är det som på de allra flesta förlossningskliniker krävs för att den födande kvinnan ska bli inskriven på förlossningsavdelningen (Bailey et al., 2018; Spiby et al., 2014; Vik et al., 2016).

Nolan & Smith (2010) undersökte kvinnors erfarenhet av att stanna hemma under tidig förlossning efter att ha pratat med förlossningsavdelningen över telefon. Dessa kvinnor upplevde en vilja att få bekräftat av barnmorskan att förlossningen startat. Kvinnorna upplevde dock att barnmorskorna på förlossningsavdelningen hade ett förutbestämt mål att inte låta dem komma in till förlossningen, att barnmorskorna helt utan att ta hänsyn till kvinnornas individuella situation och behov försökte få dem att stanna hemma så länge som

möjligt. Kvinnorna beskrevs vara beredda redan innan de ringde in till förlossningen att de antagligen skulle bli ombedda att kvarstanna i hemmet. Trots detta upplevde de en irritation över att inte bli välkomnade in till sjukhuset då de ansåg att de skulle vara mer tillfreds i situationen där än i det egna hemmet.

Ambulanspersonal vid förlossning som sker oplanerat utanför sjukhus

Kvinnor som fött sitt barn oplanerat utanför sjukhus, bistådd av ambulanssjuksköterska, beskriver att denne hade en stor påverkan på förlossningsupplevelsen. Lugnet och tryggheten som ambulanspersonalen förmedlade, under en för kvinnorna stressfull situation, beskrevs som betydelsefull (Svedberg et al., 2020). Flanagan et al. (2019) kunde se ett samband mellan kvinnors upplevelse av att ha fött barn oplanerat utanför sjukhus och ambulanspersonalens empati och interpersonella färdigheter. Ambulanspersonal med empati, respekt och god kommunikation påverkade förlossningsupplevelsen positivt och ambulanspersonal som saknade dessa färdigheter påverkade förlossningsupplevelsen negativt. Några kvinnor beskrev att de upplevde ambulanspersonalen som distanserad och ovillig att engagera sig emotionellt med kvinnan. Några kvinnor upplevde att de inte blev hörda av ambulanspersonalen och att de var tvungna att höja rösten och bli arga innan de blev tagna på allvar, detta ledde till en känsla av att inte bli trodd på och att inte bli respekterad.

Förlossningsupplevelse

Förlossningsupplevelse är ett komplext fenomen som bör ses som något multidimensionellt. Upplevelsen av en förlossning kan således bestå av en blandning mellan positiva och negativa känslor (Socialstyrelsen, 2001). Faktorer som påverkar kvinnans förlossningsupplevelse mest tycks vara hennes känsla av delaktighet, stödet av närvarande barnmorska och/eller stödperson, en känsla av trygghet samt hennes upplevelse av smärta (Nilsson et al., 2013). Med avsikt att förbättra förlossningen i sin helhet, för både kvinnor och barn, har en ökning av medikalisering av den fysiologiska födseln skett. Det har införts en rad olika metoder för att både starta, påskynda, reglera och avsluta den fysiologiska förlossningsprocessen. Denna ökning tenderar dock till att underminera kvinnans egen kapacitet att föda barn och bidrar till en negativ förlossningsupplevelse (WHO, 2018).

Enligt WHO (2018) kan kvinnans förlossningsupplevelse främjas genom respektfull mödravård. Detta avser vård som organiseras och ges till alla kvinnor på ett sätt som upprätthåller deras värdighet, integritet och konfidentialitet samt säkerställer att skada och

felbehandling inte uppstår. Respektfull mödravård innebär också att vårdpersonalen möjliggör informerade val samt ett kontinuerligt stöd under förlossningsförloppet. Likt WHO's beskrivning av fördelarna med respektfull mödravård belyser även Bohren et al. (2020) att sannolikheten för en positiv förlossningsupplevelse ökar om de födande under sin förlossning blir respekterade, tillåts vara delaktiga, får stöd från omgivningen samt upplever en känsla av trygghet.

Kvinnors upplevelse av att föda barn oplanerat utanför sjukhus – tidigare forskning

I två svenska studier som undersökt kvinnors upplevelser av oplanerad förlossning utanför sjukhus framkom att känslor som rädsla och oro infann sig i den stund de insåg att de inte kommer föda sitt barn så som de innan trott och planerat, på sjukhus. Dessa känslor var framför allt förknippade till om någon komplikation skulle uppstå för kvinnan själv eller det nyfödda barnet och vad det skulle innebära med avsaknaden av sjukhusets resurser. Vetskapen om otillgänglig medicinsk smärtlindring bidrog också till oro och rädsla (Erlandsson et al., 2015; Svedberg et al., 2020). När de födande väl var införstådda i att förlossningen inte skulle ske på sjukhus skedde ett skifte i fokus, de litade till den egna förmågan att föda barn och följde sin instinkt och sin egen kropp (Erlandsson et al., 2015; Vik et al. 2016). Dessa kvinnor beskrev att rädslan de kände över att inte hinna in till sjukhus byttes ut till en känsla av egenmakt och kontroll. Kvinnorna beskrev att de plötsligt tog situationen i egna händer och att de kände sig stolta och lättade efteråt. Utöver detta beskrevs även skam- och skuldkänslor över att inte ha hunnit in till sjukhuset i tid. Några av kvinnorna ångrade att de inte varit mer självsäkra när de pratade med barnmorskan i telefon och att de inte åkt till sjukhuset tidigare i förlossningsförloppet (Vik et al., 2016).

I Erlandsson et al. (2015) intervjustudie beskrev kvinnor sin förlossning som multidimensionell. Den beskrevs som smärtsam, tumultartad och traumatisk men även att den bidrog till många positiva känslor och tankar. När barnet väl var fött upplevde kvinnorna en känsla av lycka, lättnad och stolthet över att ha kunnat följa sina instinkter under förlossningen och att allt hade gått bra. Okunskap kring hantering av navelsträngen, placentan och blödning var en bidragande faktor till att kvinnorna upplevde stunden direkt efter födseln som den mest kritiska och att känslan av att själv kunna bemästra situationen då försvann. Svedberg et al. (2020) belyser att kvinnor som fött sitt barn oplanerat utanför sjukhus uttryckte ett missnöje och frustration med organisationen av förlossningsvården i Sverige. De ansåg att den kändes bortprioriterad i och med de långa avstånden till

förlossningsavdelningarna runt om i landet.

Problemformulering

Kliniker stänger ner runt om i Sverige och platsbristen på förlossningsavdelningar ökar. Den ansträngda situationen skulle kunna innebära att fler kvinnor kommer att föda barn oplanerat utanför sjukhusmiljö. Studier har visat att kvinnor vars förlossning sker oplanerat utanför sjukhus upplever både känslor av egenmakt och fascination över sin egen förmåga men även rädsla och stress när de ställs inför en oväntad situation. Det finns ett fåtal svenska studier som undersökt kvinnors upplevelse av att föda barn oplanerat utanför sjukhus. Denna studie ämnar därför att undersöka detta för att bidra med en ökad förståelse och kunskap kring upplevelsen av att föda barn oplanerat utanför sjukhus.

Syfte

Att undersöka kvinnors upplevelse av att föda barn oplanerat utanför sjukhus.

Metod

Design

Kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats valdes utifrån syftet. Kvalitativ metod lämpar sig bra vid en önskan att uppnå djupare förståelse om människors upplevelser, erfarenheter och uppfattningar (Moser & Korstjens, 2017). En induktiv ansats valdes för genomförandet av studien och detta menar Danielson (2017) är lämpligt när analys utgår från datainnehållet och inte från en förutbestämd teori.

Urval och rekrytering

Inklusionskriterier för deltagande var svensk- eller engelsktalande kvinnor, bosatta i Sverige och som någon gång under de senaste fem åren har fött ett levande barn oplanerat utanför sjukhus i fullgången tid. Exklusionskriterier var kvinnor vars förlossning varit en planerad hemförlossning med eller utan assisterande barnmorska. Rekryteringen av studiedeltagare utfördes genom bekvämlighetsurval och snöbollsurval. Bekvämlighetsurval innebär rekrytering av de mest lättillgängliga deltagarna och snöbollsurval innebär att deltagare kan rekryteras av studiedeltagare eller av annan person som har tillgång till potentiella deltagare (Moser & Korstjens, 2018; Polit & Beck, 2012). Studien hade en begränsad tidsram för utförandet och därför kom antalet studiedeltagare att begränsas till tio.

Majoriteten av respondenterna var omföderskor. Respondenterna var bosatta i olika regioner i södra, mellersta och norra delen av Sverige, i både storstad och på landsbygd. Respondenterna hade mellan 5–120 minuters färdväg till närmaste förlossningsklinik och alla talade svenska.

Rekrytering av studiedeltagare utfördes via sociala medier. Instagram ansågs vara den mest effektiva plattformen för ändamålet och valdes utifrån detta. Ett inlägg med information om studien och förfrågan om deltagande publicerades ursprungligen på ett av våra privata instagramkonton och delades som en Instagram-story. Därefter kontaktades sju personer med större förlossningsrelaterade konton och tillfrågades om att dela det ovan beskrivna inlägget på deras Instagram-story (Bilaga 1). Personerna som kontaktades valdes ut baserat på kontots inriktning, målgrupp och följarskara, det vill säga att de ansågs sannolikt ha följare som var potentiella studiedeltagare. Av de sju personer som kontaktades på Instagram ställde fyra stycken upp med att dela inlägget. Rekryteringen via Instagram resulterade i att 41 kvinnor anmälde intresse för deltagande i studien och av dessa uppfyllde 32 inklusionskriterierna för studien. Tio studiedeltagare valdes ut delvis baserat på bostadsort men även på tillgänglighet för intervjun. Samtliga inkluderade deltagare erhöll ett informationsbrev (Bilaga 2) via mail och gav sedan muntligt samtycke till detta, vilket spelades in, i början av varje intervju.

Datainsamling

Tio semistrukturerade individuella intervjuer utfördes mellan 2023-02-01 och 2023-02-08. Intervjuerna pågick mellan 20–50 minuter, ägde rum på plattformen Zoom och spelades in med ljud och bild. Intervjuerna utfördes med en intervjuguide som stöd (Bilaga 3). Vi båda deltog vid samtliga intervjuer och turades om att ha en aktiv och en passiv roll. Den aktiva rollen innebar att vara den som informerade om studien, inhämtade samtycke, ställde intervjufrågorna samt ställde de avslutande bakgrundsfaktafrågorna. Personen med den passiva rollen förde anteckningar och observerade. Följdfrågor ställdes spontant under varje intervju av både den aktiva och den passiva rollen. En pilotintervju genomfördes i syfte att verifiera de tillämnade intervjufrågornas relevans i förhållande till syftet samt för att identifiera eventuellt behov av revidering av intervjuguiden. Inga revideringar utfördes efter pilotintervjun och denne inkluderades i analys och resultat.

Intervjun inleddes med en öppen fråga som uppmuntrade deltagaren till att med egna ord beskriva sin upplevelse och sina känslor relaterat till händelsen. Därefter ställdes följdfrågor

för att uppmuntra deltagaren till att utveckla vissa delar i sina berättelser i syfte att få en så detaljerad beskrivning som möjligt. Samtliga intervjuer transkriberades sedan ordagrant, där intervjuerna delades upp så att vi transkriberade hälften var. Det transkriberade materialet lästes igenom samtidigt som avlyssning av intervjun skedde för att säkerställa att transkribering skett på ett korrekt sätt.

Analys

Efter transkribering av intervjuerna gjordes en manifest analys av innehållet utifrån kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats med inspiration av Graneheim och Lundman (2017).

Kvalitativ innehållsanalys är en lämplig metod för att beskriva ett fenomen genom att analysera muntlig kommunikation, exempelvis intervjuer. Målet med en kvalitativ innehållsanalys är att få en bred beskrivning av fenomenet för att sedan kondensera ner datainnehållet till kategorier och underkategorier. Vid analys av det manifesta innehållet sker en låg grad av tolkning och analysen handlar i huvudsak om att belysa det synliga och uppenbara i texten. All transkriberade data lästes igenom flertalet gånger för att uppnå en fördjupning i innehållet och för att skapa en helhetsbild av datan. Meningsbärande enheter som stod i relation till syftet identifierades. Samtliga meningsbärande enheter kortades ner till kondenserade meningsenheter i syfte att komprimera texten utan att gå miste om textens kvalitet eller innehåll. De kondenserade meningsenheterna bearbetades ytterligare och utifrån detta skapades koder. Koderna grupperades efter likheter och olikheter och underkategorier och kategorier abstraherades utifrån syftet med studien. Samtliga steg i analysprocessen genomfördes tillsammans. Ett utdrag ur analysprocessen visas i Tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Under-kategorier	Kategorier
Om man nu ska säga liksom vad jag tar med mig från den här förlossningen, det är att jag känner mig så oerhört besviken på att ingen trodde på mig under hela liksom, under hela för-delen alltså när vi ringde in så fick vi, tyckte jag, väldigt dåligt bemötande – ”nej men vadå, du har inte haft tre...liksom... värkar på tio minuter” ungefär – varför ringer du in? Alltså det bemötandet. Och så när vi åkte in till sjukhuset som var bara 6h innan hon faktiskt kom, att de inte undersökte hur öppen jag var då, tex.” <i>Kvinna 4</i>	Det jag tar med mig från den här förlossningen är att jag känner mig oerhört besviken på att ingen trodde på mig. Jag tycker att vi fick ett väldigt dåligt bemötande. Och när vi åkte in till sjukhuset 6h innan hon faktiskt kom så undersökte de inte hur öppen jag var.	Besvikelse över att inte bli trodd på.	Att inte bli trodd på	Att inte bli tagen på allvar

Han... nu i efterhand har han sagt att han inte var så lugn som han verkade, men jag upplevde honom som lugn vilket var skönt i stunden.” <i>Kvinna 2</i>	Har han sagt att inte var så lugn som han verkade men jag upplevde honom lugn. Det var skönt.	Visade inte sin egentliga känsloutåt	Fysiskt, praktiskt och känslomässigt stöd	Betydelsen av omgivningen s stöd
--	---	--------------------------------------	---	-------------------------------------

Etiskt övervägande

Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor krävs inte en etikprövning för studier eller arbeten som sker inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller avancerad nivå (Svensk författningssamling [SFS], 2022). Således har denna studie inte genomgått någon etikprövning. För att upprätthålla ett etiskt förhållningssätt har allmän god forskningssed följts kontinuerligt genom arbetet. Utifrån lagen om etikprövning av forskning som avser människor informerades samtliga studiedeltagare om syftet med studien, vilka metoder som kom att användas, vad det innebar för personen i fråga att delta, att deltagandet i studien var frivilligt samt att den medverkande när som helst kunde dra sig ur sitt deltagande utan att uppge anledning till varför (SFS, 2022). Studiedeltagarna behövde inte uppge namn eller andra personuppgifter, detta för att uppnå anonymitet för samtliga då data inte kunde härledas till dem specifikt (Vetenskapsrådet, 2017). Muntligt samtycke inhämtades och spelades in innan intervjuerna påbörjades för att på ett sådant sätt dokumentera att deltagarna var införstådda i tidigare erhållen skriftlig information. Samtliga studiedeltagare gav både muntligt och skriftligt godkännande till användandet av citat. All inhämtade data förvarades i lösenordsskyddade datorer och raderades efter examensarbetets godkännande. Hänsyn togs till att ämnet kan väcka starka känslor och minnen och därför uppmuntrades samtliga deltagare att kontakta barnmorska på barnmorskemottagning om personen i fråga kände ett behov av stöd efter avslutad intervju.

Resultat

Fyra kategorier och sju underkategorier som presenterar kvinnors upplevelse av att föda barn oplanerat utanför sjukhus framträdde efter analys. Dessa kategorier och underkategorier presenteras i tabell 2 samt i texten tillsammans med citat.

Tabell 2. Kategorier och underkategorier

Kategori	Underkategori
Betydelsen av omgivningens stöd	<i>Fysiskt, praktiskt och känslomässigt stöd</i> <i>Att bli lämnad ensam i en sårbar situation</i>
Att känna tilltro till kroppens förmåga att föda barn	<i>Tillit och tacksamhet</i>
Att inte bli tagen på allvar	<i>Att inte bli trodd på</i> <i>Betydelsen av ett respektfullt bemötande</i>
Kunskap ger trygghet	<i>Betydelse av förberedelse</i> <i>Brist på förlossningskompetens</i>

Betydelsen av omgivningens stöd

Fysiskt, praktiskt och känslomässigt stöd

Kvinnorna beskrev olika typer av stöd som kom att bli en bidragande faktor till förlossningsupplevelsen. Att partners förmåga till fysiskt stöd under förlossningen bidrog till ökad trygghet och ett lugn i stunden var flera av kvinnorna överens om. Kvinnorna beskrev oro över att inte hinna ta emot barnet eller att en stor bristning skulle uppstå till följd av uteblivet perinealskydd. Fysiskt stöd från partnern som att bistå med att ta emot barnet vid framfödandet, att hålla emot vid krystning som ett typ av perinealskydd samt att vara behjälplig vid fysisk förflyttning från en plats till en annan bidrog till lugn och trygghet. Partners handlingskraft bidrog således till att kvinnorna kunde släppa ovan nämnda orosmoment och istället fokusera fullt ut på framfödandet av barnet.

“Och min man var ganska, vad ska man säga, han tog liksom över styrningen där. Nu ska du bak i bilen och jag fick värk och bara... jag vill inte röra mig, och han sa “du ska bak i bilen nu”. Och hjälpte mig verkligen fysiskt att förflytta mig liksom och satte mig så som jag ville

vara (...) jag behövde liksom inte guida honom utan han var med på vad som skulle hända och han var redo liksom, och lugn i situationen. Så det gjorde att jag kände mig trygg med honom hela tiden” Kvinna 9

“Alltså huvudet var ju på väg ut tidigare men han bromsade lite grann för det vet jag att dom gjorde på min förra förlossning. Det vet ju inte vi hur man gör, om man ska göra så men...det kändes bra i alla fall.” Kvinna 5

Att ringa telefonsamtal, hämta nödvändigt material som handdukar och filter samt att bistå kvinnan med det hon bad om beskrevs som ett praktiskt stöd. Detta underlättade situationen och gav en känsla av samarbete. Det praktiska stödet, likt det fysiska, gav ökad möjlighet att endast fokusera på födandet.

“Jag upplevde liksom att han försökte göra det jag ville (...) Så minns jag att han liksom, han försökte verkligen att så här jag skulle kunna fokusera på det som var viktigt...” Kvinna 5

Kvinnorna belyste vikten av att deras partner utstrålade ett lugn då detta påverkade kvinnans förmåga att hitta samt behålla lugnet i den oväntade och chockartade situation som förlossningen innebar. I efterhand blev kvinnorna medvetna om att deras partner inte var så lugn som han uppvisade. I själva verket var de både stressade, oroliga och rädda men hade lyckats dölja dessa känslor bakom en lugn och trygg fasad, vilket bidrog till en upplevelse av trygghet.

“Han... nu i efterhand har han sagt att han inte var så lugn som han verkade, men jag upplevde honom som lugn vilket var skönt i stunden.” Kvinna 2

Under förlossningen hade kvinnorna kommit i kontakt med barnmorska på förlossningsavdelningen. Barnmorskan i telefonen bidrog med stöd till partnern som i sin tur visade sig vara till stor nytta för kvinnan och hennes upplevelse. Detta stöd kunde vara ett känslomässigt sådant med syftet att få partnern att behålla fokus och lugn i en stressfylld situation men också ett stöd där partnern guidades till olika fysiska och praktiska moment under födseln. Stödet från barnmorskan bidrog till lugn och handlingskraft vilket för kvinnorna bidrog till en upplevelse av trygghet, lugn och minskad panik i stunden.

“När jag pratade med min man efteråt så har ju han sagt att för honom var det ett väldigt stöd och jag tror att det också hör till att han kunde vara så pass närvarande som han var.”

Kvinna 6

*”Sedan så börjar krystvärkarna komma då. Så då blir det ju då att hon barnmorskan börjar guida på telefon hur min man ska agera vid förlossningen (...) Jag kommer ihåg att... ja jag kommer ihåg att sjuk... eller barnmorskan sa att ”ja men *namn* andas du liksom, tar du det lugnt?” typ sådana frågor ställde hon till honom” Kvinna 4*

Kvinnorna hade upprepade gånger ringt till förlossningsavdelningen för stöd och råd samt med en önskan om att komma in för kontroll. De beskrev det positiva i att få tala med samma barnmorska varje gång. Denna kontinuitet bidrog till att de inte behövde förklara hela situationen på nytt eller svara på samma frågor igen då barnmorskan sedan tidigare var insatt i hennes förlossning och kunde följa den på avstånd. Kontinuiteten gav även kvinnorna möjlighet att bygga upp ett förtroende för barnmorskan och detta känslomässiga stöd bidrog till trygghet.

“Ja... nej men för jag hade ju prata med henne två gånger innan, dels när jag ringde när vattnet hade gått och sedan när vi åkte in. Så när jag kände att, när hon svarade den sista gången också då när jag bara kände att nu kommer det liksom, då var det ganska skönt att höra att det var samma person som svarade igen” Kvinna 6

“Och min man ringde då förlossningen. Och det var också otroligt skönt, tyckte jag, att det var samma tjej som då... som jag hade pratat med båda gångerna innan.” Kvinna 3

Att bli lämnad ensam i en sårbar situation

I motsats till de kvinnor som upplevde både ett positivt praktiskt och känslomässigt stöd från barnmorskan i telefon fanns de kvinnor som inte upplevde något stöd alls av denna telefonkontakt. En kvinna berättade att hon haft svårt att höra vad barnmorskan sa och ansåg att hon fokuserade på fel saker och inte var lyhörd till kvinnans behov i situationen. En annan kvinna beskrev en tystnad, att barnmorskan inte gav någon respons på sådant som kvinnan önskade. Barnmorskans ovan beskrivna agerande frambringade känslor som stress, irritation och otrygghet hos kvinnorna.

“Jag upplevde inget stöd alls av det. Nej. Jag upplevde bara att det var någon som sa åt mig att känna liksom. (...) Jag sa åt min man att akta navelsträngen för den var virad runt foten liksom, att så här... och så att ... Så barnmorskan svarade liksom typ inte på det utan hon var bara typ tyst. Så jag kände inte att jag fick något stöd från henne eller så ” Kvinna 9

Kvinnorna vittnar om att de blivit lämnade ensamma när de anlände till förlossningsavdelningen och upplevelsen av detta har sett olika ut. Några av dem upplevde detta som positivt då de fick tid att landa i det som hade hänt samt att de fick en lugn stund för sig själva.

“Väl inne på förlossningen så... jamen först var det ju “grattis” och dom sa att det pratades om oss och så, dom tyckte att det var coolt liksom. Sen var vi ensamma ganska mycket. Det var jättemycket på förlossningen då, så dom hade inte så mycket tid över och vi mådde ju bra. Men det var också ganska skönt. Vi ringde till våra familjer och så. Så det blev också bra”

Kvinna 2

Andra kände sig däremot övergivna och lämnade i en situation där de egentligen hade behövt stöd och någon att ventileras med. Tiden på förlossningsavdelningen beskrevs av en kvinna som det mest traumatiska i hennes förlossningsupplevelse.

“När jag väl kom in till sjukhuset, det var för mig väldigt jobbigt. Och det kan jag bli ledsen även idag när jag tänker på just den grejen, att jag kände mig så himla ensam och bara lämnad (...) Vi blev inrullade typ i något sådant här litet... bara undersökningsrum (...). Så jag förläste ju moderkakan helt ensam i rummet med min dotter där då på bröstet och det är nog det mest traumatiska med min förlossning. Jag minns att jag kände mig så liksom lämnad ensam.” Kvinna 5

Att känna tilltro till kroppens förmåga att föda barn

Tillit och tacksamhet

Kvinnorna beskrev sin förlossning som naturlig och som en kraft de varken kunde förstå sig på eller stå emot. Under sina tidigare sjukhusförlossningar kunde de inte relatera till beskrivningen av att en förlossning är, eller kan vara, någonting naturligt och något som kroppen sköter själv. Kvinnorna beskrev en upplevd revansch av sina föregående förlossningar och att de äntligen hade fått uppleva kroppens egen förmåga att föda barn.

“Det var som att jag litade på att det skulle gå, jag vet inte varför – någon urkraft. Urmoderlig kraft.” Kvinna 8

Att våga lita på sin kropp och följa dess signaler och impulser under förlossningsprocessen var något som kvinnorna berättade om. De beskrev en enorm tillit till att kroppen skulle klara av uppgiften helt på egen hand, att kroppen skötte förlossningen så som den av naturen är

menad och skapad. Kvinnorna beskrev en känsla av att kroppen var överordnad den egna viljan och att den enda vägen framåt var att följa kroppen, att släppa kontrollen för att få kontroll. Detta bidrog till en upplevelse av lugn och trygghet i stunden.

“Jag fick bara skifta fokus på att göra som min kropp ville att jag skulle göra (...). Det var så intensivt och så kraftfullt att min kropp bara gjorde någonting och det var det enda jag kunde...ja... tänka på (...) Det kändes som att min kropp gör det här, det är bara att följa med” Kvinna 5

Kvinnorna beskrev ett inre fokus under utdrivningsskedet. Känslor som rädsla och stress försvann och istället infann sig en känsla av kontroll. De fokuserade på att lösa situationen, att bebisen skulle födas och att allt skulle gå bra. Allt annat prioriterades bort.

“Eller jag blev väldigt så här fokuserad på att ”okej, nu ska hon komma ut och hon ska må bra”. Så jag hann nog inte liksom landa i känslorna över huvud taget där i hallen faktiskt, utan det var liksom bara så här rationellt att – vad ska vi göra nu?” Kvinna 4

“Det var som att jag blev en helt annan person liksom. Att liksom, okej nu måste vi göra det här, hon måste ut här och det finns inget snack om den saken... nu ska vi göra det här och det blir jättebra. (...) Men jag tror att jag gick in i någon sådan där... väldigt så... saklig survival mode på något sätt. Att nu ska det här ske och det finns inga alternativ utan nu ska du föda ditt barn här och så är det med det, liksom.” Kvinna 3

Kvinnorna beskrev en tacksamhet och glädje för kroppens otroliga förmåga, som de tidigare aldrig hade upplevt. Att ha fött sitt barn självständigt, utan närvarande barnmorska, bidrog till stolthet, ökat självförtroende och förhöjd självkänsla.

“Ja men jag bara kände sådan tacksamhet inför kroppen och för att man fick vara med om det och att man klarade det. Jag fick sådan tillförlit till mig själv och min kropp, på något vis” Kvinna 2

Olika upplevelser av ambulanspersonalens deltagande vid förlossningen har beskrivits.

Kvinnorna upplevde ambulanspersonalen som en hejarklack som bidrog med uppmuntran, glada tillrop och en tilltro till kvinnans egen förmåga att föda barn. Ambulanspersonalen beskrevs som passiva på ett positivt sätt, men samtidigt tydliga i att de fanns där för att hjälpa till om kvinnan önskade.

*“Jag tror att dom frågade mig till och med, behöver du någon hjälp eller fixar du det här?
Och så... Och det tyckte jag också var väldigt skönt, att dom inte bara gick in och började
rota så utan det var liksom verkligen “Känner du att du har det här eller vill du ha någonting
mer?” Och då hann jag ju liksom också ställa mig den frågan själv liksom att... “Ja... ja men
jag tror att jag har det här. “Ja det klart du har” sa dom “Så säg till om du, om det är
något” Kvinna 3*

I motsats till detta framkom upplevelser av att ambulanspersonalens närvaro bidrog till sämre självförtroende och försämrade tillit till den egna kroppens förmåga. En kvinna beskrev att hon istället för att fortsätta så som hon hade gjort lade allt i ambulanspersonalens händer. Detta berodde dels på att ambulanspersonalen tog över och inte visade respekt till hennes egen förmåga att föda samt att kvinnan beskrevs ha en förutfattad mening om att när ambulans anländer innebär det att något allvarligt har inträffat.

“Ja men då kom han och sa ”nu lägger du dig på rygg” och så sa jag bara så här ”vad ska jag göra nu?”. Alltså då var det som att jag inte heller... då var det som att jag inte riktigt visste vad jag skulle göra eller om jag gjorde rätt – när han kom. (...) Det är väl typ ambulans... alltså när det kommer någon ny sådan där... medical person... vad säger man, att man då typ inser att man är i fara eller att någon är i fara” Kvinna 8

En annan kvinna i studien menade på att ambulanspersonalen behandlade henne alltför beskyddande efter födseln och upplevde detta nedvärderande ställt till vad hon precis hade åstadkommit på egen hand.

“Men det som man mest blir chockad över när man har fött barn är ju att alla ska typ börja dalta med en. Ungefär som att “orkar du gå tre steg” man bara “jag har fött barn själv jag kan nog gå tre steg liksom” och dom bara “orkar du gå ner för trappen” och “orkar du sätta sig här” och jag bara “ja det går bra”... liksom...” Kvinna 1

Att inte bli tagen på allvar

Att inte bli trodd på

Kvinnorna som haft telefonkontakt med barnmorska vid förlossningsstart beskrev en upplevelse av att inte bli trodd på. De upplevde att de blivit ifrågasatta och att de behövde övertyga barnmorskan om att förlossningen var igång men trots detta ändå blivit misstrodda. Samtliga av dessa kvinnor var omfödorskor och beskrev att de därför kände igen och förstod

kroppens signaler att förlossningen hade startat och att den fortskred i snabb takt. En kvinna ringde till förlossningen upprepade gånger på grund av ökad intensitet av smärta. Hon förstod att födseln var nära och hade därmed en önskan om få att komma in men varje gång blev hon rekommenderad att kvarstanna i hemmet och avvakta tills värkarna tätade. Hon födde kort därefter sitt barn hemma i hallen.

“Och det första jag känner är väl typ... alltså det är ganska konstigt ändå för jag känner mig väldigt lugn men samtidigt så känner jag mig väldigt liksom ungefär så här ”vad var det jag sa, era jävlar”, den känslan liksom” Kvinna 4

En annan kvinna hade blivit uppmanad av barnmorskan på barnmorskemottagningen att åka in till sjukhuset redan efter första värken. Detta som en följd av att hennes första förlossning gick väldigt fort. Detta ska ha funnits dokumenterat i kvinnans journal efter flertalet extrabesök på mödravården i syfte att inge trygghet inför kommande förlossning. Trots detta blev hon tillsagd att avvakta i hemmet vid första samtalet till förlossningsavdelningen. Kvinnorna beskrev ett behov av att ljuga för barnmorskan för att öka chanserna att få komma in till förlossningen. En kvinna ljög om att hon upplevde minskade fosterrörelser och en annan om att smärtan var så intensiv att den framkallade kräkningar. Att allt beror på vem som svarar i telefonen var de alla överens om.

“Samtidigt så spelar det ingen roll hur mycket man förbereder sig. Alltså, man kan spendera 9 månader med att prata med alla hur man vill ha det, och det kommer ändå vara den du pratar med på förlossningen som bestämmer hur det blir.” Kvinna 1

När barnmorskan inte trodde på det de förmedlade så bidrog detta till tvivel över om upplevelsen och om kroppens signaler verkligen stämde. Detta beskrev kvinnorna berodde på en grundläggande tillit till barnmorskan i hennes profession. De menade att barnmorskans bedömning vägde tyngre än vad de själva upplevde att deras kropp signalerade. Några av kvinnorna berättade att de efter födseln klandrade sig själva för att förlossningen hade skett utanför sjukhus. Trots att kvinnorna själva litade på sin kropp och dess signaler, och bad om att få komma in till sjukhuset men blev nekade, beskrevs upplevelse av skuld. Tankar om att de borde ha agerat på ett annorlunda sätt för att ha undgått förlossning utanför sjukhus och för att ha sluppit bli ifrågasatt är något som dessa kvinnor beskrev.

“Alltså först blir man ju så att man klandrar sig själv... jag kanske inte uttryckte mig tillräckligt väl ändå och liksom tryckte på tillräckligt väl att det kändes så och så.” Kvinna 1

Kvinnorna beskrev att tidigare förlossningsupplevelser bidrog till en oro att inte bli tagen på allvar och att bli ifrågasatt vid telefonkontakten med barnmorskan. De beskrev sedan sin tacksamhet över att det blev precis tvärtom och att det ingav en enorm lättnad och trygghet vilket var en bidragande faktor till en positiv förlossningsupplevelse.

”Så jag ringde upp förlossningen och det var ju ett av de mer oroliga momenten jag hade inför den här förlossningen, att man skulle få prata med någon som inte tar en på allvar. För det har hänt tidigare... men får prata då med en jättetrevlig barnmorska, hon är jättelugn (...)

Så hon var väldigt alltså, jag var otroligt tacksam liksom” Kvinna 6

”Alltså det hade varit så lätt för henne att bara säga någonting ”ja men bit ihop lite, snart är du framme”, någonting sådant där. Men så...det var verkligen inte så utan de trodde på det och det kändes väldigt skönt att vara trodd på och tagen på allvar. Det gjorde väldigt stor skillnad. Och så just den här positiva attityden” Kvinna 3

Betydelsen av ett respektfullt bemötande

Kvinnorna belyste vikten av ambulanspersonalens lugna, positiva och respektfulla bemötande och hur det, både under förlossningen och i efterhand, bidrog med positivitet till förlossningsupplevelsen. De beskrev exempelvis hur ambulanspersonalens lugna och avslappnande bemötande bidrog till en lättsam stämning, en minskad oro samt bidrog till avdramatisering av situationen.

”Med ambulansen och ambulanspersonalen - en jättefin upplevelse. Dom var jättefina när dom kom och bara kom fram och kollade under kläderna vi lagt på henne och frågade ”hur mår du?” och sa grattis och så. Vi fick ett litet gosdjur till henne i ambulansen. Ja men det var jättefint. Jag hade ju legat där på asfalten så jag var lite kall och så fick man komma in i en varm ambulans och... det var jättefint. Vi var ju fortfarande alldeles höga både jag och min man så det var en jättefin upplevelse.” Kvinna 2

I motsats till detta upplevde en kvinna ambulanspersonalens bemötande mycket nonchalant. Deras sätt att behandla henne gjorde att hon kände sig förminskad och respektlöst bemött.

”Sen så frågade de ”Ja men, ambulansen står parkerad här ute, kan du klä på dig och komma ut?” i princip, var på min man då säger att ”Nej men kom igen, nu får ni lägga henne på baren. Hon ligger ju här med ett nyfött barn” liksom. Så då la dom mig på baren och sen så åkte ambulansen.” Kvinna 4

Även bemötandet på förlossningsavdelningen beskrevs av kvinnorna på ett varierande vis. Kvinnorna menade till exempel att de inte fick det bemötandet som de hade önskat. De beskrev att personalen inte såg deras behov och inte gav dem en respektfull vård. En icke respektfull vård beskrevs vara att inte bli erbjuden smärtlindring vid suturering vid större bristning eller att barnmorskan tydligt hade egna antaganden gällande kvinnans upplevelse av att hon hade fött sitt barn oförväntat utanför sjukhusmiljö. Kvinnorna beskrev en upplevelse av att barnmorskorna snarare berättade för dem hur de skulle känna i stället för att fråga hur de egentligen mårde och kände. Detta bidrog till en upplevelse av respektlöst bemötande från förlossningspersonalen som i sin tur bidrog till otrygghet och besvikelse.

“Så då frågar jag “kan man få någon bedövning?” för det fick jag med den första... Och då fick jag en spray först och så kände dom att jag hade en grad 2-bristning. “Du kan sy de här skadorna utan mer bedövning”. Och då sa jag att “nej det vill inte jag, jag vill ha mer bedövning”. Då drog jag liksom så här att “jag har fött honom själv, någon bedövning kan jag väl få” typ... Så då fick jag bedövning och så sydde dom den” Kvinna 1

“Ja en kommentar jag fick från en undersköterska var att ”Ja ni ska vara glada att ni födde hemma för här har det varit fullständigt kaos i natt”... Och ja, det var inte känslan jag hade...” Kvinna 5

En kvinna beskrev hur hennes partner fick ta emot mycket beröm av personalen på förlossningsavdelningen, att han hade utfört ett fantastiskt arbete. Kvinnan däremot fick inte något beröm över huvud taget. Detta orsakade att hon kände sig ledsen, förbisedd och respektlöst behandlad.

*“När vi kom in på sjukhuset så var det ju också...vad ska jag säga... Det var jättemånga barnmorskor som var så här, för dom visste ju att vi skulle komma in och att *namn* då i princip hade förlöst mig... Så kom vi i alla fall in där och sen så var det kanske fyra barnmorskor som sa ”*namn*, vilket fantastiskt jobb du har gjort, du kan nästan titulera dig som barnmorska nu”. Men det var ingen som sa något till mig, att liksom jag hade gjort någonting bra.” Kvinna 4*

Kunskap ger trygghet

Betydelsen av förberedelse

Kvinnorna beskrev hur de förberett sig inför förlossningen på olika sätt och hur detta tycks ha

påverkat förlossningsupplevelsen positivt. Att ha gått en förlossningsförberedande kurs, läst böcker eller lyssnat på andras förlossningsberättelser var några förberedelser som de beskrev. Kvinnorna berättade att de hade ett intresse för barnafödande vilket hade underlättat förberedelserna och bidragit till en större kunskap gällande förlossningar. I efterhand belyser kvinnorna vikten av att de faktiskt hade förberett sig och att detta bidrog med en känsla av lugn och trygghet under förlossningen på olika sätt. En kvinna beskrev att hon och hennes partner redan innan förlossningen hade diskuterat risken att barnet kunde födas i bilen på grund av en lång körsträcka till närmaste förlossning. Detta resulterade i att kvinnan hade packat en väska innehållande filter, vatten och handdukar som placerades i bilen.

“Men då, när jag låg där så var det en enorm resurs, vet jag verkligen. Jag vet att jag tänkte till och med så här att... “Juste nu är det det här, och nu bränner det precis där som dom sa där” och “Jaha”. Så jag hann liksom, jag hann verkligen återkoppla till det så att... Och det gjorde ju också på nåt sätt att jag kände mig lugn och så länge jag kände de här sakerna så är det ju nånting som går rätt där inne, även om allting går väldigt fort, så går det också som det ska... på nåt sätt.” Kvinna 3

”Då sa min barnmorska ”men ska du inte lyssna på lite förlossningsböcker igen bara för att komma in i processen?” och då lyssnade jag på två stycken och då var det som att sådana grejer satte sig (...) och det var så jävla bra att jag hade det då, i huvudet.” Kvinna 8

Brist på förlossningskompetens

I samband med kvinnornas födselar har ambulans tillkallats och anlänt, ibland innan och ibland efter att barnet fötts. Enbart vetskapen om att ambulanspersonalen var på väg beskrevs ha givit upphov till en känsla av trygghet hos kvinnorna. De beskrev att medvetenheten om olika potentiella komplikationer skapade en ökad oro och bidrog till känslor som rädsla och panik. Kvinnorna förknippade även rädslan med att inte befinna sig i närheten av sjukhusets resurser om behov för detta skulle uppstå. Kvinnorna uppgav även oro inför att hinna ta emot barnet och en rädsla för att tappa det. En kvinna beskrev att hon i stunden hann tänka att bebisen kanske lagt sig i sätesbjudning och en annan berättade att hon funderade kring allt som skulle kunna gå fel och orsaka permanenta fosterskador eller i värsta fall död.

“Jag var också väldigt orolig för det här att – tänk om jag inte kan fånga barnet alltså, tänk om vi tappar barnet. Hur gör man egentligen för att ta emot det, det lär ju vara så här... dom

är väl liksom halkiga och slemmiga och... så ja nej...det var väl det som jag var mest rädd för. (...) Men det var det här att – ja jag står upp i ett kaklat badrum liksom... Att vi måste ta emot barnet. Alltså det var väldigt stressande minns jag.” Kvinna 5

Kvinnorna beskrev en känsla av trygghet att ha medicinskt kunnig personal på plats om något avvikande skulle ske under förlossningsförloppet. De beskrev det som en upplevelse av att kunna luta sig tillbaka, att kunna släppa sin oro för potentiella komplikationer och fokusera på att föda barn. En kvinna beskrev att de katastrofkänslor som hon hade haft innan ambulansens ankomst försvann i samma stund som den anlände.

“Ganska snart stod det klart för mig... typ vid krystvärk två så började jag känna att huvudet trängde ner. Jag kände det jättetydligt, jag kände precis vart hon var i kroppen när hon föddes. Så då ville jag bara att vi skulle möta ambulansen. Alltså, att vi skulle komma så långt som möjligt mot ambulans. Så att om det hände någonting så är vi så nära som möjligt till sjukvårdspersonal.” Kvinna 2

“Men sen, sen när dom kom, då släppte de katastrofkänslorna ganska omgående. De var ju två också. Man kände att blir det panik nu så tar de, ja då tar dom mig i den ena och bebisen i den andra och så åker de liksom. Så då kände jag mig ganska lugn igen.” Kvinna 3

Kvinnorna uttryckte dock att det var tydligt att ambulanspersonalen inte var vana vid att bistå förlossningar och att det bidrog till otrygghet. De vittnade om ambulanspersonal som muntligen uttryckte en osäkerhet, att de inte var vana vid att bistå förlossningar samt att pågående förlossning var sällsynt förekommande i deras vardagliga arbete. Kvinnorna beskrev exempelvis hur ambulanspersonalen upplevdes osäkra i förhållande till framfödandet av moderkakan. En ambulanssjuksköterska uppvisade stress att få ut moderkakan så snart som möjligt och en annan uttryckte att den nog inte brukade komma så tätt inpå födseln när kvinnan själv kände att den var på väg ut.

”Min tanke i det är att jag tror att dom har fått gå några kurser och har fått öva det lite liksom men dom har inte den reella kunskapen från verkligheten. Dom har inte varit med om detta så många gånger. (...) Jag förstår att dom, dom kan inte detta liksom, jag förstår det. Men för mig så blir det ju en enorm otrygghetskänsla i att dom inte ger mig ett lugn liksom”

Kvinna 9

“Så för mig har det varit så att ambulansfärden in sen har varit det riktigt jobbiga för där kände jag mig otrygg och där var jag i händer som inte var vana vid detta, som inte kunde ge mig stöd och trygghet i det utan hon var osäker och ville få ut moderkakan så fort som möjligt” Kvinna 9

Metoddiskussion

Enligt Mårtensson & Fridlund (2017) ska examensarbeten uppfylla god vetenskaplig kvalitet. För att möjliggöra detta samt för att uppfylla *tillförlitlighet* kommer tillvägagångssättet granskas utifrån följande begrepp; *trovärdighet, bekräftelsebarhet, pålitlighet* och *överförbarhet*.

Studiedesign

Kvalitativ intervjustudie med en induktiv ansats bedömdes vara den bästa metoden utifrån syftet. Induktiv ansats användes istället för en deduktiv på grund av att resultatet av studien kom att belysas från studiedeltagarnas berättelser samt då en förutbestämd teori inte fanns (Danielson, 2017). Semistrukturerade intervjuer tillämpades då det gav studiedeltagarna de bästa förutsättningarna att fritt berätta om sina erfarenheter och upplevelser. Ett alternativ hade kunnat vara enkätstudie eller intervju genom fokusgrupper. Dessa metoder valdes bort då de inte hade svarat lika bra på syftet. Att tillämpa en enkät ansågs riskera att respondenternas svar inte blev lika uttömmande som under en intervju. Detta på grund av att respondenterna hade begränsats av att svara skriftligt men även att tillvägagångssättet eliminerar möjligheten till följdfrågor. Att använda sig av fokusgrupper ansågs heller inte vara den bästa metoden då risken finns att intervjudeltagarna håller tillbaka information om ämnet anses privat och känsligt.

Urval

För att uppnå *trovärdighet* är det enligt Graneheim et al. (2017) av högsta vikt att inkludera deltagare som har erfarenhet av det studerade fenomenet samt har möjlighet att berätta om det. Med bakgrund av detta användes bekvämlighetsurval och snöbollsurval. Detta ansågs vara det bäst lämpade valet av rekryteringsmetod på grund av den begränsade tid som fanns att utföra studien på samt då det ansågs öka chanserna att hitta deltagare som hade erfarenhet av det fenomen som var i fokus (Henricson & Billhult, 2017). Rekrytering skedde via sociala medier där olika förlossningsrelaterade konton kontaktades och ombads informera sina följare

om studien. Det kan ses som en styrka att respondenterna möjligtvis hade ett intresse för det studerade fenomenet. Sannolikheten ökar att deltagarna delar med sig av mer rikliga berättelser samt är lättare att intervjua om ett intresse finns (Polit & Beck, 2012). Tydligt bland deltagarna i studien var att de använde dessa Instagramkonton som kunskapskälla och en plats att samla information och vetskap om förlossning på. Om kvinnor utan denna resurs hade inkluderats hade kanske utfallet blivit annorlunda då resultatet visade att förberedelser och kunskap var en bidragande faktor till en positiv förlossningsupplevelse.

I kvalitativa studier baseras antalet deltagare på uppnådd datamättnad, det vill säga att antalet respondenter inte är förutbestämt (Polit & Beck, 2012). Antalet deltagare till denna studie var dock förutbestämt till tio mot bakgrund av den tidsbegränsning som fanns för arbetets utförande. Begränsningen av antalet deltagare kan ses som en styrka då det inte gav en för stor mängd data att analysera, vilket kan bidra till förbättrad kvalitet av analysprocessen. Efter åtta intervjuer upplevdes ingen ny information tillkomma. Moser & Korstjens (2018) beskriver att när datamättnad uppnåtts så utförs oftast två eller tre ytterligare intervjuer för att bekräfta detta. Således utfördes även de två sista intervjuerna i syfte att bekräfta datamättnad.

Inklusionskriterierna för studien var svensk- eller engelsktalande kvinnor, bosatta i Sverige och som någon gång under de senaste fem åren hade fött ett levande barn oplanerat utanför sjukhus i fullgången tid. Målet med de valda inklusionskriterierna var att få ett så brett urval som möjligt, det vill säga att inte begränsa de potentiella deltagarna utifrån exempelvis bostadsort eller ålder. Studiedeltagarna var bosatta både i storstad och på landsbygd och hade mellan 5–120 minuters färdväg till närmaste förlossningsavdelning. Ingen tydlig koppling kunde ses i relation till förlossningsupplevelsen och var kvinnorna bodde eller hur långt de hade till närmsta förlossning. Spridningen av respondenter ses som en styrka då det ger en variation i urvalet. Att inkludera respondenter med olika bakgrund och erfarenheter är en faktor som ökar *överförbarheten* av studien (Graneheim et al., 2017; Henricson, 2017). En skillnad i upplevelse kunde ses mellan först- och omfödorskor. Majoriteten av studiedeltagarna var omfödorskor och det är möjligt att resultatet hade blivit annorlunda om urvalet av respondenter hade begränsats till endera först- eller omfödorskor. De respondenter som var omfödorskor tenderade att jämföra mycket med sina tidigare förlossningar och verkade ha nytta av att ha fött barn tidigare. Med bakgrund av detta resultat skulle det kunna vara så att upplevelsen av förlossningen hade varit mindre positiv om enbart förstfödorskor hade inkluderats. Detta på grund av att förstfödorskor inte har den förförståelse och kunskap

om den egna kroppens agerande under förlossning som många av omföderskorna beskrev som fördelaktigt.

Utfallet hade även kunnat bli annorlunda om följande inklusionskriterier hade tillämpats: *kvinnor som fött oplanerat utanför sjukhus på grund av att de blivit hänvisade till annan förlossningsklinik till följd av platsbrist eller kvinnor som till följd av centraliseringen av förlossningsvården har lång färdväg till närmsta förlossningsavdelning*. Möjligtvis hade kvinnornas upplevelse påverkats negativt av bara vetskapen om att de födde utanför sjukhus som en följd av nedstängda eller fullbelagda kliniker. Dessa inklusionskriterier hade däremot inte svarat bättre på syftet då studien ämnade att undersöka kvinnors upplevelse av att föda barn oplanerat utanför sjukhus, oavsett anledning.

Datainsamling

Att använda sig av en semistrukturerad intervju tillåter intervjuaren att vara följsam till informanten och vad som kommer upp i intervjun istället för att vara låst till en förutbestämd ordning av intervjufrågor. Att det fördes anteckningar under intervjuerna möjliggjorde djupare diskussion och en djupare förståelse av materialet. Det kan betraktas som en svaghet att vara två intervjuare på grund av att det är mer tidskrävande men framför allt på grund av att det kan störa respondenten under intervjun och således påverka resultatet (Danielson, 2017). I syfte att motverka detta informerades varje respondent om vem som hade vilken roll under intervjun. Det kan även ses som en svaghet att vem som hade den aktiva rollen varierade. Detta på grund av att olika erfarenheter och kunskaper om studerat fenomen möjligtvis leder till olika interaktion med studiedeltagarna. Å andra sidan kan detta även ses som en styrka då det gav möjlighet till olika perspektiv under efterföljande diskussion.

På grund av att den som intervjuar interagerar med respondenten ses denne som medskapare till insamlade data (Henricson & Billhult, 2017; Graneheim et al., 2017). För att uppnå *pålitlighet* i studien är det av betydelse att vara medveten om den rådande förförståelse inom studerat fenomen då denna kan påverka vilka frågor och följdfrågor som ställs. För att undvika att påverka respondenterna i sina svar och för att uppmuntra dem till att tala fritt om sina upplevelser var intervjuaren så tyst som möjligt under intervjuens gång. Inför intervjuerna tränades det på att ha den aktiva rollen. Detta för att uppnå bekvämlighet i rollen för att inte påverka respondenterna negativt genom att uppvisa osäkerhet och nervositet. För att undvika

att styras av den intervjuguide som upprättades var vi väl inlästa på intervjufrågorna och hade således intervjuguiden enbart som stöd. I efterhand kan diskuteras varför några av dem bakgrundsfakta som finns med i intervjuguiden inkluderades (Se bilaga 3). Syftet med dessa var att senare kunna ställa dem i relation till utmärkande resultat för att eventuellt se en koppling däremellan. Några sådana kopplingar i relation till resultatet förekom inte förutom huruvida kvinnan var omföderska eller förstföderska.

Enligt Danielson (2017) är det av stor vikt att intervjun sker i en ostörd miljö där respondenten känner sig trygg i syfte att öka förutsättningarna för att bredda innehållet i intervjun. Att intervjuerna utfördes över Zoom möjliggjorde för deltagarna att själva välja miljö, vilket kan ha främjat en känsla av trygghet. Majoriteten av kvinnorna var hemma vid tidpunkten för intervjun, vilket kan antas vara en trygg plats för dem. Däremot sågs en svaghet för studien att flertalet av kvinnorna var föräldralediga och hemma med sina barn då det kan ha påverkat kvinnans förmåga att fokusera på intervjun och dess innehåll. Att varje intervju utfördes via Zoom kan även ha påverkat resultatet på det sätt att studiedeltagare och intervjuare inte får samma möjlighet till interaktion som vid fysiska intervjuer där man är på samma plats.

Analys

Pålitligheten i en studie påverkas av tolkningen av data. På grund av detta fördes under innehållsanalysen en ständig diskussion angående den egna förförståelsen och hur denna kunde påverka tolkningen. Det kan betraktas som en styrka att det var fler personer än en som utförde analysen då de olika personerna gör olika tolkningar av data (Graneheim et al., 2017). Ytterligare reflektioner har gjorts tillsammans med handledare, vilket givit möjlighet till ytterligare diskussion och nya synvinklar. Att handledare också givits möjlighet att bedöma om resultatbeskrivningarna svarar på syftet på ett korrekt sätt stärker *pålitligheten* av studien (Henricson, 2017). För att öka *trovärdigheten* har även den första tolkningen av data diskuterats med olika handledare och kurskamrater för att försäkra att analysen är passande. Något som stärker *bekräftelsebarheten* är att analysens tillvägagångssätt har beskrivits ingående (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Studiens trovärdighet stärks genom att ge exempel på abstraktions- och tolkningsprocesser samt användandet av citat från respondenterna. Detta tillvägagångssätt ger läsaren möjlighet

att själv bedöma äktheten av det presenterade resultatet. Användandet av citat i resultatdelen ger dessutom möjlighet till att belysa respondenternas egna ord och prioritera dessa över de tolkningar och beskrivningar som gjorts (Graneheim et al. 2017).

Överförbarhet

Överförbarheten av denna studie kan tänkas stärkas då delar av resultatet är samstämmigt med tidigare forskning inom ämnet samt att resultatet är tydligt beskrivet. Dessutom har *trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet* eftersträvats i studiens tillvägagångssätt och stärkt överförbarheten. Det kan dock fortsatt diskuteras om resultatet kan överföras till kvinnor som fött barn oplanerat utanför sjukhus men som lever i en annan kontext.

Förförståelse

Det är av vikt att vid utförandet av kvalitativa studier vara medveten om och reflektera över bakomliggande förförståelse och hur denna kan komma att påverka utförandet av studien (Korstjens & Moser, 2018). Att själv ha fött barn samt att studera till barnmorska innebär att både erfarenheter, kunskaper och ett speciellt intresse för förlossning finns. Tidigare arbetslivserfarenheter inom både ambulanssjukvård, allmän akutsjukvård och gynekologisk akutsjukvård har bidragit till både kunskap och olika erfarenheter inom områden som studien berör. Arbetet inom ambulanssjukvården har inneburit att bistå flertalet förlossningar utanför sjukhus. Denna presenterade förförståelse kan ses som en styrka då den bidrog till en djupare förståelse för vad kvinnorna hade varit med om. Detta ledde till att det var lättare att placera upplevelser i en större kontext, vilket eventuellt gjorde det möjligt att ställa bättre följdfrågor under intervjun. Enligt Graneheim & Lundman (2004) kan en viss förförståelse vara positivt för tolkningen av insamlade data. Detta tillåter intervjuaren och respondenten att komma närmare varandra och kan därmed minska risken för feltolkning. I motsats till detta kan förförståelse även ses som en svaghet då tidigare erfarenheter kan påverka tolkning av data (Graneheim et al., 2017). För att motverka att förförståelsen skulle innebära en begränsning för studien har det under analysprocessen och under hela arbetets gång skett en kontinuerlig diskussion och reflektion. Även handledare och studiekamrater har under grupphandledning varit med i diskussion.

Val av källor

Vår ambition har genom arbetet varit att använda de mest tillförlitliga källorna och i möjligaste mån har vetenskapliga artiklar används. Artiklarna ur dagstidningen Dagens Nyheter av Gustafsson & Chamy (2021) och Kejerhag & Simander (2023) kan anses vara källor med lägre tillförlitlighet då de inte är vetenskapliga och artiklarna inte blir granskade innan publicering. På grund av arbetets tidsbegränsning ansågs det inte möjligt att utföra samma arbete med att sammanställa olika dokument som författarna till dessa artiklar gjort och därför inkluderades artiklarna i arbetet. Källan har därmed diskuterats och värderats och därefter bedömts vara av tillräckligt hög kvalitet för att användas.

Etikdiskussion

I föreliggande studie har beslut tagits i syfte att tillgodose Vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Kjellström, 2020). Att deltagarna skriftligen informerades om studien och dess syfte kan diskuteras då vi inte kunnat säkerställa att deltagarna tagit del av given information och därmed huruvida vi helt kan lita på deltagarnas muntliga samtycke. Ytterligare en viktig etisk aspekt är att deltagandet i studien var frivilligt och samtliga deltagare informerades om att de när som helst under studiens gång kunde avbryta deltagande utan att uppge orsak. Det kan ses som enklare att avbryta en intervju på Zoom än en intervju som sker fysiskt. Att data var avidentifierad och att deltagarna därmed var anonyma kan ha bidragit till att deltagarna berättat mer ingående och fritt om sina upplevelser.

Resultatdiskussion

Centraliseringen av den svenska förlossningsvården och ökningen av platsbrist på förlossningsavdelningarna runt om i landet kan vara bidragande faktorer till att allt fler kvinnor kommer att behöva föda barn oplanerat utanför sjukhus. Detta är en av få studier som undersökt kvinnors upplevelse av denna typ av förlossning. I resultatet framkom olika faktorer som alla visade sig ha en stor inverkan på kvinnans förlossningsupplevelse. Tre huvudfynd identifierades vilka kommer att diskuteras. Huvudfynden inkluderade *betydelsen av det trygga stödet, betydelsen av att inte bli trodd på samt betydelsen av tilliten till kroppens egen förmåga*.

Betydelsen av det trygga stödet

Vikten av stöd och dess positiva påverkan på förlossningsupplevelsen framkom i resultatet. Stödpersonen kom att ha en betydande påverkan på den födandes känslor, tankar och agerande under förlossningen. De födande beskrev att stödet bidrog till minskad rädsla och panik och en känsla av samarbete, att de inte var ensamma i situationen. I resultatet påvisas olika typer av stöd som var till stor hjälp för den födande att uppnå bland annat lugn och fokus. Det som tycktes påverka de födandes upplevelse av förlossningen mest i relation till det känslomässiga stödet var stödpersonens förmåga att förmedla lugn som bidrog till trygghet i situationen. I likhet med detta beskriver Premberg et al. (2011) i en intervjustudie att den födandes välbefinnande ökar om det finns en stödperson närvarande under födseln. Även Nilsson et al. (2013) såg i sin kvalitativa studie, där nedskrivna förlossningsberättelser analyserades, att stödet var en av de främsta faktorerna som påverkade kvinnornas förlossningsupplevelse.

När den födande upplever trygghet, får stöd samt befinner sig i en miljö som främjar lugn och ro ökar produktionen av hormonet oxytocin. Oxytocinproduktionen stannar däremot av när den födande upplever känslor som stress eller rädsla och detta bidrar således till ett förlängt förlossningsförlopp och en ökad risk för sämre förlossningsupplevelse (Uvnäs-Moberg et al., 2019; Walter et al., 2021). Mot bakgrund av resultatet och tidigare forskning tycks det vara av stor betydelse för förlossningsupplevelsen att födande får stöd för att främja en lugn och trygg miljö. I resultatet, i likhet med vad Premberg et al. (2011) kom fram till i en studie om pappors upplevelser av att vara med under en förlossning, beskrevs en lugn och trygg fasad hos partnern. Detta sågs i föreliggande studie som en oerhörd tillgång till den födandes upplevelse av trygghet. Detta tordes innebära att barnmorskan har en avgörande roll i att ge ett känslomässigt och praktiskt stöd till den närvarande stödpersonen i syfte att bidra till en positiv förlossningsupplevelse för den födande.

I studien framkom att det fanns olika bidragande faktorer till upplevelsen av trygghet. De födande beskrev att blotta närvaron av ambulanspersonalen ingav trygghet i relation till rädslan och oron för komplikationer, att det var tryggt att ha medicinsk kunnig personal på plats om behov uppstod. Däremot beskrev de att ambulanspersonalen i relation till förlossningen bidrog till en otrygghet på grund av uppvisad osäkerhet gällande förlossningsvård. Denna otrygghet bidrog sedan med negativitet till förlossningsupplevelsen. Svedberg et al. (2020) menar, utifrån resultatet i en enkätstudie som undersökt kvinnors

upplevelser av att föda barn oplanerat utanför sjukhus, att ambulanspersonal bör ha kunskap om förlossningsvård. Detta för att kunna ge god vård och bidra till en positiv förlossningsupplevelse och denna slutsats stärks i föreliggande studie. Hill et al. (2022), Persson et al. (2019) och Vagle et al. (2019) beskriver, utifrån intervjustudier där ambulanspersonalens upplevelser av att bistå förlossning utanför sjukhus har undersökts, att de kan uppleva blandade känslor i samband med en förlossning. Dessa känslor kunde vara både glädje och spänning men även rädsla och nervositet när de fick ett larm om pågående förlossning. En bidragande faktor till de upplevda negativa känslorna beskrevs vara brist på utbildning och kunskap i att bistå en förlossning. Att denna typ av larm var ovanligt förekommande beskriver Persson et al. (2019) var ytterligare en bidragande faktor till dessa känslor. Med bakgrund av detta verkar kunskap och kompetens ha en betydande påverkan på den födandes känsla av trygghet. Praktisk övning främjar ett korrekt agerande under en förlossning och kan leda till att en ökad kompetens bland ambulanspersonalen (McLelland et al., 2014). Det tycks vara betydelsefullt att ambulanspersonalen kan möta den födande i en stressfylld situation och att detta har en stor påverkan på den födandes förlossningsupplevelse. För att uppnå detta kan det vara betydelsefullt med kontinuerlig utbildning och praktisk övning för att ambulanspersonal ska kunna bidra till en positiv förlossningsupplevelse för den födande.

Trots att majoriteten av kvinnorna hade en övervägande positiv förlossningsupplevelse så framkommer ändå ett behov av reflektion och bearbetning av händelsen. En av kvinnorna beskrev delar av sin förlossning som traumatisk. Det är av stor vikt att vården identifierar och erbjuder samtalsstöd till dem som är i behov av det för att minimera negativa konsekvenser som till exempel sekundär förlossningsrädsla. Förlossningsrädsla kan leda till en ökning av interventioner och smärtlindring vid förlossning (Koc et al., 2021). Detta kan således tänkas bidra till en ökad kostnad för både vården och samhället i stort samt ett potentiellt lidande för kvinnan.

Betydelsen av att inte bli trodd på

Den upplevda tryggheten som de födande beskrev grundade sig även i andra faktorer än stödet från omgivningen. Ett exempel på detta var betydelsen av respektfullt bemötande. Ett av de tydligaste huvudfynden var att förlossningsupplevelsen påverkades enormt av det bemötande den födande fick från vårdpersonal både under och efter födseln. Detta styrks även i en sammanställning av forskningsläget av Bohren et al. (2020) som beskriver vikten av

respektfull bemötande under förlossning. Framträdande i resultatet var även de födandes upplevelse av att bli ifrågasatt. Nolan & Smith (2010) beskriver i en intervjustudie att de födande redan innan de ringde in till förlossningsavdelningen var beredda på att bli ombedda att kvarstanna i hemmet och detta är i enlighet med resultatet från föreliggande studie. De födande vittnade om en upplevelse av att inte bli trodd på, att inte bli tagen på allvar, i telefonsamtalet med barnmorskan. Detta bemötande bidrog till att flera av dem kände en stark besvikelse och en frustration över att inte få komma in till sjukhuset när hela kroppen signalerade att barnet snart skulle födas. Upplevelsen av att inte bli trodd på gav upphov till skuldkänslor bland de födande över att barnet senare föddes innan ankomst till sjukhus. Detta överensstämmer med det resultat Vik et al. (2016) uppnått i en intervjustudie som undersökte kvinnors upplevelse av att föda barn innan ankomst till sjukhus. Med bakgrund av dessa resultat verkar betydelsen av att barnmorskan anpassar vården efter den födandes individuella situation och behov vara av vikt. Ur den födandes perspektiv tycks det vara svårt att lita på den egna kroppens signaler när barnmorskor inte verkar tro på det den födande förmedlar.

Det fanns en uppfattning om att barnmorskan uppmanade kvinnorna att kvarstanna i hemmet tills dess att vissa kriterier för inskrivning hade uppnåtts. Detta styrks av Nolan & Smith (2010) som undersökte kvinnors erfarenheter av att stanna hemma efter råd från barnmorska på förlossningsavdelning. I motsats till detta belyser Bailey et al. (2018) barnmorskornas syn på situationen utifrån en litteraturöversikt där barnmorskors syn på telefonrådgivning undersöktes. Barnmorskorna upplevde att de välkomnade in fler födande än nödvändigt och att detta berodde på hög arbetsbelastning. Hög arbetsbelastning bidrog till att telefonsamtalen behövde påskyndas samt att beslutsfattningen försämrades. Vik et al. (2016) beskriver att det krävs närvaro och tid för att barnmorskor ska förstå i vilket förlossningsskede den födande befinner sig i. Vidare beskriver Spiby et al. (2014) i en intervjustudie att barnmorskorna upplevde att de slits mellan en vilja att bemöta de födandes önskemål men samtidigt inte skriva in dem som befinner sig i latensfas. Detta med anledning av kunskapen om att det finns en koppling mellan tidiga inskrivningar och en ökad mängd förlossningsinterventioner. Med bakgrund av resultatet och tidigare forskning verkar många födande vara beredda på att bli misstrodda och ombedda att kvarstanna i hemmet trots den egna uppfattningen om behovet av att komma in till sjukhuset. WHO (2018) belyser att interventioner kan leda till en negativ förlossningsupplevelse och detta kan ses vara en anledning till att barnmorskor uppmanar kvinnor som de bedömer befinna sig i latensfas att avvakta i hemmet. Det tycks vara

fördelaktig att barnmorskorna tydligt förmedlar detta till de födande för att främja känslan av delaktighet i beslutet.

Betydelsen av tillit till kroppens egen förmåga

Resultatet belyste hur de födandes tillit till den egna kroppen och dess förmåga att föda barn var en stor bidragande faktor till att förlossningsupplevelsen sågs som positiv. De beskrev att kroppen visade vägen och hur detta bidrog till lugn och trygghet och förlossningen beskrevs som naturlig. Denna upplevelse beskrevs vidare som en skillnad mot deras tidigare sjukhusförlossningar där samma möjlighet till en känsla av egenmakt inte gavs. Även Erlandsson et al. (2015) belyser i en intervjustudie att kvinnor kan uppleva att bli störda i sin förlossning på sjukhus och inte ges möjlighet att förlita sig på den egen förmågan. Enligt WHO (2018) sker en ökning av medikalisering inom förlossningsvården med avsikt att förbättra förlossningen i sin helhet för både kvinnor och barn. Denna ökning har en tendens till att underminera kvinnans egen kapacitet att föda barn samt bidra till en negativ förlossningsupplevelse. Med bakgrund av detta tycks sjukhusmiljön i sig eller vårdpersonalen störa den födandes tillit till den egen förmågan.

Slutsats

Kvinnor som föder barn oplanerat utanför sjukhus är i ett stort behov av individanpassat bemötande, stöd samt att bli lyssnad på. Dessa kvinnor fascinerar och förundras över kroppens förmåga att föda barn på ett sätt de inte tidigare upplevt. För att barnmorskan under en förlossning ska kunna främja en positiv upplevelse gällande den födandes egen förmåga är det av största vikt att stötta den medfödda fysiologiska processen som barnafödande innebär. Barnmorskans roll torde således vara att stärka kvinnans tro på sig själv och hennes förmåga samt att vara en bidragande faktor till att kvinnan ska våga känna tillit till sin kropp.

Klinisk betydelse

Denna studie beskriver kvinnors upplevelse av att föda oplanerat utanför sjukhus och bidrar till en ökad förståelse av värdet att bli sedd, få individanpassat bemötande och stöd samt vad som upplevs bidra till naturlig födsel. Resultatet kan vara användbart för vårdpersonal för att öka kunskapen om vilka omständigheter som de kan påverka i syfte att främja en positiv förlossningsupplevelse för kvinnor som föder barn oplanerat utanför sjukhus. Resultatet av studien kan även vara användbart för hur innehållet i förlossningsförberedande kurser utformas

Förslag till vidare forskning

Resultatet i denna studie har väckt flertalet frågor och funderingar som kan vara av vikt att bedriva ytterligare forskning kring. Att utreda orsakerna till att kvinnor föder barn oplanerat utanför sjukhus genom en kvantitativ studie skulle vara användbart i förhållande till det som sker inom förlossningsvården i Sverige. Vidare skulle det vara intressant att utforska upplevelser hos de kvinnor som blivit hänvisade till annat sjukhus än önskat och på grund av den anledningen fött utanför sjukhus. Samma sak gäller kvinnor som fött oplanerat utanför sjukhus som en direkt följd av centraliseringen av förlossningsvården. Att undersöka betydelsen av kontinuerlig utbildning och praktisk övning i förlossningsvård för ambulanspersonal och hur detta kan komma att påverka kvinnor som föder barn oplanerat utanför sjukhus är ytterligare förslag till vidare forskning. Det vore även intressant att undersöka hur denna förlossning, utanför sjukhus, påverkar kvinnornas tankar och val kring framtida förlossningar.

Referenslista

- Bailey, C. M., Newton, J. M., & Hall, H. G. (2018). Telephone triage and midwifery: A scoping review. *Women and Birth*, 31(5), 414–421. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.002>
- Barnmorskeförbundet. (2020). *Policydokument hemförlossning*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Policydokument-Hemforlossning-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>
- Bendt, A. (16 november 2020). *Planerad hemförlossning*. 1177. <https://www.1177.se/barn--gravid/forlossning/olika-satt-att-foda-barn/planerad-hemforlossning/>
- Birth Rights Sweden. (u.å). *Hemfödelse*. <https://www.birthrightssweden.se/hemfodsel>
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD012449. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
- Bohren, M. A., Tunçalp, Ö., & Miller, S. (2020). Transforming intrapartum care: Respectful maternity care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67, 113–126. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.02.005>
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 143-153). Studentlitteratur AB.
- Erlandsson, K., Lustig, H., & Lindgren, H. (2015). Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in Sweden—A phenomenological description. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 6(4), 226–229. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.06.002>
- Flanagan, B., Lord, B., Reed, R., & Crimmins, G. (2019). Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in paramedic care. *BMC Emergency Medicine*, 19(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0267-9>
- Fridlund, B. & Mårtensson, J. (2017). Kritisk incident teknik. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (upplaga 2:6, s.155-167). Studentlitteratur AB.
- Graneheim, U., Lindgren, B. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56(2017), 29 – 34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- 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>
- Gustafsson, A. & Chamy, C. (29 november 2021). Varannan förlossningsenhet har lagts ner

sedan 70-talet. Dagens Nyheter. <https://www.dn.se/sverige/varannan-forlossningsenhet-har-lagts-ner-sedan-70-talet/>

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 411–420). Studentlitteratur AB.

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 111–117). Studentlitteratur AB.

Hill, M. G., Flanagan, B., Mills, B., Hansen, S., & Hopper, L. (2022). Paramedic training, experience, and confidence with out-of-hospital childbirth (OOHB) in Australia. *Australasian Emergency Care*, S2588-994X(22)00069-0. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.08.008>

Jackson, M. K., Schmied, V., & Dahlen, H. G. (2020). Birthing outside the system: The motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 254. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02944-6>

Kejerhag, J. & Simander, E. (23 januari 2023). Långa avstånd till BB ökar risken för komplikationer. Dagens Nyheter. <https://www.dn.se/sverige/langa-avstand-till-bb-okar-risken-for-komplikationer/>

Kjellström, S. (2020) Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*(s. 57–80). Studentlitteratur AB.

Koc, A. E., Colak, S., Colak, G. V., Pusuroglu, M., & Hocaoglu, C. (2021). Investigating fear of childbirth in pregnant women and its relationship between anxiety sensitivity and somatosensory amplification. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 41(2), 217–223. doi:10.1080/01443615.2020.1732894

Lindgren, B.-M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>

McLelland, G. E., Morgans, A. E., & McKenna, L. G. (2014). Involvement of emergency medical services at unplanned births before arrival to hospital: A structured review. *Emergency Medicine Journal*, 31(4), 345–350. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2012-202309>

Moser, A., & Korstjens, I. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 1: Introduction. *The European Journal of General Practice*, 23(1), 271–273. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375093>

Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*, 24(1), 9–18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017) Vetenskaplig kvalitet i examensarbeten. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s.421-438). Studentlitteratur AB.

- Newman, L. A. (2008). Why planned attended homebirth should be more widely supported in Australia: Planned homebirth in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(5), 450–453. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2008.00916.x>
- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., & Ekström, A. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*, 2013, 349124. <https://doi.org/10.1155/2013/349124>
- Nolan, M., & Smith, J. (2010). Women's experiences of following advice to stay at home in early labour. *British Journal of Midwifery*, 18(5), 286–291. <https://doi.org/10.12968/bjom.2010.18.5.47856>
- Persson, A.-C., Engström, Å., Burström, O., & Juuso, P. (2019). Specialist ambulance nurses' experiences of births before arrival. *International Emergency Nursing*, 43, 45–49. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.08.002>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Premberg, Å., Carlsson, G., Hellström, A.-L., & Berg, M. (2011). First-time fathers' experiences of childbirth—A phenomenological study. *Midwifery*, 27(6), 848–853. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.09.002>
- Scarf, V. L., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D., Foureur, M. J., McLachlan, H., Oats, J., Sibbritt, D., Thornton, C., & Homer, C. S. E. (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>
- 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>
- Socialstyrelsen. (2001). *Handläggning av normal förlossning - State of the art*. https://www.sfog.se/media/212605/state_of_the_art_pn.pdf
- Socialstyrelsen. (9 september 2020). *Fakta och statistik*. <https://www.socialstyrelsen.se/meranbaramamma/statistik/>
- Spiby, H., Walsh, D., Green, J., Crompton, A., & Bugg, G. (2014). Midwives' beliefs and concerns about telephone conversations with women in early labour. *Midwifery*, 30(9), 1036–1042. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.025>
- Ström, M. (13 januari 2023). Efter beskedet om förlossningen i Lycksele: »Lättnad och sorgearbete«. *Läkartidningen*. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2023/01/efter-beskedet-om-forlossningen-i-lycksele-lattnad-och-sorgearbete/> <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100868>

Svedberg, E., Strömbäck, U., & Engström, Å. (2020). Women's experiences of unplanned pre-hospital births: A pilot study. *International Emergency Nursing*, 51, 100868. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100868>

Svenska författningssamling. (SFS 2022:49). Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Thies-Lagergren, L. & Wiklund, I. (2022). Födelsen: Det fysiologiska födandet. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (2 uppl., s. 573-680). Studentlitteratur.

Trysell, K. (16 december 2019). Födslar utanför sjukhus ska kartläggas. *Läkartidningen*. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2019/12/fodslar-utanfor-sjukhus-ska-kartlaggas/>

Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Berg, M., Buckley, S., Pajalic, Z., Hadjigeorgiou, E., Kotłowska, A., Lengler, L., Kielbratowska, B., Leon-Larios, F., Magistretti, C. M., Downe, S., Lindström, B., & Dencker, A. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth – a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2365-9>

Vagle, H., Haukeland, G. T., Dahl, B., Aasheim, V., & Vik, E. S. (2019). Emergency medical technicians' experiences with unplanned births outside institutions: A qualitative interview study. *Nursing Open*, 6(4), 1542–1550. <https://doi.org/10.1002/nop.2354>

Vetenskapsrådet (2017). God forskningsed. Stockholm: Vetenskapsrådet. (s.40-41) https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/Godforskningssed_VR_2017.pdf

Vik, E. S., Haukeland, G. T., & Dahl, B. (2016). Women's experiences with giving birth before arrival. *Midwifery*, 42, 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.012>

Waldenström, U & Lindgren, H. (15 juli 2019). Stoppad finansiering av hemförlossning ökar riskerna. *Läkartidningen*. <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2019/07/stoppad-finansiering-av-hemforlossning-okar-riskerna/>

Walter, M. H., Abele, H., & Plappert, C. F. (2021). The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 742236. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236>

World Health Organization. (2018). *WHO Recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;sequence=1>

World health organization. (1997). *Care in normal birth—a practical guide*. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x?saml_referrer

Örtqvist, A. K., Haas, J., Ahlberg, M., Norman, M., & Stephansson, O. (2021). Association between travel time to delivery unit and unplanned out-of-hospital birth, infant morbidity and mortality: A population-based cohort study. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 100(8), 1478–1489. <https://doi.org/10.1111/aogs.14156>

Bilagor

Bilaga 1. Instagram-meddelande

Hej *namn*

Barnmorskestudenter söker din hjälp!

Vi skriver just nu vår magisteruppsats på barnmorskeprogrammet i Stockholm, Karolinska Institutet.

Studiens syfte är att beskriva kvinnors upplevelse av att föda barn oplanerat utanför sjukhus - högaktuellt ämne i och med alla dessa nedläggningar av förlossningskliniker runt om i landet samt fulla förlossningsavdelningar!

Vi undrar nu, relaterat till din följarskara som vi tror kan innehålla vår målgrupp - mammor, om du möjligtvis vill hjälpa oss med rekrytering av deltagare!

Vi undrar om du skulle vilja dela detta inlägg på din story? **(Se nedan)**

Vi skulle vara väldigt tacksamma för din hjälp!

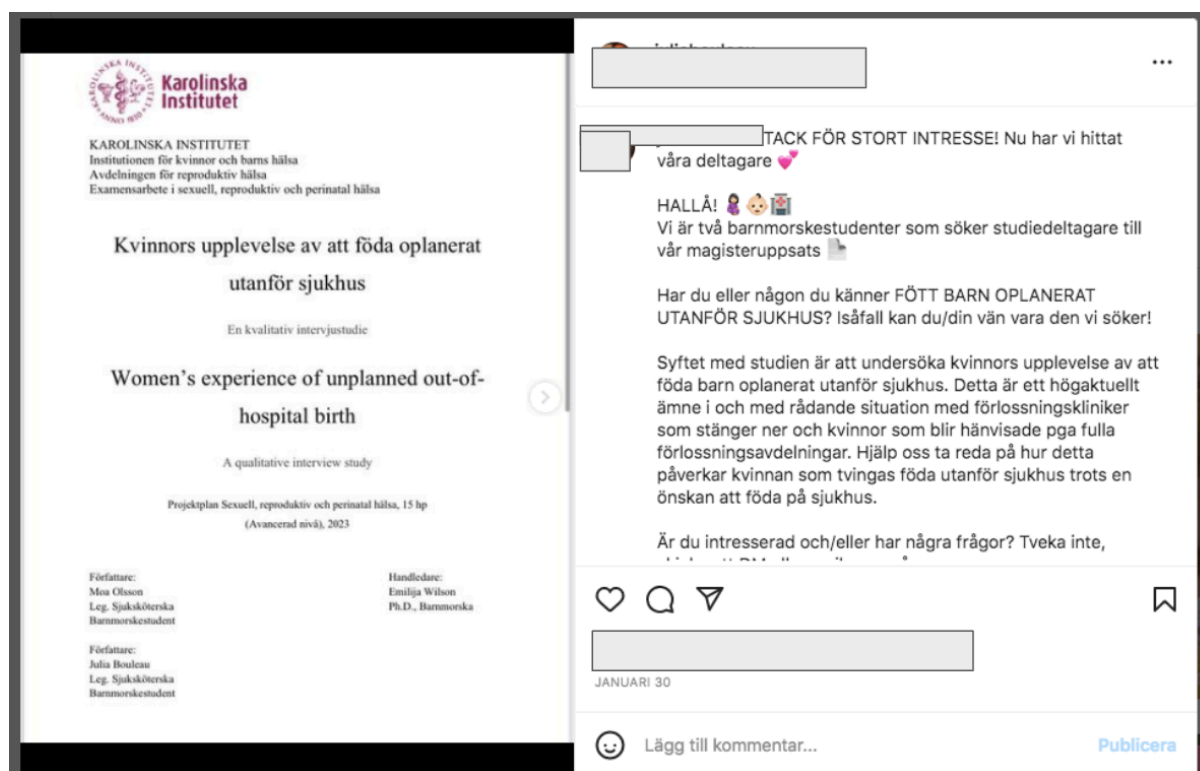
Önskar dig en fortsatt fin dag.

Med vänliga hälsningar,

Julia Bouleau och Moa Olsson

Leg. sjuksköterskor

Barnmorskestudenter, Karolinska Institutet



Bilaga 2. Informationsbrev

Information till dig som deltagare

Kvinnors upplevelse av att föda barn oplanerat utanför sjukhus

Vi är två barnmorskestudenter som skriver vår magisteruppsats på barnmorskeprogrammet i Stockholm, Karolinska Institutet. Du tillfrågas om att delta i en individuell intervju där det bakomliggande examensarbetets syfte är att beskriva kvinnors upplevelser av att föda barn oplanerat utanför sjukhus.

Vad innebär studien för dig?

Om du väljer att delta innebär din medverkan att du är med i en individuell intervju som kommer ske digitalt via plattformen Zoom. Du ombeds även vid intervjutillfället att svara på några frågor innehållande bakgrundsdata om dig själv. Tiden för intervjun beräknas ta 20–30 minuter och ljudupptagning kommer att ske under hela tillfället. Även bildupptagning kan förekomma.

Allt material som hör till den inspelade intervjun, till frågeformuläret samt eventuella utskrifter kommer finnas i inlåst förvar vilket ger dig en trygghet i att inga obehöriga kommer kunna ta del av dina svar. Resultatet av din intervju kommer sedan att transkriberas ordagrant av författarna och utvinna en del av resultatet till ett examensarbete på avancerad nivå på barnmorskeprogrammet, KI. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst, utan att behöva uppge något skäl, avbryta din medverkan.

Vill du delta?

Om du väljer att delta innebär det att du samtyckt till ovanstående och kommer därför även behöva ge ditt samtycke muntligt innan intervjun påbörjas. Om du väljer att delta i detta så kan du, när som helst och utan att behöva uppge varför, avbryta din medverkan.

Vad händer med dina uppgifter?

Författarna kommer att samla in information om dig.

Den information om dig som kommer att registreras är följande: *Vilket år du födde ditt barn, om du var först- eller omföderska, på vilken ort du bodde när förlossningen skedde, hur långt du hade till närmaste förlossningsklinik, vilken tidpunkt på dygnet som du födde ditt barn samt vem det var som beslutade om att det var dags för dig att åka in till sjukhuset.*

Data med ditt namn och/eller personnummer kommer inte att samlas in och/eller lagras till detta examensarbete. Både personliga bakgrundsdata om dig som du uppgett samt intervjumaterialet kommer att behandlas på ett sådant sätt att inga obehöriga kommer kunna ta del av dem. När materialet är transkriberat, genomgången och examensarbetet är godkänt så kommer allt material att raderas.

Om du vill delta så kommer vi tillsammans att komma överens om en passande dag och tid då intervjun kan genomföras.

Då detta kan vara en händelse som kan väcka starka känslor och minnen uppmuntrar vi dig som deltagare att ta kontakt med din barnmorska på barnmorskemottagningen om du efter intervjun känner ett behov av stöd.

Sjuksköterska, barnmorskestudent:

Moa Olsson

E- post: X

Telefonnummer: X

Sjuksköterska, barnmorskestudent:

Julia Bouleau

E-post: X

Telefonnummer: X

Handledare för examensarbetet:

Emilija Wilson

PhD, Barnmorska

Karolinska institutet, Stockholm

E-post: emilija.wilson@ki.se

Bilaga 3. Intervjuguide

Studienummer: _____

Informera om syftet med intervjun

Syftet med studien är att undersöka kvinnors upplevelse av att föda barn oplanerat utanför sjukhus.

Informera om och inhämta samtycke

Intervjufrågor

1. Kan du berätta i stora drag om ditt förlossningsförlopp och hur du upplevde detta?
 - Berätta mer...
 - Hur var det då/när...
 - Hur uppfattade du...
 - Kan du berätta mer om hur du kände när...
 - Det du sa om ... var intressant – vill du berätta mer om det?
2. Vill du beskriva vilka känslor och tankar som du upplevde var dominerande under din förlossning?
 - Vad tror du var anledningen till just den känslan?
 - Tycker du att känslorna varierade under förlossningens förlopp?
3. Hur upplever du att din stödperson (partner, anhörig, amb.personal) påverkade dig?
 - Positivt, negativt?
 - Stressande/lugnande/trygghet
 - Kan du ge exempel på vad du menar med...
4. Hur är dina tankar kring en eventuell framtida förlossning?
 - Tror du att denna förlossning har påverkat...?
 - ...isåfall hur/varför?
5. Är det något mer du vill tillägga angående din förlossningsupplevelse?
6. Går det bra för dig att vi kontaktar dig om något skulle vara oklart när vi har bearbetat denna intervju?

Då detta kan vara en händelse som kan väcka starka känslor och minnen uppmuntrar vi dig som deltagare att ta kontakt med din barnmorska på barnmorskemottagningen om du efter intervjun känner ett behov av stöd.

Bakgrundsdata

Vilket år födde du ditt barn?

Var du först- eller omföderska när förlossningen ägde rum?

Vilken ort bodde du i när du födde ditt barn oplanerat utanför sjukhus?

Hur långt har du till närmsta förlossningsklinik?

Vilken tidpunkt på dygnet föddes barnet?

Vem beslutade om att det var dags att åka in till sjukhus?

Tidpunkt för intervju

Datum:

Plats: Zoom