KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa 15 hp

Kvinnors upplevelser av planerad hemförlossning i höginkomstländer

- En litteraturöversikt

Women's experiences of planned homebirths in high income countries

- A review

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2019

Författare:
Angelica Lundh
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Eva Åkerström
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare:
Helena Lindgren
Leg. Barnmorska
Docent

Examinator:
Lena Wettergren
Leg. Sjuksköterska
Docent & Lektor

Sammanfattning

Bakgrund: I höginkomstländer föder de flesta kvinnor barn på sjukhus. Kvinnor har rätten att själva bestämma var de vill föda och en liten del kvinnor väljer att föda barn i hemmet. Säkerhet vid hemförlossning diskuteras, forskning visar att hemförlossning kan vara ett likvärdigt alternativ för friska omföderskor. Förutom säkerhet ska också en positiv förlossningsupplevelse främjas. Litteraturöversikter som beskriver kvinnors upplevelser av att föda hemma saknas.

Syfte: Att beskriva kvinnors upplevelser av planerad hemförlossning i höginkomstländer.

Metod: En litteraturöversikt utfördes med innehållsanalys beskriven enligt Forsberg och Wengström (2015). Artikelsökning skedde i databaserna Pubmed och Cinahl. Tio kvalitativa artiklar granskades och 8 artiklar valdes ut till analys. Artiklarnas resultat sammanställdes genom kodning, kategorisering och skapandet av nya teman.

Resultat: Sex teman identifierades. *Hemmets trygga vrå, Att välja stöd utifrån sina egna premisser, Autonomi genom yttre kontroll, Kroppskännedom och inre kontroll, Accepterandet av smärtan som en del av förlossningen* och *Förlossningen som något större än en själv.*

Slutsats: I denna litteraturöversikt beskrev kvinnor upplevelsen av planerad hemförlossning utifrån känslan av kontroll, tillgång till stöd, betydelsen av hemmet och familjen, kroppens förmåga att föda och själva födseln med positiva värdeord och känslor som var överväldigande. Resultatet kan ge en djupare förståelse för faktorer som kan främja en positiv förlossningsupplevelse vid en planerad hemförlossning.

Nyckelord: *Kvinnor, Planerad hemförlossning, Upplevelser, Litteraturöversikt.*

Abstract

Background: In high income countries, most women give birth in a hospital. Women have the right to choose where to give birth and some choose to give birth at home. Home births are controversial and the debate about the safety is ongoing, though some evidence shows that a homebirth can be as safe as a hospital birth for healthy multiparous women. The care at birth should not only strive for safety, a positive birth experience should also be promoted. Literature reviews describing women's experiences of planned homebirths are lackning.

Aim: To describe women's experiences of planned homebirth in high income countries.

Methods: A literature review with a content analysis described by Forsberg and Wengström (2015). The authors searched for literature in the databases Pubmed and Cinahl. Ten articles with a qualitative approach where critiqued and eight were included in the analysis. The analysis was conducted through coding and identifying of categories and themes.

Results: Six themes were identified. *Safety by being at home*, *To choose support on one's own terms*, *Autonomy through external control*, *Body awareness and inner control*, *Acceptance of pain as part of the birth* and *The birth as something greater than one's self.*

Conclusion: In this literature review women's experiences of planned homebirths were described through the feeling of control, access to support, the meaning of home and family, the body's ability to give birth and the birth itself as positive and overwhelming. The result can reveal a greater insight in to some of the factors that can promote a positive birth experience during a planned homebirth.

Keywords: *Women, Planned homebirth, Home childbirth, Experiences, Literature review.*

Innehållsförteckning

Introduktion **1**

1.Bakgrund **2**

1.1 Val av födelseplats *2*

1.2 Definitioner *2*

1.2.1 Planerad Hemförlossning 2

1.2.2 Normal förlossning 2

1.2.3 Höginkomstland 3

1.3 Hemförlossning i höginkomstländer *3*

1.4 Hemförlossning i Sverige *3*

1.5 Riskbedömning vid hemförlossning *4*

1.6 Kvinnor som väljer hemförlossning *5*

1.7 Förlossningsupplevelse *5*

2. Problemformulering **6**

3. Syfte **7**

4. Metod **7**

4.1 Studiedesign *7*

4.2 Urval *7*

4.3 Datainsamling *7*

4.4 Kvalitetsgranskning *9*

4.5 Analys *10*

4.6 Etiska överväganden *11*

4.7 Förförståelse *11*

5. Resultat **12**

5.1 Hemmets trygga vrå *13*

5.1.1 En naturlig plats 13

5.1.2 En trygghetsskapande miljö 14

5.1.3 Närvaro av familjen 15

5.1.4 Barnmorskan som gäst 15

5.2 Att välja stöd utifrån sina egna premisser *16*

5.2.1 Behov av stöd 16

5.2.2 Barnmorskans stödjande roll 16

5.2.3 Stöd från partner 17

5.3 Autonomi genom yttre kontroll *17*

5.3.1 Att kunna styra över sin situation 18

5.3.2 Kontroll genom att ha skapat en relation till barnmorskan 18

5.4 Kroppskännedom och inre kontroll *19*

5.4.1 Tilltro till sin egen förmåga 19

5.4.2 Att gå in i sig själv 20

5.5 Accepterandet av smärtan som en del av förlossningen *20*

5.5.1 Smärtan som en naturlig del av förlossningen 20

5.5.2 Hantering av smärtan 21

5.6 Förlossningen som något större än en själv *22*

5.6.1 Ett samspel med barnet i magen 22
5.6.2 Överväldigande känslor och en del av livet 22

6. Diskussion 23

6.1 Metoddiskussion 23

6.2 Resultatdiskussion 26

7.1 Slutsats 29

8. Referenser 30

Bilagor 37

Bilaga 1 37

Bilaga 2 38

Bilaga 3 42

Introduktion

Kvinnor har rätten att själva bestämma var de vill föda barn. I Sverige är möjligheten till alternativ liten då en förlossning på sjukhus förespråkas och är det enda alternativ i de flesta landsting som erbjuds, ges information om och finansieras av landstingen. Målet med en förlossning är en frisk mor och friskt barn men också att främja en positiv förlossningsupplevelse. Förlossningsupplevelsen har visat sig ha en betydande effekt på hälsa och välbefinnande. Som blivande barnmorskor värnar vi om kvinnans självbestämmande och en normal förlossning sedd ur ett hälsoperspektiv. En del kvinnor väljer att föda barn hemma trots rådande normer i samhället. Författarnas anser att det viktigt att belysa detta alternativ och att undersöka kvinnors upplevelser av att föda barn hemma.

1.Bakgrund

1.1 Val av födelseplats

Enligt International Confederation of midwives (ICM, 2014) ska alla kvinnor ha rätten att få välja födelseplats. Barnmorskan ska även bidra med information till kvinnan kring de olika alternativ som finns rörande förlossning och stödja kvinnan i sin rätt till autonomi och informerat samtycke. Alla kvinnor har rätt att bli bemötta med respekt och värdighet (ICM, 2014).

I dagsläget väljer en övervägande majoritet av gravida kvinnor i höginkomstländer att föda barn på sjukhus (Lindgren, 2016). Detta kan delvis vara beroende av den rådande normen i samhället, men även på grund av traditioner och erfarenheter, då det med stor sannolikhet är den plats där ens egna kvinnliga släktingar och vänner har fött barn (Zielinski, Ackerson & Kane Low, 2015). Valmöjligheter för olika alternativ av födelseplats varierar mellan höginkomstländer. Kvinnans möjlighet att välja födelseplats påverkas också av nationella riktlinjer och bestämmelser och rätten att föda barn hemma kan då hindras av exempelvis att ekonomiskt stöd för närvarande av en barnmorska uteblir (Waldenström, 2016).

1.2 Definitioner

1.2.1 Planerad Hemförlossning

En planerad hemförlossning kan definieras som en förlossning där kvinnan gjort ett medvetet val att föda barn utanför sjukhusmiljö, i sitt eget hem eller på annan vald plats, med stöd av barnmorska (Waldenström, 2016). Till definitionen hör även de planerade hemförlossningar som kräver förflyttning till- och avslutas på sjukhus (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen [HSN], 2019).

1.2.2 Normal förlossning

Enligt definition av normal förlossning ska denna starta spontant, i graviditetsvecka 37 + 0 dagar till och med graviditetsvecka 41+6 dagar, med kontraktioner (värkar) eller vattenavgång (Lindgren, Rehn & Wiklund, 2014). Vid förlossningsstart ska det inte finnas några kända riskfaktorer eller komplikationer som kan komma att påverka förloppet eller utfallet. Barnet (enkelbörd) ska vara positionerat- och födas med huvudbjudning och förlossningen ska fortskrida utan komplikationer för varken mor eller barn (Lindgren et al., 2014).

1.2.3 Höginkomstland

Enligt Nationalencyklopedin definieras ett land med bruttonationalinkomst (BNI) över 12235 dollar per capita som höginkomstland. Det vill säga det totala värdet av tjänster och varor som produceras i ett land per invånare (Nationalencyklopedin, 2017). Tabell över höginkomstländer presenteras i bilaga 1.

1.3 Hemförlossning i höginkomstländer

Prevalensen av hemförlossning skiljer sig mellan olika höginkomstländer (Zielinski et al., 2015). Detta bland annat på grund av att attityder och handlingsförfarande avseende hemförlossning skiljer sig åt och att det i många fall saknas nationella riktlinjer (Föreningen Födelsehuset, 2019). I Nederländerna där hemförlossning är stort födde 2013, 20 procent av kvinnorna i hemmet (Zielinski et al., 2015). I de nordiska länderna Danmark och Island föder 1-2 procent av kvinnorna i hemmet (Lindgren, Kjaergaard, Olafsdottir & Blix, 2014). I Norge ligger siffran på 0,1 procent. Finland har mindre än 10 hemförlossningar per år. Danmark, Norge och Island har alla nationella riktlinjer rörande hemförlossning. I länder där det saknas nationella riktlinjer ses en lägre andel planerade hemförlossningar (Lindgren, 2016).

1.4 Hemförlossning i Sverige

I Sverige saknas nationella riktlinjer för hemförlossning. I socialstyrelsens rapport "Handläggning av en normal förlossning" (Socialstyrelsen, 2001) står endast att kvinnor som planerar en hemförlossning bör ges omfattande information om för och nackdelar med olika förlossningsalternativ. Antalet hemförlossningar var i Sverige 2018 omkring 100 av cirka 115 000 förlossningar totalt, knappt 0,1 % (HSN, 2019). Fram till mitten av 2019 var det möjligt att som frisk omföderska ansöka om ersättning för en planerad hemförlossning i Stockholms läns landsting. Mellan åren 2003 och 2015 varierade antal ansökningar mellan 33 och 63 stycken. En stigande trend har setts de senaste åren, 2018 ansökte 87 kvinnor om ersättning för att få föda barn i hemmet (HSN, 2019).

I en svensk studie tillfrågades 2563 kvinnor under sin graviditet och efter sin förlossning om de hade intresse för att föda barn i en alternativ förlossningsmiljö (Hildingsson, Waldenström & Rådestad, 2003). Det visade sig att totalt 1 % av de tillfrågade kvinnorna hade önskat hemförlossning istället för att föda barn på sjukhus, det vill säga 10 gånger högre än de som faktiskt föder barn hemma.

Kvinnor i Sverige som vill föda barn hemma får själva bekosta sin förlossning, med undantag från folkbokförda i Region Västerbotten (HSN, 2019). Där finansieras verksamheten inom hemförlossning av kvinnokliniken i Umeå sedan 1994. Både förstföderskor och omföderskor har möjlighet att föda barn hemma, men vissa kriterier behöver uppfyllas. Kvinnan ska vara frisk och ha en normal graviditet, fostret ska ligga i huvudändläge och graviditeten ska vara fullgången. I vecka 35 görs en bedömning av obstetriker som måste godkänna hemförlossning. Dessutom får kvinnans valda födelseplats ej vara längre bort än två mil från sjukhuset, transport med ambulans ska kunna ske på 40 minuter (HSN, 2019).

När en kvinna önskar att föda barn hemma får hon själv ta kontakt med en barnmorska som bistår hemförlossningar (Födelsehuset, 2019). Tillgänglighet till en hembarnmorska varierar beroende på var i landet kvinnan bor. Det är vanligt att två barnmorskor assisterar vid förlossningen (Födelsehuset, 2019) och det är upp till barnmorskan att bedöma om hen kan bistå kvinnan vid en hemförlossning (Lindgren, 2016). En barnmorska med svensk barnmorskelegitimation har kompetens att handlägga normal graviditet och normal förlossning, även om denna sker i hemmet. Barnmorskan och kvinnan (familjen) träffas och har kontakt innan förlossningen. När förlossningen startar kontaktas barnmorskan som kommer till hemmet och närvarar från det att kvinnan önskar, fram till några timmar efter födseln. Om förflyttning till sjukhus krävs följer barnmorskan vanligtvis med. Barnmorskans utrustning i samband med hemförlossning inkluderar bland annat förlossningsset, sutureringsset inklusive lokalbedövning, doptone eller trästetoskop för att lyssna på hjärtljud, livmodersammandragande läkemedel, samt mask och blåsa. Farmakologisk smärtlindring, såsom exempelvis EDA (epiduralbedövning) är inte tillgänglig (Lindgren, 2016), utan endast alternativa metoder, till exempel TENS (transkutan elektrisk nervstimulering) massage, värme och bad (Födelsehuset, 2019). Barnmorskan journalför och registrerar födseln till socialstyrelsen enligt gängse rutiner (Lindgren, 2016).

1.5 Riskbedömning vid hemförlossning

2011 publicerades resultatet av en kohortstudie utförd i England av ”Birthplace in England Collaborative group” (Brocklehurst et al., 2011) som visade att det med en planerad hemförlossning, för en frisk omföderska, inte fanns några ökade risker för varken kvinna eller barn. Tvärtom har det visat sig att antalet interventioner minskar, till exempel i form av lägre andel instrumentella åtgärder, såsom användning av sugklocka och tång. Behovet av värkstimulerande medel, i form av Oxytocin, har också setts minska jämfört med planerad

förlossning på sjukhus (Wax et al., 2010). Kvinnor som föder barn i hemmet med stöd av barnmorska har dessutom större sannolikhet att genomgå en spontan vaginal förlossning med lägre risk för svåra bristningar (Scarf et al., 2018). Dock har det i flera studier visat sig att dessa positiva utfall med större sannolikhet gäller omföderskor (Brocklehurst et al., 2011; Wax et al., 2010). Det finns indikationer på att det perinatala utfallet hos förstföderskor är sämre, det vill säga att barn till förstföderskor verkar ha en ökad risk för komplikationer i samband med planerad hemförlossning. Detta trots en normal okomplicerad graviditet, jämfört med friska omföderskor (Brocklehurst et al., 2011; Wax et al., 2010). Dock framkom det ur en registerstudie från Nederländerna, med över 800 000 kvinnor där perinatalt utfall vid planerad hemförlossning och förlossning på sjukhus jämfördes, att ingen ökad risk fanns för kvinnor som föder barn hemma (de Jonge, Geerts, van der Goes, Mol, Buitendijk & Nijhuis, 2015). Resultatet gällde oavsett om kvinnan var förstföderska eller omföderska. Liknande resultat har även påvisats i en annan studie (Scarf et al., 2018).

1.6 Kvinnor som väljer hemförlossning

Det har visat sig finnas en socioekonomisk skillnad mellan de kvinnor som aktivt väljer en alternativ förlossningsplats, såsom planerad hemförlossning, framför förlossning på sjukhus (Brocklehurst et al., 2011; Hildingson, Rådestad & Lindgren, 2010). De kvinnor som väljer planerad hemförlossning tenderar att i högre utsträckning vara högutbildade (eftergymnasial nivå), normalviktiga och icke rökare. Dessa kvinnor har också, enligt Hildingsson et al. (2010), kunskap om sina rättigheter och har förmåga att ta reda på information kring vilka olika förlossnings alternativ som finns att tillgå.

1.7 Förlossningsupplevelse

Enligt Världshälsoorganisationens rekommendationer för vård i samband med förlossning ska denna inte bara vara säker, utan även främja en positiv förlossningsupplevelse (Världshälsoorganisationen [WHO], 2018). Flera faktorer kan påverka förlossningsupplevelsen. Studier visar att kvinnor som haft ett kontinuerligt stöd av barnmorska under sin förlossning tenderar att i större utsträckning ha en mer positiv upplevelse, jämfört med de kvinnor som ej fått möjlighet till detta (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2012; Waldenström, 2016). Historiskt sett har ett kontinuerligt stöd och närvaro från en barnmorska under förlossningen varit en förutsättning för kvinnan och en naturlig del i födandet, liksom att platsen att föda har varit i hemmet (Zielinski et al., 2015). Miljön på en förlossningsavdelning kan idag tvärtemot upplevas som en otrygg plats av vissa kvinnor, då

de bland annat dels möter okända individer, samt dels att barnmorskan ej alltid har möjlighet att bistå med kontinuerligt stöd och närvaro (Lindgren, Rådestad, Christensson, WallyBystrom & Hildingson, 2010). Det har också visat sig att kvinnor som föder på mindre, barnmorskeledda kliniker, tenderar att ha en mer positiv upplevelse av sin förlossning, i jämförelse med de som väljer att föda på sjukhus (Hodnett, 2012; Waldenström, 2016).

En norsk kvalitativ studie med 12 förstföderskor, visade att miljön där kvinnorna kände sig trygga och upplevde en inre känslomässig styrka, bidrog till en positiv förlossningsupplevelse (Aune, Torvik, Selboe, Skogås & Dahlberg, 2015). Det framkom att kvinnorna överlag hade en positiv inställning till att föda och att de hade utvecklat copingstrategier för att hantera förlossningen (Aune et al., 2015). För att främja den födande kvinnans trygghet är det viktigt att skapa kontinuitet, vilket innebär att barnmorskan bör ha möjlighet att skapa en relation till kvinnan (Dahlberg & Aune, 2013).

Faktorer som beskrivits kunna påverka förlossningsupplevelsen negativt kan bland annat vara beroende av komplikationer som uppstår under förlossningen samt upplevelser av bristande stöd, förlust av kontroll, smärta som inte är hanterbar och att inte känna sig delaktig och lyssnad på (Henriksen, Grimsrud, Schei & Lukasse, 2017). I en systematisk litteraturstudie framkom evidens som tyder på att en negativ förlossningsupplevelse kan vara en bidragande orsak till utvecklande av postpartumdepression (Bell & Andersson, 2016). En annan studie visade också att en negativ förlossningsupplevelse kan ha ett samband med utvecklandet av posttraumatiskt stress efter förlossningen (Garthus-Niegel, Knoph, von Soest, Nielsen & Eberhard-Gran, 2014).

2. Problemformulering

Vården vid en förlossning ska eftersträva säkerhet, en frisk mor och ett friskt barn, men också främja en positiv förlossningsupplevelse. Kvinnor har rätt att själva bestämma var de vill föda barn, men valmöjligheten kan vara begränsad. För en frisk omföderska med komplikationsfri graviditet och förväntad normal förlossning finns evidens för att en hemförlossning kan vara lika säker som en förlossning på sjukhus. Då intresset för planerad hemförlossning har visat sig öka är det viktigt att öka kunskapen om vad de kvinnor som söker dessa alternativ erfar och upplever. Det saknas i dagsläget litteraturöversikter över de erfarenheter och upplevelser som kvinnorna har av planerad hemförlossning i höginkomstländer, därför är det viktigt att synliggöra dessa.

3. Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva kvinnors upplevelser av planerad hemförlossning i höginkomstländer.

4. Metod

4.1 Studiedesign

Vald metod för studien är en litteraturöversikt. En litteraturöversikt kan användas som metod för att sammanfatta kunskap inom ett visst område och belysa kunskapsluckor (Polit & Beck, 2018).

4.2 Urval

Valda inkluderingskriterier var artiklar skrivna på *engelska, originalartiklar, peer rewied* (granskade artiklar) och att *abstract* fanns tillgängligt. Artiklar med fokus på oplanerad hemförlossning och artiklar med enbart kvinnor som haft en hemförlossning utan professionell assistans, samt studier som inte var utförda i höginkomstländer exkluderades. Även artiklar utan noggrann etisk reflektion eller etiskt godkännande exkluderades ur granskningen, vilket Forsberg och Wengström (2015) betonar.

4.3 Datainsamling

För att strukturera syftet och hitta en tydlig sökstrategi tillämpades PEO-modellen (Population, Exposure, Outcome), som passar för kvalitativa frågor (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). För att identifiera de olika delarna i problemformuleringen användes en tabell.

Tabell 1. PEO-modellen

P -population	**E - exposure**	**O - outcome**
Kvinnor i höginkomstländer	Planerad hemförlossning	Kvinnors upplevelse

Förutom sökord från PEO-modellen utgick artikelsökningen från de olika databasernas ämnesordlistor, i Cinahl *Cinahl headings* och i Pubmed *mesh*-termer. Ytterligare fritexttermer

användes för att fånga upp icke-indexerade studier (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2017). Databassökning utfördes i september 2019 i Cinahl och Pubmed, då båda databaserna innefattar forskning inom omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2015) vilket passade studiens syfte. Författarna valde att enbart inkludera kvalitativa artiklar då, kvalitativ metod avser att förklara, tolka, beskriva eller förstå ett fenomen (Forsberg & Wengström, 2015; Polit & Beck, 2018). Kvalitativa studier kan ge en djupare kunskap och förståelse för ett fenomen ur ett perspektiv som inte omfattas av den kvantitativa forskningen (SBU, 2017).

Sökningen utgick från PEO-modellens sökord, *kvinnor*, *planerad hemförlossning* och *kvinnors upplevelser*. I Pubmed gjordes försök till att hitta motsvarande *mesh*-termer och i Cinahl användes *Cinahl Headings*. *Kvinnor* och *hemförlossning* gick att översätta till *mesh*termerna *women* och *home childbirth*, vilket även var motsvarande Cinahl-headings. Författarna hittade ingen lämplig motsvarighet till *upplevelser*. Istället användes fritextord, *experience* användes som första alternativ. Sökordet experience trunkerades i Pubmed för att fånga upp alternativa ändelser. Sökningen begränsades genom att endast inkludera artiklar skrivna på engelska och att abstract skulle finnas tillgängligt. I Cinahl var det möjligt att lägga till *peer reviewed* i sökningen. Vid sökningen i Pubmed granskades tidskrifterna där artiklarna var publicerade. Sökorden kombinerades genom att använda de booleska operatorerna AND och OR, vilket ger databasen specifika sökinstruktioner (SBU, 2017). Utifrån sökresultat i Pubmed lästes 38 abstract och totalt 17 artiklar valdes ut för att läsas i sin helhet och från Cinahl lästes 25 abstract, varav 16 artiklar valdes ut för vidare läsning.

Tabell 2. Databassökning

Pubmed 2019-09-12	**Sökord**	**Träffar**	**Lästa titlar**	**Lästa abstract**	**Valda artiklar**
#1	Women (*mesh*)	955 062			
#2	”home childbirth” *(mesh)*	2 685			
#3	”planned home birth”	145			
#4	”home childbirth” *(mesh)* OR ”planned home birth”	2 706			
#5	experience OR views OR attitudes OR feelings OR perception	1 859 253			

#6	#1 AND #4 AND #5	459			
#7	Experience*	1 010 566			
# 8 Abstract Engelska	#1 AND #4 AND #7	229	229	38	17
CINAHL 2019-09-17	**Sökord**	**Träffar**	**Lästa titlar**	**Lästa abstract**	**Valda artiklar**
#1	(MH Women)	17 142			
#2	(MH Home childbirth)	3 139			
#3	Home birth OR Home childbirth	7 342			
#4	Experiences OR Perceptions OR Attitudes OR Views	665 524			
#5	(MH Home childbirth) OR Planned home birth	3 424			
#6	#1 AND #3 AND #4	714			
#7 Peer Review Abstract English	#1 AND #3 AND (Experiences OR Attitudes OR Views)	1 068			
#8 Peer Review Abstract English	”Womens experience of home childbirth”	438			
#9 Peer Review Abstract English	#1AND #2 AND (Experiences OR Perceptions)	215	215	25	16 (8 dubbletter)

4.4 Kvalitetsgranskning

Utifrån databassökning var åtta av de valda artiklarna dubbletter. Ytterligare tre artiklar hittades genom ett par av de valda artiklarnas referenser. Urvalsprocessen skedde stegvis enligt Forsberg och Wengström (2015). 28 artiklar lästes i sin helhet. Relevansbedömning skedde utifrån uppsatsens syfte och inklusionskriterier. Författarna bedömde relevans var för sig och diskuterade sedan bedömningen gemensamt. Därefter valdes tio artiklar ut till

kvalitetsgranskning. 18 artiklar exkluderades efter relevansbedömning på grund av att de ej motsvarade syftet (fem artiklar) eller att de enbart använt sig av kvantitativ metod (13 artiklar). Totalt återstod tio artiklar som granskades och värderades med hjälp av SBU:s mall: "Kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik". Se fullständig mall i bilaga två. Beroende på studiernas kvalitet kunde de få omdömet låg, medel eller hög kvalitet. Författarna granskade artiklarna oberoende av varandra och jämförde och diskuterade sedan bedömningarna tills det rådde konsensus. Fyra artiklar bedömdes vara av hög kvalitet, fyra av medel kvalitet och två av låg kvalitet. Enligt SBU (2017) bör endast artiklar bedömda med medel eller hög kvalitet ingå i analysen, varvid de två artiklar med låg kvalitet exkluderades. Anledning till exklusion var att en studie (Milan, 2003) saknade tydligt syfte, saknade beskrivning av urvalsprocess, etiskt resonemang var undermåligt, det var få deltagare i studien (tre kvinnor), metoddiskussion saknades och artikeln som helhet saknade tydlig struktur. Den andra artikeln (Clancy & Gurgens Gjaerum, 2019) saknade tydligt urvalsförfarande, hade oklart etiskt resonemang och metoddiskussion var undermålig. Totalt åtta artiklar inkluderades slutligen i analysen.

4.5 Analys

Resultatet från en litteraturstudie ska enligt Friberg (2017) analyseras utifrån likheter och skillnader och skapa nya övergripande teman som bildar en ny helhet. Genom analysen delas fenomenet i mindre bitar och undersöks var för sig, därefter sätts materialet samman till en helhet vilket kännetecknar syntesen. Syftet är att hitta mönster i materialet (Forsberg & Wengström, 2015). Olika analysmetoder finns att tillgå (Forsberg & Wengström, 2015, Bettany-Saltikov & McSherry 2016), i denna studie har författarna har valt en innehållsanalys beskriven av Forsberg och Wengström (2015). I en innehållsanalys bearbetas materialet systematiskt och klassificering av data sker stegvis. Målet är att kvantifiera och beskriva ett fenomen (Forsberg & Wengström, 2015). Innehållsanalysen är beskriven i fem steg. I det första steget lästes materialet igenom upprepade gånger för att bekanta sig med innehållet. I steg två kodades artiklarnas resultatdel utifrån vad texten handlade om. Koder kunde vara betydelsefulla ord och meningar. Steg tre innebar att koderna kondenserades till kategorier. Författarna kodade och kategoriserade materialet var för sig, därefter jämfördes koder och kategorier. Koder och kategorier diskuterades och formulerades om tills författarna var överens. En återkoppling till artiklarna skedde regelbundet för att inte missa relevant data och för att undvika att förvrängning av den ursprungliga informationen skedde. I steg fyra

sammanfattades kategorierna till teman vilket gjordes tillsammans. Därefter tolkades och diskuterades resultatet (steg fem).

Tabell 3. Exempel på koder och kategorier

Koder	*Kategorier*	*Teman*
Smärta som funktion	Smärta som en naturlig del av förlossningen	Accepterandet av smärtan som en del av förlossningen
Tilltro till kroppens förmåga att hantera smärta		
Inget behov av farmakologisk smärtlindring	Hantering av smärta	
Tilltro till alternativa smärtlindringsmetoder		
Tillfredsställelse av att vara hemma	En trygghetsskapande miljö	Hemmets trygga vrå
En plats att kunna vara sig själv		
Viktig familjehändelse	Närvaro av familjen	
Ovilja att separeras från familjen		

4.6 Etiska överväganden

Endast studier innehållande etisk reflektion eller godkännande från etisk kommitté inkluderades till analys i denna litteraturöversikt. Materialet som används var redan avidentifierat och godkännande från deltagarna om medverkan i studierna fanns. Forsberg och Wengström (2015) betonar vikten av att presentera alla resultat oavsett utfall och att redovisa alla artiklar som ingår i litteraturstudien, vilket var författarnas intuition. Ett objektivt förhållningssätt i relation till analys och resultat eftersträvas (Forsberg och Wengström, 2008).

4.7 Förförståelse

Författarna är medvetna om deras förförståelse, vilket är ett begrepp inom kvalitativ forskning. Förförståelse handlar om forskarens erfarenheter, förutfattade meningar och kunskap om fenomenet som studeras. Åsikterna bland forskare går isär huruvida förförståelsen ska utnyttjas i bearbetning av resultatet eller ej (Lundman, Hällgren-

Graneheim, 2017). Forsberg och Wengström (2015) menar att tolkning av materialet alltid är beroende av förförståelsen. Författarna är medvetna om detta och diskussion har skett fortlöpande under arbetets gång. Författarna har strävat efter ett neutralt förhållningssätt.

Författarna till studien är sjuksköterskor och barnmorskestudenter som har bistått vid förlossning, samt har personliga erfarenhet av att föda barn på sjukhus respektive på barnmorskeledd enhet i anslutning till sjukhus. Som blivande barnmorskor vill vi stödja kvinnans rätt till delaktighet kring beslut rörande sin förlossning, inklusive val av plats och har därför en positiv inställning till hemförlossning.

5. Resultat

Denna litteraturöversikt omfattade totalt 8 kvalitativa studier med kvinnors upplevelser av att föda genom en planerad hemförlossning. Studierna innefattade både förstföderskor och omföderskor. Flertalet av kvinnorna som var omföderskor hade erfarenhet av att föda sitt första barn på sjukhus och kunde på så vis även jämföra sina upplevelser av olika födelseplatser. I två av artiklarna ingick kvinnor som valt att föda utan assistans av vårdpersonal, majoriteten hade dock assistans av barnmorska.

Artiklarna var publicerade mellan åren 2002 och 2017. Två studier var gjorda i Sverige; (Lindgren & Erlandsson, 2010), (Sjöblom, Nordström & Edberg, 2006), två i Finland; (Jouhki, 2012), (Jouhki, Suominen & Åstedt-Kurki, 2017) och resten av studierna var gjorda i Nederländerna; (Johnson, Clark Callister, Freeborn, Beckstrand & Huender, 2007), Kanada; (Janssen, Henderson & Vedam, 2009), Storbritannien; (Ng & Sinclair, 2002) och USA; (Bernhard, Zielinski, Ackerson & English, 2014). Data samlades in via enskilda intervjuer (5 studier), fokusgrupper (1 studie) och via enkäter med öppna frågor (2 studier). Materialet analyserades med olika analysmetoder, innehållsanalys, tolkande beskrivande analys, tematisk analys, fenomenologisk analys och fenomenologisk-hermeneutisk analys. För sammanfattning av studierna se matris i bilaga tre.

Sex teman framkom ur analysen, *Hemmets trygga vrå, Att välja stöd utifrån sina egna premisser, Autonomi genom yttre kontroll, Kroppskännedom och inre kontroll, Accepterandet av smärtan som en del av förlossningen* och *Förlossningen som något större än en själv* med tillhörande kategorier. Citat från artiklarna är inkluderade för att förstärka framkomna teman.

Tabell 4: Teman och kategorier

Hemmets trygga vrå	**Att välja stöd utifrån sina egna premisser**	**Autonomi genom yttre kontroll**	**Kroppskännedom och inre kontroll**	**Accepterandet av smärtan som en del av förlossningen**	**Förlossningen som något större än en själv**
En naturlig plats *En trygghetsskapande miljö* *Närvaro av familjen* *Barnmorskan som gäst*	*Behov av stöd* *Barnmorskans stödjande roll* *Stöd från partner*	*Att kunna styra över sin situation* *Kontroll genom att ha skapat en relation till barnmorskan*	*Tilltro till sin egen förmåga* *Att kunna gå in i sig själv*	*Smärtan som en naturlig del av förlossningen* *Hantering av smärtan*	*Överväldigande känslor och en del av livet* *Ett samspel med barnet i magen*

5.1 Hemmets trygga vrå

Temat avser i detta sammanhang den plats där kvinnan har valt att föda, det vill säga den plats som kvinnan identifierar som ”hemma”. I detta tema identifierades fyra kategorier. *En naturlig plats, En trygghetsskapande miljö, Närvaro av familjen* och *Barnmorskan som gäst.* Hemmet och den omgivande miljön visade sig ha en betydande inverkan på kvinnans upplevelse av födandet och dess process.

5.1.1 En naturlig plats

I flera artiklar upplevde kvinnor hemmet som en naturlig plats att föda på (Bernhard et al., 2014; Ng & Sinclair, 2002; Janssen et al., 2009; Sjöblom et al., 2006).

“Home birth allows your baby to come to the world in a more natural and private environment” (Janssen et al., 2009, s. 301)

Det fanns en önskan att låta förlossningen vara en del av det vardagliga livet och inte betrakta födande som något medicinskt eller patologiskt, som skulle kräva sjukhusvistelse (Johnson et al., 2007; Jouhki, 2012; Jouhki et al., 2017; Sjöblom et al., 2006). Att föda hemma innebar

också att kvinnor snabbt kunde återgå till sina vardagliga rutiner vilket uppskattades (Ng & Sinclair, 2002).

”Compared to the hospital birth of my first child, I would say this is a better way – more natural, more inclusive of all aspects of childbearing, and more enjoyable for me, the mother” (Janssen et al., 2009, s. 301).

5.1.2 En trygghetsskapande miljö

Möjligheten att kunna föda i sin hemmiljö, tillsammans med de individer som kvinnan själv personligen önskade skulle närvara, upplevdes som en bidragande orsak till att skapa en lugn och rofylld miljö av den födande kvinnan (Bernhard et al., 2014).

”The environment was quiet and calm and that made me quiet and calm as well.” (Johnson et al., 2007, s. 174)

Hemmet uppfattades som en säker och trygg plats att föda på (Johnson et al., 2007; Sjöblom et al., 2006). Under pågående förlossningsprocess, med allt mer tilltagande och smärtsamma värkar, delgav kvinnor känslor av lättnad över att de inte var tvungna att förflytta sig från hemmet till sjukhus (Bernhard et al., 2014; Sjöblom et al., 2006).

”…just the thought of having to go away when it starts to hurt…awful…should I then get into the car, and sort of, have all that bother…?” (Sjöblom et al., 2006, s. 352)

Dock fanns det beskrivet att transport till sjukhuset vid komplikationer hade begrundats och det var en trygghet att veta att den möjligheten fanns (Johnson et al., 2007; Ng & Sinclair, 2002). I en artikel ingick ett fåtal kvinnor som hade transporterats till sjukhus under eller efter förlossningen. Dessa kvinnor beskrev ett fortsatt stöd från barnmorskan och att barnmorskan bevarade deras kontroll genom att få dem att känna sig delaktiga. De hade kvar känslan av trygghet och upplevde professionellt omhändertagande från vården (Janssen et al., 2009).

Kvinnor som födde hemma beskrev att förbli i det egna hemmet skapade känslor av trygghet, lugn och harmoni (Bernhard et al., 2014; Johnson et al., 2007; Jouhki et al., 2017; Sjöblom et al., 2006). Tryggheten i att vara i det egna hemmet bidrog till möjligheten att kunna vara sig själv och kunna slappna av (Janssen et al., 2009; Johnson et al., 2007).

5.1.3 Närvaro av familjen

Förlossningen betraktades av kvinnor som en viktig familjehändelse (Janssen et al., 2009; Jouhki et al., 2017). Det fanns en önskan om att kunna involvera eventuell partner, syskon eller andra individer som tillhörde familjen (Bernhard et al., 2014), samt att kunna dela upplevelsen av förlossningen tillsammans med sin familj (Janssen et al., 2009; Jouhki et al., 2017; Ng & Sinclair, 2002).

”We decided that home is safer…it’s where babies belong, it’s a whole experience, it’s a family event…” (Ng & Sinclair, 2002, s. 57).

En del kvinnor uttryckte även att det var viktigt för dem att veta var eventuella syskon till det ofödda barnet befann sig, samt vara försäkrad om att syskonen hade det bra under förlossningen, vilket möjliggjordes av att föda i det egna hemmet (Bernhard et al., 2014; Sjöblom et al., 2006).

”And one important reason was I wanted my children to participate, and that is only possibly at home!” (Jouhki et al., 2017, s. 38).

Hemförlossning sågs även som det enda sättet för syskon att få vara involverade och närvarande under födseln (Johuki, 2012). Syskon fick på så sätt möjlighet att besluta om och hur de skulle delta i barnets födelse, vilket upplevdes som positivt och glädjande av kvinnorna (Jouhki et al., 2017).

”And on the other hand... I have 4 and 6-year-old children… I thought that birth is a beautiful and natural event and the children should participate… But I cannot take them to the hospital…” (Jouhki, 2012, s.58).

5.1.4 Barnmorskan som gäst

Att föda hemma medförde en känsla och upplevelse av att kunna bibehålla den egna integriteten (Söblom et al., 2006). Barnmorskan betraktades som en gäst i hemmet, och kvinnan förväntade sig ett respektfullt bemötande som “värdinna” eller ägare av hemmet. En förskjutning i maktbalansen beskrevs (Ng & Sinclair, 2002).

“ I was always asked, you are on your own home ground, the midwife is the guest in your home and it’s a different balance I suppose in power…” (Ng & Sinclair, 2002, s. 57)

5.2 Att välja stöd utifrån sina egna premisser

De inkluderade studierna visade att stöd, behov av stöd och olika former av stöd, var viktiga begrepp under en planerad hemförlossning. Kategorierna som identifierades i detta tema var *Behov av stöd, Barnmorskans stödjande roll* och *Stöd från partner.*

5.2.1 Behov av stöd

Att kunna välja och påverka grad av stöd efter situation, samt att känna att det fanns stöd att tillgå under hela födelseprocessen var betydelsefullt för kvinnor (Sjöblom et al., 2006). Stöd under hemförlossning kunde ta sig uttryck i olika former och upplevdes bland annat som fysiskt, psykiskt och emotionellt stöd (Janssen et al., 2009; Lindgren & Erlandsson, 2010). Det förekom även ett icke verbalt stöd (Lindgren & Erlandsson, 2010), vilkets beskrevs som att närvaron av de personer som kvinnan personligen valt att inkludera under förlossningen, skapade en känsla av att de var omhändertagna och trygga.

”Loving hands massage, singing, storytelling, holding hands, looking into the father’s eyes and following the breaths of the midwife finally helped let my daughter be born” (Lindgren & Erlandsson., 2010).

Under förlossningen i hemmet upplevde kvinnor en stödjande atmosfär, där de kände att de hade kontroll över den egna kroppen, samt över sin födelseprocess (Johnson et al., 2007).

5.2.2 Barnmorskans stödjande roll

Barnmorskans tillgänglighet, närvaro och stöd visade sig i flertalet studier vara angeläget för kvinnor som valt att föda genom planerad hemförlossning (Bernhard et al., 2014; Janssen et al., 2009; Jouhki et al., 2017; Sjöblom et al., 2006). Förtroendet för barnmorskans kompetens och yrkesskicklighet var stor hos kvinnor (Janssen et al., 2009; Sjöblom et al., 2006), vilket beskrevs som en bidragande faktor kring beslutet att föda hemma (Johnson et al., 2007).

”When the midwife came…the most important thing to me was that somebody had the knowledge to know what was going to happen” (Johnson et al., 2007, s. 174).

Kvinnor upplevde barnmorskans förmåga att förmedla mod, samt förtroende och tilltro till den egna kroppen, som betydelsefullt (Johnson et al., 2007). När barnmorskan visade tilltro

till kvinnans förmåga att föda, skapade det i sin tur också en tilltro till den egna förmågan hos kvinnan (Johnson et al., 2007; Lindgren et al., 2010). Barnmorskan beskrevs som lyhörd inför kvinnornas önskningar och val (Janssen et al., 2009). När kommunikationen mellan kvinnan och barnmorskan upplevdes som bristfällig och när kvinnan upplevde avsaknad av stöd, kunde det ha en negativ inverkan på upplevelsen av förlossningen (Janssen et al., 2009; Lindgren & Erlandsson, 2010).

5.2.3. Stöd från partner

Möjligheten att erhålla stöd från den egna partnern upplevdes som betydelsefullt av kvinnor (Lindgren & Erlandsson, 2010; Ng & Sinclair, 2002). Kvinnor beskrev att de genom stödet från sin partner kunde dela förlossningsupplevelsen (Ng & Sinclair, 2002). Ett fysiskt och mentalt stöd av partnern beskrevs.

> *I realized that my husband must be really tired, but I just couldn't surrender without his hands pressed against my hips. I looked at him to see if everything was OK, and when I saw how determined he was to help me I felt that we were really in this together (Lindgren & Erlandsson, 2010, s. 314).*

Erfarenheter hos kvinnor av att ta emot stöd från eventuell partner under hemförlossning varierade (Sjöblom et al., 2006). Vissa kvinnor beskrev att de hade ett stort stöd från sin partner och att hen var närvarande och delaktig under hela processen, medan andra beskrev sin partner som mer frånvarande (Sjöblom et al., 2006). Avsaknad av partnerns stöd när behov och önskan om stöd fanns hos kvinnan kunde ha en negativ inverkan på förlossningsupplevelsen (Lindgren & Erlandsson, 2010).

5.3 Autonomi genom yttre kontroll

Ett begrepp som återkom i studierna var autonomi, samt kvinnors beskrivning att vilja ha kontroll över sin situation under födelseprocessen. Känslan av autonomin och kontroll kunde uppstå beroende av olika sammanhang. Kategorierna som identifierades i detta tema var, *Att kunna styra över sin situation* och *Kontroll genom att ha skapat en relation till barnmorskan*

5.3.1 Att kunna styra över sin situation

Hemförlossning medförde att kvinnor upplevde att de hade kontroll över sin omgivning (Jouhki et al., 2017). De upplevde en känsla av kontroll över själva födelseplatsen och hur denna skulle utformas och förberedas utifrån personliga önskemål (Bernhard et al., 2014; Sjöblom et al., 2006), vilket upplevdes som positivt (Jouhki et al., 2017). En del kvinnor

beskrev att de skapade en personlig plats, med till exempel blommor, ljus och musik, som skulle hjälpa dem att uppnå den stämning de ville befinna sig i under förlossningen (Sjöblom et al., 2006). En känsla av att ha makt över sin egen situation, så kallad *Empowerment*, är ett återkommande begrepp (Janssen et al., 2009; Johnson et al., 2007; Lindgren & Erlandsson, 2010; Ng & Sinclair, 2002). Det fanns också kvinnor som beskrev förlust av kontroll, maktlöshet över sin situation och en besvikelse i relation till sina förväntningar, vilket beskrevs bidra till en negativ inverkan på förlossningsupplevelsen (Janssen et al., 2009; Lindgren & Erlandsson, 2010).

För kvinnor som födde hemma innebar känslan av bibehållen autonomi att de kunde styra över sin situation (Jouhki, 2012; Jouhki et al., 2017; Lindgren & Erlandsson, 2010; Sjöblom et al., 2006) och de upplevde även kontroll över hur vården skulle utformas (Jouhki et al., 2017; Lindgren & Erlandsson, 2010; Sjöblom et al., 2006). Det kunde bland annat innebära en önskan om att undvika interventioner i så stor utsträckning som möjligt (Bernhard et al., 2014; Janssen et al., 2009). Till exempel kunde detta betyda att en kvinna kände att det var möjligt att tacka nej till en undersökning.

The midwife entered the room and wanted to feel the dilation of the cervix. It was against my instincts, but I allowed her to do it, which was a mistake. I was only 4 centimeters, and I really didn't need to know that at that time. Next time she wanted to examine me I said no and asked her to wait until I felt that something had happened. (Lindgren & Erlandsson, 2010, s. 314)

5.3.2 Kontroll genom att ha skapat en relation till barnmorskan

Känslan av att ha skapat en relation till barnmorskan, oavsett om födelseplatsen var i hemmet eller på sjukhus, visade vara av stor betydelse för att erhålla en positiv förlossningsupplevelse (Bernhard et al., 2014). Den planerade hemförlossningen, med dess förberedelser, gav kvinnan möjlighet att påverka val av barnmorska samt att skapa en relation till den egna barnmorskan eller barnmorskorna (Janssen et al., 2009). Relationen till den egna barnmorskan angavs som skäl till att förlossningen utformades på det sätt som kvinnor önskade, något som de inte trodde hade varit möjligt på sjukhus i samma utsträckning (Janssen et al., 2009).

"I always felt that she truly care about me and the my baby, and that I not just was another client" (Janssen et al., 2009, s. 300).

Kvinnor som födde hemma kände sig delaktiga i beslut rörande den egna förlossningen (Bernhard et al., 2014; Sjöblom et al., 2006). De upplevde även att de blev respekterade och sedda som individer och ej som objekt, vilket var en del kvinnors erfarenheter från tidigare förlossning på sjukhus (Bernhard et al., 2014). Relationen till barnmorskan visade sig kunna bidra till en känsla av att ha makt över sin egen situation, *epowerment* (Janssen et al., 2009).

> *”They made me feel that I could accomplish anything I put my mind to. They were very supportive of every decision I made” (Janssen et al., 2009, s. 300).*

När en känsla av gemenskap med barnmorskan uppstod uttryckte kvinnor att de kände sig omhändertagna, vilket visade sig medföra en ökad tilltro hos dem själva i förhållande till födelseprocessen (Bernhard et al., 2014).

5.4 Kroppskännedom och inre kontroll

Temat upplevelsen genom kroppskännedom belyser kvinnors kroppskännedom som redan befintlig eller ökad i samband med hemförlossningen. En positiv syn på kroppen och en stark tilltro till sin egen förmåga var återkommande i artiklarna. Att vända sig inåt och att vara i kontakt med sig själv var viktigt för kvinnor för att känna att de klarade av att genomgå förlossningen. Temat innefattar kategorierna *Tilltro till sin egen förmåga* och *Att gå in i sig själv*.

5.4.1 Tilltro till sin egen förmåga

Kvinnor hade en stor tilltro till kroppen och kroppens förmåga att föda (Jouhki, 2012; Jouhki et al., 2017; Sjöblom et al., 2006). Kroppen ansågs besitta de kunskaper och förmågor som krävdes under förlossningen och en vilja att styras av kroppen och dess signaler var väsentlig (Jouhki et al., 2017; Sjöblom et al., 2006). En stark kontakt med dem själva beskrevs (Bernhard et al., 2014; Jouhki et al., 2017; Lindgren & Erlandsson, 2010).

> *My body tells me very clearly what to do, how to breathe and when I should go to the bathroom and it somehow just happened and my role was only to stay out of the way! I had strong trust in that, just trust your body (Jouhki et al., 2017, s.38).*

5.4.2 Att gå in i sig själv

När födseln närmade sig var det viktigt att få fokusera på värkarna utan distraktioner, en distansering till omgivningen skedde (Jouhki et al., 2017; Lindgren & Erlandsson, 2010; Sjöblom et al., 2006;). Ett behov att vara i kontroll över sig själv beskrevs (Ng & Sinclair, 2002). Att gå in i sig själv möjliggjordes av att känna sig trygg och att ens behov var tillfredsställda. Kvinnor beskrev det som att vara i kontakt med det verkliga jaget, de kände sig mer självsäkra än vad de hade trott, en känsla som de innan förlossningen inte visste att de kunde känna (Lindgren & Erlandsson, 2010). Upplevelsen beskrevs av vissa kvinnor som intim och att stunden bara tillhörde dem. Att gå in sig själv hjälpte kvinnor att hitta tillit inför själva födseln (Jouhki et al., 2017).

> *"It requires total concentration on myself only and no disturbing things can be there, no outsiders, no unnecessary people"(Jouhki et al., 2017, s. 39).*

> *I didn't notice the midwives coming; I was completely focused on giving birth. I stepped out of the bathtub and walked around, warm and steaming. The contractions took all my concentration. Between them I walked to the open window and rested with my elbows on the windowsill (Lindgren & Erlandsson, 2010, s. 312).*

5.5 Accepterandet av smärtan som en del av förlossningen

Accepterandet av smärta, tillit till kroppen och att se smärta som en funktion hjälpte kvinnor att hantera smärtan. Kategorierna som identifierades var, *Smärtan som en naturlig del av förlossningen* och *Hantering av smärtan.*

5.5.1 Smärtan som en naturlig del av förlossningen

Upplevelsen av smärta är beskrivet ingående i vissa studier, medan det inte nämns alls i andra (Bernhard et al., 2014; Lindgren & Erlandsson, 2010). I studier där smärta är presenterat som teman eller kategorier beskriver kvinnor smärtan som utmanande eller svår, men med en tilltro till kroppens förmåga att hantera smärtan (Johnson et al., 2007; Jouhki et al., 2017; Ng & Sinclair, 2002). Vissa kvinnor hade en rädsla inför smärtan (Jouhki et al., 2017) medan andra upplevde det som inget att vara rädd för (Johnson et al., 2007). Smärtan ansågs vara en normal och naturlig del av födseln, en nödvändighet för att genomgå förlossningen (Johnson et al., 2007; Jouhki et al., 2017).

...I don't think it's explained very well, what the pain is for, people just get frightened of the pain, if they could see it as something useful and there's going to be an end product, and the pain is there so as you can help them out, it's not frightening at all (Ng & Sinclair, 2002, s. 58).

En uppskattning av smärtan, att se smärtan som en vän eller hjälp, beskrivs av en del kvinnor (Johnson et al., 2007; Jouhki et al., 2017; Ng & Sinclair, 2002). I artikeln skriven av Johnson et al. (2007) beskrevs smärtan kunna bidra till att lära känna sig själv bättre och att hitta en inre styrka.

"The way you act, the way you respond to the pain and to the whole process. It is quite a mirror in a way" (Johnson et al., 2007, s. 174).

5.5.2 Hantering av smärtan

En önskan om att använda sig av farmakologisk smärtlindring i så liten utsträckning som möjligt var en viktig aspekt av upplevelsen (Jouhki, 2012; Ng & Sinclair, 2002). I en artikel (Jouhki et al., 2017) beskrivs det att kvinnor hade en tillit till alternativa smärtlindringsmetoder. Stöd från partner hade en smärtlindrande effekt och en kvinna beskriver sin hantering av smärta genom att befinna sig i sin hemmiljö.

"...I was lying all night with my labour pains, my dog came and lay by my feet... it was an incredible feeling... it was in September, all the apples in the trees.. it was all so silent..." (Sjöblom et al., 2006, s.352)

Vetskapen om "belöning" (barnet) för mödan bidrog till att ta sig igenom smärtan (Johnson et al., 2007). I en artikel beskrevs smärtan däremot som så stor att den inte gick att hantera, vilket upplevdes påverka förlossningsupplevelsen negativt (Janssen et al., 2009).

5.6 Förlossningen som något större än en själv

Temat innefattar kategorierna *Ett samspel med barnet i magen* och *Överväldigande känslor och en del av livet.* Kvinnor upplevde förlossningen som något större än dem själva. Förlossning var en del av själva livet och uppfattades utifrån flera plan.

5.6.1 Ett samspel med barnet i magen

Under förlossningen kunde kvinnor uppleva ett samspel med det ofödda barnet. Vissa kvinnor beskrev att de kunde förnimma barnets känslor om de bara lyssnade inåt (Sjöblom et al., 2006). Det fanns ett starkt band mellan mor och barn i samband med födseln (Jouhki et al.,2017), vilket medförde att kvinnor kunde uppleva en intensiv känsla av vara i kontakt med sitt barn (Bernhard et al., 2014). På så sätt skapades känslan av att det var ett pågående samarbete med barnet under förlossningen (Bernhard et al., 2014).

"My baby and I were so connected and I remember it, and it worked exactly and I mean...it was amazing" (Bernhard et al., 2014, s. 163).

5.6.2 Överväldigande känslor och en del av livet

Födseln beskrivs återkommande som en naturlig händelse (Johnson et al., 2007; Jouhki, 2012; Jouhki et al., 2017; Ng & Sinclair, 2002; Sjöblom et al., 2006). Vissa kvinnor beskrev det som meningen med livet eller som att de var skapta för att föda, något som kvinnor har gjort i alla tider (Johnson et al., 2007; Sjöblom et al., 2006;).

"Having children is one of the most natural things in the world.. it's the most natural thing having them at home" (Ng & Sinclair, 2002, s. 57).

Vid födseln upplevde vissa kvinnor en känsla av en stark kontakt med naturens krafter och livets kretslopp (Jouhki et al., 2017; Sjöblom et al., 2006). Förutom en känsla av att vara en del av naturen, beskrivs upplevelsen ur ett spirituellt perspektiv. Kvinnor kände sig som en del av universum, eller att upplevelsen var magisk eller spirituell (Jouhki, 2012; Jouhki et al., 2017; Sjöblom et al., 2006).

"It had this holiness.. being close to the universe… I feel such gratitude for the possibility to give birth at home" (Sjöblom et al., 2006, s. 350).

Upplevelsen av att föda beskrevs som underbar (Jouhki, 2012) och fantastisk (Bernhard et al., 2014; Ng & Sinclair, 2002). I en artikel skriven av Jouhki et al. (2017) beskrev kvinnor känslor som ren glädje, lycka och triumf av att ha lyckats föda på sina egna villkor. I en annan artikel (Sjöblom et al., 2006) beskrevs födseln som det största i livet. Att känna sig kraftfull och nästan oövervinnerlig beskrevs (Johnson et al., 2007).

"Seeing her little face, I'll never forget that. I remember being ecstatic, very happy and very powerful. You feel you are capable of doing almost anything" (Johnson et al., 2007, s. 175).

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Vald metod var en litteraturöversikt, vilket författarna anser vara en relevant metod inom ramen för en magisteruppsats. Enligt Forsberg och Wengström (2015) har en allmän litteraturöversikt brister och menar att en systematisk litteraturöversikt är mer tillförlitlig, då den bland annat som metod inkluderar alla studier inom ett visst område. Dock har författarna arbetat utifrån ett systematiskt tankesätt i vissa steg, bland annat genom att redovisa sökprocessen och noggrant klargöra metodbeskrivningen samt genom att använda sig av ett validerat instrument för granskning av artiklarna. Enligt Forsberg och Wengström (2015) ingår inte dessa steg nödvändigtvis i en allmän litteraturöversikt.

Då syftet med studien var att beskriva upplevelser av ett fenomen ansåg författarna att en kvalitativ metod bäst skulle svara mot detta och därför inkluderades endast kvalitativa artiklar i studien. Syftet att enbart inkludera höginkomstländer i studien grundade sig på tanken att höginkomstländer har liknande avancerade sjukvårdssystem och att begreppet planerad hemförlossning då kan ha en liknande innebörd i de olika länderna. Författarna är dock medvetna om att förlossningsvården även skiljer sig mellan höginkomstländer, vilket kan påverka studiens överförbarhet och tillförlitlighet.

De valda databaserna, Pubmed och Cinahl, för litteratursökningen bedömdes som relevanta för uppsatsens syfte då de är breda databaser som innehåller publicerade artiklar inom omvårdnad. Styrka ligger i att författarna dels tagit hjälp av bibliotekarie för att strukturera sökningen, samt använt både fritextord och termer från ämnesordlistor. Dock för att inkludera all relevant forskning inom området hade författarna förmodligen behövt utföra sökningen i fler databaser samt kombinerat ytterligare sökord. Att gå igenom alla artiklars referenslistor hade också varit önskvärt. Av dessa skäl kan väsentliga artiklar ha missats. Ett annat hinder kan ha varit att en del artiklarnas abstract inte var utformade enligt strukturen; syfte, metod, resultat, slutsats och nyckelord, vilket kan ha inneburit att viktig information saknades och därav valdes bort (SBU, 2017). Författarna valde att inte tidsbegränsa sökningen på grund av

att innebörden av planerad hemförlossning i höginkomstländer inte antogs ha förändrats nämnvärt. Dessutom var författarnas uppfattning att det inte fanns så mycket forskning på området. Det totala antalet inkluderade artiklar i studien kan diskuteras. Enligt Forsberg och Wengström (2015) finns inga regler för hur många artiklar som skall ingå i en litteraturöversikt. Men det kan ses som en svaghet att endast åtta artiklar är inkluderade. Dock gjordes upprepade ostrukturerade fritextsökningar där samma artiklar var återkommande.

De inkluderade artiklarnas kvalitet bedömdes enligt "SBU:s mall för granskning av kvalitativa metoder". Alla artiklar granskades utifrån syfte, urval, datainsamling, analys och resultat. Etiskt godkännande eller etiskt resonemang var också ett kriterium vid granskningen. Forsberg och Wengström (2015) påtalar vikten av att det i alla vetenskapliga studier ska ingå etiska överväganden, vilket alla de inkluderade studierna hade. I de artiklar som bedömdes ha hög kvalitet fanns en tydlig vetenskaplig struktur och alla steg i studien var tydligt redovisade. I de artiklar som bedömdes som medel kvalitet fanns bland annat brister i urval och datainsamling. Dock upplevde författarna som noviser att det var svårt att bedöma i vilken grad artikelförfattarna lyckats analysera sitt material utifrån vald analysmetod. En styrka ses i att använda ett validerat instrument för kvalitetsgranskning av artiklarna. Dock anser författarna att granskningsmallen (SBU) var otydlig i avseende var gränsen gick mellan de olika bedömningarna. Det blev därmed upp till författarna att dra den gränsen, vilket upplevdes som svårt med tanke på att författarna är noviser. Artiklarna granskades dock var för sig och bedömningarna var likvärdiga vilket ändå ger styrka till granskningen. Bedömningen hög kvalitet gavs till de artiklar där majoriteten av frågorna i granskningsmallen besvarades med "ja". Alla artiklar som bedömdes hålla låg kvalitet exkluderades, vilket kan anses stärka studien.

En enkel form av innehållsanalys beskriven av Forsberg och Wengström (2015) användes för att analysera resultatet. För att syntetisera och analysera material i en systematisk litteraturstudie rekommenderas dock att metasyntes används som analysmetod (Polit & Beck, 2017). Forsberg och Wengström (2015) skriver att studier med olika datainsamlingsmetoder och analyser inte blandas i en metasyntes, vilket gjorde att analysen inte bedömdes som tillämpbar till denna litteraturöversikt, där både datainsamlingsmetoder och analysmetoder i inkluderade artiklar varierade. Författarna ansåg att variationen av datainsamlingsmetoder och analysmetoder försvårade analysprocessen. Vidare har diskussion skett kring svårigheten

i att analysera data som redan analyserats en gång tidigare av en annan forskare och dess påverkan på resultatet.

För att uppfylla en trovärdighet i litteraturöversikten har författarna försökt att beskriva tillvägagångssätt i metoden så utförligt som möjligt, redovisat inkluderade artiklarna i en överskådlig tabell, gett exempel på tillvägagångssätt i analysmetoden och presenterat resultatet med stöd av citat från kvinnorna. Granskning av artiklarna och analys (kodning och kategorisering) av materialet skedde var för sig för att öka giltigheten i översikten. Under arbetets gång har även en reflektion och diskussion förts över förförståelsen och hur den eventuellt kan ha färgat resultatet. Författarna har återkommande gått tillbaka till artiklarna och läst dem flertalet gånger för att försäkra sig om att analysen stämmer överens med de ursprungliga artiklarnas resultat.

Litteraturöversiktens överförbarhet kan diskuteras då urvalet i studierna är begränsat till en viss typ av kvinnor. Alla kvinnor hade själva valt att föda hemma och av den anledning går det att anta att de hade en positiv inställning till hemförlossning. I flera studier fick kvinnorna själva bekosta sin barnmorska, vilket kan tyda på att dessa kvinnor hade en viss socioekonomisk ställning. Detta är dock i linje med de studier som tittat på vilka kvinnor som väljer hemförlossning (Brocklehurst et al 2011). I två av de inkluderade artiklarna redovisas ett fåtal negativa upplevelser av förlossningen. Dessa studier var enkätstudier och inkluderade ett större antal kvinnor. En av dessa studier hade ett bortfall där orsaken var okänd. Övriga artiklar innefattade bara kvinnor som upplevt förlossningen som positiv. Detta väcker frågan om de kvinnor som hade en positiv upplevelse av att föda i hemmet eventuellt var mer benägna att delge sin förlossningsupplevelse, jämfört med de som hade en negativ upplevelse av att föda hemma. Detta kan vara av betydelse vid diskussion av överförbarhet. Vidare kan kvinnors beskrivningar av upplevelsen påverkats av när datainsamlingen skedde i förhållande till hur lång tid som gått efter förlossningen, då det finns en möjlighet att minnet av upplevelsen förändrats under tid. Detta är också något som kan påverka trovärdigheten av resultatet i denna studie.

En del kvinnor som planerat att föda hemma behöver överflyttas till sjukhus på grund av ökat vårdbehov. I en studie av Blix, Kumle, Ingversen, Huitfeldt, Hegaard, Ólafsdóttir, … och Lindgren (2016) förflyttades till exempel en tredjedel av förstföderskor och en tiondel av omföderskor till sjukhus vid en planerad hemförlossning. Med det i åtanke är det svårt att

överföra resultatet till alla kvinnor som föder hemma, då denna litteraturöversikt inte besvarade hur förlossningsupplevelsen påverkas av förflyttning till sjukhus.

6.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva kvinnors upplevelser av planerad hemförlossning i höginkomstländer. I resultatet framgår att kvinnor som planerade och födde barn i hemmet hade behov av och upplevde makt över sin egen situation, *empowerment.* Detta beskrevs bland annat genom att ha kontroll. Känslan av kontroll kunde förknippas med flera olika företeelser och inkluderade både en form av yttre- såväl som inre kontroll. Att få föda barn i hemmets trygga vrå, omgiven av stöttande människor som kvinnan själv valt ut, samt att följa kroppen och dess naturliga instinkt utan att bli störd i processen, bidrog till en positiv förlossningsupplevelse som beskrevs som stärkande, glädjefull och som något stort i livet (Cirkeln var sluten).

Resultatet avseende behov av kontroll, visar på vikten av barnmorskans roll i att informera, stödja och stärka kvinnan i rätten till sin autonomi och bibehållen integritet i samband med förlossning, detta oavsett val av födelseplats. Betydelsen av kontroll i relation till förlossningsupplevelse finns också beskrivet i tidigare forskning. I en stor systematisk kvalitativ litteraturstudie med studier från hela världen, där syftet var att beskriva vad som var viktigt under en förlossning, beskrev kvinnor vikten av kontroll genom att vara delaktig i beslut under förlossningen och att bibehålla en känsla av personligt engagemang (Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet & Gülmezoglu, 2018). Det har även visat sig finnas ett samband mellan känslor av trygghet och upplevelse av kontroll under förlossning (Stark, Remynse & Zwelling, 2016). Goodman, Mackey och Tavakoli (2004) fann i sin studie att kvinnors upplevelse av kontroll under förlossning var en viktig faktor relaterad till deras sammantagna förlossningsupplevelse och påvisade dessutom en signifikans mellan upplevd kontroll under förlossningen och förlossningsupplevelse (Goodman et al., 2004). Liknande resultat framkom även i en studie av Overgaard, Fenger-Grøn och Sandall (2012), där kvinnor som fött barn på en mindre barnmorskeledd klinik jämfördes med kvinnor som fött barn på en obstetrisk avdelning på sjukhus. Ur resultatet framgick att de kvinnor som födde på en barnmorskeledd klinik var signifikant mer nöjda med sin vård under förlossningen och hade en bättre förlossningsupplevelse, jämfört med de som fött på sjukhus. De faktorer som visade sig kunna påverka upplevelsen av förlossning var bland annat större möjlighet till delaktighet, stöd och

en känsla av att bli respekterad som individ (Overgaard et al., 2012). Resultaten från dessa studier motsvarar de beskrivningar, rörande behov av kontroll, som kvinnor i denna litteraturöversikt delgivit utifrån sina erfarenheter av att föda hemma. Ur resultatet framkom dessutom att den egna hemmiljön särskilt bidrog till att skapa trygghet och lugn under födelseprocessen. Att som födande kvinna få befinna sig i ett sammanhang där känslor av trygghet och tillit uppkommer, hör till de faktorer som kan påverka och främja en normal förlossning och bidra till en positiv förlossningsupplevelse (Aune et al., 2015). Enligt Borquez och Wiegers (2006) angav kvinnor som fött barn hemma att de betraktade hemmet som en säker och trygg plats, där de kunde känna sig bekväma och avspända, vilket då enligt Stark et al. (2016) även skulle kunna främja kvinnans känsla av kontroll.

Vetskapen om att kontinuerligt stöd fanns att tillgå beskrevs som en viktig faktor till upplevelsen av kontroll. Kvinnorna uttryckte behov av stöd i olika former. Behov av stöd i någon form i samband med förlossning är enligt världshälsoorganisationen (WHO, 2018) universellt och är ett behov som förekommer hos i princip alla födande kvinnor. Kontinuerligt stöd under förlossning, oavsett födelseplats, rekommenderas av WHO (2018), då det enligt rådande evidens finns flera hälsovinster med detta för både mor och barn. En planerad hemförlossning möjliggjorde att de kvinnor som önskade kontinuerligt stöd under sin födelseprocess kunde få detta tillgodosett, då minst en barnmorska (ofta två) är närvarande från den tidpunkt som kvinnan önskar. Kvinnor som angivit att de upplevt bristande stöd under sin förlossning, uttryckte att detta bidragit negativt till deras förlossningsupplevelse.

Enligt tidigare forskning har kvinnor historiskt sett erhållit kontinuerligt stöd från andra kvinnor i sin omgivning under sina förlossningar och förlossningen skedde då vanligen i hemmet (Hodnett et al., 2012). I dag sker dock de flesta födslar på sjukhus, där det finns rutiner för hur födelseprocessen förväntas te sig, till exempel hur lång tid vissa skeenden bör och får ta, vilket enligt WHO (2018) riskerar att leda till onödiga interventioner. I och med detta menar Hodnett et al. (2012) att det kontinuerliga stödet har blivit lägre prioriterat, vilket i sin tur kan komma att påverka den enskilda kvinnans förlossningsupplevelse. Kvinnor som erhållit kontinuerligt stöd beskrev att det gav dem en upplevelse av trygghet, som i sin tur kunde leda till minskade känslor av rädsla och oro (Van Der Gutch & Lewis, 2015). Lunda, Minnie och Benadé (2018) beskrev i sin studie av kvinnors upplevelse av kontinuerligt stöd, att det är något som är värdefullt och uppskattas av många. Kvinnor föredrog om den stödjande personen var någon som de redan hade en relation till. Dock framkom det

motsägande resultat ur en systematisk översiktsstudie av Mcdonald (2013), där bland annat olika former av stöd jämfördes vid förlossning på sjukhus. De personer som gav kvinnor stöd kunde exempelvis vara en partner, släkting eller barnmorska. Resultatet visade, i enighet med tidigare studier, att kontinuerligt stöd föredrogs, men att några kvinnor föredrog om den stödjande personen var någon som de inte hade en relation till. Att föredra stöd från en okänd person är ej i linje med vad som framkommit ur resultatet i denna studie. De olika resultaten visar enligt författarna på vikten av att respektera och tillgodose kvinnans individuella behov av stöd.

Kontinuerligt stöd kan dessutom, enligt tidigare forskning, ge flera fördelar. Bland annat finns beskrivet att det kan bidra till att stärka den individuella förmågan hos kvinnan att acceptera och hantera smärta i samband med förlossning (Van Der Gutch & Lewis, 2015). Dessutom indikerar studier att kvinnor som erhåller kontinuerligt stöd är mindre benägna att använda sig av farmakologiska smärtlindringsmetoder under förlossning (Bohren, Hofeymr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017), något som också är beskrivet av kvinnor i denna litteraturöversikt. Detta är värdefull kunskap som bör belysas för att främja barnmorskans möjlighet att arbeta med kontinuerligt stöd inom all form av förlossningsverksamhet.

I resultatet framkom även att kvinnor upplevde förlossningen som naturlig och normal. Kvinnor hade en tilltro till kroppens naturliga förmåga och att föda barn kunde innebära att vara en del av livets kretslopp. Genomgående beskrivs en positiv syn på förlossningen. Att se förlossningen som en normal och naturlig process beskrivs också av kvinnor som fött barn på sjukhus i studier av Aune et al. (2015) och av Karlström, Nystedt och Hildingsson (2015). Kvinnorna i dessa studier såg fram emot sin förlossning, de betraktade förlossningen som en positiv händelse och de hade en tilltro till den egna styrkan och kroppens förmåga. Gemensamt för studierna var att kvinnorna hade en positiv upplevelse av förlossningen oavsett födelseplats. Vidare framkommer det i en studie av Christiaens, Verhaeghe & Bracke, (2008) att kvinnors inställning till förlossningen hade ett sammanband med förlossningsupplevelsen, forskarna drar slutsatsen att en negativ inställning ökade risken för en negativ förlossningsupplevelse. Detta visar på att resultatet i litteraturöversikten inte är exklusivt för kvinnor som föder i hemmet, utan en positiv förlossningsupplevelse verkar även kunna påverkas av det egna förhållningssättet till förlossningen.

7.1 Slutsats

Upplevelsen av planerad hemförlossning skildrades i denna litteraturöversikt utifrån flera nivåer av kontroll, genom tillgång till stöd utifrån egna premisser och genom tryggheten att befinna sig i sitt eget hem omgiven av sin familj. Genom att dessa behov var tillfredsställda fick kvinnor möjlighet att fullt fokusera på förlossningen och med tillit till kroppen och födelseprocessen genomgå förlossningen. Upplevelsen av själva födseln beskrevs framförallt utifrån överväldigande känslor och positiva värdeord. Resultatet speglar en viss typ av kvinnors upplevelser, men kan fortfarande ge en djupare förståelse för upplevelsen av att föda hemma och ge kunskap till vårdpersonal om vilka behov kvinnor som väljer hemförlossning kan tänkas ha. Trots tveksamhet i studiens överförbarhet framkom faktorer som påverkade förlossningsupplevelsen positivt och som kan eftersträvas oavsett förlossningsplats. Det kan bland annat att innebära att främja en trygg och lugn miljö, erbjuda kontinuerligt stöd, arbeta för att vara mer inkluderande för familjen och skapa förutsättningar för kontroll och delaktighet för kvinnan. Barnmorskans arbete med att stärka kvinnors tilltro till den egna förmågan, ur ett preventivt perspektiv, liksom kvinnors förväntningar inför sin förlossning, kan vara föremål för vidare studier. Även kvinnors upplevelse av hemförlossning där förflyttning till sjukhus skett under förlossningen kan vara av vikt att utforska vidare då detta inte framkommer i denna litteraturöversikt.

8. Referenser

Artiklar inkluderade i resultatet är markerade med Asterix (*)

Aune, I., Torvik, H., Selboe, S-T., Skogås, A-K., Persen, J. & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience — Norwegian women's perspectives. *Midwifery*, *31*(7), 721–727. doi: 10.1016/j.midw.2015.03.016

Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, *39*, 112–123. doi:10.1016/j.midw.2016.04.014

* Bernhard, C., Zielenski, R., Ackerson., K., & English, J. (2014). Home Birth After Hospital Birth: Women’s Choices and Reflections. *Journal of Midwifery & Women’s Health, 59*(2), 160-166. doi: 10.1111/jmwh.12113

Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic litterature review in nursing: A step by step guide* (2th ed.). London: McGraw-hill education/Open university press.

Blix, E., Kumle, MH., Ingversen, K., Huitfeldt, AS., Hegaard, HK., Ólafsdóttir, ÓÁ., …& Lindgren, H. (2016). Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries: a prospective cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 95(4)* 420– 428. doi: 10.1111/aogs.12858

Bohren, M A., Hofmeyr, G J., Sakala, C., Fukuzawa, R K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic review, 7*, 1–131. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6

Borquez, A., & Wiegers, T A. (2006). A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands Heather. *Midwifery, 22*, 339–347. doi:10.1016/j.midw.2005.12.004

Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macflarne, A., Mccourt, C., … Stewart, M., & Birthplace in England Collaborative Group. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal, 343,* 1 - 13. doi: 10.1136/bmj.d7400

Clancy, A., & Gurgens Gjaerum, R. (2019). Home as a place for giving birth: A circumpolar study of the experiences of mothers and midwifes. *Health care for women international 40*(2), 121-137. doi: 10.1080/07399332.2018.1531002

Christiaens, W.,Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2008). Childbirth expectations and experiences in Belgian and Dutch models of maternity care, *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 26*(4), 309-322. doi: 10.1080/02646830802350872

Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience—The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery, 29,* 407–415. doi: 10.1016/j.midw.2012.09.006

de Jonge, A., Geerts, CC., van der Goes, BY., Mol, BW., Buitendijk, SE., & Nijhuis, JG. (2015). Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 122*(5) 720-728. doi: 10.1111/1471-0528.13084

Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PloS One., 13*(4). doi: 10.1371/journal.pone.0194906

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. uppl.). Stockholm: Natur och kultur.

Fox, D., Sheehan, A., & Homer, C. (2018). Birthplace in Australia: Processes and interactions during the intrapartum transfer of women from planned homebirth to hospital. *Midwifery, 57*, 18–25. doi: 10.1016/j.midw.2017.10.022

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. F. Friberg, (red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141-151). Lund: Studentlitteratur.

Föreningen Födelsehuset (2019). *Var vill du föda?* Hämtad 2019-09-06 från https://www.fodelsehuset.se/var/internationellt/

Garthus-Niegel, S., Knoph, C., von Soest, T., Nielsen, C. S., & Eberhard-Gran, M. (2014). The role of labor pain and overall birth experience in the development of posttraumatic stress symptoms: a longitudinal cohort study. *Birth : Issues in Perinatal Care., 41*(1), 108–115. doi: 10.1111/birt.12093

Goodman, P., Mackey, M C., & Tavakoli, A S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing 46*(2), 212–219. doi: 10.1111/j.13652648.2003.02981.x

Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study. *Midwifery, 51*, 33–39. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.004

Hildingson, I., Rådestad, I., & Lindgren, H. (2010). Birth preferences that deviate from the norm in Sweden: Planned home birth versus planned cesarean section. *BIRTH, 37*(4), 288–295. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00423.x

Hildingsson, I., Waldenström, U., & Rådestad, I. (2003). Swedish women´s interest in home birth and in-hospital birth centre care. *Birth, 30*(2003), 11-22. doi: 10.1046/j.1523536X.2003.00212.x

Hodnett, E., Gates, S., Homeyr, J., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews, 7,* 1–113. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub4

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. (2019). *Offentligt finansierad hemförlossning*. (HSN 2018-0698). Region Stockholm. Hämtad från https://www.sll.se/globalassets/5.politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2019/190514/4-offentligt-finansieradehemforlossningar.pdf

International Confederation of Midwives. (2014). ICM core documents. *Bill of rights for Women and Midwifes.* Hämtad 9 sep 2019 från https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/01/cd2011_002-v2017eng-bill_of_rights-2.pdf

* Janssen, P., Henderson, A., & Vedam, S. (2009). The Experience of Planned Home Birth: Views of the First 500 Women. *Birth, 36*(4), 297–304. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00357.x

* Johnson, T., Callister, L., Freeborn, D., Beckstrand, R., & Huender, K. (2007). Dutch Women's Perceptions of Childbirth in the Netherlands. *The American Journal of Maternal/Child Nursing, 32*(3), 170–177. doi: 10.1097/01.NMC.0000269567.09809.b5

* Jouhki, M-R. (2012). Choosing homebirth-The women's perspecitive. *Women and Birth, 25,* 56–61. doi: 10.1016/j.wombi.2011.10.002

* Jouhki, M-R., Suominen, T., & Åstedt-Kurki, P. (2017). Giving birth on our own terms-Women's experience of childbirth at home. *Midwifery 53,* 35–41. doi:

10.1016/j.midw.2017.07.008

Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth 15*(1), 1-8. doi: 10.1186/s12884-015-0683-0

Lindgren, H. (2016). Planerad hemförlossning. I H. Lindgren, K. Christensson & A. K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (1:2, s. 524–526). Lund: Studentlitteratur.

* Lindgren, H., & Erlandsson, K. (2010). Women's Experiences of Empowerment in a Planned Home Birth: A Swedish Population-based Study. *Birth, 37*(4), 309–317. doi:

Lindgren, H., Rehn., M., & Wiklund., I. (2014). *Barnmorskans handläggning vid normal förlossning - forskning och erfarenhet.* Lund: Studentlitteratur.

Lindgren, H., Rådestad, I., Christensson, K., Wally-Bystrom, K, & Hildingsson, I. (2010). Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth. *Midwifery, 26*(2), 163-172. doi: 10.1016/j.midw.2008.04.010

Lunda, P., Minnie, C S., & Benadé, P. (2018). Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC pregnancy and childbirth.18*(1), 2-11. doi: 10.1186/s12884-018-1755-8

Lundman, B., & Hällgren-Granheim, U. (2017). *Kvalitativ innehållsanalys.* I A.B. HöglundNilsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3.uppl, s.219-233). Lund: Studentlitteratur.

Mcdonald, S. (2013). Women who receive continuous support during labour have reduced risk of caesarean, instrumental delivery or need for analgesia compared to usual care. *Evidence Based Nursing, 16*(2), 40-41. doi: 10.1136/ebn.2011.100194

Milan, M. (2003). Childbirth as healing: three women's experience of independent midwife care. *Complementary therapies in nursing and midwifery 9*(3), 140-146. doi: 10.1016/S13536117(03)00038-6

Nationalencyklopedin (2017). Hämtad 2019-09-11 från https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/h%C3%B6ginkomstland

* Ng, M., & Sinclair, M. (2002). Women's experience of planned home birth: a phenomenological study. *Midwives Journal, 5*(2),56–59. (Beställd artikel, doi nummer saknas)

Overgaard, C., Fenger-Grøn, M., & Sandall, J. (2012). The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social science & medicine,74*(7), 973-981. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.12.023

Polit, D.F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9. ed.). Philadelphia: Wolters kluwer health.

Scarf, V., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H., Ellwood, D., Forster, D., … Homer, C. (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. doi: 10.1016/j.midw.2018.03.024

* Sjöblom, I., Nordström, B., & Edberg, A-K. (2006). A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery, 22,* 348–355. doi: 10.1016/j.midw.2005.11.004

Socialstyrelsen. (2001). *Handläggning av normal förlossning: State of the art.* Hämtad 20191015 från https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf

Stark, M A., Remynse, M., & Zwelling., E. (2016). Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 45(2), 285-294. doi: 10.1016/j.jogn.2015.12.008

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: En handbok.* Hämtad från https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf 190905

Van Der Gucht, N., & Lewis, K. (2015).Women's experience of coping with pain during childbirth: a critical review. *Midwifery 31*(3), 349-358. doi: 10.1016/j.midw.2014.12.005

Världshälsoorganisationen. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Hämtad från https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/

Waldenström, U. (2016). Plats för födandet. I H. Lindgren, K. Christensson & A. K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (s. 429–435). Lund: Studentlitteratur.

Wax, J., Lucas, L., Lamont, M., Pinette, M., Cartin, A., & Balckstone, J. (2010). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 203*(3), 243.e1–243.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2010.05.028

Zielinski, R., Ackerson, K., & Kane Low, L. (2015). Planned home birth: benefits, risks and opportunities. *International Journal of Womens Health, 7,* 361–377. doi: 10.2147/IJWH.S55561

Bilagor

Bilaga 1. Höginkomstländer (NE, 2017)

Andorra
Antigua och Barbuda
Australien
Bahamas
Bahrain
Barbados
Belgien
Brunei
Canada
Chile
Cypern
Danmark
Estland
Finland
Frankrike
Förenade Arabemiraten
Grekland
Irland
Island
Israel
Italien
Japan
Kroatien
Kuwait
Lettland
Liechtenstein
Litauen
Luxemburg
Malta
Monaco
Nederländerna
Norge
Nya Zeeland
Oman
Palau
Polen
Portugal
Qatar
Saint Christopher och Nevis
San Marino
Saudiarabien
Schweiz
Seychellerna
Singapore
Slovakien
Slovenien
Spanien
Storbritannien
Sverige
Sydkorea
Tjeckien
Trinidad och Tobago
Tyskland
Ungern
Urug
uay
USA
Österrike

Bilaga 2.

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

reviderad 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: År: Artikelnummer:

Total bedömning av studiekvalitet:		
Hög	Medelhög	Låg

Anvisningar:

- Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?				

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är urvalet relevant?				
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?				
c) Är kontexten tydligt beskriven?				
d) Finns relevant etiskt resonemang?				
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?				

Kommentarer (urval, patientkarakteristika, kontext etc):

3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?				
b) Är datainsamlingen relevant?				
c) Råder datamättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?				

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?				
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?				
c) Råder analysmättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?				

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?				
b) Är resultatet begripligt?				
c) Är resultatet tydligt beskrivet?				
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?				
e) Genereras hypotes/teori/modell?				
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?				
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?				

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):

Kommentarer till mallen för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

1. Syfte Fundera
över:

- vad målsättningen med studien var
- varför det är viktigt
- relevansen
- om kvalitativ metodik är lämplig för att utforska problem området/ svara på frågeställningen.

2. Urval Fundera
över:

- om forskaren redovisat bakgrund till vald urvalsmetod
- om forskaren redovisat hur deltagarna valdes ut
- om forskaren redovisat varför de valda deltagarna valdes ut
- om forskaren redovisat hur många deltagare som valdes ut
- om forskaren redogjort för om någon inte valde att delta och i så fall varför
- om forskaren lyfter fram etiska resonemang som sträcker sig längre än informed consent och ethical approval
- om forskaren beskrivit relationen mellan forskare och informant och hur denna skulle kunna påverka datainsamlingen, exempelvis tacksamhetsskuld, beroende förhållanden etcetera.

3. Datainsamling Fundera
över:

- om ”settingen” för datainsamlingen var berättigad
- om det framgår på vilket sätt datainsamlingen utfördes (t ex djupintervju, semistrukturerad intervju, fokusgrupp, observationer etc)
- om forskaren har motiverat vald datainsamlingsmetod
- om det explicit framgår hur vald datainsamlingsmetod utfördes (t ex vem intervjuade, hur länge, användes intervjuguide, var utfördes intervjun, hur många observationer etc) • om metoden modifierades under studiens gång (om så är fallet, framgår det hur och varför detta skedde)
- om insamlat datamaterial är tydliga (t ex video- eller ljudinspelningar, anteckningar etc)

- om forskaren resonerar kring om man nått mättnad, det vill säga när mer datainsamling inte ger mer ny data (inte alltid tillämpbart)

- om det är tillämpbart att föra ett mättnadsresonemang, fundera på om det är rimligt, det vill säga faktiskt validerat på goda grunder.

4. Analys Fundera
över:

- om analysprocessen är beskriven i detalj
- om analysförfarandet är i linje med den teoretiska ansats som eventuellt låg till grund för datainsamlingen
- om analysen är tematisk, framgår det hur man kommit fram till dessa teman?
- om tabeller har använts för att tydliggöra analysprocessen
- om forskaren kritiskt har resonerat kring sin egen roll, potentiell bias eller inflytande under analysprocessen
- om analysmättnad råder (kan man hitta fler teman baserat på redovisade citat?).

5. Resultat Fundera
över:

- om resultaten/fynden diskuteras i relation till syftet eller frågeställningen
- om ett adekvat resonemang förs kring resultaten eller om resultaten bara är citat/dataredovisning
- om resultaten redovisas på ett tydligt sätt (t ex är det lätt att se vad som är citat/data och vad som är forskarens eget inlägg)
- om resultatredovisningen återkopplas till den teoretiska ansats som eventuellt låg till grund för datainsamling och analys
- om tillräckligt med data redovisas för att underbygga resultaten
- i vilken utsträckning motstridiga data har beaktats och framhålls
- om forskaren kritiskt har resonerat kring dess egen roll, potentiell bias eller inflytande under analysprocessen
- om forskaren för ett resonemang kring resultatens överförbarhet eller andra användningsområden för resultaten.

Referenser

1. Bahtsevani C. In search of evidence-based practices: exploring factors influencing practice and implementation of clinical practice Malmö högskola; 2008.
2. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad om vårdnad. En evidence-based bro mellan forskning och klinisk verk- samhet. Studentlitteratur; guidelines. Malmö: 2006.

Bilaga 3. Matris över inkluderade artiklar

Författare, År, Titel,Tidskrift och Land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsbedömning enligt SBU
Bernhard, C., Zielenski, R., Ackerson., K., & English, J., (2014). Home Birth After Hospital Birth: Women's Choices and Reflections. *Journal of Midwifery & Women's Health.* USA	Syftet var att utforska upplevelser hos kvinnor som väljer hemförlossning och undersöka varför de valde hemförlossning, samt undersöka vilka orsaker som påverkade deras beslut att föda hemma.	Studien gjordes med en deskriptiv kvalitativ design och hade ett riktat urval. Materialet analyserades med innehållsanalys. Engelsktalande kvinnor mellan 18 - 55 år, som haft minst en förlossning på sjukhus och därefter en hemförlossning inom en 10 årsperiod erbjöds att delta. Totalt 20 kvinnor mellan 24 - 42 år deltog. Kvinnorna deltog i fokusgrupper som hölls vid 5 tillfällen. Varje grupp innehöll 4 deltagare och samtalet varade i 1,5 - 2 h. Minst 2 av författarna deltog vid grupperna. En av författarna höll i diskussionen och den andra antecknade och noterade	5 teman framkom ur kvinnornas berättelser. *Val och Empowerment.* Kvinnorna som födde hemma upplevde att de fick faktiska valmöjligheter, vilket bidrog till känsla av empowerment. *Interventioner och Avbrott.* Kvinnor som tidigare fött på sjukhus upplevde att onödiga interventioner, som inte gynnade födelseprocessen, utfördes under deras förlossning på sjukhus i jämförelse med hemförlossning. *Respektlöshet och Avfärdande.* De kvinnor som tidigare fött på sjukhus upplevde att de inte blivit sedda av vårdgivaren. Några kvinnor upplevde avståndstagande	Hög

		deltagarnas kroppsspråk. Samtalen i fokusgrupperna spelades in och transkriberades därefter ordagrant.	från sjukvården när de istället valde att föda genom en planerad hemförlossning. *Födelseplats.* Att föda i sitt eget hem omgiven av personer som kvinnan själv hade valt, skapade en rofylld och lugn miljö för den födande. *Samhörighet* Kvinnor som födde i hemmet kände samhörighet med sin vårdgivare, familj, det nyfödda barnet och med sin kropp under förlossningsförloppet.	

Janssen, P., Henderson, A., & Vedam, S., (2009). The Experience of Planned Home Birth: Views of the First 500 Women. *Birth, 36*(4).	Syftet var att beskriva upplevelserna hos 559 kvinnor under en 2 årsperiod som hade en planerad hemförlossning i British Columbia.	Kvalitativ metod med tolkande och deskriptiv analys. Alla kvinnor i British Columbia som hade planerad hemförlossning med stöd av barnmorska inkluderades i urvalet, totalt 862. Kvinnorna i studien tillfrågades att besvara en öppen fråga, som en del i ett frågeformulär, kring positiva respektive negativa	Resultatet identifierade 12 teman, bland annat: *Barnmorskans kunskap, yrkesskicklighet, kompetens och professionalism, Empowerment* och *Känslomässigt stöd.* Sammanfattningsvis visade resultatet att kvinnor som födde i hemmet kände ett stort förtroende för sin barnmorskas yrkesskicklighet och kunskap. Att	Medel

Kanada.		aspekter rörande deras förlossning. Frågeformulären, som var del i en större studie under 2 år (1998 - 2000), delades ut av barnmorskor som arbetade med- och hade kvinnor med planerad hemförlossning. 670 kvinnor fick ett frågeformulär av sin barnmorska. Formulären fylldes i anonymt av kvinnorna före 6 veckor postpartum. Totalt 559 kvinnor svarade på frågeformuläret (bortfall 18%).	få vara i den egna hemmiljön angavs som en bidragande känsla till lugn och avslappning. Kvinnorna upplevde att möjligheten till delaktighet i utformandet av vården, förberedelse och relationsskapande till barnmorskan gav dem en möjlighet att utforma sin förlossning på ett sätt som inte hade varit möjligt på ett sjukhus. Relationen till barnmorskan gav kvinnorna en upplevelse av känslomässigt stöd och empowerment.	

Johnson, T., Callister, L., Freeborn, D., Beckstrand, R., & Huender, K., (2007). Dutch Women's Perceptions of Childbirth in the Netherlands. *The American Journal of Maternal/Child Nursing, 32*(3). Nederländerna.	Syftet med studien var att beskriva innebörden av förlossning hos nederländska kvinnor som föder i hemmet.	Kvalitativ metod med tematisk analys. 50 kvinnor som födde barn mellan 2004 - 2005 erbjöds att delta i studien. De 13 första som svarade inkluderades, samt ytterligare 1 kvinna. Totalt deltog 14 kvinnor i åldrarna 25 - 38 år. 9 var omföderskor och 5 förstföderskor. Kvinnorna intervjuades, efter eget önskemål på nederländska eller engelska, utifrån en intervjuguide under 1 h. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant.	5 teman identifierades. *Fördelar med hemförlossning, Upplevelse av smärta, Barnmorskans roll, Förlossningens innebörd* och *Innebörden av moderskapet.* Kvinnorna i studien var väldigt nöjda med att föda i en lugn och hemtrevlig miljö. De upplevde känslor såsom glädje, välbefinnande och empowerment. Under förlossningen upplevde de en stödjande atmosfär där de kände kontroll över sin kropp och sin födelseprocess.	Medel

Jouhki, M-R., (2012). Choosing homebirthThe women's perspecitive. *Women and Birth, 25*. Finland.	Syftet var att beskriva processen kring beslutet, vad som påverkade beslutet och den faktiska förlossningsupplevelsen hos kvinnor som valde att föda hemma i Finland.	Kvalitativ metod med innehållsanalys. Urvalet gjordes genom så kallat snöbollsurval och data samlades in genom djupintervjuer 2008. Kvinnor i åldrarna 29 - 39 år som fött barn mellan 1992 – 2007 deltog. Totalt 34 födslar, varav 23 var hemförlossningar. Kvinnorna intervjuades enskilt. Intervjuerna spelades in och transkriberades därefter ordagrant.	Resultatet visade att flera faktorer bidrog till beslutet att välja en planerad hemförlossning. Bland annat tidigare förlossningsupplevelse, se födandet som en naturlig process, ökad autonomi, hemmiljön, önskan att kunna få välja barnmorska, misstro mot sjukvården och möjlighet för syskon att kunna vara närvarande under förlossningen. Överlag var hemförlossning en mycket positiv upplevelse för kvinnorna i studien.	

Jouhki, M-R., Suominen, T., & Åstedt-Kurki, P., (2017). Giving birth on our own terms-Women's experience of childbirth at home. *Midwifery 53*. Finland.	Syftet var att beskriva kvinnors upplevelse av att föda hemma och att skapa en omfattande kartläggning av vad det innebär att föda hemma.	Kvalitativ metod fenomenologisk analys. Urval genom skedde genom snöbollsurval. 14 finska kvinnor mellan 29 och 40 år som tillsammans genomgått 28 hemförlossningar deltog. Enskilda intervjuer med öppna frågor. Intervjuerna varade mellan 55 till 81 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant.	Ett övergripande tema identifierades. *Föda barn på våra egna villkor: möta utmaningar och uppleva glädje över lyckade födslar.* Sammanfattningsvis upplevde kvinnorna en känsla av kontroll över den egna kroppen, över vården som gavs, över miljön och arrangemanget för vald födelseplats. Utmaningar som negativa attityder från omgivningen och en oro över hur det skulle gå beskrevs inför förlossningen. Upplevelsen under själva förlossningen beskrev kvinnorna som att vara i kontakt med kroppen och känna en tilltro till kroppen och dess funktion. De upplevde stor lycka över förlossningen och en känsla av att vara i kontakt med naturen och att vara en del av livets cirkel.	Hög

Lindgren, H., & Erlandsson, K., (2010). Women's Experiences of Empowerment in a Planned Home Birth: A Swedish Population-based Study. *Birth, 37*(4). Sverige.	Syftet var att beskriva faktorer som upplevs som "empowering" under en planerad hemförlossning.	Enkätstudie där kvalitativ data analyserats med innehållsanalys. Urvalet baserades på kvinnor i Sverige som mellan januari 1992 till juli 2005 haft en planerad hemförlossning. Enkäter skickades ut till totalt 735 kvinnor som tackat ja till att delta i studien. Kvinnorna uppmanades att med egna ord beskriva sin förlossningsberättelse. 722 kvinnor svarade (bortfall 1 %).	Ett övergripande tema identifierades. *Finna vila i accepterandet av processen.* 4 kategorier framträdde som var viktiga för den födande kvinnans känsla av styrka och kontroll under förlossningsprocessen. *Förnimmelser,* som kunde vara emotionella eller vara beroende av omgivningen. *Vägledning,* verbal eller ickeverbal. *Tyst stöd,* vilket beskrevs som kroppsliga förnimmelser eller mentalt stöd. Den sista kategorin var att *Övervinna "disempowering" förhållanden.*Känslor eller händelser som minskade känslan av egenmakt beskrevs.	Hög

Ng, M., & Sinclair, M., (2002). Women's experience of planned home birth: a phenomencological study. *Midwives Journal, 5*(2). Storbritannien.	Syftet var att försöka förstå kvinnors levda upplevelser av planerad hemförlossning.	Kvalitativ intervjustudie med fenomenologisk analys. 9 kvinnor valdes ut genom ett strategiskt urval. Datainsamlingen skedde via enskilda, djupgående och ostrukturerade intervjuer i kvinnornas hem. Samtalen spelades in och transkriberades.	Forskarna använde sig av metaforen "Att bestiga ett berg" som en symbol för upplevelsen av en hemförlossning. 8 huvudteman identifierades. *Det logiska och det ursprungliga naturliga beslutet till att bestiga berget.* *Berätta för andra om beslutet.* *Ett positivt perspektiv på utfallet av att bestiga berget.* *Själva uppstigningen- krav för den faktiska stigningen.* *Att närma sig toppen (födseln).* *Att nå toppen.* *Firandet i slutet av stigningen* och *Seger över berget.*	Medel
Sjöblom, I., Nordström, B., & Edberg, A-K., (2006).	Syftet var att belysa svenska kvinnors upplevelser av att föda barn i hemmet.	Kvalitativ metod med fenomenologisk hermeneutisk analys.	3 huvudteman framkom. *Att ha tilltro till sin egen kompetens.*	Hög

A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery, 22*. Sverige.		Urvalskriterier var att kvinnorna skulle ha genomgått en hemförlossning de senaste 10 åren, vara svensktalande och inte ha någon tidigare relation till intervjuaren. 14 kvinnor tillfrågades att delta i studien. 12 kvinnor deltog i enskilda öppna intervjuer som varade mellan 35 och 90 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades.	*Att välja stöd utifrån ens egna villkor.* *Att vara hemma.* För kvinnorna i studien innebar en hemförlossning bibehållande av auktoritet och autonomi, varigenom kvinnorna själva kunde styra situationen. Upplevelsen av att föda hemma innefattande både en jordisk och en spirituell dimension.	