



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

HEMFÖRLOSSNING – VARFÖR VÄLJER KVINNOR I HÖGINKOMSTLÄNDER ATT FÖDA HEMMA?

Josefine Lagergren

Sofie Makolli

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i reproduktiv hälsa RPH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2020
Handledare:	Elisabeth Jangsten
Examinator:	Ingela Lundgren

Titel svensk:	Hemförlossning – varför väljer kvinnor i höginkomstländer att föda hemma?
Titel engelsk:	Home Birth – why do women in high-income countries choose to give birth at home?
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i reproduktiv hälsa RPH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2020
Handledare:	Elisabeth Jangsten
Examinator:	Ingela Lundgren
Nyckelord:	Hemförlossning, Barnmorska, Föda hemma, Kvinnors val, Beslutsfattande

Sammanfattning

Bakgrund: Att fritt välja vilken plats man önskar föda barn på är en grundläggande kvinnlig rättighet. Även om tidigare forskning kunnat påvisa utfall och fördelar med att föda på barnmorskeledda avdelningar och i hemmet för kvinnor med lågriskgraviditeter jämfört med konventionella förlossningsavdelningar på sjukhus, finns lite information angående de faktorer som ligger till grund för kvinnornas val av hemförlossning.

Syfte: Att undersöka och få en ökad förståelse för varför kvinnor i höginkomstländer väljer att föda hemma.

Metod: En systematisk litteraturstudie med innehållsanalys gjordes, inspirerad av Forsberg & Wengström (2016) med inriktning på kvalitativa studier. Elva artiklar valdes ut för analys och resultaten kodades, kategoriserades och tematiserades.

Resultat: Resultatet presenteras i fem övergripande teman: *Att se förlossningen som en naturlig process, Att undvika sjukhuset, Att skapa sin egen förlossningsmiljö, Att ha kontroll och Att känna sin barnmorska.* Dessa teman byggs upp av tillhörande underkategorier.

Slutsats: I denna litteraturstudie framkommer att kvinnor i höginkomstländer som väljer hemförlossning ser förlossningen som något naturligt och något som har en fysiologisk gång vilken inte ska störas. De värdesätter känslan av att få vara i kontroll och kunna styra över förlossningsmiljön samtidigt som de undviker onödiga interventioner.

Nyckelord: Hemförlossning, Barnmorska, Föda hemma, Kvinnors val, Beslutsfattande

Abstract

Background: To be allowed to freely choose where you want to give birth is a fundamental right of every woman. Although previous research has been able to demonstrate that for low-risk women the outcomes and benefits of giving birth in midwifery-led units and at home for compared to conventional delivery wards in hospitals, there is little information regarding the factors that underlie women's choice of home birth.

Aim: To study and gain a greater understanding of why women in high-income countries choose to give birth at home.

Method: A systematic review with content analysis, inspired by Forsberg & Wengström (2016), with focus on qualitative studies. Eleven articles were selected for analysis and the results were coded, categorized and thematized.

Result: The result is presented in five general themes: *To see birth as a natural process*, *To avoid the hospital*, *To create your own birthing environment*, *To have control* and *To know your midwife*. These themes are constructed by associated subcategories.

Conclusion: This systematic review shows that women in high-income countries who choose home birth see the birth as something natural and something that has a physiological course that should not be interrupted. They value the feeling of being in control and being able to control the birthing environment while avoiding unnecessary interventions.

Key words: Home birth, Midwife, Birthplace choice, Women's choice, Decision-making

Förord

Vi vill tacka vår handledare Elisabeth Jangsten för gott stöd och vägledning, som trots rådande omvärldsläge med covid-19-pandemin på ett betryggande sätt handlett oss under denna tid. Vi vill även tacka våra fina klasskamrater och varandra, samt våra familjer som stått ut med oss och våra nu lite gråare hår.

Innehållsförteckning

Inledning.....	7
Bakgrund	7
Förlossningsvården i Sverige - ett sekel av förändringar	7
Definition av lågriskgraviditet och normalförlossning	9
Hemmet	9
Definition av hemförlossning	9
Hemförlossningar i Sverige.....	10
Hemförlossningar ur ett globalt perspektiv	10
Risker och säkerhet vid hemförlossning i höginkomstländer	12
MiMo-modellen	12
Problemformulering	13
Syfte	14
Metod	14
Design.....	14
Urval.....	14
Inklusionskriterier	15
Exklusionskriterier	15
Datainsamling.....	15
Sökord	15
PEO-modellen	16
Sökblock.....	16
Kvalitetsgranskning.....	17
Prismas flödesdiagram	18
Dataanalys	19
Forskningsetisk problematisering	20
Förförståelse	20
Resultat.....	21
1. Att se förlossningen som en naturlig process.....	22

1.1 En ostörd förlossningsrytm	22
1.2 Tilltro till sin egen kropp.....	23
1.3 Undvika interventioner.....	23
2. Att undvika sjukhuset.....	24
2.1 Sjukhuset som institution	24
2.2 Att undvika objektifiering av den födande.....	25
3. Att skapa sin egen förlossningsmiljö	25
3.1 Personlig miljö och egna val	25
3.2 Familjen närvarande	26
4. Att ha kontroll	26
4.1 Känslan av att styra	27
4.2 En helande upplevelse.....	27
5. Att känna sin barnmorska.....	27
5.1 En etablerad relation.....	27
5.2 Barnmorskan som influens.....	28
5.3 Kvinnornas förväntningar på hembarnmorskan.....	28
Diskussion	29
Metoddiskussion.....	29
Resultatdiskussion	31
Konklusion och implikation	33
Referenslista	34
Bilagor	40
Bilaga 1 – Godkännandekriterier för att föda hemma.....	40
Bilaga 2 – Godkännandekriterier för hembarnmorskor	40
Bilaga 3 – Söktabeller	41
Bilaga 4 – Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser.....	47
Bilaga 5 – Kvalitetsgranskning	48
Bilaga 6 - Dataanalys	51

Inledning

Under det senaste seklet har det i höginkomstländer skett en utveckling inom barnafödande. Från normen att hemmet var en självklar plats för förlossning till att det idag är på sjukhus som majoriteten av kvinnor föder barn. Det finns dock ett antal kvinnor som aktivt väljer att föda hemma med hjälp av en barnmorska. Då både mödra- och barnadödligheten i Sverige idag är bland de lägsta i världen anser vi det vara intressant att undersöka varför kvinnor väljer att avstå den traditionella förlossningsvården för att föda hemma. Efter personlig kommunikation med praktiserande hemförlossningsbarnmorskor har det framkommit att covid-19-pandemin (SARS-coronavirus-2) bidragit till en nationell ökning i efterfrågan av hemförlossningar i Sverige. Detta är en efterfrågan som visat sig svår att tillgodose då hemförlossningar sedan 1960-talet inte erhållit finansiellt stöd från de flesta landsting och därmed bedrivs som privata företag i små regier eller egenanställda barnmorskor. Att intresset för hemförlossningar, enligt hembarnmorskor i Sverige, ökat på kort tid kan även leda till ett krav på djupare insikt från barnmorskor att förstå varför kvinnor vill föda hemma.

Bakgrund

Förlossningsvården i Sverige - ett sekel av förändringar

I slutet på 1800-talet tog majoriteten av förlossningar i Sverige plats i hemmet. Under de följande decennierna kom detta att förändras till att på 40-talet utgöra endast 35% av alla förlossningar (Höjeberg, 2009). Under 50-talet skedde en medikalisering av barnafödandet, där interventioner i förlossningsarbetet blev vanligare och kvinnans autonomi prioriterades ned. De flesta förlossningar skedde på sjukhus. Mödradödligheten minskade, liksom den perinatale och neonatala mortaliteten. Förlossningsvården fick en betydande roll i kvinnans förlossning och det blev vanligare med kejsarsnitt, värkstimulerande dropp och förlossningar som avslutades i sterilt uppdukade miljöer (Abascal, 2006). Kvinnorna låg på rygg och födde utan att ha anhöriga närvarande. Det förekom ofta att förlossningen påskyndades genom exempelvis värkstimulerande dropp, läkemedel, amniotomi eller att barnmorskan för hand dilaterade livmodermunnen.

År 1973 lagstiftades att alla kvinnor skulle ha rätt att erhålla smärtlindring under förlossningen. Tidigare hade läkemedel som morfin och lustgas varit de enda alternativen, men nu användes även valium och petidin. Doseringen kunde leda till att kvinnan drabbades av minnesrubbingar från sin förlossning. Under samma decennium blev tekniken inom förlossningsvården allt mer avancerad när ultraljud introducerades, samt CTG-apparater (kardiotocografi) som mätte fostrets hjärtljud och kvinnans sammandragningar. För adekvat

mätning av detta krävdes att kvinnan låg stilla på rygg i sängen. Rådande förstahandsval av läkemedel till bäckenbotten- och ryggbedövningar samt den starka doseringen gjorde kvinnan sängbunden då funktionen i benen blev kraftigt nedsatt. Partnern bjöds in att närvara vid förlossningen men barnmorskan eller förlossningsläkaren hade bestämmanderätt och partnern bistod endast som passiv åskådare. Lagen om Hälso- och sjukvård från 1982 (SFS 1982:763) hade som krav på sjukvården att uppfylla en god vård som byggde på respekt för patientens självbestämmande och integritet, vilket gav den födande kvinnan rätt att få information om de olika interventionernas för- och nackdelar, gällande exempelvis smärtlindring. Detta innebar även att kvinnan nu gavs rätten att tacka nej till erbjuden behandling. Barnmorskan fick en juridisk skyldighet att göra kvinnan delaktig i vården, något som inte hade varit självklart tidigare. Föräldrarna började ställa mer krav och många hade det nyfödda barnet hos sig, istället för som tidigare när de nyfödda barnen vårdades separat i särskild barnsal (Abascal, 2006). Barnsalarna slutade användas på 90-talet, då förlossningsvården även började att skilja på vad som räknades som normala och komplicerade förlossningar.

Förlossningsvården hade i över hundra år haft stort inflytande över kvinnors barnafödande, oavsett om det var kvinnor med normala eller komplicerade graviditeter och förlossningar. Som en motreaktion till sjukvårdens ofta bestämmande manér som frantog autonomin från föräldrarna, växte det på 80-talet fram en alternativ förlossningsrörelse som verkade för det naturliga och normala med graviditet och förlossning (Lundgren, 2010). Föreningen ”Föda hemma” bildades och sjukhusen försökte allt mer att efterlikna en hemlik miljö, samtidigt som intresset för hemförlossningar ökade i Sverige (Abascal, 2006).

Under ett antal år på 90-talet fram till 2004 fanns tre ABC-kliniker (Alternative Birth Center) i Sverige. ABC-klinikerna gav kvinnor med lågriskgraviditeter en möjlighet att föda i en hemlik miljö, med så lite interventioner i förlossningsprocessen som möjligt för att främja ett naturligt födande. ABC-klinikerna arbetade med kontinuitet genom hela graviditeten till tiden efter förlossningen, med samma personer som träffade kvinnorna i alla led. Kvinnorna besparades även att tvingas dela barnmorska med andra födande under förlossningen. Klinikerna var inrättade i nära anslutning till sjukhus eller på sjukhus, vilket gav möjlighet till snabb förflyttning till sjukhusets konventionella förlossningsavdelning om så behövdes. Dessa kliniker fanns i flera länder och utfallet av att föda på en sådan klinik visade på en ökad tillfredsställelse med vården som erhöles (Waldenström, Nilsson & Winbladh, 1997). Studier visade även på att det inte fanns ökad risk för komplikationer för mor och barn vid förlossning på en ABC-klinik (Brocklehurst m.fl., 2011; Hodnett., Downe, Walsh & Weston, 2012). Dessutom påvisades färre interventioner och fler normalförlossningar jämfört med sjukhusförlossningar. I en enkätstudie av Hildingsson (2003), med 3061 gravida kvinnor och ett svarsantal om 91% framkom att 8% av kvinnorna önskade att få föda i en hemlik miljö på en ABC-klinik, vilket hade motsvarat ett behov av 20 sådana enheter i Sverige. Dock finns ingen av dessa kliniker kvar idag.

Definition av lågriskgraviditet och normalförlossning

Enligt World Health Organization (WHO) kan majoriteten av alla graviditeter världen över definieras som lågriskgraviditeter (WHO, 2018). Till friska, normala graviditeter räknas gravida kvinnor och tonåringar som inte har några diagnostiserade riskfaktorer gällande dem själva eller det väntade barnet och som ter sig välmående. Till en normalförlossning räknas de förlossningar som startar från graviditetsvecka 37+0 fram till graviditetsvecka 41+6 (WHO, 1996; International Midwives Organization, ICM, 2014). Förlossningsstarten skall vara spontan och inledas med kontraktioner eller vattenavgång och därefter förlöpa utan komplikationer eller instrumentella, kirurgiska, farmakologiska eller medicinska interventioner för varken den födande eller barnet (ICM, 2014). Graviditeten skall vara av simplexbörd och barnet skall vid förlossningsstart ligga med huvudet i huvudbjudning. Vid behov skall den födande kunna förflyttas till en högre vårdnivå. (WHO, 1996; ICM, 2014).

Hemmet

För att till fullo förstå hemförlossning krävs att fenomenet "ett hem" förstås. Ett hem är en boning, oavsett var. Att känna sig hemmahörande någonstans motverkar känslan av främlingskap. Ett hem är en plats att söka skydd, slå ner rötter och möta livet på (Clancy & Gurgens Gjaerum, 2019). Att välja hemmet som födelseplats kan ses synonymt med Norberg-Schultz (1985) mening av hemmet som ett ankare i livet på en specifik plats och någonstans att samla styrka. Hemmet kan upplevas som ett tryggt och skyddat utrymme. Att ta emot och att tas emot är den kontextuella interaktionen mellan barnet, mamman, barnmorskan och partnern (Clancy & Gurgens Gjaerum, 2019).

Definition av hemförlossning

Vad som definierar en hemförlossning varierar. I Sverige registreras förlossningar som inte skett på sjukhus, men specificerar inte födelseplats (Lindgren, Kjaergaard, Olafsdóttir & Blix, 2013). Planerade hemförlossningar registreras således inte som just detta. Enligt en rapport från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSN, 2019) definieras en planerad hemförlossning som en förlossning som under graviditeten planeras att ske utanför sjukhus och i hemmiljö. Oftast planeras förlossningen till kvinnans egna hem men kan förläggas på annan plats om det krävs för närhet till sjukvårdsinrättning, i de fall det skulle krävas en överflyttning. Den planerade förlossningen skall starta i hemmet men kan avslutas hemma eller på sjukhus. I Norge och Danmark räknas en planerad hemförlossning som en förlossning som startat spontant och avslutats i hemmet (Lindgren m.fl., 2013). På Island definieras hemförlossning som en förlossning där barn och placenta blivit framfött i hemmet och registreras därefter som en hemförlossning.

I denna litteraturstudie definieras hemförlossning som en förlossning som under graviditeten planeras att ske utanför sjukhus, i hemmet.

Hemförlossningar i Sverige

I Sverige utgör planerade hemförlossningar knappt 0,1% av alla förlossningar (Lindgren, 2008). Mellan åren 1990–2005 fanns författningen ”Allmänna råd gällande hemförlossning” utfärdad av Socialstyrelsen (SOSFS, 1990:22). Denna författning togs dock bort, då evidensen gällande för- och nackdelar med hemförlossningar ansågs otillräcklig. Svenska Barnmorskeförbundets (2020) ställningstagande till hemförlossningar är att kvinnor som önskar föda barn i hemmet med stöd av barnmorska skall erbjudas detta inom finansierad offentlig verksamhet. Ställningstagandet baseras på rätten till säker vård, principen om vård på rätt nivå samt valfrihet och individualiserad vård. För de kvinnor som väljer att föda hemma i Sverige idag finns det ingen skyldighet från den svenska sjukvården att erbjuda vård. Tidigare fanns det två platser i Sverige som erbjöd kvinnor hemförlossning, Stockholms och Västerbottens län (HSN, 2019). Mellan år 2002–2019 bidrog Region Stockholm till att kvinnor som uppfyllde kraven för hemförlossning skulle kunna föda hemma med professionellt stöd av legitimerade barnmorskor. Kraven var att kvinnan skulle vara en frisk omfödelska med tidigare normal förlossning, barnet skulle ligga i huvudändläge och graviditeten skulle vara fullgången (vecka 37+0 – 41+6). Det krävdes även ett medicinskt godkännande av förlossningsläkare när kvinnan nått vecka 35 samt att kvinnan undertecknade ett intyg som bekräftade given information inför valet att föda hemma. Barnläkarkontroll skulle kunna genomföras senast 25–72 timmar efter förlossningen och transport till närmaste förlossningsklinik ska kunna ske inom 40 minuter (se bilaga 1: Godkännandekriterier för att föda hemma och bilaga 2: Godkännandekriterier för hembarnmorskor). Bidraget till hemförlossningar i Stockholms län togs dock bort 2019 trots det ökade intresset. I Västerbottens län gick det fortfarande att ansöka om finansiering för hemförlossning fram till 2020, då det tillfälligt återkallades på grund av covid-19-pandemin. Det finns således inget ekonomiskt bistånd att få för kvinnor som önskar en planerad hemförlossning i Sverige idag.

Hemförlossningar ur ett globalt perspektiv

Enligt WHO har kvinnor rätt att själva välja födelseplats och att erhålla respektfull mödravård oavsett om kvinnan väljer att föda i hemmet eller på sjukhus (WHO, 2018). I kontrast till kvinnor som i höginkomstländer väljer att föda hemma är hemförlossningar något som i andra delar av världen är förknippat med hög risk och därför försöker förhindras. Av alla de maternella dödsfall som inträffar globalt, står låginkomstländer för 98% av incidensen på grund av bristande resurser, inadekvat vård och otillräckliga preventioner gällande livshotande obstetriska komplikationer. Subsahariska länder i Afrika har den högsta kvoten av mödrar som föder hemma (uppskattat till 49%) där en på var sextonde dör under- eller i samband med förlossning (Maimbolwa, Yamba, Diwan & Ransjö-Arvidson, 2003; Kitui, Lewis & Davey, 2013). Kvinnorna presenteras oftast inte en valmöjlighet gällande födelseplats. Yttre faktorer som avstånd till hälsoklinik, bristande infrastruktur och oförmåga att betala för transport gör att kvinnorna fortsätter att föda hemma. Avsaknad av insyn och utbildning angående riskerna med hemförlossning samt lokala kulturella värderingar spelar

också en stor roll (Caulfield m.fl., 2016). Enligt Abed Saeedi, Ghazi Tabatabaie, Moudi, Vedadhir & Navidian (2013) är valet att föda hemma i ett låginkomstland grundat i misstro gentemot sjukhus, läkare, barnmorskor och rädsla för att genomlida onödiga ingrepp. I Brasilien sker 98% av förlossningar på sjukhus och 55,6% är kejsarsnitt. Här väljer de kvinnor som föder hemma bort sjukhus på grund av rädsla för interventioner som är menade att skynda på förlossningsprocessen. Kvinnorna uttrycker även en oro att förlora sin autonomi (de Paula Nascimento, Vieira de Mattos, Liégio Matão, Alves Martins & Ávila Moraes, 2016).

Hemförlossningar skiljer sig åt även mellan höginkomstländer, både i integrationsgrad gentemot förlossningsvården, hur hög förekomst det är av hemförlossningar i de olika länderna samt hur finansieringen av förlossningarna ser ut. I Nederländerna har andelen hemförlossningar sjunkit från 29,4% till 13,1% mellan åren 2005–2016 (Royal Dutch association of Midwives, KNOV, 2017). De sjunkande siffrorna kan ha att göra med diskussionen kring skiftande säkerhet för olika samhällsklasser vid hemförlossning efter publicering av en registerstudie av Daysal, Trandafir och van Ewijk (2015), där en ökad spädbarnsdödlighet vid hemförlossningar för den fattigare delen av populationen påvisades. Denna studie har dock blivit kritiserad för att innefatta prematurförlossningar, vilket påverkade utfallet och således slutsatsen av studien. En nationell studie från Nederländerna baserad på 146 752 kvinnor med lågriskgraviditeter (de Jonge, Mesman, Mannien, Zwart, van Dillen & van Roosmalen, 2013) visar däremot att i ett sjukvårdssystem där hemförlossning ingår och riskbedömningar görs, är hemförlossning ett säkert alternativ för både förstföderskor och omföderskor.

I England sker cirka 2,8% av alla förlossningar i hemmet, medan siffran i Skottland är cirka 1,5% (Beech, 2012). Friska kvinnor med lågriskgraviditeter får i England möjlighet att göra ett informerat val om de vill föda hemma eller på sjukhus, dock väljer de flesta kvinnor att föda på sjukhus (Lindgren, 2008). En engelsk kohortstudie vars syfte var att stärka evidensen för att utveckla mödravården och ge kvinnorna ett informerat val av födelseplats, som exempelvis i hemmet eller på ett birth center, visar att lågriskkvinnor som föder barn i hemmet i England har lägre risk för interventioner än kvinnor som föder på sjukhus (Hollowell m.fl., 2015). I USA finansieras förlossningar av kvinnorna själva och födelsestatistiken visar att över 30% av planerade hemförlossningar planeras av kvinnor som inte är av lågrisk (Grünebaum m.fl., 2015). Dessutom assisteras dessa kvinnor (fler än 66%) ofta av barnmorskor som ej är certifierade av *American Midwifery Certification Board*, vilket kan vara en förklaring till att förlossningsutfall såsom neonatal mortalitet och låg Apgar-poäng är högre i USA än i länder där hemförlossningar är en del av den statliga förlossningsvården.

I Norden är Danmark det land där hemförlossningar är vanligast, med 2% gravida som väljer att föda i hemmet. I Norge och på Island är motsvarande siffra 1% (Lindgren m.fl., 2013). I samtliga dessa länder tillhör hemförlossningar den statliga vården och finansieras därefter.

Risker och säkerhet vid hemförlossning i höginkomstländer

Vid en förlossning i hemmet där utbildad personal bistår en födande kvinna med lågriskgraviditet och det finns goda transportmöjligheter till ett närliggande sjukhus är den perinatale mortaliteten densamma som vid födsel på sjukhus, visar en metaanalys av artiklar med omkring 500 000 planerade hemförlossningar (Hutton, Reitsma, Simioni, Brunton & Kaufman, 2019). En systematisk metaanalys av 28 studier genomförda på kvinnor med lågriskgraviditeter i höginkomstländer visar att en planerad hemförlossning eller förlossning på ABC-klinik, jämfört med sjukhusförlossning, inte leder till ökade risker för mor och barn (Scarf m.fl., 2018). Däremot påvisas positiva utfall såsom färre allvarliga bristningar i bäckenbotten, lägre andel kejsarsnitt, lägre andel instrumentella vaginala förlossningar som sugklocka eller tång och lägre förekomst av stor blödning. Liknande resultat gällande färre kejsarsnitt, medicinska interventioner, stor postpartumblödning och komplicerade förlossningar såsom skulderdystocier presenterar Rossi och Prefumo (2018) i sin systematiska litteraturöversikt som inkluderar åtta prospektiva, retrospektiva, kohort- samt fallkontrollstudier av lågriskgraviditeter. Resultatet från studien visar även att spontana förlossningar var vanligare och att det inte fanns några skillnader i neonatal morbiditet och mortalitet. Studien inkluderar 14 637 (32%) kvinnor som genomgått planerad hemförlossning och 30 177 (67,4%) kvinnor som fött på sjukhus.

En sammanställning av forskning i höginkomstländer visar att för friska kvinnor med lågriskgraviditeter är hemförlossning ett säkert alternativ för både mor och barn, med lägre risker för interventioner och högre chans till spontan förlossning med ett naturligt förlossningsutfall utan medicinsk inblandning. Forskningen visar även på fördelar med färre komplikationer i samband med förlossning (Hutton m.fl., 2019; Scarf m.fl., 2018; Rossi & Prefumo, 2018; de Jonge m.fl., 2013; Hollowell m.fl., 2015). Trots detta är hemförlossning en debatterad fråga i Sverige och internationellt, vilket kan bero på att evidensen ej grundas på randomiserade kontrollerade studier (Lundgren, 2010).

MiMo-modellen

MiMo (Midwifery Model of care) är en vårdmodell som har utvecklats utifrån en syntes av tolv kvalitativa studier gällande förlossningsupplevelser och förlossningsvård i Sverige och på Island. Vårdmodellen utgörs av fem huvudteman med tre sammanflätade nyckeldelar: att skapa en förlossningsfrämjande miljö, ömsesidigt förhållande och förankrad kunskap. Dessa tre delar omsluts av återstående två teman som även de påverkar vården: den kulturella kontexten som hindrar och främjar normer och den balansakt barnmorskan måste mästra för att kunna ge kvinnocentrerad vård (Berg, Ólafsdóttir & Lundgren, 2012).

Huvudtemat "Att skapa en förlossningsfrämjande miljö" belyser känslan hos den födande att vara hemma i meningen att kvinnan och hennes partner "äger" rummet, känner sig avslappnade och helt närvarande. Huvudtemat byggs upp av fem ledord: stillhet, tillit,

säkerhet, stärkande och stödja normalitet. Oavsett var kvinnan väljer att föda är den förlossningsfrämjande miljön lika viktig.

Med *stillhet* avses en lugn atmosfär som stödjer kvinnan i att vara närvarande, följa processen och vara delaktig i transitionen från födandet till moderskapet.

Tillit beskrivs som vikten av att barnmorskan skapar en tillitsfull miljö i vilken kvinnan kan lita på barnmorskan för att kunna samarbeta. Arbetsmiljön påverkar även barnmorskans tillit till att förlossningen skall fortlöpa normalt. Kvinnor som har fött hemma berättar om ett ökat självförtroende och tillit till barnmorskan och förlossningsprocessen.

Säkerhet: med denna term avses den medicintekniska säkerheten, vårdorganisationen och dess kompetens. Skapar barnmorskan en känsla av en trygg miljö så främjar det kvinnans självförtroende och känsla av självsäkerhet.

Det är barnmorskans roll att ge kvinnan egenmakt, vilket utgör ledordet *stärkande*. I en stärkande miljö utstrålar barnmorskan förtroende för kvinnans förmåga att föda genom att stötta och guida kvinnan på hennes villkor medan det för kvinnan innebär att hon vågar ge sig hän till sammandragningarna.

Stödjande normalitet: den normala födelseprocessen utgår från det normala som norm och kräver lugn, tillit, känsla av säkerhet och ett ömsesidigt förhållande. Det kräver att barnmorskan är närvarande hos den födande, läser av situationen och stöttar hennes förmåga att gå igenom den normala förlossningsprocessen (Berg m.fl., 2012).

Problemformulering

Kvinnor har rätt att självständigt välja var de vill föda sina barn. Forskning visar att hemförlossningar för friska kvinnor med normala graviditeter i länder med god förlossningsvård, där kvinnor föder med professionellt stöd i form av en barnmorska är ett lika säkert alternativ som sjukhusförlossningar. Hemförlossning leder även till färre medicinska interventioner och komplikationer i samband med födseln. Detta talar för att det är säkert att föda barn i höginkomstländer, oavsett val av födelseplats för lågriskkvinnor. Möjligheten att få ekonomiskt finansierad förlossningsvård i Sverige är dock begränsad till de som föder på sjukhus, trots ökad efterfrågan på hemförlossningar i landet. Att utforska skälen bakom kvinnors val av hemförlossning i höginkomstländer kan vara av betydelse för att stärka rätten för kvinnor att själva välja födelseplats och erhålla professionell förlossningsvård.

Syfte

Syftet med denna systematiska litteraturstudie är att undersöka och få en ökad förståelse för varför kvinnor i höginkomstländer väljer att föda hemma.

Metod

Design

Till aktuell studie utsågs systematisk litteraturstudie med inriktning på kvalitativa studier som lämpligt metodval för att svara på syftet. Enligt Forsberg och Wengström (2016) utgörs detta metodval av att systematiskt söka litteratur, göra artikelurval, granska, analysera och överlägga resultatet för att därpå sammanställa litteraturen inom ett ämne.

Urval

De vetenskapliga artiklar som valdes ut var relevanta för denna litteraturstudie då de svarade på frågan varför kvinnor i höginkomstländer väljer att föda barn hemma. Urvalet bestod enbart av kvalitativa artiklar, då syftet var att undersöka och få en ökad förståelse för kvinnors val av hemförlossning. Kvalitativa studier ämnar enligt Forsberg och Wengström (2016) att undersöka ett fenomen genom att beskriva eller utforska dess egenskaper. Enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, (2017) kan kvalitativa studier belysa detaljer som ökar förståelsen för ett fenomen på ett sätt kvantitativa studier inte kan. För att innehållet skulle vara tillräckligt relevant för en förlossningsvård i nutid sattes en gräns på publiceringsdatum till tio år. Endast studier av höginkomstländer valdes ut, då detta ingick i syftet. Artiklarna skulle vara peer-reviewed, abstrakt skulle finnas tillgängligt och artikeln skulle finnas att tillgå i fulltext. Studierna skulle vara skrivna på engelska eller svenska och det skulle framgå att det var kvinnorna själva som svarade på varför de valde att föda i hemmet. I det andra urvalet valdes endast artiklar med hög eller medelhög kvalitet ut till det slutgiltiga resultatet.

Artiklar som exkluderades efter sökning var de av kvantitativ metod, studier med publiceringsår längre tillbaka än 10 år, artiklar med studier från låg- och medelinkomstländer, artiklar skrivna på andra språk än engelska och svenska, artiklar i vetenskapliga tidskrifter där Göteborgs universitetsbibliotek saknade avtal, artiklar av låg vetenskaplig kvalitet samt studier där vårdpersonal svarar på frågan varför kvinnor väljer att föda i hemmet.

Inklusionskriterier

- kvalitativa studier
- 2010–2020
- studier gjorda i höginkomstländer
- peer-reviewed-artiklar
- abstrakt tillgängligt
- fulltext tillgängligt
- studier skrivna på engelska eller svenska
- studier med hög eller medelhög kvalitet
- studier där kvinnan själv svarar på varför hon väljer att föda i hemmet

Exklusionskriterier

- kvantitativa studier
- studier äldre än tio år
- pågående studier
- studier av låginkomstländer
- studier av låg kvalitet
- studier skrivna på andra språk än engelska och svenska
- abstrakt finns ej tillgängligt
- artiklar som ej var tillgängliga i fulltext, eller från vetenskapliga tidskrifter som Göteborgs universitetsbibliotek ej har avtal med och således måste betalas för.
- studier där andra professioner svarar på varför kvinnor väljer att föda i hemmet.

Datainsamling

Databassökningen utfördes i mars och april 2020. Databaserna Cinahl, PsycINFO och Pubmed valdes då dessa presenterar forskning inom reproduktiv och perinatal hälsa samt det medicinska området, vilket svarar till arbetets syfte.

Sökord

För att genomföra en systematisk sökning valdes ett antal sökord ut. Sökningen inleddes med en fritextsökning för att hitta möjliga artiklar som ännu inte blivit indexerade (SBU, 2017). För att inte behöva fästa avseende vid synonymer och stavningsvarianter valdes istället ämnesord ut för den fortsatta sökningen. Då ämnesord kan variera mellan databaser gjordes två typer av sökningar: i svenska MeSH (Medical Subject Headings) och i Cinahl Headings (tabell 1: Ämnesord för sökning), som är två system av ämnesordlistor. Cinahl Headings används i databasen Cinahl och utgår från MeSH-termer, men antalet vårdrelaterade termer är avsevärt bredare (Karolinska institutet, 2019).

Tabell 1: Ämnesord

	Sökning	Översättning	Snävare ordval
Svenska MeSH	Hemförlossning förlossning	home childbirth delivery	labor
Cinahl Headings	hemförlossning	home childbirth	

Övriga sökord som valdes var: *home child birth, home birth, home child delivery, home delivery, home labor, home labour, factors* och *choice*.

En bred sökning i Cinahl av termerna “home birth” AND “choice” gjordes för att utvinna om fler sökord kunde vara relevanta genom att granska de termer som var listade under artiklarna som framkom i sökningen. Återkommande termer var: *decision making, prepared childbirth, patient autonomy* och *birth place*. Dessa ord lades till listan av sökord inför en mer riktad sökning utefter syftet med studien.

Slutligen gjordes en tredje bred sökning i Cinahl utav orden “home childbirth” OR “home child birth” AND “choice” men inga nya sökord framkom från föregående sökning.

PEO-modellen

För att utvinna kärnbegrepp i en problemformulering används ofta ett ramverk för att finna svar på vem, vad, hur och när (Rienecker & Jørgensen, 2017). Inom vård- och hälsovetenskap används ofta PEO-modellen (population, exposition, outcome, översatt till population, exponering och utfall) för att utforma sökblock och därmed strukturera upp sökningen i databaserna.

Population: Gravida och förlösta kvinnor i höginkomstländer

Exponering: Hemförlossning

Utfall: Faktorer som påverkar valet av hemförlossning

Sökblock

Utifrån PEO-modellen utarbetades två sökblock utifrån E: hemförlossning (se Sökblock 1) och U: faktorer som påverkar valet av förlossningsplats (se Sökblock 2). P (population) användes till inklusionskriterierna.

Sökblock 1: Hemförlossning

home childbirth, home birth, homebirth, home child delivery, home delivery, home labor, home labour, planned homebirth, prepared childbirth, birth place

Sökblock 2: Faktorer som påverkar valet av förlossningsplats

choice, decision making, patient autonomy, factors

Sökblocken användes i samtliga tre utvalda databaser. Den inledande sökningen gjordes med den booleska operatoren OR. I efterföljande sökning kombinerades de två sökblocken och avgränsades med den booleska operatoren AND.

I databasen Cinahl gjordes två olika sökningar med de kombinerade sökblocken 1: Hemförlossning och 2: Faktorer som påverkar valet av förlossningsplats (se bilaga 3: Söktabeller, tabell 1: Cinahl). I den första sökningen framkom 143 träffar, som genererade i 12 relevanta abstrakt varav nio artiklar gick vidare till granskning. Då en av sökningarna i Cinahl genererade ett högt antal träffar (717) bestämdes att även gå igenom dessa för att eventuellt utvinna nya artiklar. Resultatet gav tre abstrakt som lästes och en artikel togs ut för granskning men valdes inte ut till resultatet.

Sökning i databasen PsycINFO (se bilaga 3: Söktabeller, tabell 2: PsycINFO) ledde till sex relevanta abstrakt, varav fyra av dem var nya. Samtliga av dessa fyra artiklar valdes ut till resultatet. I PubMed (se bilaga 3: Söktabeller, tabell 3: PubMed) framkom inga nya artiklar.

Resultaten fördes in i söktabeller (se bilaga 3: Söktabeller, tabell 1: Cinahl, tabell 2: PsycINFO och tabell 3: PubMed) och de slutliga träffarna efter sökningar i vardera tre databaser analyserades. Sökningar och genomgång av abstrakt och artiklar utfördes enskilt. Efter att inklusions- och exklusionskriterier tillämpats valdes tillsammans 17 artiklar ut för granskning i fulltext.

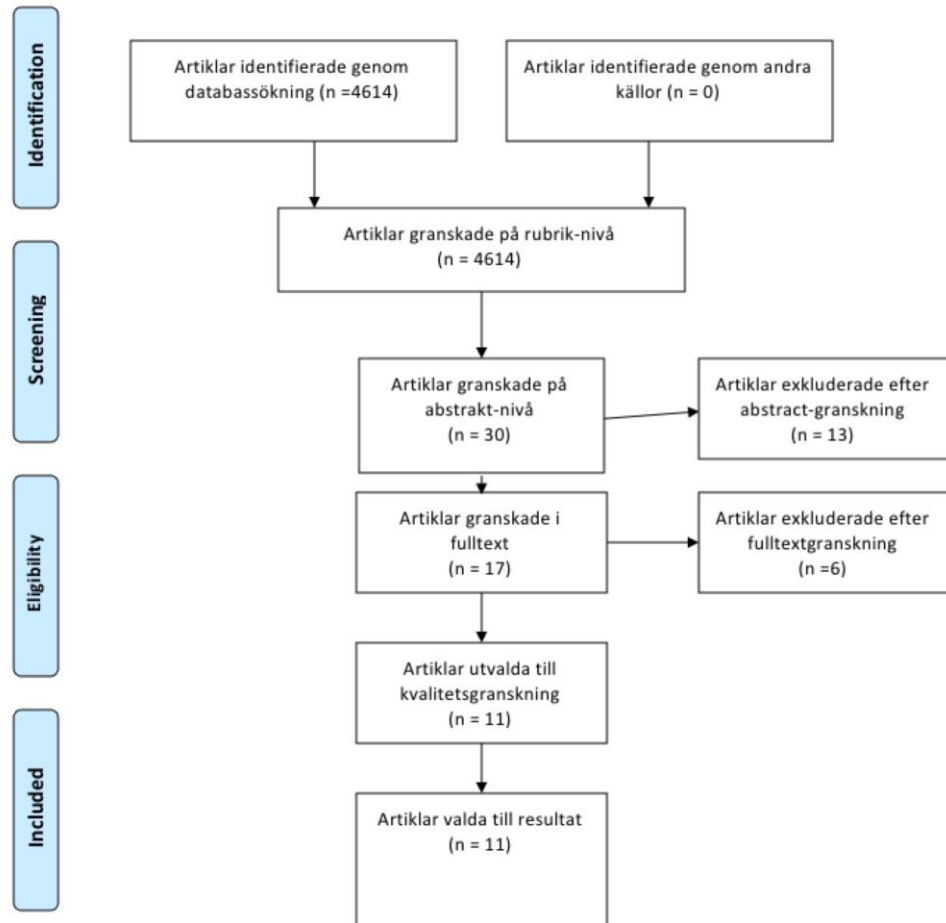
Kvalitetsgranskning

Relevansbedömning av artiklar utgick från uppsatsens syfte och inklusionskriterier. Relevansen bedömdes enskilt för att sedan diskuteras gemensamt. Sjutton artiklar lästes i sin helhet. Sex artiklar exkluderades på grund av att de saknade relevans då de studerade kvinnor i låginkomstländer (två artiklar) eller inte svarade på syftet (fyra artiklar). Totalt återstod elva artiklar (se Prismas flödesdiagram). SBU:s granskningsmall "Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser" (SBU, 2012) användes för att värdera artiklarnas kvalitet (se bilaga 4). Granskningsmallen ger omdömet låg, medel och hög kvalitet. Endast artiklar av medelhög och hög kvalitet inkluderades. Av de elva artiklar som användes till resultatet bedömdes fyra vara av medelhög kvalitet och sju av hög kvalitet (se bilaga 5: Kvalitetsgranskning).

Primas flödesdiagram



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Dataanalys

En analys av data sker genom att systematiskt dela upp exempelvis teman, texter eller studier i olika komponenter (Rienecker & Jørgensen Stray, 2017). Syftet med en litterär dataanalys är att finna kärnan i texterna som analyseras och att strukturera dessa i underrubriker eller teman, för att därefter finna en tolkning. En analysmetod som används inom både kvantitativ och kvalitativ forskning är innehållsanalys. En innehållsanalys på kvalitativ nivå innebär ofta att inte bara se till det som står skrivet i texten, utan att göra en tolkning av textens innebörd. Målet med innehållsanalysen är att få en beskrivning och kvantifiering av specifika fenomen (Forsberg & Wengström, 2016). Enligt Graneheim och Lundman (2004) sker alltid någon sorts tolkning när en person analyserar text, därför är det avgörande att denne inte på förhand bestämmer de teman och underrubriker som analysen kommer att innehålla.

Dataanalysen av detta arbetes insamlade material följde innehållsanalysens process inspirerad av Forsberg och Wengström (2016). Analysen följde fem steg, där ett första steg var att hela texten i utvald artikel genomlästes ett flertal gånger för att få ett grepp om innehåll och helhet. Därefter selekterades de meningar och innebörder som var relevanta för frågeställningen i arbetet (se bilaga 6: Dataanalys). Dessa färgmarkerades och kodades för att tydliggöra textens innehåll. I det tredje steget formades kategorier till koderna för att i det fjärde steget bearbetas till olika teman (se tabell 3: Exempel ur analysprocessen). De tre första stegen i dataanalysen utfördes enskilt för att sedan jämföra de kategorier som framkommit. Det fjärde steget som innebar att bearbeta kategorierna utefter mönster och likheter till olika teman gjordes gemensamt. Det femte och sista steget i innehållsanalysen innebar att tillsammans diskutera och tolka resultatet av artiklarna för att därefter sammanställa ett resultat.

Exempel på extrahering av teman och underkategorier

Ur artiklarnas resultat utvanns underkategorier som svarade på litteraturstudiens syfte. Tillsammans bildade underkategorierna övergripande teman.

Tabell 3: Exempel ur analysprocessen

Författare	Utsaga	Kod	Underkategori	Tema
Brailey, Jarrett, Luyben & Poat (2015)	<i>That's what I like about a homebirth; there are no distractions, nobody opens the door and disturbs you. You can just be.</i>	Vid hemförlossning fanns inga störande moment inblandade.	En ostörd förlossningsrytm	Att se förlossningen som en naturlig process.

Fortsättning tabell 3: Exempel ur analysprocessen

Författare	Utsaga	Kod	Underkategori	Tema
Lee, Ayers & Holden (2016)	<i>My body's been designed to do this, and if I work with my body...it should be able to happen.</i>	Kvinnans kropp är kapabel till att föda naturligt.	Tilltro till den egna kroppen.	Att se förlossningen som en naturlig process.
Murray-Davis, McNiven, McDonald, Malott, Elarar & Hutton (2012)	<i>To avoid intervention, I would say was my major motivator... I really trust in birth and I trust that midwives are well trained to know if something's going on and otherwise don't mess with it.</i>	En förlossning kräver ingen inblandning, om det ej är nödvändigt.	Undvika interventioner	Att se förlossningen som en naturlig process

Forskningsetisk problematisering

Enligt Forsberg och Wengström (2016) är det viktigt att i litteraturstudier inkludera studier som har blivit godkända av etiskt råd, eller har genomgått etiska överväganden. I enlighet med Nürnbergkodexen (Kjellström, 2012) ska forskning som bedrivs på människor ske genom informerat samtycke. Deltagarna i en studie ska ha möjlighet att avbryta sitt deltagande närhelst de önskar och det är samtidigt forskarnas skyldighet att avbryta en studie om någon utav deltagarna riskerar att skadas. Det ska även finnas en samhällsförankrad problemformulering till de studier som bedrivs. Etiska överväganden för denna studie yttrar sig i att de artiklar som valts ut till resultatdelen diskuterar etiska värden och är godkända av etisk kommitté, med undantag för en studie som istället följde The British Psychological Society's etiska riktlinjer för granskning online (2017). Samhällsnyttan med den här litteraturstudien har övervägts, med slutsatsen att resultatet har möjlighet att leda till en bättre förståelse för kvinnors val av hemförlossning.

Förförståelse

Begreppet förförståelse handlar enligt Forsberg och Wengström (2016) om på vilket sätt tolkningen har skett och vilken utgångspunkt den har. Det är av stor vikt inom kvalitativ forskning att presentera en perspektivmedvetenhet för läsaren gällande förförståelsen. Enligt Malterud (2009) är risken med en omedveten förförståelse att den begränsar öppenheten och förmågan hos forskaren att dra lärdom av datamaterialet. Detta arbete är skrivet av två blivande barnmorskor med förförståelse från erfarenheten av att bistå vid förlossningar vid

sjukhus. Diskussion sinsemellan och tillsammans med handledare kring förförståelse har dock skett fortlöpande för att bibehålla ett neutralt perspektiv.

Resultat

Denna litteraturstudie omfattade totalt elva kvalitativa studier som svarade på frågan varför kvinnor i höginkomstländer väljer hemförlossning. Dessa studier omfattade sammanlagt 179 först- och omföderskor som valt eller planerade en förlossning i hemmet, samt 18 diskussionstrådar från ett webbaserat diskussionsforum med kvinnor som genomgått hemförlossningar. Artiklarna kom från England (Ashley & Weaver, 2012; Coxon, Sandall & Fulop, 2014), Storbritannien (Lee m.fl., 2016; Borrelli, Walsh & Spiby, 2017; Fage-Butler, 2017; Woog, 2017), USA (Merg & Carmoney, 2012; Bernard, Zielinski, Ackerson & English, 2014), Kanada (Murray-Davis m.fl., 2012), Schweiz (Brailey m.fl., 2015) och Nederländerna (Holten, Hollander & Esteriek de, 2018). Två av artiklarna avhandlade högriskgraviditeter (Holten m.fl., 2018; Lee m.fl., 2016) en av artiklarna saknar riskbedömning av graviditet (Fage-Butler, 2017) medan övriga åtta artiklar undersökte lågriskgraviditeter. Artiklarna var publicerade mellan 2012 och 2018.

Efter analys av de inkluderade studiernas resultatdelar framkom tolv underkategorier som gav fem huvudteman (tabell 4: underkategorier och teman). Dessa sågs som centrala och gemensamma faktorer som svarade till denna litteraturstudies syfte: varför kvinnor i höginkomstländer väljer hemförlossning. De huvudteman som framkom var:

- *Att se förlossningen som en naturlig process*
- *Att undvika sjukhuset*
- *Att skapa sin egen förlossningsmiljö*
- *Att ha kontroll*
- *Att känna sin barnmorska*

Citat från artiklarna är presenterade i förtydligande syfte.

Tabell 4: Underkategorier och teman

Att se förlossningen som en naturlig process	Att undvika sjukhuset	Att skapa sin egen förlossningsmiljö	Att ha kontroll	Att känna sin barnmorska
En ostörd förlossningsrytm	Sjukhuset som institution	Personlig miljö och egna val.	Känslan av att styra	En etablerad relation
Tilltro till sin egen kropp	Att undvika objektifiering av den födande	Familjen närvarande.	En helande upplevelse.	Barnmorskan som en influens.
Undvika interventioner				Kvinnornas förväntningar på hembarnmorskan

1. Att se förlossningen som en naturlig process

Temat syftar till den syn kvinnorna hade på barnafödande och själva förlossningsförloppet. Tre underkategorier byggde upp detta tema. 1.1 *En ostörd förlossningsrytm*, 1.2 *Tilltro till sin egen kropp* och 1.3 *Undvika interventioner*. Hur kvinnorna valde att se på processen kring barnafödande visade sig tydligt influera valet av hemförlossning (Lee m.fl., 2016; Woog, 2017).

1.1 En ostörd förlossningsrytm

Förlossningen sågs som en universell händelse, vars process skulle lämnas ostörd och skyddas från distraktioner (Brailey m.fl., 2015). En bidragande faktor till varför kvinnor valde hemförlossning var möjligheten att undvika att bryta upp och störa ett påbörjat förlossningsarbete med en resa till sjukhuset (Murray-Davis m.fl., 2012; Bernard m.fl., 2014; Borelli m.fl., 2017; Fage-Butler, 2017). Det fanns även en uppfattning om att en hemförlossning skulle bidra till avslappning för kvinnan under latensfasen, då hon inte riskerade att behöva åka till sjukhus och bli hemskickad om personalen bedömde att förlossningen inte hade startat (Woog, 2017). En förlossning i en bekant hemmiljö, utan några faktorer som störde, stod i kontrast till kvinnornas upplevelse av att föda på sjukhus (Brailey m.fl., 2015).

That's what I like about a homebirth; there are no distractions, nobody opens the door and disturbs you. You can just be. (Brailey m.fl., 2015, s. 784)

...in hospital everything is so impersonal, you've got people going in and out while you are giving birth, I find that very disturbing. (Brailey, m.fl., 2015, s. 784)

1.2 Tilltro till sin egen kropp

Denna underrubrik syftar till den tilltro och självsäkerhet kvinnorna kände till sin egen kropp inför valet av hemförlossning.

My body's been designed to do this, and if I work with my body...it should be able to happen. (Lee m.fl., 2016, s. 47)

Valet att föda hemma grundades i vissheten att kvinnorna var kapabla till att föda barn naturligt, utan medicinsk inblandning (Murray-Davis m.fl., 2012; Brailey m.fl., 2015; Lee m.fl., 2016; Borelli m.fl., 2017; Fage-Butler, 2017). Endast den gravida kvinnan hade insikt om sin inneboende kapacitet. Kvinnor som tidigare upplevt en sjukhusförlossning ansåg att valet av en hemförlossning skapade en djupare förbindelse mellan kvinnans kropp, barnet hon bar och familjen, genom hela graviditeten (Bernard m.fl., 2014). För en del kvinnor var valet av hemförlossning självklart och beslutet fattades tidigt i graviditeten. Detta beslut hade ett samband med kvinnornas kroppsliga självsäkerhet och tillförsikt att de skulle få en naturlig förlossning hemma (Ashley & Weaver, 2012; Murray-Davis m.fl., 2012).

I had the basic trust [in giving birth at home and the ability of my own body]; hundreds of thousands of births have already taken place, why shouldn't it work? (Brailey m.fl., 2015, s. 784)

Denna självsäkerhet var mer utbredd hos omföderna än hos förstföderna (Ashley & Weaver, 2012). Tilliten till kroppen och födandet beskrevs som fundamental inför kvinnornas val av födelseplats (Murray-Davis m.fl., 2012). En naturlig födsel beskrevs på engelska som "empowering" vilket saknar självklar översättning i det svenska språket, men ordet egenmakt kan användas (Gullacksen, 2016).

1.3 Undvika interventioner

I flera artiklar angav kvinnorna en stark önskan om att undvika interventioner, vilket låg till grund för beslutet om hemförlossning (Merg & Carmony, 2012; Murray-Davis m.fl., 2012; Bernard m.fl., 2014; Coxon m.fl., 2014; Brailey, m.fl., 2015; Lee m.fl., 2016; Borelli m.fl., 2017; Fage-Butler, 2017; Holten m.fl., 2018). Kvinnorna hade önskemål om en naturlig förlossning utan medicinsk smärtlindring (Coxon m.fl., 2014; Brailey, m.fl., 2015; Borelli m.fl., 2017), andra läkemedel eller kejsarsnitt (Murray-Davis m.fl., 2012). De upplevde att de vid tidigare förlossningar på sjukhus hade utsatts för press att godkänna onödiga och oönskade interventioner vilka hade stört förlossningsarbetet (Bernard m.fl., 2014; Lee m.fl., 2016). Hemförlossning sågs av många kvinnor som ett sätt att undvika dessa påtryckningar och interventioner (Merg & Carmony, 2012; Fage-Butler, 2017).

Kvinnor med högriskgraviditeter i Nederländerna såg interventioner på sjukhus som mer riskfyllda för dem och deras barn än den risk som en hemförlossning innebar (Holten m.fl.,

2018). Deras val att föda i hemmet grundades i denna syn och inte i att hemförlossning var ett förstahandsval. Då chansen att undvika interventioner endast sågs som en möjlighet i hemmet, sågs även hemförlossningar som säkrare av kvinnorna själva (Lee m.fl., 2016; Fage-Butler, 2017)

To avoid intervention I would say was my major motivator... I really trust in birth and I trust that midwives are well trained to know if something's going on and otherwise don't mess with it. (Murray-Davis m.fl., 2012, s. 578)

There's just too much intervention for no reason, I didn't want to give birth like what I had seen at work. (Brailey, m.fl., 2015, s. 783)

2. Att undvika sjukhuset

Temat syftar till de anledningar som fick kvinnorna att välja bort sjukhusförlossning till förmån för en förlossning hemma.

2.1 Sjukhuset som institution

Den sjukhusbaserade förlossningsvården upplevdes av kvinnorna som kravfylld och styrd av personalens risktänkande, där kvinnornas röster och önskningar värderades ner. Sjukhusomgivningen beskrevs som stressad och som en plats där det privata i en väldigt sårbar stund gick förlorad (Coxon m.fl., 2014; Brailey m.fl., 2015) Skiftbyten orsakade stress och bröt den kontinuerliga vården som kvinnorna önskade. Kvinnorna uttryckte en oro att sjukhusmiljön skapade reducerad individualitet och ökad anonymitet.

...there's a clock ticking and there's a time frame and the protocols are a little bit more rigid. (Lee m.fl., 2016, s. 47)

Även på BB var känslan av att inte få vara i fred påtaglig. Barnmorskorna gav värdefulla amningsråd och uppmuntrade amning, men lämnade inte kvinnorna till att vila med sina nyfödda barn (Bernard m.fl., 2014).

...I had the tea lady come around, the cleaner came around and I wasn't left alone and the paediatrician came around, the midwife came around... (Ashley & Weaver, 2012, s. 714)

Artiklarna belyste kvinnornas åsikter att sjukhusmiljön sågs som oren och att sjukhuset var en plats för sjuka människor, inte gravida mammor och nyfödda barn. Risken för att få infektioner under vistelsen på sjukhuset sågs som en negativ aspekt av sedvanlig förlossningsvård (Murray-Davis m.fl., 2012; Lee m.fl., 2016).

... you feel like you are covered in germs and you just wanna have a shower and change your clothes so why would I wanna take a newborn who doesn't have any kinds of antibodies in their system yet into a hospital? (Murray-Davis m.fl., 2012, s. 579)

2.2 Att undvika objektifiering av den födande

Undersökningar och interventioner med många närvarande runt kvinnorna gav dem känslan av att vara ett objekt för granskning (Merg & Carmoney, 2012; Coxon m.fl., 2014; Fage-Butler, 2017; Holten m.fl., 2018). Kvinnorna delade upplevelsen att den personal som bistod förlossningarna på sjukhusen inte lyssnade på dem, vilket lämnade kvinnorna med känslan av att inte vara respekterade (Bernard m.fl., 2014; Brailey, m.fl., 2015; Holten m.fl., 2018). De blev tillsagda vad de skulle göra och fick inte lov att föda på det sätt de själva önskade.

I felt like an exam animal or something. I mean you've got your feet in the air, the shifts change, you've got people all the time peeking at you...sticking their fingers in places... poking you with things. It was just so out of my realm of normal. (Bernard m.fl., 2014, s. 163)

In hospital although I knew I was safe, I didn't really feel cared for...but I felt just like a number—not 'me' having 'my' precious baby. (Ashley & Weaver, 2012, s. 713)

3. Att skapa sin egen förlossningsmiljö

Temat syftar till kvinnornas önskan om att få föda i en intim, personlig atmosfär och dess betydelse för en positiv förlossningsupplevelse.

3.1 Personlig miljö och egna val

En utmärkande aspekt till varför kvinnorna valde att föda i hemmet var möjligheten att själva få skapa sin egen förlossningsmiljö), (Murray-Davis m.fl., 2012; Bernard m.fl., 2014; Brailey m.fl., 2015; Lee m.fl., 2016; Woog, 2017). En rymlig och lugn, trygg atmosfär sågs som grundläggande för en god förlossning och gjorde att kvinnorna hanterade förlossningsvärkarna på ett bättre sätt än på sjukhus (Murray-Davis m.fl., 2012). Att kunna röra sig som de ville mellan olika rum bidrog till ett djupare lugn och förankrad tillit att födandet skulle gå lätt. Utrymmet i hemmet gjorde att kvinnorna fick en känsla av att kunna interagera med omgivningen och utöva mer av sitt inflytande och självbestämmande. Förlossningsmiljön hemma innebar för kvinnorna en garanti att få uppleva avskildhet, integritet, kontroll och välbefinnande, vilket skulle främja den förlossning de önskade (Murray-Davis m.fl., 2012; Brailey m.fl., 2015). Beslutet att föda hemma beskrevs av en del av kvinnorna leda till att stressnivåerna minskade (Ashley & Weaver, 2012).

Yes, it was so lovely, I couldn't explain it anymore than it was so nice to be in your own environment, to not stress about anything. (Ashley & Weaver, 2012, s. 714)

Hemmet sågs som en utgångspunkt för trygghet och uppmuntran (Lee m.fl., 2016). Den minskade stressen i kombination med lugn, vänlighet, fridfullhet och positivitet ledde till att dessa kvinnor kände mer makt över sina val och möjligheter. I hemmet kunde kvinnorna själva ha kontroll över renlighet, smärtlindring, vad de ville äta och hur de ville röra sig (Coxon m.fl., 2014).

...you've got control over your environment, you can decide what position you're in, whether you need something to eat or a bath or a scented candle or, you know, you might want none of those things, you might have time for none of those things... (Coxon m.fl., 2014, s. 62)

Den egna privata sfären gav kvinnorna en känsla av egenmakt och erhållen respekt (Bernard m.fl., 2014). Hemmet som en trygg omgivning och trivsamt atmosfär var för vissa viktigare än barnmorskans bistod vid förlossningen (Borelli m.fl., 2017).

I think you just have everything you need that's familiar around you. I think that really helps with the whole birthing process...for things to happen in a natural way. (Lee m.fl., 2016, s. 46)

3.2 Familjen närvarande

Möjligheten att fritt kunna styra över i vilken utsträckning partnern och äldre barn närvarade var viktigt för flera av kvinnorna i artiklarna. De önskade att undvika separation från äldre barn eller att behöva begränsa antalet närvarande personer på grund av rådande sjukhusregler och valde därför hellre att föda hemma (Murray-Davis m.fl., 2012; Bernard m.fl., 2014; Fage-Butler, 2017). Att få föda omgiven av familjen bidrog till lugn och trygghet (Bernard m.fl., 2014). Hemmet som födelseplats ansågs även bidra till att partnern kunde vara mer involverad i förlossningen (Murray-Davis m.fl., 2012).

It was just so peaceful...I was in my own house, and I could have my children there...they were downstairs mostly while I was laboring ...my dad and my stepmom and the 2 kids. They raced up the stairs just in time to see the baby come out and my kids' eyes were like saucers...for some of the labor my daughter had been in there stroking my hair, which was just so sweet. (Bernard m.fl., 2014, s. 163)

4. Att ha kontroll

Temat speglar den känsla av att känna och anse sig ha kontroll, som många av kvinnorna delade vid hemförlossning. Vad ordet kontroll avsåg skiljde sig mellan artiklarna. Temat syftar även till den återkommande faktorn varför kvinnor valde att föda hemma: synen på hemförlossning som en möjlighet att återfå kontroll över förlossningsprocessen efter att ha genomlidit en traumatisk händelse i samband med en tidigare förlossning.

4.1 Känslan av att styra

Kvinnorna ansåg sig kunna vara mer i kontroll och utöva en mer självklar autonomi i sin hemmiljö. Kontrollen gällde flera områden: initialt att ha kontrollen att välja hemförlossning, vidare beskrev kvinnorna att ha kontroll över sitt jag genom förlossningen, att ha kontroll på miljön i vilken de födde, kontroll över valmöjligheter under förlossningens gång och kontroll över de eventuella stressfaktorer som skulle kunna hindra eller störa förlossningsprocessen (Ashley & Weaver, 2012; Murray-Davis m.fl., 2012; Coxon m.fl., 2014; Brailey m.fl., 2015; Lee m.fl., 2016; Woog, 2017).

I didn't want people to make me feel weak and like I can't give birth. (...). I really wanted to be in charge and do it my way. (Murray-Davis m.fl., 2012, s. 578)

4.2 En helande upplevelse

För de kvinnor som genomgått ett tidigare förlossningstrauma ledde valet av hemförlossning till att de kände att de återtog kontrollen över sina kroppar och sin förlossning (Merg & Carmoney, 2012; Bernard m.fl., 2014; Fage-Butler, 2017). Hemförlossningen beskrevs som ett psykiskt läkande (Merg & Carmoney, 2012). De kvinnor som upplevt förlorad autonomi och kontroll under tidigare sjukhusförlossningar bar på en längtan om en förlossning med egna val och möjligheter för dem att skapa en upplevelse där de själva var i kontroll. De såg hemförlossningen som en lösning på detta (Bernard m.fl., 2014).

I think it was a really healing experience. I felt like it really helped heal all the pain that was left from the last time. (Merg & Carmoney, 2012, s. 73)

...a lot was taken from me and that I think I lost some of myself with that and I had to work through a lot of that. My home birth was healing in a lot ways for me...I actually had a choice and I felt empowered. (Bernard m.fl., 2014, s. 162)

5. Att känna sin barnmorska

Detta tema med tillhörande underkategorier belyser vikten av det självständiga valet av stöd kvinnan gjorde i samband med valet av hemförlossning, samt den relation som kvinnan byggde upp med barnmorskan innan förlossningen (Merg & Carmoney, 2012; Woog, 2017).

5.1 En etablerad relation

Flera av kvinnorna i artiklarna hade under graviditeten etablerat en relation med den barnmorska som skulle bistå under förlossningen (Merg & Carmoney, 2012; Bernard m.fl., 2014; Woog, 2017). Detta gav en känsla av trygghet och att vara i säkra händer (Bernard m.fl., 2014; Woog, 2017). Kvinnorna ansåg att en empatisk relation hade chans att växa fram

om kontinuerlig närvaro från barnmorskan fanns under förlossningen (Ashley & Weaver, 2012).

It was important to me that the same midwife cared for me from beginning to end, that we could build a relationship, that I was not going unprepared into an unknown situation. (Brailey, m.fl., 2015, s. 783)

Consistent antenatal visits with midwives who would then possibly deliver your baby had a big role for me trusting them and influenced my decision. (Woog, 2017, s. 98)

5.2 Barnmorskan som influens

I beslutandeprocessen rörande valet av hemförlossning visade artiklarna på betydelsen av att barnmorskor som kvinnorna träffade under graviditeten frågade, rekommenderade eller föreslog att föda hemma.

So it was the midwife really who sort of just mentioned it at my 34-week check and said 'have you thought about home birth' and up to that point I had not really. (Ashley & Weaver, 2012, s. 712)

Kvinnorna uttryckte tillit till att barnmorskorna som bistod deras hemförlossning delade deras syn gällande att skapa en positiv förlossningsupplevelse (Bernard m.fl., 2014).

... I really feel she knows exactly what she is doing, that's my expectation of a homebirth, competent care, and to know that someone knows when to make decisions. (Brailey, m.fl., 2015, s. 783)

5.3 Kvinnornas förväntningar på hembarnmorskan

Kvinnorna uttryckte att barnmorskans roll handlade om att finnas som stöd i bakgrunden, göra undersökningar om nödvändigt och att på ett säkert sätt förlösa barnet (Borelli m.fl., 2017). De skulle bara låta födandet ske, samtidigt som de kunde erbjuda sitt stöd och komma med råd (Merg & Carmoney, 2012). Synen på säkerhet och tillit till barnmorskans kompetens var grundläggande för kvinnornas val av hemförlossning (Borelli m.fl., 2017; Woog, 2017). De ansåg att nivån av säkerhet var högre hemma då barnmorskorna som närvarade enbart bistod dem och ingen annan under förlossningen (Lee m.fl., 2016; Fage-Butler, 2017).

With the care of having a one to one midwife at home...it's probably more likely to be picked up early and have time to go to the hospital. (Lee m.fl., 2016, s. 46)

I mean whoever comes to your home; they are just there for you aren't they? (Ashley & Weaver, 2012, s. 712)

Kvinnorna kände sig respekterade av barnmorskorna som assisterade dem i hemmet. Dessa praktiserade omvårdnad som fokuserade på mer än enbart kvinnornas graviditeter, utan även ett genuint engagemang i kvinnorna själva (Merg & Carmoney, 2012; Bernard m.fl., 2014). Att erhålla stöd från barnmorskorna var viktigare än undersökningar och inblandning i själva födandet (Borelli m.fl., 2017). Kvinnorna upplevde att barnmorskorna ville det bästa för dem och att de skulle göra sitt främsta för att uppnå den förlossningsupplevelse som kvinnorna önskade (Merg & Carmoney, 2012).

... Whereas having a baby at home feels a lot more personal and I felt special and completely safe. (Ashley & Weaver, 2012, s. 713)

Diskussion

Metoddiskussion

En systematisk litteraturstudie innebär att sammanställa forskningen inom ett ämne genom att metodiskt söka litteratur genom artikelurval utefter redan förvalda inklusions- och exklusionskriterier (Forsberg & Wengström, 2016). Utvalda artiklar har kvalitetsgranskats enligt SBU:s "Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser" (SBU, 2012, se bilaga 3). Utmärkande för de inkluderade artiklarna som höll hög nivå var en tydlig struktur samt klart redovisat tillvägagångssätt. Det skall dock tas i beaktande att den bristande erfarenheten av att bedöma artiklar kan ha påverkat kvalitetsbedömningen. Vidare bearbetades artiklarnas resultat med influens av Forsberg och Wengströms (2016) tillvägagångssätt att genomföra en kvalitativ innehållsanalys i fem steg. Denna metod valdes på grund av sitt sätt att metodiskt analysera data i flera steg, där varje steg tydligt utgjordes av ett tillvägagångssätt som urskilde det viktiga som framkom i texten. En annan metod, exempelvis metasyntes, hade kunnat tillämpas i denna kvalitativa litteraturstudie, men valdes bort då datamaterialet bedömdes vara för litet i omfattning för att göra en djupare tolkning i syfte att finna nya innebörder.

Styrkan i en systematisk litteraturstudie ligger i dess omfång av redan utförda studier, att den är baserad på en stor mängd data och samlar resultat från olika länder och publiceringsår (Forsberg & Wengström, 2016). Sammanställningen av den stora mängden data kan styrka de olika studierna i relation till varandra, om det upptäcks mönster och likheter som sträcker sig över både årtal och landsgränser. Svagheter med en systematisk litteraturstudie ligger i att datan som presenteras redan har blivit analyserad av forskarna. Då författare till litteraturstudier inte har tillgång till ursprungsmaterialet måste de lita på det resultat som publicerats av forskarna och därför blir deras tolkning en sekundärtolkning av resultatet. Under analysarbetets gång har artiklarna lästs igenom vid ett flertal tillfällen för att

kontrollera att den analys som genomförts överensstämmer med artiklarnas resultat. Detta för att säkerställa pålitligheten i denna litteraturstudie.

Syftet med denna studie var att undersöka och få en ökad förståelse för varför kvinnor i höginkomstländer väljer hemförlossning. Då kvalitativa studier bygger på resultat efter deltagarnas egna ord och upplevelser lyfts förståelsen för ett fenomen fram (Nyhlén, 2005). Med detta i åtanke har kvantitativa studier medvetet valts bort, då de förvisso hade kunnat bidra med kunskap om bakomliggande faktorer till kvinnornas beslut, men inte hade gett samma insikt och förståelse om varför kvinnor i höginkomstländer väljer att föda hemma.

Enbart höginkomstländer valdes ut till litteraturstudien då dessa länder har en liknande sjukvård som Sverige. Det finns en medvetenhet att förlossningsvården dock inte överensstämmer till fullo utan skiljer sig även mellan höginkomstländer, vilket kan påverka studiens överförbarhet och tillförlitlighet. Exempel på detta är hur förlossningsvården finansieras i de olika länderna (av staten eller den födande själv), hur väl hemförlossningsvården är integrerad i landets sjukvårdssystem samt hur förlossningsvården är organiserad på sjukhusen. Majoriteten av studierna är från England, Storbritannien och USA. Här kan som ett exempel ses en skillnad i förlossningsvården, då det i England och Storbritannien finns ett lagstadgat val att föda assisterat i hemmet, medan en hemförlossning i USA finansieras av kvinnorna själva. Dessa faktorer kan påverka varför kvinnor i höginkomstländer väljer att föda hemma, men skillnaderna till trots har tydliga mönster och likheter kunnat ses gällande kvinnornas svar, oavsett nationalitet.

Tidsspannet för publicering av de granskade artiklarna sattes till högst tio år. En snävare sökning hade kunnat ge studier som återgav en vård som var mer närliggande i tid, men datamaterialet hade minskat. De elva utvalda artiklarna är publicerade mellan 2012–2018 och inga skillnader relaterade till när studien genomfördes har kunnat utpekas efter granskning och överläggning. Att endast inkludera artiklar där kvinnan själv svarar på varför hon väljer att föda hemma grundar sig i ambitionen att öka förståelsen för fenomenet och såldes undvika andrahandsinformation.

Denna litteraturstudie är skriven av två blivande barnmorskor som vurmar för kvinnans rätt att fritt välja plats för förlossning och har således ett intresse för och en positiv inställning till hemförlossningar. Tidigare personlig eller professionell erfarenhet av hemförlossning föreligger dock inte. Enligt Dahlberg (2014) bör förförståelse inom vetenskapliga undersökningar medvetandegöras och tyglas av de som genomför undersökningen. Detta innebär att sakta ner sin förståelseprocess för att dröja, avvakta och att inte för snabbt förstå det som presenteras, utan att närma sig resultatet med viss tvekan och ifrågasättande. En tyglad hållning av förförståelsen har i detta arbete visat sig genom att inte dra för omedelbara slutsatser av analysen, att genomföra de tre första stegen i innehållsanalysen enskilt, samt att föra en ständig diskussion kring innehåll och resultat.

Resultatdiskussion

Resultaten visar på kvinnornas tankar och känslor rörande valet av hemförlossning. Det står klart att begreppet kontroll med varierande innebörder är en avgörande faktor, tillsammans med önskan om att undvika interventioner samt att låta förlossningsprocessen följa en naturlig gång i kvinnans självvalda miljö. Förlossningen ses av kvinnorna som en naturlig process som inte kräver någon medicinsk inblandning. Önskan att undvika interventioner i födandet är för många kvinnor den drivande faktorn till att välja hemförlossning. Vid förlossningar i hemmet eller på en ABC-klinik har tidigare studier påvisat att interventionerna blir färre och normalförlossningar signifikant högre jämfört med förlossningar på sjukhus (Brocklehurst m.fl., 2011; Hodnett., Downe, Walsh & Weston, 2012).

Enligt vårdmodellen MiMo främjar förlossningsmiljön känslan hos kvinnan att hon och hennes partner äger rummet, känner sig avslappnade och är närvarande (Berg m.fl., 2012). I resultatet framkommer tydligt att just miljön i hemmet är en av faktorerna som är särskilt viktig för kvinnorna som väljer hemförlossning. Då kvinnor som beslutar sig för hemförlossning har en tydlig bild av vad de önskar innebär detta att barnmorskan måste vara ytterst inlyssnande samt individualisera sitt stöd.

I en svensk artikel av Tingstig, Gottvall, Grunewald och Waldenström (2012) jämfördes förlossningar på en barnmorskeledd förlossningsklinik utformad att likna en hemmiljö med konventionell sjukhusförlossning. Resultatet visade en signifikant högre andel nöjda kvinnor bland de som upplevt en förlossning på den barnmorskeledda förlossningskliniken. Bidragande faktorer var bland annat att omgivningen och atmosfären uppfattades som lugnare och mindre stressig, att många av de födande redan kände barnmorskan som var mer stöttande, samt att papporna hade möjlighet att sova över med mamman och barnet. Detta stödjer resultatet i denna litteraturstudie, där kvinnorna betonar vikten av en god förlossningsmiljö, kontinuitet och relation med en och samma barnmorska samt att ha sin partner närvarande. Andra studier med liknande resultat visar att kvinnor som fött barn på en barnmorskeledd klinik känner en ökad delaktighet, stöd och att de respekteras som individer (Overgaard, Fenger-Grøn och Sandalls, 2012). Kvinnor som föder barn hemma känner sig bekväma och avspända, eftersom de betraktar hemmet som tryggt och säkert (Borquez & Wiegers, 2006) medan sjukhusmiljön kan krocka med kvinnornas egna önskningar att känna kontroll över sin förlossning (Boucher, Bennett, McFarlin & Freeze, 2009). Att återfå denna kontroll beskrivs som en helande upplevelse av kvinnor som tidigare varit med om trauma i samband med förlossning. När kvinnorna förlorar sin upplevda kontroll i samband med födandet kan detta leda till missnöjdhet av förlossningsupplevelsen (Christiaens & Bracke, 2007). Egenkontrollen, den egna förmågan och infriandet av förväntningar är av stor vikt för en positiv förlossningsupplevelse (Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet & Gülmezoglu, 2018).

I resultatet framkommer att kvinnorna anser det avgörande att själva få välja vilka som närvarar vid förlossningen och att detta underlättas vid en hemförlossning. Barnmorskan blir

en inbjuden gäst i hemmet med vilken kvinnan redan har en etablerad relation. Detta kopplas till det som står beskrivet under kategorin ett ömsesidigt förhållande i MiMo: att barnmorskan ska inkludera kvinnan i beslutsprocessen samt delge adekvat information om förlossningens fortgång för att skapa tillit, samt ge kvinnan en känsla av delaktighet. Vårdmodellen fäster stort avseende vid den relation som kvinnan och barnmorskan formar då relationen utgör grunden på vilken trygghet och förtroende vilar (Berg m.fl., 2012). Sjöblom, Idvall och Lindgren (2014) menar att barnmorskans närvaro och kompetens i hemmet bidrar till skapandet av en trygg plats för kvinnan som stärks ytterligare av det band mellan barnmorska och kvinna som bildats under graviditeten.

Deltagarna i studierna bestod till större del av välutbildade, vita kvinnor. Många av dem hade arbeten på högre nivå eller hög utbildning och nästan alla var gifta eller levde i partnerskap. Enligt Descieux, Kavasseri, Scott och Parlier (2017) är denna grupp oftast representerad bland hemförlossningar i USA. Detta kan betyda att urvalet av deltagare väl representerar den grupp som väljer att föda hemma och att överförbarheten är god i de länder där hemföderskor till större delen består av vita, välutbildade, gifta kvinnor med god socioekonomisk status. I Sverige är det vanligare med hemförlossning bland kvinnor födda i ett europeiskt land utanför Sverige (framför allt från Nederländerna, Tyskland och Storbritannien), som inte arbetar utanför hemmet och vars familj har en lägre socioekonomisk status. Däremot är hemförlossningar i Sverige mer vanligt förekommande bland kvinnor med hög utbildning (Hildingsson, Lindgren, Haglund & Rådestad, 2006). Oavsett karakteristika av bakgrund hos kvinnor som väljer att föda hemma kunde det i artiklarna inte ses någon skillnad i utfall i jämförelse med de studier som inte beskrev karakteristika hos kvinnorna. Detta kan tyda på hög överförbarhet trots olika utbildningsnivå, samhällsklass och ursprung.

Några artiklar i denna litteraturstudie krävde att kvinnorna var läs- och skrivkunniga, vilket kunde utesluta lågutbildade och/eller utlandsfödda kvinnor som inte behärskade språket. I vissa studier kunde deltagare som behövde, använda sig utav en tolk. Med användandet av tolk finns risken att svaren censureras eller att tolkens översättning inte motsvarar kvinnornas svar ordagrant. För de studier som använt sig av fokusgrupper finns en risk för censurering av svar inför de andra kvinnorna, men även att kvinnorna diskuterar sinsemellan och kommer fram till konsensus, vilket kan påverka svaren på individnivå och resultatets pålitlighet.

En utav studierna innefattade kvinnor i Nederländerna med högriskgraviditeter (Holten m.fl., 2018), där valet att föda hemma grundade sig i att sjukhuset inte längre sågs som ett alternativ för förlossning efter tidigare förlossningstrauma på sjukhus. Kvinnorna ansåg att de inte hade något annat val än att föda hemma. I jämförelse med studien från Storbritannien av Lee m.fl., (2016) som även den avhandlade högriskgraviditeter och planerade hemförlossningar skilde sig anledningarna och motiven åt från studien i Nederländerna, då anledningen till att kvinnorna valde att föda hemma i Storbritannien var för att födandet sågs som något naturligt och interventioner ville undvikas, hemförlossningar sågs som det säkraste alternativet samt att hemmet sågs som en trygghet där kontrollen kunde bevaras. Dessa skillnader mellan studierna

kan bero på att vårdsystemen i de olika länderna skiljer sig åt. Eftersom deltagarnas svar i de övriga nio studierna (varav åtta avhandlar lågriskgraviditeter och en saknar riskbedömning av graviditet) uppvisar tydliga likheter med studien om högriskgraviditeter i Storbritannien (Lee m.fl., 2016), har denna litteraturstudies resultat hög pålitlighet och kan anses överförbar på andra grupper.

Konklusion och implikation

Resultatet från denna systematiska litteratursammanställning om varför kvinnor i högriskländer väljer att föda hemma kunde påvisa att kvinnorna hade ett behov av en positiv miljö av bestämmanderätt, autonomi och ett utrymme att röra sig obehindrat på. När alla delarna: att förlossningen ses som en naturlig process, kvinnorna undviker sjukhus och skapar sin egen förlossningsmiljö för att återfå kontroll samt att känna sin barnmorska sammanfogades fick det resultatet av en positiv förlossningsupplevelse och var anledning till att kvinnorna valde att föda hemma.

Landets barnmorskor vårdar idag allt fler gravida och födande kvinnor, samtidigt som antalet förlossningsplatser minskar (Alm, 2017). Att finansiera hemförlossningar skulle kunna förändra förlossningsvården i Sverige, med ökat självbestämmande hos kvinnorna samtidigt som barnmorskan fokuserar på endast en kvinna, vilket kan leda till bättre arbetsmiljö med minskad stress. Rekommendationer för vidare forskning är att utöka det svenska forskningsunderlaget i ämnet, särskilt hur efterfrågan ser ut gällande hemförlossningar i Sverige, varför det är så få barnmorskor som arbetar med hemförlossningar samt skälen till att kvinnor i Sverige väljer att föda barn hemma.

Referenslista

Artiklar inkluderade i resultatet är markerade med asterisk (*)

- Abascal, G. (2006). *Att föda - en barnmorskas tankar, råd och erfarenheter*. Stockholm: Bonnier Fakta.
- Abed Saeedi, Z., Ghazi Tabatabaie, M., Moudi, Z., Vedadhir, A. A., & Navidian, A. (2013). Childbirth at home: A qualitative study exploring perceptions of risk and risk management among baloch women in iran. *Midwifery*, 29(1), 44-52.
- Alm Dahlin, J. (2017). *Med rätt att föda EN GRANSKNING AV SATSNINGAR PÅ FÖRLOSSNINGSVÅRDEN I BUDGETPROPOSITIONEN FÖR 2018*. Hämtad 2020-05-08 från: <https://sverigeskvinnolobby.se/wp-content/uploads/2017/12/med-ratt-att-foda-web-1.pdf>
- * Ashley, S., & Weaver, J. (2012). Factors influencing multiparous women to choose a home birth —an exploratory study. *British Journal of Midwifery*, 20(10), 710–715.
- Berg, M., Ólafsdóttir, O. A., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3, 3(2), 79–87.
- * Bernard, C., Zielinski, R., Ackerson, K., & English, J. (2014). Home birth after hospital birth: women's choices and reflections. *Journal of Midwifery and Women's health*, 59(2), 160–166.
- Borquez, A., & Wieggers, 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.
- * Borrelli S.E., Walsh, D., & Spiby H. (2017). First time mother's choice of birthplace: influencing factors, expectations of the midwife's role and perceived safety. *The Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1937–1946.
- Boucher, D., Bennet, C., McFarlin, B., & Freeze, R. (2009). Staying home to give birth: Why women in the United States choose home birth. *J Midwifery Womens Health*, 54(2), 119–26.
- * Brailey, S., Jarrett, P., Luyben, A., & Poat, A. (2015). Swimming against the tide: Women's experience of choosing a homebirth in Switzerland. *British Journal of Midwifery*, 23(11), 780–788.

- Brocklehurst, T., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., MacFarlane, A., McCourt, C ... Petrou, S. (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. *BMJ* 343:d7400.
- Caulfield, T., Onyo, P., Byrne, A., Nduba, J., Nyagero, J., Morgan, A., & Kermode, M. (2016) Factors influencing place of delivery for pastoralist women in Kenya: a qualitative study. *BMC Women's Health* 16, 52.
- Christiaens, W., & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7(26).
- Clancy, A., & Gurgens Gjaerum, R. (2019). Home as a place for giving birth: A circumpolar study of the experiences of mothers and midwives. *Health care for women international* 40(2), 121-137.
- * Coxon, K., Sandall, J., & Fulop, NJ. (2014). To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health and risk society*, 16(1), 51–67.
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Daysal, N. M., Trandafir, M., & van Ewijk, R. (2015). Saving lives at birth: the impact of home births on infant outcomes. *American Economic Journal: Applied Economics*, 7(3), 28–50.
- de Jonge, A., Mesman, J., Mannien, J., Zwart, J., van Dillen, J., & van Roosmalen, J. (2013). Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *BMJ*, 346.
- de Paula Nascimento, J., Vieira de Mattos, D., Liégio Matão, ME., Alves Martins, C., & Ávila Moraes, P. (2016). Woman's empowerment in planned childbirth at home. *Journal of Nursing, UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 10, 4182–4187.
- Descieux, K., Kavasseri, K., Scott, K., & Parlier, AB. (2017). Why women choose homebirth: a narrative review. *MAHEC Online Journal of Research*, 3(2), 1–10.
- 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).
- * Fage-Butler, MA. (2017). Risk resistance: constructing home birth as morally responsible on an online discussion group. *Health, risk and society*, 19(3–4), 130–144.

- Forsberg C, & Wengström Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.
- Grunebaum, A., McCullough, LB., Brent, RL., Arabin, B., Levene, MI., & Chervenak, FA. (2015). Perinatal risks of planned home births in the United States. *Am J Obstet Gynecol*, 212(3).
- Gullacksen, A-C. (2016) *Delaktighetsmodellen – en väg mot empowerment. Teoretiska perspektiv*. Hämtad 2020-05-12 från <https://kfsk.se/wp-content/uploads/2016/09/Teoretiska-perspektiv-webb.pdf>
- Hildingsson, I. (2003). *Kvinnors förväntningar på och upplevelser av vården under graviditet och förlossning*. (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Stockholm).
- Hildingsson, IM., Lindgren, HE., Haglund, B., & Rådestad, IJ. (2006). Characteristics of women giving birth at home in Sweden: a national register study. *Am J Obstet Gynecol*, 195(5), 1366–72.
- Hildingsson, I., Waldenström, U., & Rådestad, I. (2003). Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth center care. *Birth*, 30, 1–22.
- Hodnett, ED., Downe, S., Walsh, D., & Weston, J. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(9).
- Hollowell, J., Rowe, R., Townend, J., Knight, M., Li, Y., Linsell, L ... Silverton, L. (2015). The birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. *NIHR Journals library*.
- * Holten, L., Hollander, M., & Esteriek de, M. (2018). When the hospital is no longer an option: a multiple case study of defining moments for women choosing home birth in high-risk pregnancies in the Netherlands. *Qualitative Health Research*, 28(12), 1883–1896.
- Hutton, E., Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., & Kaufman, K. (2019). Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and metaanalyses. *EClinicalMedicine* (in press) 2019
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. (2019). *Offentligt finansierad hemförlossning Region Stockholm*. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

- Höjeberg, P. (2009). Inledning. I A. Kaplan., B. Hogg., I. Hildingsson., & I. Lundgren (Red.). *Lärobok för barnmorskor*. (3 uppl. s. 19–43.) Lund: Studentlitteratur AB.
- International Midwives Organization. (2014). *Keeping birth normal*. Hämtad 2020-03-27 från <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf>
- Karolinska Institutet. (2019). *Ämnesord och fritext*. Hämtad 2020-04-03 från <https://kib.ki.se/soka-vardera/soka-information/amnesord-och-fritext>
- Kitui, J., Lewis, S., & Davey, G. (2013). Factors influencing place of delivery for women in Kenya: An analysis of the Kenya demographic and health survey, 2008/2009. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(40).
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till eximination inom omvårdnad* (s. 69–92). Lund: Studentlitteratur.
- * Lee, S., Ayers, S., & Holden, D. (2016). Decision-making regarding place of birth in high-risk pregnancy: a qualitative study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 37(2), 44–50.
- Lindgren, H. (2008). Hemförlossningar i Sverige 1992–2005, *förlossningsutfall och kvinnors erfarenheter* (Doktorsavhandling, Stockholm, Karolinska Institutet). Hämtad 2020-05-29 från <http://publications.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/39049/thesis.pdf?sequence=1>
- Lindgren, H., Kjaergaard, H., Olafsdóttir., & Blix, E. (2013). Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries- An overview. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5 (2014) 3–8.
- Lundgren, I. (2010). Vård vid normalt barnafödande. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka*. (2 uppl., s. 117–143). Lund: Studentlitteratur AB.
- Maimbolwa MC, Yamba B, Diwan V, Ransjö-Arvidson AB. (2003) Cultural childbirth practices and beliefs in Zambia. *Journal of Advanced Nursing*. Aug;43(3):263–274.
- Malterud K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- * Merg, AL., & Carmoney, P. (2012). Phenomenological Experiences: Homebirth After Hospital Birth. *International Journal of Childbirth Education*, 27(4), 70–75.
- * Murray-Davis, B., McNiven, P., McDonald, H., Malott, A., Elarar, L., & Hutton, E. (2012). Why homebirth? A qualitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces. *Midwifery*, 2012(28), 576–581.

- Norberg-Schulz, C. (1985). *The concept of dwelling: On the way to figurative architecture* (Architectural documents). New York, NY: Electa/Rizzoli.
- Nyhlén, U. (2005). *Att presentera kvalitativa data*. Malmö: Liber AB.
- 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.
- Rienecker, L., & Jørgensen Stray, P. (2017). *Att skriva en bra uppsats*. Stockholm: Liber.
- Rossi, AC., & Prefumo, F. (2018). Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. *European Journal Obstetric Gynecology Reproductive Biology*, 218(222), 102–108.
- Royal Dutch Association of Midwives. (2017). Midwifery in the Netherlands. Hämtad 2020-04-02 från https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/526/file/Midwifery_in_The_Netherlands_versie_2017.pdf
- Scarf, VL., Rossiter, C., Vedam, S., G Dahlen, H., Ellwood, D., Forster, D., ...SE 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*, 2018(62), 240–55.
- Socialstyrelsen. (2020). Mer än bara mamma - fakta och statistik. Hämtad 2020-03-26 från <https://www.socialstyrelsen.se/meranbaramamma/statistik/>
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1990:22. *Socialstyrelsens allmänna råd om hemförlossning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sjöblom, I., Idvall, E., & Lindgren, H. (2014). Creating a safe haven - women's experiences of the midwife's professional skills during planned home birth in four Nordic countries. *Birth*, 41(1), 100–07.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: En handbok. Hämtad 2020-04-25 från <https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>
- Tingstig, C., Gottwall, K., Grunewald, C., & Waldenström, U. (2012). Satisfaction with a modified form of in-hospital birth center care compared with standard maternity care. *Birth*, 39(2), 106–14.

- The British psychological society. (2017). *Ethics guidelines for Internet-mediated research*. Hämtad 2020-05-19 från <https://www.bps.org.uk/news-and-policy/ethics-guidelines-internet-mediated-research-2017>
- Waldenström, U., Nilsson, CA., & Winbladh, B. (1997). The Stockholm Birth Centre Trial: maternal and infant outcome. *BJOG*, 1997(24), 17–26.
- Wiegers, T. A., van der Zee, J., & Keirse, M. J. (1998). Maternity care in The Netherlands: the changing home birth rate. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 25(3), 190–197.
- * Woog, CL. (2017). ‘Where do you want to have your baby?’ Women’s narratives of how they chose their birthplace. *British Journal of Midwifery*, 25(2), 94–102.
- World Health Organization. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Hämtad 2020-03-25 från <https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/>

Bilagor

Bilaga 1 – Godkännandekriterier för att föda hemma

För att beviljas offentligt finansierad hemförlossning ska ett antal kriterier vara uppfyllda. Kvinnan ska vara frisk omföderska med tidigare normal förlossning. Barnet ska ligga med huvudet ner och graviditeten ska vara fullgången (37+0 – 41+6). Det krävs också ett medicinskt godkännande av förlossningsläkare i v 35 samt ett undertecknat ”Bekräftelse på given information”, en blankett med information till den gravida kvinnan inför valet att föda hemma¹⁰. Barnläkarkontroll ska kunna genomföras senast 25–72 timmar efter förlossningen. Transport till närmaste förlossningsklinik ska kunna ske inom 40 minuter (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2019).

Bilaga 2 – Godkännandekriterier för hembarnmorskor

Vårdgivaren ska:

- tillhandahålla två legitimerade barnmorskor vid hemförlossningen och kunna garantera detta dygnet runt
- följa de regionala vårdprogram som berör hemförlossningen och i övrigt följa Socialstyrelsens regelverk
- i varje enskilt fall rapportera hemförlossningens förlopp i journal, inklusive partogram
- uppvisa handlingar som bekräftar att rörelsen bedrivs genom ett officiellt registrerat företag, att inga anmärkningar mot verksamheten kan anföras och att nödvändiga försäkringar föreligger. Kriterierna för att godkänna en barnmorska som hembarnmorska beslutades 2003. Ett mindre tillägg gjordes 2016 med bland annat skärpta krav på företagets registrerade verksamhetsprofil samt registerutdrag från vårdgivarregistret (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2019).

Bilaga 3 – Söktabeller

Tabell 1: Cinahl

Datum	2020-04-02 #1
Sökord	"home childbirth" OR "home birth" OR "home child delivery" OR "home delivery" OR "home labor" OR "home labour" OR "planned home birth" OR "prepared home birth" OR "birthplace"
Begränsningar/limits	Peer Reviewed; Research Article; Abstract Available; Published Date: 20100101–20201231; English Language; PDF Full Text; Expanders: Apply equivalent subjects. Search modes: find all my search terms.
Antal träff	210
Relevanta abstract	
Granskade artiklar	
Valda artiklar	
Datum	2020-04-02 #2
Sökord	"choice" OR "decision making" OR "patient autonomy" OR "factors"
Begränsningar/limits	Peer Reviewed; Research Article; Abstract Available; Published Date: 20100101–20201231; English. Language; PDF Full Text. Expanders: Apply equivalent subjects. Search modes: find all my search terms
Antal träff	64 984
Relevanta abstract	
Granskade artiklar	
Valda artiklar	

Fortsättning tabell 1: Cinahl

Datum	2020-04-02 #3
Sökord	#1 AND #2
Begränsningar/limits	Peer Reviewed; Research Article; Abstract Available; Published Date: 20100101–20201231; English. Language; PDF Full Text. Expanders: Apply equivalent subjects. Search modes: find all my search terms.
Antal träff	143
Relevanta abstract	12
Granskade artiklar	9
Valda artiklar	6
Datum	2020-04-02 #4
Sökord	home childbirth OR home birth OR home child delivery OR home delivery OR home labor OR home labour OR planned home birth OR prepared home birth OR birthplace
Begränsningar/limits	Peer Reviewed; Research Article; Abstract Available; Published Date: 20100101–20201231; English. Language; PDF Full Text. Expanders: Apply equivalent subjects. Search modes: find all my search terms.
Antal träff	1008
Relevanta abstract	
Granskade artiklar	
Valda artiklar	
Datum	2020-04-02 #5
Sökord	choice OR decision making OR patient autonomy OR factors
Begränsningar/limits	Peer Reviewed; Research Article; Abstract Available; Published Date: 20100101–20201231; English. Language; PDF Full Text. Expanders: Apply equivalent subjects. Search modes: find all my search terms.
Antal träff	71 100
Relevanta abstract	
Granskade artiklar	
Valda artiklar	

Fortsättning tabell 1: Cinahl

Datum	2020-04-02 #6
Sökord	#4 AND #5
Begränsningar/limits	Peer Reviewed; Research Article; Abstract Available; Published Date: 20100101–20201231; English. Language; PDF Full Text. Expanders: Apply equivalent subjects. Search modes: find all my search terms.
Antal träff	717
Relevanta abstract	15 (3 nya)
Granskade artiklar	10 (1 ny)
Valda artiklar	0

Tabell 2: PsycINFO

Datum	2020-03-23 #1
Sökord	home birth AND choice
Begränsningar/limits	Date: From 2010 to 2020 Methodology: Qualitative Study. Language: English. Narrowed by: Peer reviewed.
Antal träff	76
Relevanta abstract	1
Granskade artiklar	1
Valda artiklar	

Datum	2020-03-24 #2
Sökord	home birth AND factors
Begränsningar/limits	Date: From 2010 to 2020 Methodology: Qualitative Study. Language: English. Narrowed by: Peer reviewed.
Antal träff	351
Relevanta abstract	2
Granskade artiklar	1
Valda artiklar	1

Fortsättning tabell 2: PsycINFO

Datum	2020-04-02 #3
Sökord	"home childbirth" OR "home birth" OR "home child delivery" OR "home delivery" OR "home labor" OR "home labour" OR "planned home birth" OR "prepared home birth" OR "birthplace"
Begränsningar/limits	Peer reviewed, Date: From 2010 to 2020. Record type: Abstract Collection, Journal Article, Peer Reviewed Journal. Methodology: Qualitative Study Language: English, Swedish. Narrowed by: Peer reviewed.
Antal träff	49
Relevanta abstract	
Granskade artiklar	
Valda artiklar	
Datum	2020-04-02 #4
Sökord	"choice" OR "decision making" OR "patient autonomy" OR "factors"
Begränsningar/limits	Peer reviewed, Date: From 2010 to 2020. Record type: Abstract Collection, Journal Article, Peer Reviewed Journal. Methodology: Qualitative Study Language: English, Swedish. Narrowed by: Peer reviewed.
Antal träff	30 780
Relevanta abstract	
Granskade artiklar	
Valda artiklar	
Datum	2020-04-02 #5
Sökord	#3 AND #4
Begränsningar/limits	Peer reviewed, Date: From 2010 to 2020. Record type: Abstract Collection, Journal Article, Peer Reviewed Journal. Methodology: Qualitative Study Language: English, Swedish. Narrowed by: Peer reviewed.
Antal träff	24
Relevanta abstract	5 (3 nya)
Granskade artiklar	5 (3 nya)
Valda artiklar	3

Tabell 3: PubMed

Datum	2020-03-24 #1
Sökord	home birth AND factors
Begränsningar/limits	Abstract, Free full text, Full text, in the last 10 years, English, Swedish, Female
Antal träff	871
Relevanta abstract	5
Granskade artiklar	1
Valda artiklar	1
Datum	2020-03-24 #2
Sökord	home delivery AND factors
Begränsningar/limits	Abstract, Free full text, Full text, in the last 10 years, English, Swedish, Female
Antal träff	886
Relevanta abstract	2
Granskade artiklar	1
Valda artiklar	
Datum	2020-03-24 #3
Sökord	home delivery AND birth
Begränsningar/limits	Abstract, Free full text, Full text, in the last 10 years, English, Swedish, Female
Antal träff	854
Relevanta abstract	2
Granskade artiklar	
Valda artiklar	

Fortsättning tabell 3: PubMed

Datum	2020-04-02 #4
Sökord	"home childbirth" OR "home birth" OR "homebirth" OR "home child delivery" OR "home delivery" OR "home labor" OR "home labour" OR "planned prepared childbirth" OR "birth place"
Begränsningar/limits	Abstract, Free full text, Full text, Journal article, 2010–2020, English, Swedish
Antal träff	1662
Relevanta abstract	
Granskade artiklar	
Valda artiklar	
Datum	2020-04-02 #5
Sökord	"choice" OR "decision making" OR "patient autonomy" OR "factors"
Begränsningar/limits	Abstract, Free full text, Full text, Journal article, 2010–2020, English, Swedish
Antal träff	829 036
Relevanta abstract	
Granskade artiklar	
Valda artiklar	
Datum	2020-04-02 #6
Sökord	#4 AND #5
Begränsningar/limits	Abstract, Free full text, Full text, Journal article, 2010–2020, English, Swedish
Antal träff	692
Relevanta abstract	
Granskade artiklar	
Valda artiklar	

Bilaga 4 – Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

1. Syfte

- a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

2. Urval

- 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?

3. Datainsamling

- a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?
- b) Är datainsamlingen relevant?
- c) Råder datamätnad?
- d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen? Kommentarer (datainsamling, datamätnad etc):

4. Analys

- 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

- 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)?

Bilaga 5 – Kvalitetsgranskning

Författare/år	Woog, 2017
Land	Storbritannien.
Urval	Nio förstföderskor med lågriskgraviditeter.
Syfte	Att utforska hur förstföderskor med lågriskgraviditeter väljer var de ska föda, samt att få större kunskap om vilka faktorer som påverkar deras val.
Metod	Kvalitativ studie med narrativt tillvägagångssätt. Online-frågeformulär användes.
Kvalitetsbedömning	Medelhög kvalitet.
Författare/år	Coxon m.fl., 2014
Land	England.
Urval	41 lågriskkvinnor i åldern 19–42. 44% var förstföderskor.
Syfte	Att utforska hur diskurser om risk, skuld och ansvar påverkar beslut om var kvinnor väljer att föda barn.
Metod	Longitudinell, narrativ studie. Retrospektiva intervjuer genomfördes.
Kvalitetsbedömning	Hög kvalitet.
Författare/år	Brailey m.fl., 2015
Land	Schweiz.
Urval	Sex gravida kvinnor med lågriskgraviditeter som planerade hemförlossning.
Syfte	Att utforska faktorer som påverkar schweiziska kvinnor att föda barn hemma.
Metod	Deskriptiv, kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer.
Kvalitetsbedömning	Hög kvalitet.
Författare/år	Merg & Carmoney, 2012
Land	USA.
Urval	11 lågriskkvinnor som valt att föda hemma efter tidigare förlossning på sjukhus.
Syfte	Att utforska gemensamma teman bland erfarenheter hos kvinnor som valt att föda hemma med stöd av en barnmorska, efter att tidigare ha fött barn på sjukhus.
Metod	Fenomenologisk studie med semi-strukturerade intervjuer.
Kvalitetsbedömning	Hög kvalitet.

Fortsättning bilaga 5: Kvalitetsgranskning

Författare/år	Ashley & Weaver, 2012
Land	England.
Urval	Åtta multiparakvinnor med lågriskgraviditeter som tidigare fött barn på sjukhus och som inom de senaste sex månaderna hade fött hemma.
Syfte	Att utforska faktorer som får multiparakvinnor att välja en hemförlossning efter tidigare förlossning på sjukhus.
Metod	Fenomenologisk studie med inspelade semi-strukturerade intervjuer.
Kvalitetsbedömning	Hög kvalitet.

Författare/år	Fage-Butler, 2017
Land	Storbritannien.
Urval	18 diskussionstrådar om hem-förlossningar, från ett online-diskussions-forum med bas i Storbritannien. Riskbedömning av graviditet saknas.
Syfte	Att analysera diskurser som är för hemförlossningar, på en online-diskussionsgrupp för gravida kvinnor med bas i Storbritannien, för att identifiera hur individer presenterar hemförlossningar som ett moraliskt ansvarstagande val.
Metod	Diskursivt tillvägagångssätt med Foucauldisk diskursanalys.
Kvalitetsbedömning	Medelhög kvalitet.

Författare/år	Bernard m.fl., 2014
Land	USA.
Urval	20 lågriskkvinnor som hade minst en sjukhusfödelse följt av en planerad hemförlossning.
Syfte	Att utforska varför kvinnor väljer en hemförlossning samt deras uppfattningar om sina förlossnings-erfarenheter.
Metod	Kvalitativ, deskriptiv design med fokusgrupper.
Kvalitetsbedömning	Medelhög kvalitet.

Fortsättning bilaga 5: Kvalitetsgranskning

Författare/år	Holten m.fl., 2018
Land	Nederländerna.
Urval	10 fall med kvinnor, partner och sjukvårdspersonal, där graviditeten var högrisk.
Syfte	Att utforska hur önskan om att föda utanför det vanliga hälsovårdssystemet diskuterades i samråd med gravida kvinnor och sjukvårdspersonal.
Metod	Grounded theory.
Kvalitetsbedömning	Hög kvalitet.
Författare/år	Murray-Davis m.fl., 2012
Land	Kanada.
Urval	34 lågriskkvinnor som var gravida och planerade en hemförlossning eller hade genomgått en hemförlossning under de två senaste åren.
Syfte	Att öka förståelsen för varför kanadensiska kvinnor väljer att föda hemma.
Metod	Grounded theory med semi-strukturella intervjuer.
Kvalitetsbedömning	Hög kvalitet.
Författare/år	Lee m.fl., 2016
Land	Storbritannien.
Urval	26 gravida kvinnor med högre graviditetsrelaterade riskfaktorer än normalt där 50% planerade att föda på sjukhus och 50% planerade att föda hemma.
Syfte	Att undersöka besluten rörande val av födelseplats bland en grupp kvinnor med högriskgraviditeter, där hälften planerade hemförlossning trots medicinsk avrådan.
Metod	Kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer.
Kvalitetsbedömning	Medelhög kvalitet.
Författare/år	Borrelli m.fl., 2017
Land	Storbritannien.
Urval	14 gravida förstfödorskor med lågriskgraviditeter som väntade ett (1) barn.
Syfte	Att utforska förstfödorskors förväntningar samt faktorer som påverkar deras val av plats för förlossning.
Metod	Kvalitativ Straussisk grounded theory med semi-strukturella intervjuer.
Kvalitetsbedömning	Hög kvalitet.

Bilaga 6 - Dataanalys

Författare	Varför väljer kvinnor i höginkomstländer att föda hemma?	Underkategori	Tema
Woog (2017)	<ul style="list-style-type: none"> Förlossningen något naturligt. Ha kontroll. Att få skapa den rätta födelsemiljön och atmosfären. Tillit till barnmorskan. 	<ul style="list-style-type: none"> Ostörd förlossningsrytm. Personlig miljö och egna val Känslan av att styra. En etablerad relation. 	<ul style="list-style-type: none"> Att se förlossningen som en naturlig process. Att skapa sin egen förlossningsmiljö. Att ha kontroll. Att känna sin barnmorska.
Coxon m.fl., (2014)	<ul style="list-style-type: none"> Kontroll över sin förlossning. Undvika sjukhuset och dess interventioner. Kontroll över sin omgivning. Vara på välkänd plats med välkända vårdgivare. 	<ul style="list-style-type: none"> Känslan av att styra. Sjukhuset som institution. Personlig miljö och egna val. En etablerad relation. 	<ul style="list-style-type: none"> Att se förlossningen som en naturlig process. Att skapa sin egen förlossningsmiljö. Att ha kontroll. Att känna sin barnmorska.
Brailey m.fl., (2015)	<ul style="list-style-type: none"> Tidigare erfarenhet av förlossning på sjukhus. Barnmorskans och partners stöd. Kontroll över omgivningen. Att få skapa en speciell plats att föda på. Säkerhet. 	<ul style="list-style-type: none"> Att undvika objektifiering av den födande. Sjukhuset som institution. En etablerad relation. Barnmorskan som influens. Familjen närvarande. Känslan av att styra. Personlig miljö och egna val. 	<ul style="list-style-type: none"> Att se förlossningen som en naturlig process. Att undvika sjukhuset. Att skapa sin egen förlossningsmiljö. Att ha kontroll. Att känna sin barnmorska.
Ashley & Weaver (2012)	<ul style="list-style-type: none"> Barnmorskans stöd. Ha etablerat en relation. Kontroll över sin omgivning. Förlossningen som en normal process. Sjukhuset som en institution. 	<ul style="list-style-type: none"> En etablerad relation. Känslan av att styra. Ostörd förlossningsrytm. Sjukhuset som institution. Att undvika objektifiering av den födande. 	<ul style="list-style-type: none"> Att känna sin barnmorska. Att ha kontroll. Att se förlossningen som en naturlig process. Att undvika sjukhuset.
Fage-Butler (2017)	<ul style="list-style-type: none"> Sjukhusförlossning objektifierade kvinnan. Undvika interventioner. Empowerment, Autonomi och kvinnans tro på sin egen kropp. Personlig vård. Samma barnmorska under hela förlossningen. 	<ul style="list-style-type: none"> Att undvika objektifiering av den födande. Undvika interventioner. Tilltro till den egna kroppen. Kvinnornas förväntningar på hemmabarnmorskan. 	<ul style="list-style-type: none"> Att undvika sjukhuset. Att se förlossningen som en naturlig process. Att känna sin barnmorska.

Fortsättning bilaga 6: Dataanalys

Författare	Varför väljer kvinnor i höginkomstländer att föda hemma?	Underkategori	Tema
Merg & Carmoney (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Frihet, egna val. • Respekt från barnmorskan, etablerat en relation under graviditeten. • Förlossning som en helande process. • Förlossningen som något naturligt, med så lite interventioner som möjligt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personlig miljö och egna val. • Barnmorskan som influens. • En helande upplevelse. • Ostörd förlossningsrytm. • Undvika interventioner. 	<ul style="list-style-type: none"> • Att skapa sin egen förlossningsmiljö. • Att känna sin barnmorska. • Att ha kontroll. • Att se förlossningen som en naturlig process.
Bernard m.fl., (2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Egna val. • Empowerment. • Hemförlossning som en helande process. • Att få föda i sin hemmiljö med familj och barnmorska som kvinnan skapat en relation till. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personlig miljö och egna val. • En helande upplevelse. • Familjen närvarande. • En etablerad relation. • Kvinnornas förväntningar på hemmabarnmorskan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Att skapa sin egen förlossningsmiljö. • Att ha kontroll. • Att känna sin barnmorska.
Holten m.fl., (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatiska sjukhusförlossningar med förlorad autonomi. • En god relation till barnmorskan. • Sjukhuset kändes som ett osäkert ställe att föda på. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sjukhuset som institution. • Att undvika objektifiering av den födande. • En etablerad relation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Att undvika sjukhuset. • Att känna sin barnmorska.
Murray-Davis m.fl.,(2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Tron på födsel som en naturlig händelse. • Hemmet som en betryggande förlossningsmiljö. • Att ha kontroll. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ostörd förlossningsrytm. • Tilltro till sin egen kropp. • Personlig miljö och egna val. • Känslan av att styra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Att se förlossningen som en naturlig process. • Att skapa sin egen förlossningsmiljö. • Att ha kontroll.
Lee m.fl.,(2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Hemförlossning det säkraste alternativet, utan interventioner. • Hemmet som en trygghet. • Känslan av att ha kontroll hemma. • Födandet något naturligt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ostörd förlossningsrytm. • Tilltro till sin egen kropp. • Undvika interventioner. • Känslan av att styra. • Personlig miljö och egna val. 	<ul style="list-style-type: none"> • Att se förlossningen som en naturlig process. • Att ha kontroll. • Att skapa sin egen förlossningsmiljö.

Fortsättning bilaga 6: Dataanalys

Författare	Varför väljer kvinnor i höginkomstländer att föda hemma?	Underkategori	Tema
Borrelli m.fl., (2017)	<ul style="list-style-type: none">• Födandet som en naturlig process.• Omgivningen.• Tillit till barnmorskan.• Inga interventioner.• Relationen till barnmorskan.• Hemmet sågs som det säkraste stället att föda på.	<ul style="list-style-type: none">• Ostörd förlossningsrytm.• Undvika interventioner.• Tilltro till sin egen kropp.• En etablerad relation.• Personlig miljö och egna val.	<ul style="list-style-type: none">• Att se förlossningen som en naturlig process.• Att känna sin barnmorska.• Att skapa sin egen förlossningsmiljö.