



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Barnmorskors tankar och upplevelser kring planerade hemförlossningar

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Josefin Jönsson
Malin Perstenius

Handledare: Margaretha Danerek

Magisteruppsats

Januari 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Barnmorskors tankar och upplevelser kring planerade hemförlossningar

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Josefin Jönsson
Malin Perstenius

Handledare: Margaretha Danerek

Magisteruppsats

Januari 2014

Abstrakt

Att föda hemma är ett kontroversiellt ämne och organisationer som stödjer planerade hemförlossningar arbetar för att det ska bli en valfri möjlighet för varje kvinna. Syftet var att undersöka barnmorskors tankar och upplevelser kring planerade hemförlossningar. En kvalitativ metod med induktiv ansats användes där elva barnmorskor intervjuades och materialet bearbetades med innehållsanalys. I resultatet framkom tre kategorier; Hemmet som plats för barnafödande, Att arbeta med hemförlossningar och Attityder kring hemförlossning. Att assistera vid en hemförlossning innebar att stödja paret som valt att föda hemma samt vaka över det normala förlossningsförloppet. Arbetet ledde både till personlig och professionell utveckling. Barnmorskorna blev ifrågasatta i många avseenden och upplevde både nyfikenhet och brist på kunskap från omgivningen. Mer forskning inom området behövs för att få ett vidare perspektiv på hemförlossning som ett alternativ inom svensk förlossningsvård.

Nyckelord

Barnmorska, planerad hemförlossning, upplevelse

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	3
Definition av planerad hemförlossning	3
Hemförlossning ur ett internationellt perspektiv	3
Förekomst av hemförlossningar i Norden	4
Förekomst av hemförlossningar i Sverige	5
Varför kvinnor väljer att föda hemma	6
Barnmorskans professionella ansvar och kompetens	6
Organisering och handläggning	7
Selektion av kvinnor	7
Barnmorskans riktlinjer	8
Barnmorskans utrustning	8
Teoretisk utgångspunkt	9
Tidigare forskning kring hemförlossning	9
Syfte	10
Författarnas förförståelse	10
Metod	11
Urval av undersökningsgrupp	11
Genomförande av datainsamling	11
Genomförande av databearbetning	12
Etisk avvägning	12
Resultat	14
Hemmet som plats för barnafödande	14
Kontinuiteten och relationen till paret	15
Samspel och stöd	15
Att arbeta i en ostörd miljö	16
Att övervaka en hemförlossning	16
Att arbeta med hemförlossningar	17
Att stödja det normala förlossningsförloppet	17
Att utvecklas som barnmorska	18
Att ha beredskap	19
Behovet av en organisation för hemförlossningar	19
Attityder kring hemförlossning	20
Att bli ifrågasatt	20
Omgivningens nyfikenhet och brist på kunskap	21
Diskussion	22
Diskussion av vald metod	22
Diskussion av framtaget resultat	24
Slutsats	28
Implikationer	29
Referenser	30
Bilaga 1 (2): Intervjuguide	33
Bilaga 2 (2): Analysschema	34

Problembeskrivning

De flesta kvinnor i höginkomstländer idag väljer att föda barn på sjukhus (Hildingsson, Waldenström & Rådestad, 2003). I Sverige för drygt hundra år sedan var det däremot en självklarhet att friska kvinnor med en normal graviditet födde sina barn i hemmet (Wisselgren, 2005). Idag är valet att föda hemma en kamp för många kvinnor och det finns organisationer som arbetar för att kvinnorna som önskar föda hemma ska få möjligheten att välja detta (Föreningen Föda Hemma, <http://www.fodahemma.org>). Att själv kunna ta ansvar för sin förlossning och därmed sin förlossningsupplevelse är ett skäl till att kvinnor vill föda barn hemma istället för på sjukhus (Hildingsson, Waldenström & Rådestad, 2003). För andra kvinnor ses förlossningsförloppet som ett kritiskt skede förknippat med risker och barnafödande på något annat ställe än sjukhus känns otänkbart (Wisselgren, 2005). Steen (2012) nämner att sjukhusmiljön kan kännas trygg och säker för många barnmorskor eftersom de där jobbar nära obstetriker och barnläkare. Fler och fler barnmorskor anser dock att det leder till att den normala och naturliga födseln mer övergår till att vara medicinskt inriktad och därmed frångår barnmorskans filosofi att stödja det normala förlossningsförloppet (ibid.). Enligt World Health Organization [WHO] (1996) är målet med vård i samband med förlossning att mamma och barn ska må bra med så få interventioner som möjligt men ändå med hög säkerhet. Det ska finnas en tydlig motivering och indikation till varför det naturliga förlossningsförloppet frångås (ibid.). Hemförlossning är ett kontroversiellt och omdebatterat ämne som inte ryms inom förlossningsvårdens ramar i Sverige. Ett fåtal barnmorskor i Sverige är engagerade kring och arbetar med planerade hemförlossningar och studier om deras upplevelser är få. Det är viktigt att belysa deras tankar och upplevelser för att öka förståelsen kring arbetet med planerade hemförlossningar och på så vis lyfta kvinnans fria val av plats för barnafödande.

Bakgrund

Definition av planerad hemförlossning

Med planerad hemförlossning menas en förlossning som under graviditeten planeras ske i hemmet och som startar spontant hemma med värkar eller vattenavgång (Lindgren, 2008). För att öka läsbarheten benämns begreppet enbart ”hemförlossning” framöver i föreliggande studie men avser att hemförlossningen är planerad enligt ovanstående definition.

Hemförlossning ur ett internationellt perspektiv

De allra flesta barn i världen föds i hemmet (Waldenström, 2007). Låginkomstländer står för den största andelen hemförlossningar, där mer än hälften av alla barn föds i hemmet (Lindgren, 2008). Kvinnor från låginkomstländer har dock inte samma möjlighet att välja var de vill föda utan många gånger är förlossning i hemmet det enda alternativet (Lindgren, 2008; WHO, 1996). Enligt WHO (1996) bör en kvinna föda där hon känner sig trygg och där nödvändig omvårdnad kan ges. Förlossningen kan antingen ske på sjukhus, på mindre födelsekliniker eller i hemmet (ibid.). Möjligheten för kvinnor att välja hemförlossning varierar beroende på vilket land de bor i (MacDorman, Mathews & Declercq, 2012). I USA är hemförlossningar ovanliga men verkar vara på uppgång. Under 1990-talet och fram till 2004 minskade antalet hemförlossningar i USA för att sedan, fram till 2009, öka från 0,5 % till 0,72 %, vilket är en ökning med 29 % och motsvarar 29 650 födselar (ibid.). Liknande utveckling ses i Australien, där antalet hemförlossningar uppgavs vara 1345 under år 2010, en ökning med 56 % jämfört med året innan vilket motsvarar 0,5 % av alla födselar i landet (Homebirth Australia [HBA], 2013).

Det ser väldigt olika ut i Europas länder gällande antalet hemförlossningar och hur det accepteras av såväl barnmorskor som i allmänhet. Holland är ett av få höginkomstländer där hemförlossningar fortfarande uppmuntras och accepteras för friska, gravida kvinnor (Borquez & Wiegers, 2006). Två unika egenskaper i det holländska obstetriska systemet är det stora antalet hemförlossningar och den relativt låga graden av medicinska interventioner. Så många som 31,8 % av de holländska kvinnorna väljer att föda hemma (ibid.).

I England får friska kvinnor som haft en normal graviditet möjlighet att göra ett informerat val om de vill föda hemma eller på sjukhus (Lindgren, 2008). Majoriteten väljer dock att föda barn på sjukhus (ibid.). Enligt Beech (2012) var 2,8 % av alla förlossningar i England år 2008 planerade hemförlossningar och i Skottland var motsvarande siffra 1,5 %. Estland är ett av Europas länder där barnmorskor är förbjudna att närvara vid en hemförlossning (Lindgren, 2008). Många estländska kvinnor väljer därför att föda hemma utan assistans från en barnmorska (ibid.).

Förekomst av hemförlossningar i Norden

I Nordens länder förekommer hemförlossningar i liten omfattning (Lindgren, 2008). Danmark är det land i Norden med flest hemförlossningar där nästan 2 % av alla förlossningar sker i hemmet. Danska kvinnor har möjlighet att söka sig till sjukhusens förlossningsavdelningar och där få kontakt med en barnmorska som assisterar kvinnan i hemmet när det är dags att föda. Barnmorskorna i Danmark kan vara privatpraktiserande och erbjuda både mödravård och assistans vid planerade hemförlossningar (ibid.). I Finland är antalet aktivt arbetande hemförlossningsbarnmorskor väldigt få (Viisainen, Gissler, Räikkönen, Perälä & Hemminki, 1998). Mindre än 1 på 1000 förlossningar i Finland sker i hemmet (Lindgren, 2008; Viisainen et al., 1998) och planeras oftast genom en muntlig överenskommelse mellan barnmorskan och de blivande föräldrarna under graviditeten (Viisainen et al., 1998). Även i Norge finns ett begränsat antal barnmorskor som är engagerade i hemförlossningar (Blix, 2011). Av alla förlossningar i Norge, är ungefär 0,3 % planerade att ske i hemmet, vilket motsvarar ungefär 200 förlossningar om året. De norska kvinnorna kan, genom att söka på olika webbplatser på internet, få kontakt med barnmorskor som är villiga att assistera vid en hemförlossning (ibid.). Ett system i Norge med så kallad ”förlossningspeng” gör att den gravida kvinna ekonomiskt kan ersätta en barnmorska som kommer till hemmet och assisterar vid förlossningen (Lindgren, 2008).

Förekomst av hemförlossningar i Sverige

I Sverige, i slutet av 1800-talet, förlöstes i princip alla svenska kvinnor i hemmet (Lindgren, 2009). Under 1900-talets början skedde en förändring i samhället och redan på 1940-talet var sjukhusfödslar majoritet i Sverige. Sverige var dessutom ledande i världen med en sådan utveckling (ibid.). Sedan 1990-talet har antalet hemförlossningar i Sverige legat mellan 100-200 per år, i genomsnitt 1 på 1000 förlossningar (Waldenström, 2007; Lindgren, 2008; Lindgren, Rådestad, Christensson, Wally-Byström & Hildingsson, 2010). De osäkra siffrorna beror, enligt Lindgren (2008) på flera faktorer. En hemförlossning som avslutats på sjukhus räknas som sjukhusförlossning vid registrering i medicinska födelseregistret (MFR). Det förekommer även att kvinnor föder utan barnmorska vilket leder till att rapportering till MFR uteblir. Dessutom blir hemförlossningen registrerad som en sjukhusförlossning om barnmorskan som assisterar vid hemförlossningen använder journalblad som är stämplade med sjukhusets kod (ibid.).

Hemförlossningar ingår inte i det svenska hälso-och sjukvårdssystemet (Lindgren et al., 2010). Fram till år 2005 fanns en författning i socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 1990:22) gällande ”Allmänna råd vid hemförlossning”. Författningen klargjorde att en kvinna som genomgått en normal graviditet och förväntades ha en komplikationsfri förlossning kunde välja att föda hemma med en barnmorska närvarande (ibid.). Den borttagna författningen har ännu inte ersatts av någon annan skrift (SOSFS 2005:14). Idag är det upp till varje landsting att avgöra om de bekostar hemförlossningar (Mirsch, 2010). En kvinna som önskar att föda hemma får därför i de allra flesta fall själv stå för kostnaden (ibid.). I juni 2002 tog Stockholms läns landsting ett beslut som innebär att de kvinnor i Stockholm som uppfyller nämndens kriterier har rätt till ekonomisk ersättning för barnmorskekostnader vid en hemförlossning (Wiklund, Lindvall & Andreen Sachs, 2003). Ansökan om ersättning bedöms utifrån olika kriterier bland annat gällande kvinnans obstetriska anamnes och den aktuella graviditeten (Waldenström, 2007; Wiklund et al., 2003).

Alla svenska kvinnor som önskar föda hemma kan vända sig till den ideella organisationen, föreningen Föda Hemma, för att komma i kontakt med barnmorskor som är engagerade kring hemförlossningar (Lindgren, 2008). De aktiva hemförlossningsbarnmorskorna är ojämnt fördelade i landet och i flera län finns det inga barnmorskor som assisterar vid hemförlossningar (ibid.).

Det pågår en debatt i Skåne-regionen kring hemförlossningar. På ett sjukhus i nordvästra Skåne har hemförlossningsbarnmorskorna förlorat sitt stöd sedan 15 år från sjukhusledningen vilket fråntar dem deras autonomi och omöjliggör deras arbete kring hemförlossningar (Li Thies Lagergren, barnmorska, personlig kommunikation, 2 maj 2013). Barnmorskor i Sverige saknar förskrivningsrätt för läkemedel, till exempel Konakion och Oxytocin, som behövs för att bedriva hemförlossningsverksamhet i privat regi. Tidigare tillhandahölls nödvändiga läkemedel med mera från sjukhuset men sedan ledningen inte längre står bakom hemförlossningsverksamheten kan barnmorskorna inte heller tillmötesgå och hjälpa de kvinnor som önskar att föda hemma (ibid.).

Varför kvinnor väljer att föda hemma

I en amerikansk studie (Boucher, Bennett, McFarlin & Freeze, 2009), vars syfte var att undersöka varför amerikanska kvinnor väljer att föda hemma, uppgav kvinnorna att det valde hemförlossning till största del på grund av ett behov av trygghet. Andra anledningar som uppgavs var önskan att undvika onödiga medicinska interventioner, tidigare negativ sjukhuserfarenhet och en stark tro på sin egen förmåga att föda barn (ibid.). I en liknande kanadensisk studie (Murray-Davis et al., 2012) lyfte kvinnorna fram önskan om att ha familjen involverad i förlossningen som en av anledningarna till att de valde att föda hemma (ibid.). Även svenska kvinnor uppgav, i en studie av Sjöblom, Nordström och Edberg (2006), att en stark tro på kroppens förmåga att föda barn, en bevarad autonomi och möjligheten att välja vem man vill ska närvara på sina egna villkor var viktiga anledningar till varför de valde att föda hemma (ibid.). Att kvinnor upplever mer kontroll och känner sig mer bekväma i sin egen hemmiljö är ytterligare faktorer av stor betydelse för kvinnorna som väljer att föda hemma (Borquez & Wiegers, 2006; Boucher et al., 2009; Murray-Davis et al., 2012; Sjöblom et al., 2006).

Barnmorskans professionella ansvar och kompetens

Socialstyrelsen (2006) vill med dokumentet ”Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska” bidra till en god och säker vård genom att tydliggöra barnmorskans roll och professionella kompetens. Barnmorskeyrket ställer stora krav på förmåga till professionellt

ansvar, självständigt arbete och mångkulturellt kunnande. Vidare bör helhetssyn och etiskt förhållningssätt genomsyra barnmorskans samtliga kompetensområden. Detta innebär att barnmorskan bör utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn där stor hänsyn tas till varje kvinnas kunskap och erfarenhet och där kvinnan visas omsorg och möts med respekt (ibid.). Enligt ”Den internationella etiska koden för barnmorskor” (International Confederation of Midwives [ICM], 2008) bör barnmorskan dessutom stödja kvinnans rätt till ett informerat val samt möjliggöra för kvinnan att utöva sin rätt att aktivt delta i beslutsfattande kring sin vård.

Vid en hemförlossning handlar barnmorskan under samma professionella ansvar som vid en sjukhusförlossning (Lindgren, 2009). En del hemförlossningsbarnmorskor arbetar inom landstinget medan andra har ett eget företag för sin verksamhet (Lindgren, 2008). Utöver legitimationen finns inga särskilda krav för att bedriva verksamhet och arbeta med hemförlossningar (Lindgren, 2009).

Organisering och handläggning

Kriterierna för ersättning för en hemförlossning vid Stockholms läns landsting är utformade både för att minimera den medicinska risken och för att minska antalet hemförlossningar bland kvinnor med högre risk (Waldenström, 2007). Utöver de kriterier som vänder sig till den födande kvinnan, finns även kriterier kring handläggningen av förlossningen som vänder sig till barnmorskan (Waldenström, 2007; Wiklund et al., 2003).

Selektion av kvinnor

- Omfödelska med tidigare vaginal och okomplicerad förlossning.
- Normal graviditet enligt mödrahälsovårdens basprogram.
- Enkelbörd, huvudbjudning, fullgången tid och spontana värkar.
- Inga medicinska riskfaktorer i förlossningens början som bedöms kunna påverka förloppet.

- Kvinnan ska ha diskuterat risker med en förlossningsläkare vid närmsta förlossningsklinik (efter graviditetsvecka 35) och de ska tillsammans ha skrivit under en blankett.
- Transport till närmsta förlossningsklinik får ta högst 40 minuter (Waldenström, 2007).

Barnmorskans riktlinjer

- Två legitimerade barnmorskor ska delta i hemförlossningen oavsett tid på dygnet.
- Regionalt vårdprogram för normal förlossning ska följas och socialstyrelsens regelverk ska beaktas.
- Information om det nyfödda barnet ska delges en barnläkare och barnläkarundersökning ska ske 25-72 timmar postpartum.
- Det ska finnas en samverkan mellan hemförlossningsbarnmorska och närliggande förlossningsklinik genom att barnmorska lämnar skriftlig information om den planerade hemförlossningen före samtalet med förlossningsläkaren i vecka 35. Telefonkontakt tas med förlossningsavdelningen vid värkstart och vid genomförd hemförlossning.
- Dokumentering av förlossningsförloppet sker i journal och partogram som sedan skickas i kopia till chefläkare vid Beställarkontor Vård inom landstinget.
- Hemförlossningsrörelsen ska bedrivas inom officiellt registrerat bolag utan ekonomiska anmärkningar och med nödvändiga försäkringar.
- Faktura skickas till landstinget på avtalat belopp, ingen annan ersättning debiteras för förlossningen (Waldenström, 2007).

Barnmorskans utrustning

Med sig till en hemförlossning har barnmorskan ett tråstetoskop och en doptone för att kunna avlyssna fosterljud (Lindgren, 2009). Ett förlossningsset med material för suturering samt amniohook och kateteriseringsset ska också finnas. För att kontrollera och sköta mamma och barn har barnmorskan med sig sprutor, kanyler, perifer venkateter, tappningskateter, blodtrycksmätare, navelband, sterila dukar, måttband och våg. Vid eventuell suturering kan

lokalbedövning ges men utöver det används ingen farmakologisk smärtlindring vid en hemförlossning. Barnmorskan har dock med sig läkemedel för andra ändamål såsom livmoderssammandragande läkemedel och infusionsvätska (ibid.).

Teoretisk utgångspunkt

Halldorsdóttir och Karlsdóttir (2011) beskriver barnmorskans yrkesutövande som mångfasetterat. Deras modell utgår ifrån följande fem punkter som berör omvårdnaden kring kvinnan och hennes familj: professionell omvårdnad, professionell visdom, professionell kompetens, förmåga till mellanmänniska relationer och utveckling. Att barnmorskan ger adekvat information, ger emotionellt stöd och har ett aktivt lyssnande lyfts bland annat fram i punkten om professionell omvårdnad. Målet är att på bästa sätt möta parets individuella behov i så stor utsträckning som möjligt. Vidare nämns vikten av att barnmorskan arbetar evidensbaserat, inser sina begränsningar samt strävar efter att utvärdera och utveckla sin kompetens (ibid.). Modellen kan tänkas passa väl för barnmorskorna som arbetar med hemförlossningar där omvårdnaden är i fokus då de arbetar nära paret som valt att föda sitt barn hemma.

Tidigare forskning kring hemförlossning

Blix (2011) har i sin studie intervjuat 12 barnmorskor som arbetar med hemförlossningar. Barnmorskorna tillfrågades om faktorer som de ansåg stöttade det normala förlossningsförloppet och hur de upplevde sin roll i att stödja detta förlopp i hemmet. Barnmorskorna ansåg att en av deras viktigaste uppgifter under en hemförlossning var att förhindra störningsmoment för den födande kvinnan. Barnmorskorna beskrev att de ”stängde av” och var väldigt tysta under förlossningen. De upplevde dock att det var svårt att helt undvika störningsmoment, exempelvis när de avlyssnade fosterljud eller utförde en vaginalundersökning (ibid.). I en studie från Storbritannien (Floyd, 1995) besvarade 44 barnmorskor ett frågeformulär och därefter valdes 12 av dessa slumpmässigt ut för intervju. Alla var verksamma inom mödravården och erbjöd hemförlossning som ett alternativ. Barnmorskorna framhåller att det kan uppstå svårigheter då kvinnan har orealistiska krav, krav som inte känns säkra eller som helt går emot barnmorskans egen tro. De kände också att

de, trots att de önskade ge kvinnan full bestämmanderätt, bara kunde göra det när de själv hade full kontroll över situationen (ibid.).

I en undersökning av Royal College Of Midwives [RCM] (2011) besvarade 553 barnmorskor en enkät gällande tankar kring hemförlossningar. I resultatet framkom att barnmorskor som arbetade med hemförlossningar kunde uppleva negativa attityder både från omgivningen och från kollegor på sjukhuset (ibid.). Negativa attityder beskrevs även i en kvantitativ studie av Vedam et al. (2012) där 451 barnmorskor, 245 obstetriker och 139 familjeläkare deltog. Bland annat hade de olika yrkeskategorierna olika uppfattning huruvida en hemförlossning var ett säkert alternativ (ibid.). I studien av Floyd (1995) lyfter barnmorskorna fram ett bristande stöd vid en hemförlossning och att det kunde leda till en känsla av isolering. Generellt sett upplevdes allmänläkare inte stödja hemförlossningar (ibid.). I en kvantitativ studie av Vedam, Stoll, White, Aaker och Schummers (2009) besvarade 1893 barnmorskor en enkät om deras egna och andras attityder kring hemförlossning. Det framkom att barnmorskorna hade en mer positiv inställning till hemförlossningar ju mer de hade kommit i kontakt med det.

Barnmorskornas upplevelser är viktiga att lyfta fram i arbetet för hemförlossning som ett accepterat alternativ. Att belysa ämnet kan vara till gagn för de kvinnor som önskar föda hemma genom att deras rätt att välja lyfts fram. En djupare förståelse kring arbetet med hemförlossningar kan även vara till nytta för annan vårdpersonal som kommer i kontakt med kvinnor som önskar att föda hemma.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka barnmorskors tankar och upplevelser kring planerade hemförlossningar.

Författarnas förförståelse

Författarnas förförståelse grundar sig i erfarenhet av att handlägga förlossningar på sjukhus under verksamhetsförlagd utbildning inom barnmorskeprogrammet. Erfarenhet av att ha deltagit vid en hemförlossning saknas.

Metod

Aktuell studie har utförts som en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Målet med en kvalitativ forskningsintervju är att få informanternas beskrivningar av sin upplevda livsvärld i syfte att tolka innebörden av det som beskrivs (Kvale & Brinkmann, 2009). Induktiv ansats innebär att textanalysen sker förutsättningslöst (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Urval av undersökningsgrupp

Legitimerade barnmorskor med erfarenhet av hemförlossningar tillfrågades om att delta i studien. Via föreningen Föda Hemmas hemsida (<http://www.fodahemma.org>) erhöles namn och kontaktuppgifter till majoriteten av informanterna. Ytterligare namn och kontaktuppgifter till andra barnmorskor erhöles sedan genom några av de andra informanterna, så kallad snow ball sampling (Polit & Beck, 2013). I första hand tillfrågades barnmorskor i Skåne-regionen för att underlätta datainsamling genom personlig kontakt. Då antalet hemförlossningsbarnmorskor i landet är få ville författarna inte begränsa urvalet med andra inklusionskriterier och riskera att inte nå tillräckligt många informanter varför även barnmorskor som i nuläget inte aktivt arbetar med hemförlossningar inkluderades i studien.

Genomförande av datainsamling

Ett informationsbrev inklusive samtyckesblankett skickades via mail till varje tilltänkt informant. Författarna använde sig av öppen intervjuteknik och inledde varje intervju med att be barnmorskan ”Berätta om sina upplevelser kring planerade hemförlossningar”. Till sin hjälp hade författarna en intervjuguide med tre teman (Bilaga 1). Författarna försökte följa upp informanternas reflektioner med beskrivande följdfrågor av typen ”Hur kände du då?”, ”Hur upplevde du det?”, ”Berätta mer om det” (Polit & Beck, 2013). Intervjuerna genomfördes efter överenskommelse om tid och plats med varje informant utifrån deras önskemål. Åtta intervjuer utfördes på informanternas respektive arbetsplats, en tog plats i barnmorskans eget hem och två genomfördes på institutionen för hälsa, vård och samhälle, Lunds universitet. Författarna genomförde tre intervjuer gemensamt samt fyra intervjuer var

för sig. Intervjuerna spelades in med hjälp av röstmemon på mobiltelefonen och varade mellan 20-40 minuter.

Genomförande av databearbetning

Intervjuerna har transkriberats och analyserats med hjälp av innehållsanalys enligt Burnard, Gill, Stewart, Treasure och Chadwick (2008). Metoden fokuserar på tolkning av texter och beskrivning av variationer. Likheter och skillnader i textinnehållet uttrycks som kategorier och underkategorier (ibid.). Författarna transkriberade alla sina egna genomförda intervjuer samt en av den andres intervjuer. Materialet lästes sedan för att finna meningsbärande enheter, så kallad öppen kodning. Varje intervju lästes då igenom och noteringar gjordes för att summera vad varje stycke uttryckte. En gemensam öppen kodning gjordes på en av intervjuerna och därefter gjordes öppen kodning på en annan intervju var för sig för att sedan jämföra resultatet. Därefter gjordes öppen kodning på varandras intervjuer så att båda författarna gavs möjlighet att lära känna samtliga texter. Alla meningsbärande enheter har sedan samlats ihop och en reducering har gjorts genom att dubletter tagits bort. En slutlig kodning gjordes, där koder som liknade eller överlappade varandra grupperades. Slutligen sammanställdes kategorier och underkategorier (för analyschema se Bilaga 2). Författarna har fortlöpande under analysprocessen gång diskuterat de tolkningar som gjorts och resonerat sig fram till eniga beslut.

Etisk avvägning

Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA], 2013) utgör ett grundläggande dokument för forskning som involverar människor. Då det är forskarens uppgift att värna om undersökningspersonens välmående har hänsyn tagits till informanternas hälsa, värdighet, integritet, självbestämmanderätt och privatliv (ibid.). Författarna har även tagit de fyra grundläggande etiska principerna i beaktande; autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen (Forskningsetisk policy och organisation i Sverige, 2003).

Människor som ingår i forskning ska informeras om forskningen och sin medverkan och sedan fritt få välja om de önskar delta, så kallat informerat samtycke (CODEX, 2013). Forskaren ska informera på ett sätt så att alla kan förstå och samtycket ska dokumenteras och vara preciserat till viss forskning (ibid.). Ett informationsbrev skickades till tilltänkta deltagare där kort bakgrundsinformation, typ av studie och syfte presenterades. Både i informationsbrevet och på samtyckesblanketten har det tydligt framgått att deltagandet i studien varit frivilligt och att studien kunde avbrytas när som helst utan att orsak behövde uppges. Tio informanter gav sitt skriftliga samtycke i samband med att intervjun genomfördes. En informant gav ett muntligt samtycke efter att ha erhållit information om att deltagandet var frivilligt för att vid ett senare tillfälle skriva under samtyckesblanketten.

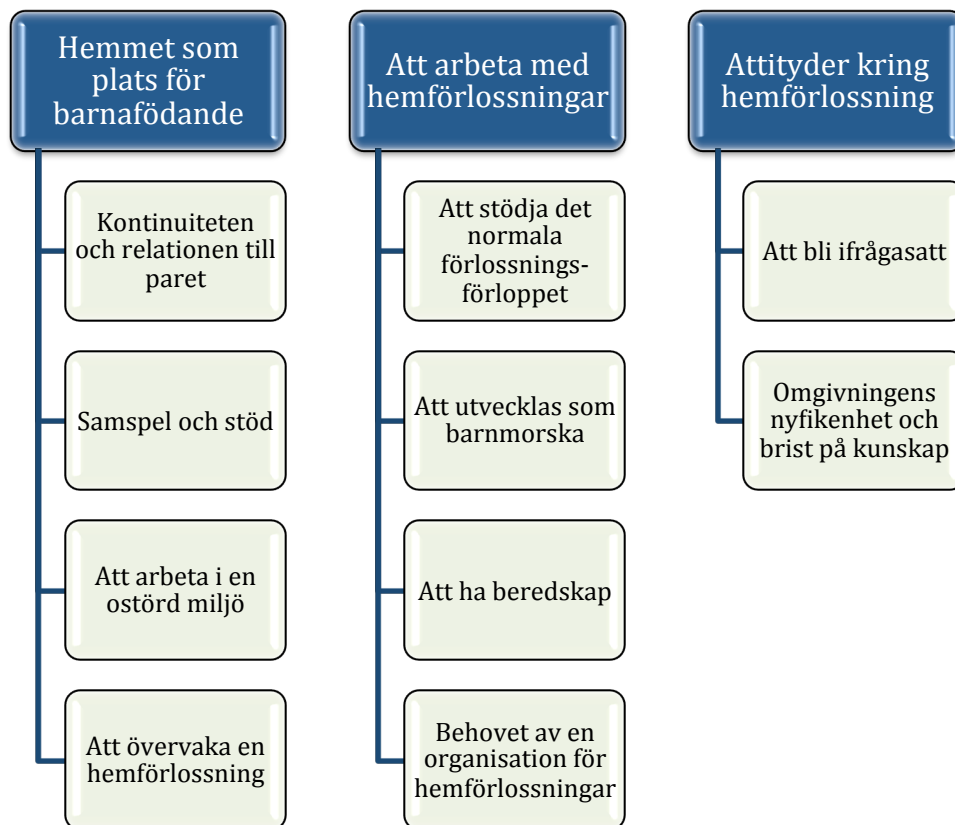
För att ta rättvisepincipen i beaktande har författarna haft som målsättning att behandla alla lika, oavsett bakgrund och erfarenhet. Alla barnmorskor med erfarenhet kring hemförlossningar i Skåne-regionen tillfrågades att delta i studien. För att informanterna skulle känna sig trygga och för att främja deras autonomi fick de själv välja tid och plats för intervjun. Intervjuerna har genomförts i avskildhet med hänsyn till personens integritet och frågor har ställts öppet, utan någon påförd press att behöva svara. Insamlat material har kodats fortlöpande och förvarats säkert och inlåst, utan tillgänglighet för obehöriga. Resultatet redovisas så att varje enskild informant inte kan identifieras. Författarna har för avsikt att destruera insamlat material efter avslutad studie.

För att tillämpa principen att inte skada har eventuella risker och vinster begrundats. Enligt Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013) ska vinsterna med forskningen vara större än riskerna. En vinst kunde vara att ges möjlighet att få ventilera och sätta ord på sina tankar och upplevelser då de barnmorskor som arbetar med hemförlossningar är en liten grupp som sällan lyfts fram och kommer till tals. Vidare kunde vinsten vara att de gavs möjlighet att reflektera över sin arbetssituation. Inga risker för barnmorskorna kunde förutses.

Forskning får bara godkännas om den kan utföras med respekt för människovärdet. Grundläggande friheter och mänskliga rättigheter ska alltid tas i beaktande (CODEX, 2013). Vårdvetenskapliga etiknämnden, VEN, har gett ett rådgivande yttrande (diarienummer 68-13) angående studien där inga invändningar framfördes. Tillstånd inhämtades från programdirektören vid Lunds universitet innan studien påbörjade

Resultat

Efter att materialet analyserats framkom tre kategorier och tio underkategorier (Figur 1).



Figur 1. Kategorier och underkategorier om barnmorskans tankar och upplevelser kring hemförlossningar.

Hemmet som plats för barnafödande

Relationen till kvinnan och paret ansågs vara betydelsefull. Barnmorskorna beskrev hur det kändes att assistera vid en förlossning i någons hem och hur arbetssättet och övervakningsprocessen skiljde sig jämfört med på sjukhus. En hemförlossning tog plats i en lugn och ostörd miljö där det annorlunda samspelet med kvinnan och vikten av att stödja henne lyftes fram.

Kontinuiteten och relationen till paret

Att ha lärt känna kvinnan, hennes familj och hennes graviditet innan förlossningen ledde till en närmre och mer intim relation vilket upplevdes vara en stor vinst. Barnmorskorna blev färgade av parets kultur och kunde därför ta del av deras relation på ett annat sätt. Det var också positivt att ha pratat igenom kvinnans egna önskemål och funderingar inför den kommande hemförlossningen. Under beredskapsveckorna höll barnmorskan kontakt med kvinnan via mail, sms eller telefonsamtal för att höra hur det gick för henne och för att ”peppa” och svara på eventuella frågor. Att arbeta med hemförlossningar innebar att vara gäst i någons hem. Det upplevdes vara positivt att komma hem till kvinnorna istället för att kvinnorna kom till barnmorskans arbetsplats. Det var viktigt att både barnmorskan och kvinnan kunde vara öppna mot varandra och förmedla om något inte kändes rätt.

”... egentligen tycker jag nog att rummet är mindre viktigt än relationen... Så jag brukar säga det ibland att man kan lika gärna va i en källarskrubb nånstans bara du har rätt människor omkring dig...” (intervju 8).

”... att man ska känna sin barnmorska, att det ska finnas en kontinuitet och att man ska skapa en relation. Det är det som hemförlossning är på nåt sätt” (intervju 4).

Samspel och stöd

Att stödja kvinnan och vaka över det normala förlossningsförloppet lyftes fram som en central del kring en hemförlossning. Det kändes bra att kunna stödja och guida kvinnan att föda så som hon önskade samt att vaka över förloppet och se till att kvinnan inte behövde oroa sig. Kvinnorna upplevdes behöva olika mycket stöd och barnmorskorna kunde ibland förhålla sig passiva så länge förloppet var normalt. Det var viktigt att kunna anpassa sig och känna efter vad kvinnan och paret ville samt att vara lyhörd för kvinnans signaler och stärka kvinnan utifrån hennes behov. Närvaron var viktig och betryggande och det var upplyftande att se kvinnan få den förlossningen hon önskat och att kunna stödja henne i det.

”Det är ju mycket mer att vara lyhörd för vad kvinnan vill. Vill hon vara för sig själv och man bara är i huset som en trygghet eller hon behöver jättemycket stöd...” (intervju 10).

Att bara ha fokus på en kvinna lyftes fram som en stor skillnad till att samspelet blev annorlunda i hemmet. Likaså att barnmorskorna arbetade tillsammans två och två vid en hemförlossning. Kvinnorna som föder hemma kunde anses få lyxvård. Att assistera under en hemförlossning innebar att vara mycket mer följsam mot kvinnan – det fanns ett samspel mellan kvinnan och barnmorskan men det var kvinnan som fick styra. Barnmorskerollen beskrevs därför vara mer underordnad i hemmet.

”Man har bara fokus på henne. Ingen telefon som ringer, inga kollegor, inga andra krav, verkligen one-to-one care” (intervju 10).

Att arbeta i en ostörd miljö

Upplevelser kring att assistera vid en hemförlossning jämfördes med att förlösa en kvinna på sjukhus. En hemförlossning innebar nästan alltid ett ostört förlopp där barnmorskan kunde hålla sig mer i bakgrunden och tilläts vara mer avvaktande och detta ansågs för det mesta leda till en normal förlossning. Det var en annan verklighet i hemmet med färre krav och utan bestämda PM och rutiner. I hemmet var det lugnt och stillsamt med färre störningsmoment och interventioner. En härlig känsla upplevdes av att få assistera vid en förlossning i en ostörd miljö där kvinnan kände sig som mest trygg. Det var en speciell stämning och en mer hemtrevlig miljö vid en förlossning i hemmet. Ingen stress upplevdes och tiden kunde utnyttjas på ett annat sätt.

” ... jag upplever att det är så mycket lugnare och det är inte styrt av klockan på samma sätt” (intervju 6).

” ... jag är mycket mer avvaktande hemma... saker som jag kanske hade gjort mycket snabbare på avdelningen gör jag inte lika fort hemma och det är för att det finns tid” (intervju 1).

Att övervaka en hemförlossning

Det var viktigt att vaka över förlossningsförloppet, ha kunskap kring patologi och reagera då något avvek från det normala. Vidare lyftes vikten av att inse sina begränsningar fram. Det

gick inte att vela och tveka utan aktiva val gjordes snabbare i hemmet. Ibland upplevdes dock svårigheter att veta var gränsen för det normala går. Undersökningar utfördes i princip på samma sätt som på sjukhus fast utan tekniska apparater. Barnmorskorna hade lärt sig att använda andra verktyg i hemmet och bland annat blivit mer vana att lyssna på barnets hjärtljud med trästetoskop. Det var inte så stor skillnad att assistera vid en förlossning i hemmet eftersom barnmorskorna var vana vid att jobba lågteknologiskt. Det var viktigt att paret förstod att det var barnmorskans bedömning som låg till grund för ett beslut om att avsluta förlossningen på sjukhus. Paret var tvunget att vara införstådd med det annars kunde det inte leda till ett samarbete. Det var viktigt att våga avbryta hemförlossningen för att åka in till sjukhus och det fick inte ligga någon prestige i det. Någon gång skulle barnmorskan velat försöka lite till i hemmet men ansåg sig sakna de rätta resurserna. Oro fanns över att inte få hjälp när de väl behövde åka in på sjukhus.

”För att du ska kunna vara en duktig barnmorska som bistår hemma så måste du förstå när du inte ska ha hemförlossning och du måste förstå när du ska reagera och inte lägga någon prestige i det överhuvudtaget...” (intervju 11).

Att arbeta med hemförlossningar

Arbetet med hemförlossningar gav uttryck för tankar och upplevelser kring att närvara vid ett barns födelse i hemmet och hur det speglar det normala förlossningsförloppet. Arbetet påverkade barnmorskan, både i hennes yrkesroll och på ett personligt plan, och många tankar gick till den bristande organisationen kring hemförlossningar.

Att stödja det normala förlossningsförloppet

Barnafödande upplevdes som en naturlig och normal livshändelse – en del av livet som blev enklare med så få interventioner som möjligt. Att assistera vid en hemförlossning var en naturlig del i arbetet som barnmorska och kunde beskrivas som ”barnmorskeriets” kärna. En hemförlossning var som en balans mellan barnmorskans professionella kunskap och kvinnans förmåga att föda. Att föda hemma hade alltid setts som ett alternativ där barnmorskan ansågs vara i ett sammanhang där barnmorskan får vara det hon är utbildad till. Under förutsättning

att graviditeten var normal ansågs hemmet vara den absolut bästa platsen för en kvinna att föda barn på.

”...att vara en barnmorska som jobbar med familjer som har planerat att föda sitt barn hemma är för mig nog det mest ”barnmorskeri” man kan göra” (intervju 1).

Arbetet med hemförlossningar och att stödja det normala förlossningsförloppet var fantastiskt, roligt och häftigt. Det var härligt att få ta del av en händelse som handlar om liv och känslor, det kunde uttryckas som höjden av lycka. Att vara barnmorska och assistera vid en hemförlossning kändes tryggt och lugnt och innebar att vara där och då i situationen. En viss spänning eller nervositet beskrevs över att vara på väg hem till en kvinna utan att veta vad som väntade, dock släppte nervositeten när barnmorskan väl anlände och möttes av kvinnan som utstrålade lugn och trygghet i sitt val att föda hemma. Sammanfattningsvis var upplevelserna mestadels positiva och hade lett till många roliga minnen även om det också kunde vara jättetufft med långa och jobbiga hemförlossningar.

”...man följer den normala processen. Tron på den. Och den här känslan när det föds ett barn hemma och det är så lugnt och så harmoniskt...det är så här det ska va” (intervju 3).

Att utvecklas som barnmorska

Att arbeta med hemförlossningar gav en styrka att se det normala kring barnafödande. Det framkom att barnmorskorna använde mycket mer av sin kunskap vid en hemförlossning. Barnmorskorna var tvungna att tro på sig själv och sin kunskap i en större utsträckning och de tog ett större ansvar vilket gjorde att de växte som barnmorskor. Att arbeta med hemförlossningar var en ständig läroprocess där varje nytt möte med en kvinna var stimulerande. Det var givande att se vilken kraft kvinnan hade och hur kvinnans omgivning och inställning påverkade förlossningen. Det var lärorikt att bara vara närvarande och observera kvinnan vilket inte alltid behövde innefatta verbal kommunikation. Erfarenhet av att arbeta utomlands med hemförlossningar var ett viktigt steg i barnmorskans utveckling då det gav trygghet och mer ”kött på benen”.

”...det stärker mig väldigt mycket som människa och barnmorska att få vara med om hemförlossningar...” (intervju 4).

”...jag har cirka 3000 förlossningar bakom mig och jag kan nästan säga att de 100 kvinnorna [hemförlossningarna] har lärt mig mer än mycket annat” (intervju 11).

Att ha beredskap

Arbetet med hemförlossningar innebar att ha beredskap vilket gjorde det svårt att planera sitt privatliv samt ledde till att barnmorskan fick stå över vissa saker. Beredskapen var något barnmorskan lärde sig att leva med men till en början kunde det upplevas som stressigt i väntan på att personsökaren skulle ringa. Det fanns en oro över att inte kunna assistera vid en hemförlossning på grund av att det skulle krocka med ordinarie arbetstid, speciellt vid heltidsarbete på den ordinarie arbetsplatsen. Det framkom dock att kvinnorna ofta födde på de dagar då barnmorskorna hade möjlighet att assistera.

”Och man har ju också ett liv, vissa saker som man planerar att göra som är svårt att inte göra, som semester, någon stor födelsedag eller sådana saker” (intervju 4).

Behovet av en organisation för hemförlossningar

En tro på att alla kvinnor har rätt till stöd oavsett vart de väljer att föda barn var en drivande kraft hos barnmorskorna. Det framhölls att all sjukvård borde bedrivas på lika villkor och att de kvinnor som önskar föda hemma borde få bästa möjliga vård. Barnmorskorna kämpade för att hemförlossning ska bli en kostnadsfri rättighet för alla kvinnor. De menade att en organisation kring hemförlossning skulle vara ett sätt att säkerställa att kvinnor får professionell hjälp i hemmet och inte tar risken att föda hemma utan stöd från en barnmorska. Att assistera kvinnor som föder hemma kunde upplevas som en skyldighet samtidigt som motsatsen också påpekades vilket sattes i relation till att socialstyrelsen plockat bort författningen kring hemförlossning. Det propagerades inte för hemförlossning utan att föda hemma ansågs helt och hållet vara kvinnans eget val. Vikten av att kvinnor som önskar föda hemma själv måste vara aktiva i kampen för hemförlossning som ett alternativ lyftes fram.

Det ansågs vara dåligt att hemförlossning inte ryms inom den skattefinansierade vården. Organisationen kring hemförlossningar i Stockholm lyftes fram som välfungerande och det fanns en frustration över att det inte fungerar likadant i hela landet. Avsaknaden av en organisation upplevdes som bedrövligt och skapade ilska och besvikelse. Det uttrycktes både tveksamhet och hoppfullhet kring huruvida hemförlossning kommer bli ett organiserat alternativ inom svensk förlossningsvård i framtiden.

”Alltså det är ju helt bedrövligt det här att vi ska jobba vid sidan om och att kvinnor ska betala själva och sånt. Det tycker jag är jättesynd....att de barnmorskor som vill hålla på med det kan få hålla på med det och att det ska ingå i det offentliga...” (intervju 8).

Attityder kring hemförlossning

Känslan av att bli ifrågasatta på olika vis var förenat med arbetet kring hemförlossningar. Några i barnmorskornas omgivning var nyfikna och kunde uttrycka positiva åsikter. Andra ansåg att det var oansvarigt att arbeta med hemförlossningar vilket barnmorskorna till viss del ansåg grundade sig i rädsla och okunskap.

Att bli ifrågasatt

Hemförlossningar ansågs väcka mycket tankar och funderingar i allmänhet och det var synd att hemförlossning är ett så laddat och tabubelagt ämne. En attitydförändring genom åren har dock gjort att ämnet inte upplevs lika uppseendeväckande idag. Det fanns en egen personlig attitydförändring, från att själv ha varit skeptisk och ifrågasättande huruvida hemförlossning var ett säkert alternativ till en beskriven aha-upplevelse om hur hemmet är den bästa platsen för en frisk kvinna med en normal graviditet att föda barn på. Att vara barnmorska och arbeta med hemförlossningar innebar att mötas av både positiva och negativa åsikter kring sitt arbete. Det upplevdes olika grad av stöd från omgivning men känslan av att bli ifrågasatta på olika vis var genomgående. Säkerheten kring hemförlossningar var ifrågasatt och arbetet innebar att mötas av mycket rädsla och orättvisa från andra yrkeskategorier och beslutsfattare. De uppgav att de ofta möttes av en skeptisk omgivning samt att deras kompetens ifrågasattes och att deras arbete med hemförlossningar ansågs oansvarigt och idiotiskt. Både bra och

dåligt bemötande och omhändertagande från sjukhuspersonal beskrevs då en hemförlossning var tvungen att avslutas på sjukhus. Det kunde upplevas som en besvikelse och ett nederlag att inte kunna hjälpa kvinnan helt ut med det hon verkligen önskade. Att bli ifrågasatt kändes sorgligt och det var ibland svårt att handskas med andras åsikter och släppa andras kommentarer.

”...vi blev betraktade som något som katten hade släpat in bakvägen, vi va inte vatten värda kan jag säga...vi va svikare eller vad vi nu va för nånting” (intervju 11).

”Sen finns det den andra sidan också som tycker att det är fantastiskt och spännande och roligt...så det väcker mycket känslor det här med hemförlossningar” (intervju 9).

Omgivningens nyfikenhet och brist på kunskap

Barnmorskorna var ibland öppna med sitt arbete kring hemförlossningar och ibland valde de att ligga lågt med det på sin arbetsplats. Öppenheten grundade sig i ett hopp om att om ämnet diskuteras blir det tillslut inte lika främmande. Det konstaterades att det inte pratas om hemförlossning som ett alternativ med blivande föräldrar och då det nämndes i en föräldragrupp i mödrahälsovården upplevdes det provocerande. Det var inte sällan barnmorskorna möttes av frågor kring huruvida det är tillåtet att föda hemma och det upplevda motståndet ansågs många gånger grunda sig i brist på kunskap. De upplevde att omgivningen inte är påläst och att de uttrycker åsikter utan att ha belägg för det. Det framkom en upplevd frustration som grundade sig i att beslutsfattarna generellt är rädda för att det blir många hemförlossningar om det blir ett alternativ och att de av olika anledningar inte vill befatta sig med forskning och statistik kring ämnet. Den närvaro och det stöd som en barnmorska kan erbjuda tas inte i beaktande utan åsikterna kring hemförlossning baseras många gånger på att en kvinna, vilken som helst, föder hemma utan stöd från barnmorska. Det fanns också mycket nyfikenhet i omgivningen och kollegorna kunde uttrycka att det kanske skulle vara spännande att följa med på en hemförlossning. Andra ville inte befatta sig med det men en del kunde ändå ha en accepterande inställning.

”...jag har mer upplevt att människor säger saker och ting som de inte har underlag för” (intervju 9).

”Vi [alla kursare från barnmorskeutbildningen] berättade lite grann om vad vi höll på med och så berättade jag att jag hade haft en hemförlossning. Det blev alldeles tyst och sen började folk prata om nåt annat. Ingen var nyfiken på vad jag hade gjort för nånting, ingen frågade nånting” (intervju 2).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Utifrån studiens syfte, att undersöka barnmorskors tankar och upplevelser kring planerade hemförlossningar, var en kvalitativ metod att föredra (Polit & Beck, 2013). Den kvalitativa ansatsen valdes för att på bästa sätt ta del av informanternas upplevelser då en kvalitativ metod syftar till att försöka förstå hur människor tolkar och uppfattar sin omgivning (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Informanterna fick under intervjuerna möjlighet att tala fritt och reflektera över sina tankar och upplevelser kring ämnet. En svaghet i studien kan vara att författarna saknade tidigare erfarenhet av intervjumetodik. Författarna försökte upprätthålla metoden i största möjliga mån genom att endast styra informanterna då de ansågs frångå syftet. Vid de sista intervjuerna framkom inget nytt.

För att bedöma trovärdighet i kvalitativ forskning nämner Lundman och Hällgren Graneheim (2012) begreppen giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet. För att stärka trovärdigheten är det också viktigt att forskaren tar i beaktande hur hans eller hennes erfarenhet och förförståelse kan påverka analysen (ibid.).

Giltighet innebär att resultatet ska lyfta fram de karaktäristiska som anses typiska för det som var avsett att beskrivas (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). För att stärka resultatets giltighet har urvalet av informanter beskrivits och likaså har författarna valt informanter för att erhålla ett resultat som överensstämmer med syftet. Analysen har beskrivits med hjälp av en indelning i kategorier och underkategorier och citat har använts för att styrka resultatets giltighet. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) belyser också att kvalitativ

innehållsanalys syftar till att beskriva variationer. Att intervjua både män och kvinnor, ur olika åldersgrupper och med olika mycket erfarenhet leder till större variationer i upplevelser av det studerande fenomenet (ibid.). Författarna frågade aldrig om ålder, antal år informanterna arbetat med hemförlossningar eller hur stort antal födslar de assisterat vid i hemmet. Likaså deltog även de barnmorskor som inte längre arbetade aktivt med hemförlossningar.

Barnmorskorna i studien utgick i stort från två olika städer. Att barnmorskorna arbetade två och två tänker författarna till viss del lett till att de delar samma erfarenheter för att de vid något tillfälle troligtvis arbetat tillsammans. Däremot behöver det inte betyda att de delar samma upplevelser. Författarna kan tänka sig att en barnmorska som arbetar med hemförlossningar i Stockholm, där det finns en organisation, hade bidragit med tankar och upplevelser som skiljt sig i vissa avseenden. Huruvida barnmorskan i dagsläget arbetade aktivt med hemförlossningar föreföll inte ha någon betydelse för de kategorier som framkom i resultatet.

Genom att forskare noggrant beskriver sin analysprocess och verifierar sitt material och sina ställningstagande under processens gång ökar tillförlitligheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Författarna genomförde tre intervjuer gemensamt för att säkra att intervjuerna utfördes på samma sätt, resterande åtta intervjuer delades upp jämnt och utfördes var för sig. Materialet har analyserats både enskilt och gemensamt. Författarna har fortlöpande under analysarbetets gång diskuterat de olika tolkningar som gjorts, gått tillbaka till de transkriberade intervjuerna för att verifiera sammanhanget i de meningsbärande enheterna och reviderat kategorier och underkategorier efterhand. Denna konstanta reflektionsprocess har lett till en ökad stringens och därmed en ökad tillförlitlighet.

Överförbarhet handlar om huruvida resultatet är överförbart till andra grupper eller situationer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). En stor del av resultatet är troligtvis överförbart till andra barnmorskor som arbetar med hemförlossningar. Då informanterna inte representerar hela landets hemförlossningsbarnmorskor skulle resultatet eventuellt blivit mer rättvisande om barnmorskor som arbetar med hemförlossningar i andra delar av landet också hade deltagit i studien. Ett större antal intervjuer med större spridning runt om i landet hade därmed resulterat i en högre grad av överförbarhet.

Forskarens delaktighet visar på hur ”färgat” resultatet är av forskaren (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Intervjuare i kvalitativ forskning kan i viss mån ses vara medskapare av intervjumaterialet då det är svårt att bortse från den inverkan de har haft på materialet. Likaså utgör förförståelsen en viktig del i tolkningsprocessen (ibid.). Författarna har strävat efter att medvetandegöra den egna förförståelsen och reflektera över den så att studiens trovärdighet påverkas så lite som möjligt. Författarna saknar erfarenhet av att arbeta med hemförlossningar och ansåg att förförståelsen var högst begränsad. Som barnmorskestudenter fanns en medvetenhet om att hemförlossningar existerar. Forskning kring syftet för föreliggande studie var dock bristfällig och utöver det författarna tagit del av i bakgrundsmaterialet saknades kunskap kring ämnet.

Diskussion av framtaget resultat

Att vara närvarande och kunna ge den födande kvinnan sin totala uppmärksamhet var en central, viktig del i arbetet med hemförlossningar. Det behövde dock inte innebära att hela tiden vara aktiv tillsammans med kvinnan utan den passiva, avvaktande rollen beskrevs där det var viktigt att kunna anpassa sig och vara lyhörd för kvinnans signaler och olika behov av stöd. Enligt Blix (2011) ansågs en av hemförlossningsbarnmorskans viktigaste uppgift vara att undvika störningsmoment för den födande kvinnan. Det beskrevs som att barnmorskan ”stängde av” och var väldigt tyst. Barnmorskans närvaro gav kvinnan trygghet och det var viktigt att låta förlossningsförloppet ta tid. I likhet med föreliggande studie ansågs det också fördelaktigt att endast ha en kvinna i förlossningsarbete (ibid.). Haldórsdóttir och Karlsdóttir (2011) nämner *professionell omvårdnad* som en central del i sin barnmorskemodell och lyfter fram barnmorskans uppgift att stärka den födande kvinnan. En god barnmorska kan ses som en personlig vägledare som guidar kvinnan och hennes familj genom förlossningsförloppet där målet är att möta parets individuella behov i så stor utsträckning som möjligt (ibid.). Det är tydligt att en närvarande barnmorska vid större delen av en förlossning anses vara en trygghet för den födande kvinnan vilket är svårt att tillgodose för alla kvinnor i den svenska förlossningsvården idag.

En annorlunda relation till paret beskrevs vilket till stor del berodde på att barnmorskan lärt känna paret under graviditeten och att de fått uttrycka tankar och funderingar inför hemförlossningen. Kontinuiteten och relationen vid en hemförlossning ansågs vara

betydelsefull och relationen kunde beskrivas vara närmre och mer intim. Vikten av att ha träffat paret som valt att föda hemma innan framhölls även i studien av Blix (2011). Det ansågs ge tid till att skapa en relation och prata igenom specifika önskemål innan förlossningen samt diskutera partners roll i den kommande förlossningen. Likaså gav det barnmorskan möjlighet att förbereda sig på vem det var tänkt skulle närvara vid hemförlossningen till exempel släkt, vänner eller syskon till det kommande barnet (ibid.). Haldórsdóttir och Karlsdóttir (2011) lägger stor vikt vid *förmågan till mellanmänniska relationer* - att kunna kommunicera och utveckla ett partnerskap med den födande kvinnan och hennes familj. Barnmorskan ska vara flexibel i sin kommunikation och skapa en professionell intimitet så att kvinnan känner sig bekväm med att vara sig själv och kan uttrycka sig fritt under förlossningsförloppet (ibid.).

Att komma hem till kvinnan jämfört med att kvinnan kommer till sjukhus upplevdes positivt i föreliggande studie. Barnmorskorna beskrev det som att vara gäst i någons hem. En liknande känsla beskrev barnmorskorna i undersökningen från Storbritannien (RCM, 2011) där barnmorskorna framhäver entusiasmen över att assistera vid en förlossning i en hemmiljö och att hjälpa kvinnan att föda på hennes villkor (ibid.). Ett hem är en personlig sfär, omringad av integritet och fullt av liv på ett helt annat sätt än ett förlossningsrum på en avdelning på sjukhus. På sjukhusets kala väggar finns ingenting som berättar parets historia. Barnmorskorna kan tänkas känna en annan respekt för det och känslan av att vara gäst i hemmet kan vara det som gör att det faller sig naturligt att det blir kvinnan som styr och barnmorskan som intar en avvaktande roll. Hemmet är kvinnans territorium där barnmorskan bli inbjuden. På sjukhus är det rutin att kvinnan ringer och ber om "klartecken" för att sedan välkomnas in till förlossningen - redan där är maktbalansen annorlunda.

Att arbeta med hemförlossningar ansågs vara tryggt och lugnt. Arbetet var både roligt och stärkande men kunde också vara tufft och kännas nervöst innan förlossningsstarten. Barnmorskorna i studien av Floyd (1995) kände sig säkra och avslappnade vid en hemförlossning men upplevde även att det kunde vara stressigt. I likhet med resultatet i föreliggande studie ansågs arbetet med hemförlossningar var en ständig läroprocess och det krävdes en starkare tro på sig själv och sin kunskap. Att assistera vid en hemförlossning hjälpte barnmorskan att utveckla färdigheter och bli skicklig inom sitt område samt gav en känsla av professionellt ansvar. Erfarenheterna ledde till ett ökat självförtroende att stödja kvinnor i förlossningsarbete. Självförtroendet ansågs också öka om andra värdesatte

barnmorskan och hennes kunskaper (ibid.). Enligt Haldórsdóttir och Karlsdóttir (2011) ska barnmorskan ta ansvar för sin egen *utveckling*, både på ett personligt och på ett professionellt plan. Vikten av att utvärdera sig själv och sitt arbete framhävs och arbetet som barnmorska kan ses som ett livslångt lärande (ibid.). Det måste tas i beaktande att arbetsförhållandena för barnmorskorna kunde se olika ut och var mer eller mindre klargjorda i de olika studierna. Att arbeta som ensam barnmorska jämfört med att arbeta tillsammans med en annan barnmorska under en hemförlossning kan till exempel påverka hur de upplever sitt arbete. Likaså huruvida de arbetar inom en organisation där hemförlossning erbjuds som ett alternativ.

Att inse sina begränsningar och reagera då förlossningsförloppet avvek från det normala var viktigt. Det fick inte finnas någon prestige i att våga ta beslutet att avsluta en hemförlossning på sjukhus. Haldórsdóttir och Karlsdóttir (2011) belyser barnmorskans *professionella visdom* och framhäver att en barnmorska ska vara kritisk i sitt tänkande och arbeta evidensbaserat samt rådfråga annan profession då situationen kräver.

En allmän uppfattning var att barnmorskor inte pratade om hemförlossning som ett alternativ med blivande föräldrar. Barnmorskorna i föreliggande studie propagerade inte heller för hemförlossning utan att föda hemma ansågs vara kvinnans val. I undersökningen av RCM (2011) ansågs många kvinnor erhålla bristfällig information om hemförlossning och det ifrågasattes därför huruvida kvinnorna gavs möjlighet att fatta ett välinformerat beslut. Anledningen till att hemförlossning inte togs upp som ett alternativ kunde var ett bristande stöd från ledningen (ibid.). I studien av Vedam (2009) nämndes en rädsla över att inte kunna hantera akuta situationer i hemmet samt funderingar över vad andra kollegor skulle tycka som anledningar till att inte vilja erbjuda hemförlossning som ett alternativ. Barnmorskorna i undersökningen av RCM (2011) ansåg, till skillnad från föreliggande studie, att hemförlossning som alternativ borde marknadsföras mer (ibid.). Att marknadsföra eller propagera för hemförlossning behöver inte nödvändigtvis innebära att det inte är kvinnorna som slutligen väljer huruvida de vill föda hemma. Däremot kan det ses som att stödja kvinnans valfrihet.

Att ha getts möjlighet att delta vid en hemförlossning under sin barnmorskeutbildning lyfts fram som något positivt (Floyd, 1995; RCM, 2012; Vedam, 2009). Det var lärorikt att ha haft en handledare under utbildningen som förebild vid en hemförlossning (Floyd, 1995).

Barnmorskorna fick på så vis erfarenhet av hemförlossning samtidigt som de fick stöd av sin handledare (ibid.). Det framkom dock ett behov av kontinuerlig utbildning, bland annat att öva handlingsberedskap vid akuta situationer (Floyd, 1995; RCM 2012). Utbildning och information kring hemförlossningar upplevs bristande även i den svenska barnmorskeutbildningen och saknas helt i den verksamhetsförlagda utbildningen. Ämnet behöver avdramatiseras och barnmorskor behöver utbildas inom ämnet redan som studenter. Det beskrevs i föreliggande studie hur hemförlossningar kunde tänkas bli mindre skrämmande ju mer det pratas om det och det ligger något i det. Däremot kan barnmorskor inte förväntas hjälpa blivande föräldrar att fatta ett informativt beslut kring platsen för barnafödande utan att själv tro på att det som förmedlas är evidensbaserat. För att hemförlossning ska kunna ta plats i barnmorskeutbildningen krävs dock att det finns en etablerad organisation för hemförlossningar.

Motståndet kring hemförlossningar ansågs många gånger grunda sig i brist på kunskap. Åsikter och beslut kring hemförlossningar baserades inte på forskning och statistik och många gånger möttes barnmorskorna av åsikter som de ansåg saknade underlag. Detta framkommer också i undersökningen från Storbritannien (RCM, 2012). Det var svårt att inte uppleva något stöd kring sitt arbete. Bristen på stöd upplevdes inte vara evidensbaserad utan ansågs, utöver okunskap, bero på rädsla (ibid.). Att andra yrkeskategoriers och beslutsfattares åsikter grundar sig i rädsla framkom också i föreliggande studie. Den närvaro och det stöd som en barnmorska kan erbjuda togs inte i beaktande utan åsikterna kring hemförlossning kunde anses baseras på att kvinnor föder hemma utan stöd från barnmorska. I studien av Vedam (2012) framkommer också en bristande kunskap kring barnmorskans utrustning vid en hemförlossning vilket kunde ses som en anledning till den ifrågasättande säkerheten kring hemförlossningar.

I studien av Vedam (2012) ansåg både barnmorskorna och läkarna att deras syn på säkerheten vid en hemförlossning var evidensbaserad. Läkarna ansåg att det fanns evidensbaserad fakta som stöd för att det är säkrare att föda på sjukhus än hemma medan barnmorskorna i större utsträckning ansåg att det var lika säkert att föda hemma som på sjukhus (ibid.). Det råder onekligen delade meningar kring ämnet hemförlossning. Att det saknas erfarenhet kring hemförlossningar är klart. Ett fåtal barnmorskor i hela landet arbetar med det och ännu färre läkare är involverade. De gånger läkare blir involverade är dessutom oftast i samband med att förlossningen avviker från det normala vilket kan vara en anledning till att barnmorskor och

läkare har delade meningar angående säkerheten. Det kan också vara så att barnmorskor som arbetar inom mödravården inte nämner hemförlossning som ett alternativ då de själv är osäkra på sin ställning i frågan och anser sig sakna kunskap. Bristen på kunskap och erfarenhet kan tänkas bidra till att hemförlossning inte upplevs vara accepterat som alternativ inom svensk förlossningsvård.

Det framkom att hemförlossning i allmänhet väckte mycket tankar och funderingar och en känsla av att bli ifrågasatt lyftes fram. Barnmorskorna möttes av en skeptisk omgivning där deras kompetens ifrågasattes. I studien av Vedam (2012) framkom att andra yrkeskategorier, i detta fall familjeläkare och obstetiker, i stor utsträckning inte ansåg att barnmorskorna hade tillräckliga kunskaper att hantera akuta situationer i hemmet. Vidare lyfte barnmorskorna fram att de upplevde det obekvämt att konsultera läkare då en planerad hemförlossning behövde avslutas på sjukhus (ibid.). En känsla av att andra yrkeskategorier på sjukhus inte accepterade hemförlossningar ledde till att barnmorskan inte kände sig accepterad (Floyd, 1995). Då hemförlossningen avslutades på sjukhus kunde den medföljande barnmorskan uppleva att kollegorna inte var hjälpsamma och stödjande (RCM, 2012). I föreliggande studie beskrevs både bra och dåligt bemötande och omhändertagande från sjukhuspersonal då en hemförlossning var tvungen att avslutas på sjukhus. Hemförlossning upplevdes som ett tabubelagt ämne vilket barnmorskorna tyckte var synd. Att bli ifrågasatt var sorgligt och det var stundtals svårt att handskas med andras åsikter och möta andras kommentarer.

Slutsats

Det är betydelsefullt att ha lärt känna kvinnan och hennes familj under graviditeten och att bara ha fokus på en kvinna under förlossningen. Att arbeta med hemförlossningar innebar ett annat samspel med kvinnan där barnmorskan upplevde att hon var gäst i kvinnans hem. Stödet till kvinnan är viktigt och det gäller att vara lyhörd och tolka kvinnans signaler för att kunna guida och stötta henne på bästa sätt. I hemmet är förlossningsförloppet mer ostört och tillåts ta mer tid, barnmorskan håller sig mer i bakgrunden och har en mer avvaktande roll. Det är viktigt att ha kunskap om det normala förlossningsförloppet för att kunna reagera snabbt när någonting avviker. Barnmorskorna anser att de använder mycket mer kunskap vid en hemförlossning och att de utvecklas både på ett personligt och ett professionellt plan. Det

finns ett stort engagemang från barnmorskorna i föreliggande studie och de anser att arbetet med hemförlossningar är roligt och stimulerande. Barnmorskorna möts både av positiva och negativa attityder från sin omgivning och de anser att andras åsikter inte alltid är evidensbaserade utan grundar sig i rädsla och okunskap. Det finns en önskan om en organisation kring hemförlossningar som fungerar likadant i hela landet.

Implikationer

Ett steg inom förlossningsvården skulle kunna vara att belysa erfarenheter av att arbeta inom en organisation som stödjer hemförlossning för att få ett vidare perspektiv på hemförlossning som ett alternativ. En intervjustudie med hemförlossningsbarnmorskor som arbetar i Stockholm, där det finns en organisation, hade varit betydelsefullt för att få en uppfattning om hur de upplever sitt arbete med hemförlossningar. Likaså vore en kvantitativ, nationell studie som undersöker hur hemförlossningsbarnmorskor generellt ser på sitt arbete av intresse. Exempelvis skulle det kunna utföras genom att använda en befintlig enkät eller att en ny utformas med hjälp av resultatet i föreliggande studie. Avslutningsvis vore kvalitativa studier som undersöker både barnmorskors och andra yrkeskategoriers kunskaper och inställning till hemförlossning betydelsefullt för att förstå vad deras åsikter baseras på.

Referenser

Beech, B. (2012). *The benefits of home birth: evidence of safety, effectiveness and women's experience*. Association for improvements, in the maternity services [AIMS].

Blix, E. (2011). Avoiding disturbance: Midwifery practice in home birth settings in Norway. *Midwifery*, 27, 687-692.

Borquez, H. A., & Wiegers, T. A. (2006). A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. *Midwifery*, 22, 339-347.

Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B., & Freeze, R. (2009). Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54, 119-126.

Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204, 429-432.

CODEX - regler och riktlinjer för forskning. (2013). *Forskning som involverar människan*. Hämtad 2013-12-22 från <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>

Floyd, L. (1995). Community midwives' views and experience of home birth. *Midwifery*, 11, 3-10.

Forskningsetisk policy och organisation i Sverige. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Uppsala: Almqvist & Wiksell.

Halldórsdóttir, S., & Karlsdóttir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25, 806-817.

Hildingsson I., Waldenström U., & Rådestad I. (2003). Swedish women's interest in homebirth and in-hospital birth center care. *Birth*, 30, 11-22.

Homebirth Australia [HBA]. (2013). Australian homebirth statistics. Hämtad 2013-04-04 från <http://homebirthaustralia.org/statistics>

International Confederation of Midwives [ICM]. (2008). *International code of ethics for midwives*. Glasgow: International Confederation of Midwives.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lindgren, H. (2008). *Hemförlossningar i Sverige 1992-2005, förlossningsutfall och kvinnors erfarenheter* (Doktorsavhandling, Stockholm, Karolinska Institutet). Hämtad 2013-04-02 från <http://publications.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/39049/thesis.pdf?sequence=1>

- Lindgren, H. (2009). Hemförlossning. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (3:e uppl.) (ss. 292-298). Lund: Studentlitteratur.
- Lindgren, H., Rådestad, I., Christensson, K., Wally-Byström, K., & Hildingsson, I. (2010). Perception of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth. *Midwifery*, 26, 163-172.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2a uppl) (ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- MacDorman, M. F., Mathews, T. J., & Declercq, E. (2012). *Home births in the united states, 1990-2009*. U.S. Department of Health and Human Services – National Center for Health Statistics. Hämtad 2013-04-04 från <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db84.pdf>
- Mirsch, H. (2010). Vill föda hemma men får betala själv. *Vårdförbundet*. Hämtad 2013-04-05 från <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2010/7/Vill-foda-hemma--men-far-betala-sjalv/>
- Murray-Davis, B., McNiven, P., McDonald, H., Malott, A., Elarar, L., & Hutton, E. (2012). Why home birth? A qualitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces. *Midwifery*, 28, 576-581.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Royal College Of Midwives [RCM]. (2011). *The Royal College of Midwives Survey of Midwives' current thinking about home birth*. London: RCM
- Sjöblom, I., Nordström, B., & Edberg, A.-K. (2006). A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery*, 22, 348-355.
- Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2013-04-23 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf
- SOSFS 1990:22. *Socialstyrelsens allmänna råd om hemförlossning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2005:14. *Socialstyrelsens föreskrifter om upphävande av vissa föreskrifter och allmänna råd m.m. på hälso- och sjukvårdens område*. Hämtad 2013-04-25 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-14>
- Steen, M. (2012). *Supporting women to give birth at home – a practical guide for midwives*. London & New York: Routledge.
- Vedam, S., Stoll, K., White, S., Aaker, J., & Schummers, L. (2009). Nurse-Midwives' experiences with planned home birth: Impact on attitudes and practice. *Birth*, 36, 274-282.

Vedam, S., Schummers, L., Stoll, K., Rogers, J., Klein, M., Fairbrother, N., ... Kaczorowski, J. (2012). The Canadian Birth Place Study: Describing maternity practice and providers' exposure to home birth. *Midwifery*, 28, 600-608.

Viisainen, K., Gissler, M., Räikkönen, O., Perälä, M. L., & Hemminki, E. (1998). Interest in alternative birth settings in Finland. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 77, 729-735.

Waldenström, U. (2007). *Föda barn – från naturligt till högteknologiskt*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Wiklund, I., Lindvall, K., & Andreen Sachs, M. (2003). Stockholms läns landsting betalar hemförlossning i vissa fall. *Läkartidningen*, 100, 4272-4277.

Wisselgren, M. (2005). *Att föda barn – från privat till offentlig angelägenhet. Förlossningsvårdens institutionalisering i Sundsvall 1900-1930* (Doktorandavhandling, Umeå universitet, Department of historical studies). Hämtad 2013-04-05 från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:143898/FULLTEXT01.pdf>

World Health Organization [WHO]. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: Department of reproductive health & research, WHO.

World Medical Association [WMA]. (2013). *Declaration of helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. Fortaleza: 64th WMA General Assembly.

Bilaga 1 (2): Intervjuguide

Inledning:

Berätta om dina upplevelser kring planerade hemförlossningar.

Teman:

- Hemförlossningsbarnmorskans viktigaste uppgift
- Skillnader i att förlösa hemma och på sjukhus
- Attityder och bemötande kring hemförlossning

Bilaga 2 (2): Analysschema

Kategorier	Underkategorier	Kod	Citat
Hemmet som plats för barnafödande	Kontinuiteten och relationen till paret	Nästan daglig kontakt för att höra hur det går för kvinnan	<i>“Då har du ju nästan daglig kontakt och hör hur det är liksom... Har du börjat få värkar, hur känns det liksom?” (intervju 5)</i>
	Samspel och stöd	Behöver inte vara hos kvinnan hela tiden	<i>“Det är inte alltid så att man måste vara hos kvinnan hela tiden... en del vill att man är där jättemycket... andra vill sköta sig själv...” (intervju 3)</i>
	Att arbeta i en ostörd miljö	Att få ta del av ett ostört förlopp	<i>” ... vilken situation som helst där saker och ting har ett förlopp som inte blir stört, så är det härligt att bara få vara i det” ... (intervju 4)</i>
	Att övervaka en hemförlossning	Avviker det från det normala åker vi in	<i>“Skulle vi anse att det här avviker från det normala så är det ju vi som bestämmer liksom om ni måste åka in eller inte” (intervju 5)</i>
Att arbeta med hemförlossningar	Att stödja det normala förlossningsförloppet	En upplevelse på brädgolvet när barnet föddes	<i>...” det var ju jättehäftigt, vilken upplevelse där på brädgolvet när ungen bara kom” ... (intervju 8)</i>
	Att utvecklas som barnmorska	Använder mer kunskap vid hemförlossning	<i>...” jag får använda mycket mer av min kunskap vid en hemförlossning, mycket, mycket mer” ... (intervju 4)</i>
	Att ha beredskap	Hemförlossning tar tid	<i>“... hemförlossningar tar ju rätt mycket tid eftersom man har beredskap tre veckor innan och två veckor efter” ... (intervju 9)</i>
	Behovet av en organisation för hemförlossningar	Kvinnor som vill föda hemma bör få bästa möjliga vård	<i>“Vi kan inte blunda för att det finns dem kvinnorna som vill och de ska... jag tycker att dem ska få bästa möjliga vård” (intervju 10)</i>
Attityder kring hemförlossning	Att bli ifrågasatt	Ifrågasatt hur jag vågar	<i>” ... hur vågar du det, tänk om det och det händer, tänk om hon börjar blöda... alltså det är mycket tänk om” (intervju 3)</i>
	Omgivningens nyfikenhet och brist på kunskap	Många undrar om man får föda hemma	<i>” ... nu har jag haft en hemförlossning och då blir dem liksom, va får man föda barn hemma”? (intervju 5)</i>

Bilaga 2: Analysschemat visar kategorier och underkategorier samt exempel på koder och citat.