



MEDICINSKA
FAKULTETEN

Kvinnors intresse av planerad hemfödsel i Sverige
En kvantitativ enkätstudie

Women's interest in planned home birth in Sweden
A quantitative questionnaire study

Författare: Elin Engman & Paula Beltrán Rivera

Handledare: Li Thies-Lagergren

Magisteruppsats
Våren 2024

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund

Forskning från olika delar av världen visar att kvinnors val av födelseplats påverkas av en mängd faktorer, inklusive sociodemografiska faktorer, kulturella preferenser och tillgänglighet till vårdresurser. World Health Organization betonar kvinnors rätt till stöd, säker förlossning och möjligheten att välja födelseplats. Idag finns inte den möjligheten för alla svenska kvinnor då hemförlossningar inte generellt sätt är implementerade i den svenska förlossningsvården. Tillförlitlig statistik saknas även som kartlägger efterfrågan på hemfödslar.

Syfte

Syftet var att undersöka kvinnors intresse för att föda planerat hemma med legitimerad barnmorska i Sverige.

Metod

En enkätundersökning med kvantitativ ansats. Tvärsnittsstudie med en konsekutiv urvalsstrategi. Frågeformulär skickades ut via sociala medier, Instagram och Facebook. Data bearbetades och analyserades i statistikprogrammet SPSS. Analyserna gjorde både deskriptivt och jämförande med χ^2 -test, z-test och multivariabel logistisk regression.

Resultat

Av 1780 kvinnor som besvarade enkäten skulle 1283 (72,1%) kunna tänka sig att föda hemma. Ålder, utbildningsnivå, födelseland och civilstånd var påverkande faktorer. Av de kvinnor som skulle kunna tänka sig att föda hemma var det 878 (68,4%) som ansåg att det var en förutsättning att det skulle vara kostnadsfritt. Över 90% ansåg att de främsta anledningarna till att vilja föda hemma är en känsla av trygghet, kunna bestämma över sin födsel, tillit till födelseprocessen, viljan av att föda ostört, följsamhet av en känd barnmorska, möjligheten att bestämma över vem som får vara med, känslan av säkerhet, känsla av kontroll och önskan att föda fysiologiskt.

Konklusion

Om planerad hemfödelse var integrerat i dagens svenska förlossningsvård, visar denna studie att fler kvinnor skulle välja att föda hemma.

Nyckelord: Planerad hemfödsel, kostnadsfri hemfödsel, sociodemografiska faktorer, kvinnors val, kvinnors rättigheter, sociala medier

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	6
Hemfödslar historiskt i Sverige.....	6
Planerade hemfödslar i Sverige.....	6
Möjligheter att föda hemma i Sverige.....	7
Hemfödslar globalt.....	7
Säkerhet vid hemfödslar.....	8
Barnmorskans roll och kompetensområde	9
Teoretisk referensram	10
Barnmorskans perspektiv på hemfödslar	10
Kvinnors upplevelse av hemfödslar	11
Syfte	12
Specifika frågeställningar	12
Metod	12
Design	12
Urval	12
Instrument	13
Datainsamling	13
Analys av data.....	13
Forskningsetiska avvägningar.....	14
Resultat.....	15
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion.....	24
Konklusion & implikationer.....	27
Referenser.....	28
Bilaga 1 (2).....	34
Bilaga 2 (2).....	40

Problemområde

Att föda hemma innebär att kvinnan väljer att föda sitt barn i hemmet med stöd av en barnmorska i stället för på förlossningsavdelning (Lindgren, 2022). I en svensk kontext är planerade hemfödslar inte ett erbjudande från den offentliga vården. Detta innebär att kvinnor som önskar att föda hemma generellt sätt måste organisera och planera samt betala för det på egen hand eller genom att använda privata vårdalternativ (Föda hemma, 2021). Enligt en undersökning av Hildingsson et al. (2003) där 3283 kvinnor deltog önskade 1% att föda hemma. Det skiljer sig från Danmark och Island där det är mer vanligt förekommande med hemfödslar och även finansierat av staten (Lindgren, 2022). För närvarande i Sverige kostar en hemfödelse med privata barnmorskor cirka 20 000 - 50 000 kr vilket blir en ekonomisk fråga för den födande (Birth in Harmony, u.å; Egen barnmorska, 2023; Barnmorsketeamet, 2020). Grundläggande rättigheter för kvinnor är att ha friheten att välja var de vill föda sina barn (World Health Organization [WHO], 2018). För att kvinnor ska kunna ta kontroll över sin förlossningsupplevelse är det viktigt att de har tillgång till information om olika alternativ (Lindgren, 2022). Det kan vara utmanande för barnmorskor inom mödravården att ge information om olika alternativ för födelseplats, särskilt om det är beroende av den födandes ekonomiska förutsättningar. Denna situation kan anses vara etiskt problematisk, eftersom valet av födelseplats bör vara baserat på individens preferenser och behov, inte på deras ekonomiska resurser. Detta resulterar i att Patientlagen (2014) inte kan beaktas och att barnmorskor inte kan tillgodose kvinnors val av födelseplats. I nuläget finns det ingen statistik eller aktuell forskning kring intresset av hemfödslar i Sverige. Det finns därför ett behov av ny forskning för att vi ska kunna tillgodose kvinnors önskan om födelseplats.

Bakgrund

Hemfödslar historiskt i Sverige

Under slutet av 1800-talet utgjorde hemfödslar över 90 procent av alla födslar (Lundgren, 2022). År 1940 föddes 35 procent av barnen hemma och 1950 hade andelen hemfödslar minskat till 5 procent. Distriktsbarnmorskan som tidigare var ansvarig för att bistå kvinnor vid hemfödslar ersattes på 1960-talet av mödravårdsbarnmorskor vilka inte längre bistod födslar. Detta ledde till att hemfödslar inte längre var ett alternativ inom offentlig vård i Sverige (Lundgren, 2022; SBF, 2011). Därefter har hemfödslar endast kunnat ske med privata barnmorskor. Förutom via Karolinska sjukhuset samt sjukhuset i Umeå där det är finansierat om särskilda kriterier uppnås (Ahl & Lundgren, 2018; Lindgren, et al. 2022). Normala födslar blev barnmorskans professionella område, men på grund av brist på dokumentation saknas det historiska dokument på komplikationsfria födslar i hemmet (Lundgren, 2022). Kunskapen om normala födslar vilka barnmorskor ägde och förmedlade blev i och med detta en *"tyst kunskap"* (Svenska Barnmorskeförbundet [SBF], 2011).

Planerade hemfödslar i Sverige

Antalet kända planerade hemfödslar i Sverige uppgick år 2020 till 177 stycken, enligt en undersökning där hembarnmorskor kontaktats (Kajsa Åkesdotter, personlig kontakt, 2023-04-28). Totalt nekades 412 kvinnor att föda hemma under 2020 på grund av fullbokade hembarnmorskor. Det inkluderade inte kvinnor som nekats hemfödslar genom "Min barnmorska" då det var svårt att uppskatta antalet som önskat att föda hemma. Sedan 2016 till 2020 har antalet inofficiella hemfödslar ökat från 100 till 177 stycken. Detta motsvarar en procentuell ökning på 77% (Kajsa Åkesdotter, personlig kontakt, 2023-04-28).

Enligt Mikael Ohlin; statistiker, Socialstyrelsen (personlig kommunikation, 2 maj 2024) har medicinska födelseregistret lagt till en ny diagnoskod 2023 för planerade hemfödslar och födslar. Vilket genomslag de koderna har fått är svårt att säga, då statistiken ännu inte sammanställs. Det kommer även under våren komma en ny föreskrift för Medicinska födelseregistret som antagits och kommer träda i kraft under 2025. När statistiken har sammansatts kommer man få en bättre statistisk bild av hemförlossningarna i Sverige (Mikael Ohlin; statistiker, Socialstyrelsen, personlig kommunikation, 2 maj 2024).

Möjligheter att föda hemma i Sverige

Det finns olika projekt i Sverige såsom “*Min Barnmorska*” på Karolinska i Huddinge, där man tillämpar en kontinuitetsmodell (Karolinska Universitetssjukhuset, 2024). Det innebär att ett team av barnmorskor följer kvinnan ante- peri- och postnatalet. På grund av positiva resultat har “*Min barnmorska*” nu blivit ett etablerat vårdval. Av de kvinnor som ingår i modellen får 40 av de kvinnorna möjligheten att föda hemma med en barnmorska. Kvinnor som inkluderas för hemfödslar är friska omfödskor med tidigare normal födsel, att barnet ligger i huvudändläge och att graviditeten är fullgången (vecka 37+0 - 41+6) (Karolinska Universitetssjukhuset, 2024).

I Umeå finns också möjlighet att få en finansierad hemfödelse. De barnmorskor som bistår vid hemfödslar får ingen ersättning och det får inte göras på deras arbetstid på förlossningen utan måste ske på deras fritid (Föda hemma, 2021). Det är inte garanterat att få hjälp eller att kvinnan är känd med barnmorskan se tidigare när kvinnan kontaktar jouren av hemförlossningsgruppen vid födselns start. En förlossningsläkare ska ha utvärderat uppfyllda krav av liknande kriterier som för “*Min Barnmorska*” (Föda hemma, 2021).

Hemfödslar globalt

Enligt WHO (2018) har kvinnor rätt att själva välja var de vill föda samt ha tillgång till mödravård. I låginkomstländer sker 98% av de maternella dödsfallen på grund av bristande resurser, otillräcklig vård och bristande preventionsåtgärder mot livshotande obstetriska komplikationer (WHO, 2018). Vidare utgör det ett problem att det inte investeras tillräckligt i utbildning och utveckling för barnmorskor (Lindgren et al., 2022; Svenska Barnmorskeförbundet [SBF], 2022; WHO, 2018). Detta hindrar förbättringar av vårdkvaliteten för familjer, spädbarn och kvinnor (Lindgren et al., 2022; SBF, 2022; WHO, 2018).

En enkätstudie av Kitui et al. (2013) där 3977 kvinnor inkluderades, lyfts det fram faktorer som påverkar valet av födelseplats för kvinnor i Kenya. Kvinnor med högre socioekonomisk status och som bor i stadsområden var mer benägna att föda på sjukhus, medan de med lägre socioekonomisk status och de som bor på landsbygden var mer benägna att föda hemma (Kitui et al., 2013). Valet att föda hemma med barnmorska är i låginkomstländer enligt Abed Saeedi et al. (2013) och Kitui et al (2013) baserat på bristande förtroende för sjukhus och

vårdpersonal, inkluderat barnmorskor och läkare. Det framkom även att kvinnorna hade rädsla för onödiga medicinska ingrepp.

I Danmark och Island är hemfödslar finansierade av skattemedel och det finns tillgängliga riktlinjer för detta (Lindgren et al., 2014). I Norge står endast staten för delar av kostnaden (Hálfhánsdóttir et al., 2022). I Norge, Island och Sverige varierar tillgången till hembarnmorskor och möjligheten till hemfödslar geografiskt (Lindgren et al., 2014). Under 2018 födde 30/1,000 hemma i Danmark, 2020 födde 1/1,000 hemma i Finland, 26/1,000 på Island, 2/1,000 Norge och 0,13/1,000 i Sverige (Hálfhánsdóttir et al., 2022). I Nordirland får kvinnor också möjlighet till en subventionerad hemfödelse men det är inte alltid de informeras om att valmöjligheten finns (Gillen et al., 2023).

Enligt Socialstyrelsen (2023) visar kostnadsanalyser att planerad hemfödelse assisterade av barnmorska för gravida omfödelskor är likvärdig eller kostnadsmässigt lägre än planerad sjukhusförlossning. Detta stöds av Schroeder et al. (2012), som undersökte 64,538 kvinnor med låg risk för komplikationer före förlossningens början. Resultatet visar att planerade hemfödelskor för omfödelskor är det mest kostnadseffektiva alternativet. Även för förstfödelskor med låg risk bedöms planerade hemfödelskor sannolikt vara det mest kostnadseffektiva valet (Schroeder et al., 2012), vilket även en kohortstudie utförd i Nederländerna med 3455 låg risk-kvinnor visade (Hitzert et al., 2017).

Säkerhet vid hemfödelskor

Studier utförda i Storbritannien, Schweiz och Irland visar att barnmorskor inte alltid tillfrågar kvinnor kring deras val av födelseplats trots olika alternativ, så som hemfödelse och barnmorskeledda enheter (Brailey et al., 2015; Coxon et al., 2017; Gillen, et al., 2023). Detta till följd av åsikter kring risker och säkerhet vid födseln. Coxon et al. (2017) menar på att kvinnors val av födelseplats påverkas av bakgrund, värderingar och erfarenhet. Enligt två systematiska översikter och metaanalyser som inkluderat 16 studier från ca 500 000 avsedda hemförlossningar ifrågasätts säkerheten av sjukhusfödelskor för kvinnor med låg risk (Hutton et al, 2019; Reitsam et al., 2020). De antyder att bevisen för säkerheten vid hemfödelskor, som utförs av professionellt utbildade barnmorskor är övertygande (Hutton et al, 2019; Reitsam et al., 2020). Reitsam et al. (2020) jämförde utfallen bland kvinnor med låg risk som började förlossningen med planer att föda hemma med dem som planerade att föda på sjukhus. De

fann att de som planerade att föda hemma var mindre benägna att uppleva någon av de intrapartala interventioner som studerades (kejsarsnitt, instrumentell vaginal förlossning, epiduralanalgesi, episiotomi och oxytocinstimulering). De var också mindre benägna att drabbas av en grad 3 eller 4 sfinkter ruptur, maternell infektion eller postpartum blödning. Resultaten var jämförbara för omfödskor och i miljöer där vården var välintegrerad och mindre välintegrerad i hälsovårdssystemet. Bland de kvinnor som födde för första gången var liknande med undantag för grad 3 eller 4 rupturer, där ingen skillnad hittades mellan grupperna (Reitsam et al., 2020). Likaså visade en kohortstudie med datakoppling från Nederländerna, som inkluderade nästan en halv miljon födselar, att det inte fanns några skillnader varken för förstfödskor eller omfödskor i medicinsk säkerhet mellan hemfödslar och sjukhusfödslar (de Jonge et al., 2013).

En nederländsk enkätstudie undersökte val av födelseplats bland 550 kvinnor (van Haaren-ten Hake et al., 2012). Kvinnor som valde sjukhusfödslar var i regel äldre och hade högre inkomst. Deras huvudsakliga fokus låg på säkerhet och riskaspekterna kring födseln. De som önskat hemfödslar gjorde detta för känslan av autonomi och val att få vara i sin hemmamiljö (van Haaren-ten Hake et al., 2012), vilket även visas i en nordisk enkätstudie utförd av Thies-Lagergren et al. (2019). Det bekräftar även en engelsk prospektiv kohortstudie som granskade platsen för födande bland 16 840 hemfödslar (Birthplace in England Collaborative Group, 2011). Forskarna drog slutsatsen att planerade hemfödslar var ett medicinskt säkert alternativ för omfödskor utan medicinska riskfaktorer, och en något ökad risk för negativt utfall hos barn födda av förstfödskor (Birthplace in England Collaborative Group, 2011).

Barnmorskans roll och kompetensområde

Barnmorskors kompetensområde är reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Detta område utgör barnmorskans huvudsakliga fokus (SBF, 2019). Barnmorskan ska vara lyhörd för psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov hos vårdsökande kvinnor, oavsett deras omständigheter. Barnmorskan har en roll både i förebyggande hälsoarbete och i att vårda och behandla individer, både på individ- och samhällsnivå. Tillsammans med kvinnorna främjar barnmorskan den normala processen under graviditet och födsel. Barnmorskan ska ha förmåga att självständigt vårda och stödja kvinnor under normala graviditeter och födselar, samt identifiera eventuella avvikelser och komplikationer för att agera därefter (SBF, 2019).

Enligt “*Den internationella etiska koden för barnmorskor*” betonas vikten av att respektera alla människors lika värde och söka rättvis och lika behandling, oavsett etnisk bakgrund eller kulturell tillhörighet (SBF, 2022). Barnmorskan ska också stödja kvinnors rätt till information så att de har möjlighet att göra aktiva val samt uppmuntra dem att föra sin talan i frågor av betydelse för kvinnans och familjens hälsa. Det är också av stor betydelse att kvinnor känner att de har rätt att välja var de vill föda, eftersom deras upplevelser av födseln är centrala för vården av barnafödande (SBF, 2022). Enligt den svenska Patientlagen (2014) har kvinnan rätt till information, möjlighet att välja behandlingsalternativ, kontinuitet, trygghet samt utgå från patientens önskan och individuella förutsättningar. Däremot är denna typ av vård inom förlossning inte tillgänglig över hela landet, vilket skapar ojämlik vård för kvinnor (Föda hemma, 2021)

Teoretisk referensram

Teorin “*Salutogenes för barnmorskor*” belyser att man ska se människan utifrån ett holistiskt perspektiv samt att främja hälsa (Berg & Ólafsdóttir, 2022). Det innebär att födelse är en del av livsprocessen och hälsan. Inom salutogenes betonas tre centrala begrepp: förståelse, hanterbarhet och meningsfullhet. Dessa begrepp utgår från termen ”*Sense of Coherence*” [SOC], vilket på svenska betyder en persons generella förmåga att känna sammanhang i sitt liv och hantera stressade situationer. Förståelse handlar om att skapa mening och sammanhang för kvinnan under graviditet, förlossning och eftervård. Hanterbarhet innebär att kvinnan kan hantera stress och söka stöd, medan meningsfullhet handlar om att känna att upplevelsen är meningsfull och att kvinnan känner att hon har kontroll. Barnmorskan spelar en viktig roll genom att stödja kvinnan genom att stärka hennes känsla av delaktighet, stödja henne i att hantera stress och främja hennes känsla av autonomi och självförtroende (Berg & Ólafsdóttir, 2022).

Barnmorskans perspektiv på hemfödslar

Barnmorskorna som arbetar med hemfödslar vill stärka kvinnorna i deras val av födelseplats, finnas där samt gynna den naturliga processen och undvika jobba efter det medikaliserade synsättet av graviditet och födsel (Ahl & Lundgren, 2018). I en irländsk mixed method studie som inkluderade totalt 62 kvinnor och 36 barnmorskor, beskriver barnmorskorna en önskan om att få mer utbildning om hemfödslar för att kunna möta kvinnors behov och önskemål

(Gillen, et al., 2023). Enligt Berg et al. (2012) anser barnmorskorna att det är svårt att skapa en miljö av lugn, tillit och säkerhet på sjukhuset.

Kvinnors upplevelse av hemfödslar

Kvalitativa studier från Brasilien, Spanien och Schweiz där totalt 29 kvinnor intervjuades visar att bristande tillit till vårdpersonal är en av orsakerna till att kvinnor väljer att föda hemma (Brailey et al., 2015; Leon-Larios, 2019; Muniz da Costa Vargen, 2021). Kvinnorna beskriver att de upplever en känsla av trygghet i samband med valet av barnmorskor för deras hemfödelse, samtidigt som de känner sig stärkta. Även om vissa kvinnor beskriver smärtan vid hemfödelsen som brutal, rapporterar de att de lyckas hantera den med stöd från en kärleksfull omgivning samt att de upplevde att de hade mer kontroll över situationen hemma (Thies-Lagergren et al., 2021). Det påvisade även en brasiliansk deskriptiv kvalitativ studie där fjorton kvinnor önskade att föda hemma med leg. barnmorska. Anledningen till att de ville föda hemma var i likhet med föregående studie (Volpato et al., 2021). Ytterligare uttrycker barnafödorskorna att födslarna blir för institutionaliserade och medikaliserade på sjukhusen samt att de upplever att deras åsikter och val ignoreras (Brailey et al., 2015; Leon-Larios, 2019; Muniz da Costa Vargen, 2021). Något som också beskrivs av barnafödorskorna var att de var medvetna om kostnaden för hemfödelse och att alla kvinnor inte hade råd att bekosta det själva (Volpato et al., 2021). Vidare kunde uteblivet stöd från omgivningen och samhället vara något kvinnorna behövde ta hänsyn till då hemfödelse inte är etablerad i den brasilianska sjukvården. Aspekter som avskräcker från att föda hemma var komplikationer hos barnet, tiden för transport till sjukhuset och behovet av medicinsk utrustning (Volpato et al., 2021).

Syfte

Syftet var att undersöka kvinnors intresse för att föda planerat hemma med legitimerad barnmorska i Sverige.

Specifika frågeställningar

Påverkar kostnaden intresset för hemfödslar med leg. barnmorska?

Vad är viktiga anledningar till önskan att föda hemma med leg. barnmorska?

Metod

Design

Den aktuella undersökningen var en kvantitativ tvärsnittsstudie. Det kan ge värdefull information om en population vid en given tidpunkt (Eliasson, 2018). För att besvara studiens syfte användes en icke-sannolikhetsurvalmetod med en konsekutiv urvalsstrategi (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2011). Det innebär att urvalsprocessen inte grundar sig på slumpmässiga eller statistiska principer. Det kan medföra en risk för att urvalet blir skevt eftersom alla kvinnor inte kan nås av studien, då rekryteringen inte utgått från exempel ett personregister. Enligt Kristensson (2014) anses det trots detta vara en rimlig och lämplig metod för att rekrytera deltagare inom ramen för en magisteruppsats. Med en konsekutiv urvalsstrategi väljs deltagare ut inom en specifik kontext och tidsram, där man inkluderar deltagare tills tillräckligt många personer har rekryterats, det minskar risken för ett skevt urval (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2011).

Urval

I studien användes ordvalet kvinnor och det representerar och inkluderar alla som kan föda barn. När "*föda hemma*" nämns avses det att föda planerat hemma med leg. barnmorska. Urvalets inklusionskriterier var kvinnor bosatta i Sverige i åldern mellan 18 - 50 år, kvinnor som inte hade fött barn, som var gravida eller tidigare hade fött barn. Exklusionskriterier var kvinnor som inte kunde det svenska eller engelska språket, samt de som inte hade sociala

medier. Målsättningen för antalet deltagare i undersökningen var minst 150 vilket var riktlinjerna för en magisteruppsats.

Instrument

För denna undersökning skapades ett frågeformulär med hjälp av enkätverktyget Sunset Survey, innehållande bakgrundsfrågor samt studiespecifika frågor (bilaga 1). En pilotstudie genomfördes av 10 kvinnor. Detta för att förbättra validiteten, revidera och utvärdera innehållet i enkäten samt bedöma respondenternas uppfattning om frågorna och den tid det tar att besvara enkäten (Bell & Waters, 2016). Efter att ha analyserat resultatet från pilotstudien, inkluderades information om kostnaden för en hemförlossning samt svarsalternativet "vet ej" i frågan om eventuella hälsorisker som påverkar valet av födelseplats.

Datainsamling

Data samlades in genom ett elektroniskt frågeformulär via sociala medier, Instagram och Facebook under tidsperioden från 2024-02-11 till 2024-02-19. Enkäten publicerades av författarna på deras egna sociala medier konton, samt några av deras vänners konton. Andra som tillfrågades att dela enkäten innefattade influerare som var doulor, barnmorskor och barnmorskestudenter. Påbörjade svar uppkom till 2266, antalet som slutförde enkäten var 2004 (88,5%). Enkätens svar behandlades som samtycke från deltagarna (Bell & Waters, 2016). Datainsamlingen skedde oberoende och anonymt via länk där presentation av syftet med studien kunde läsas.

Analys av data

Statistikprogrammet SPSS, version 29, användes för att analysera data (Wahlgren, 2022). Svartalternativen för vilket land man var född i och paritet som besvarats i text kategoriserades med hjälp av syntax. Bakgrundsfrågor och utfallsfrågor kategoriserades till två eller tre kategorier enligt beskrivning (bilaga 2). Svartalternativ som "vet ej" eller frågor som inte besvarats som varit väsentliga för analyserna har tagits bort eller inte inkluderats i analyserna. Data har bearbetats deskriptivt och förhållandet mellan sociodemografiska faktorer och kvinnor ur urvalsgruppen analyserades med hjälp av χ^2 - och z-test. Multivariabel logistisk regression användes därefter. Det möjliggjorde att undersöka sambandet mellan flera oberoende variabler samtidigt och deras signifikans, samt att beräkna

justerade odds för varje oberoende variabel och dess konfidensintervall (Björk, 2018 & Djurfeldt, 2018).

Frågor som anpassades beroende på svar var följande; Vid svar "nej" på fråga 1 "Har du hört talas om möjligheten för kvinnor att planerat föda hemma med leg. barnmorska i Sverige?" filtrerades följande fråga bort "Var hörde du talas om det?". På fråga 2 och vid svar "Nej, vill föda på barnmorskeledd enhet", "Nej, vill föda på sjukhus" eller "Vet ej" filtrerades följande fråga bort: "Var väcktes intresset av att vilja ha en planerad hemfödelse med en legitimerad barnmorska?". För de som inte var gravida eller önskade fler barn filtrerades fråga 3 bort "Om du är gravid eller planerar att bli gravid i framtiden - Vart vill du föda?" och för de kvinnor som var gravida eller önskade att föda barn i framtiden fick respondenterna svara på fråga 3 samt följdfrågan "Av vilken/vilka anledningar vill du föda hemma/barnmorskeledd enhet/sjukhus/oassisterat hemma?" För de kvinnor som inte fött barn tidigare filtrerades följande fråga 5 bort "Om du fött barn tidigare - Vart och när har du då fött?".

Forskningsetiska avvägningar

Studien utgick från de etiska principerna för forskning (World Medical association, 1964). Godhetsprincipen, principen att inte skada, rättvisepincipen, samt autonomiprincipen. Godhetsprincipen samt autonomiprincipen togs i beaktning vid undersökningen för att belysa möjligheten att stärka kvinnor i deras val av födelseplats. Likaså uppmärksammas rättvisepincipen då studien delvis undersökte varför man inte väljer att föda hemma när möjligheten finns med privata barnmorskor. Studien grundar sig på samtyckeskravet, konfidentialitetskravet, informationskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Information gavs angående konfidentialitet och frivilligt deltagande vid studiedeltagandet. Konfidentialitet innebär att eventuella deltagare får reda på vem som kommer ha tillgång till informationen som ges, att deltagandet är anonymt, och att uppgifter kommer att raderas efter övergång. Likaså att det när som helst har rätt att neka fortsatt deltagande i studien utan konsekvenser, negativa följder eller behöva ange orsak för att inte vilja vara med (Vetenskapsrådet, 2002). Kontaktuppgifter från de ansvariga i studien lämnades för möjlighet till kontakt. Ansökan till Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) vid Lunds universitet utfördes och godkändes innan studien påbörjades. Konfidentialitet säkerställdes från deltagarna i studien genom att ingen personlig information samlades in (Bell & Waters, 2016).

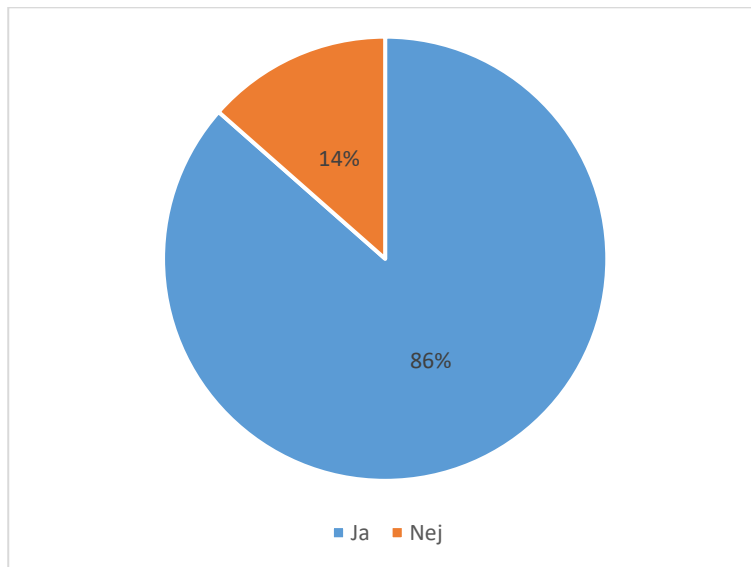
Resultat

Totalt omfattade undersökningen 2004 respondenter. Sammanlagt exkluderades 224 deltagare på grund av ofullständigt ifyllda enkäter eller ålder >50 år, urvalsgruppen blev efter exkludering 1780 respondenter. Undersökningen inkluderade kvinnor som inte hade fött barn, som var gravida eller hade fött barn, var i åldrarna 18–50 år och bosatta i Sverige. Majoriteten av deltagarna i undersökningen var kvinnor mellan 25–35 år, de som hade fött 1 barn, var sambo eller gift, födda i Sverige och hade en högskoleutbildning på mer än 3 år (tabell 1).

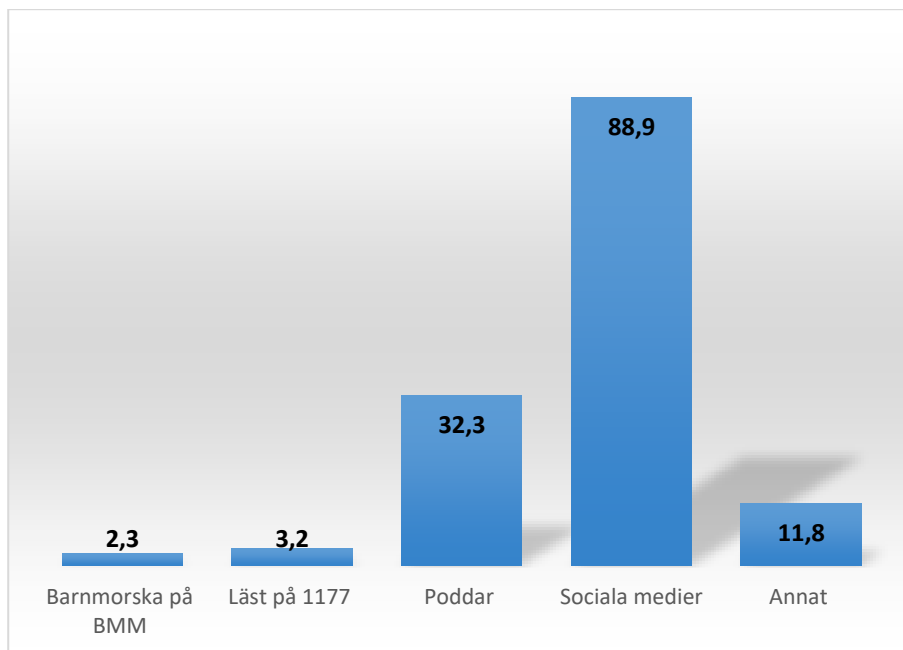
Tabell 1. Bakgrundskaraktäristiska för 1780 respondenter

	Totala andelen kvinnor <i>n</i> = (%)
Ålder	
<25	56 (3,1)
25–35	1348 (75,7)
>35	376 (21,1)
Paritet	
Nullipara	479 (26,9)
1-para	769 (43,2)
≥ 2-para	532 (29,9)
Utbildningsnivå	
Grundskola/Gymnasium	183 (10,3)
Högskola/universitet 1–3 år	502 (28,2)
Högskola/universitet >3år	1095 (61,5)
Födelseland	
Sverige	1654 (92,9)
Europa	62 (3,6)
Utanför Europa	64 (3,5)
Civilstånd	
Solo	94 (5,3)
Sambo/gift	1651 (92,8)
Särbo	32 (1,8)
Polyamorös	3 (0,2)

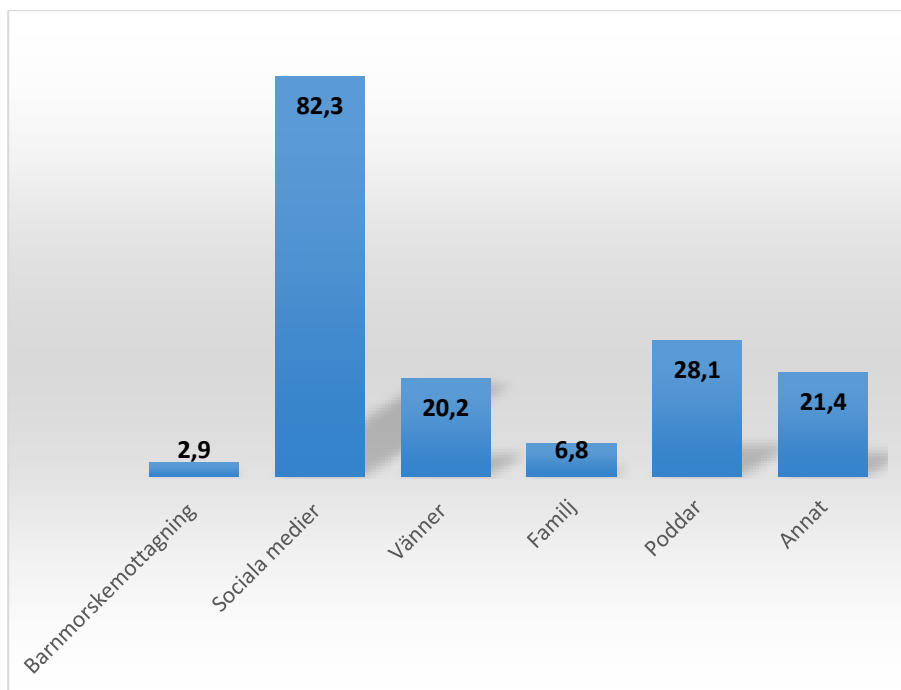
En majoritet av respondenterna hade hört talas om hemfödslar i Sverige (figur 1). Information om hemfödslar fick de primärt från sociala medier (figur 2), vilket också var den främsta anledningen till att de blev intresserade av hemfödslar (figur 3).



Figur 1. Andelen kvinnor som hört talas om hemfödslar i Sverige



Figur 2. Var kvinnor hört talas om hemfödslar



Figur 3. Var intresset väcktes av de som skulle kunna tänka sig att föda hemma

Enkätsvaren visade att 1283 (72,1%) kvinnor skulle kunna tänka sig att föda hemma med leg. barnmorska och att 497 (27,9%) kvinnor inte skulle kunna tänka sig att föda hemma med leg. barnmorska. Resultatet visade efter χ^2 -test på en signifikant skillnad avseende andelen som skulle kunna tänka sig att föda hemma inom variablerna ålder, utbildningsnivå, födelseland och civilstånd (tabell 2).

I z-test påvisades en signifikant skillnad i åldersvariabeln mellan gruppen <25 år jämfört med 25–35 år och >35 år. I variabeln utbildningsnivå påvisades en signifikant skillnad mellan alla grupper. I variabeln födelseland påvisades en signifikant skillnad mellan de födda i Sverige och de födda inom andra europeiska länder. I variabeln civilstånd påvisades en signifikant skillnad mellan grupperna solo och sambo/gifta (tabell 2).

I den multivariabla logistiska regressionen påvisades i variabeln utbildningsnivå en signifikant skillnad mellan gruppen högskola/universitet 1–3 år jämfört med gruppen högskola/universitetsutbildning >3 år samt mellan gruppen grundskola/gymnasium jämfört gruppen högskola/universitetsutbildning >3 år. Oddsens att de skulle kunna tänka sig att föda hemma var 1,9 gånger så höga i gruppen högskola/universitet 1–3 år jämfört med gruppen högskola/universitet >3 år samt ~3 gånger så höga i gruppen grundskola/gymnasium jämfört med gruppen högskola/universitet >3 år. Inom variabeln födelseland påvisades en signifikant

skillnad mellan de som var födda i andra europeiska länder jämfört med Sverige. Oddsen att de skulle kunna tänka sig att föda hemma var i andra europiska länder ~3 gånger så höga jämfört med de födda i Sverige. I variabeln civilstånd påvisades en signifikant skillnad mellan gruppen solo-kvinnor och gruppen sambo/gifta. Oddsen för att solo-kvinnor skulle kunna tänka sig att föda hemma var 1,9 gånger så höga. Ingen signifikant skillnad avseende de som skulle kunna tänka sig att föda hemma kunde påvisas mellan olika åldrar, paritet eller i variabeln födelse land mellan gruppen Sverige och gruppen utanför Europa, i variabeln civilstånd mellan gruppen polyamorös, gruppen särbo och gruppen sambo/gift (tabell 2).

Tabell 2. Förhållandet mellan sociodemografiska faktorer och kvinnor som skulle kunna tänka sig att föda hemma

Skulle kunna tänka sig att föda hemma	n = 1283 n = (%)	p*	OR (95% CI)	p**
Bakgrundsvariabler				
Ålder				
25–35 år	966 (71,7) ^b		1 (ref.)	
<25 år	50 (89,3) ^{ac}		2,38 (0,99–5,74)	0,053
> 35 år	267 (71,0) ^b	0,014	1,01 (0,77–1,31)	0,969
Paritet				
1-para	549 (71,4)		1 (ref.)	
0-para	355 (74,1)		1,02 (0,78–1,34)	0,898
>2-para	379 (71,2)	0,509	1,02 (0,80–1,32)	0,856
Utbildningsnivå				
Högskola/Universitet över 3 år	726 (66,3) ^{bc}		1 (ref.)	
Högskola/Universitet 1–3 år	396 (78,9) ^{ac}		1,88 (1,46–2,42)	<0,001
Grundskola/Gymnasium	161 (88,0) ^{ab}	<0,001	3,59 (2,25–5,73)	<0,001
Födelse land				
Sverige	1177 (71,2) ^b		1 (ref.)	
Europa	57 (89,1) ^a		3,69(1,66–8,21)	0,001
Utanför Europa	49 (79,0)	0,003	1,58 (0,84–2,97)	0,159
Civilstånd				
Sambo/Gift	1176 (71,2) ^b		1 (ref.)	
Solo	79 (84,0) ^a		1,85 (1,04–3,31)	0,037
Särbo	26 (81,3)		1,53 (0,61–3,83)	0,367
Polyamorös	2 (66,7)	0,034	0,79 (0,07–8,98)	0,848

*p-värde χ^2

*Abc: gruppjämförelse utifrån chi²-test. Bokstäverna anger signifikant skillnad med a=grupp 1, b=grupp 2, c=grupp 3, (d= grupp 4). **p-värde multivariabel logistisk regression*

Totalt identifierades 878 (68,4%) kvinnor som skulle kunna tänka sig att föda hemma om det var kostnadsfritt. I gruppen som “*skulle kunna tänka sig att föda hemma oavsett kostnad*” var det 405 (31,6%). I gruppen som “*skulle kunna tänka sig föda hemma om det var kostnadsfritt*” kunde man efter chi²-test se en signifikant skillnad i variablerna ålder, paritet och utbildningsnivå (tabell 3).

I z-test påvisades en signifikant skillnad i åldersvariabeln mellan gruppen >35 år jämfört med gruppen <25 år och gruppen 25–35 år. I variabeln paritet påvisades en signifikant skillnad mellan gruppen nullipara och ≥1 para. Inom variabeln utbildningsnivå påvisades en signifikant skillnad mellan de kvinnor som genomgått grundskola/gymnasieutbildning jämfört med de som genomgått högskola/universitetsutbildning 1–3 år och högskola/universitetsutbildning >3 år (tabell 3).

I den multivariabla logistiska regressionsanalysen påvisade en signifikant skillnad i åldersvariabeln mellan gruppen >35 år och gruppen 25–35 år. Oddsens att de skulle kunna tänka sig att föda hemma om det var kostnadsfritt var 0,7 gånger lägre i gruppen >35 år jämfört med gruppen 25–35 år. Inom variabeln paritet påvisades en signifikant skillnad mellan gruppen ≥1-para och gruppen nullipara. Oddsens att de skulle kunna tänka sig att föda hemma om det var kostnadsfritt var 0,7 gånger lägre i gruppen ≥1-para jämfört med gruppen nullipara. I variabeln utbildningsnivå påvisades en signifikant skillnad mellan gruppen högskola/universitet 1–3 år jämfört med gruppen högskola/universitetsutbildning >3 år. Oddsens att de skulle kunna tänka sig att föda hemma om det var kostnadsfritt var 1,5 gånger så höga i gruppen högskola/universitet 1–3 år jämfört med gruppen högskola/universitetsutbildning >3 år. Ingen signifikant skillnad gällande de som skulle kunna tänka sig att föda hemma om det var kostnadsfritt kunde påvisas gällande civilstånd, födelseland eller i variabeln utbildningsnivå mellan gruppen grundskola/gymnasieutbildning och gruppen högskola/universitetsutbildning >3 år eller i variabeln ålder mellan gruppen <25 år och gruppen 25–35 år (tabell 3).

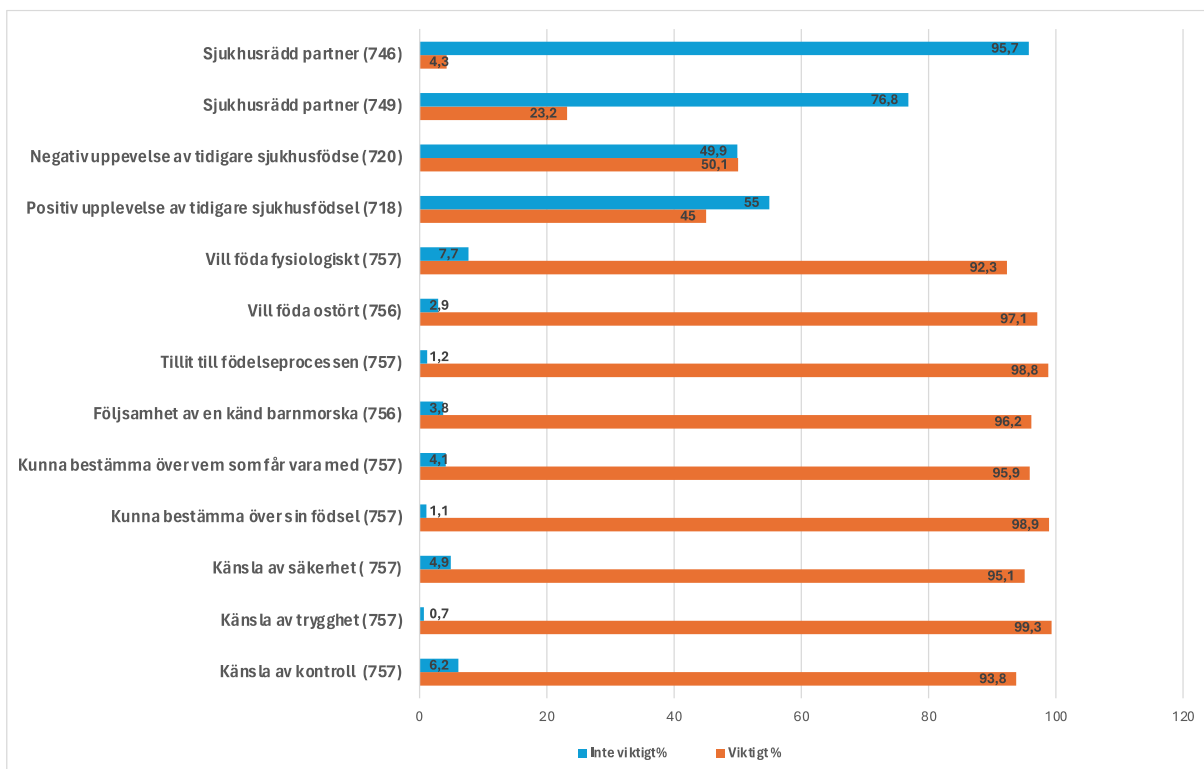
Tabell 3. Förhållandet mellan sociodemografiska faktorer och kvinnor som skulle kunna tänka sig att föda hemma om det var kostnadsfritt

Skulle kunna tänka sig att föda hemma kostnadsfritt	n = 878 (68,4%)			
	n (%)	p*	OR (95% CI)	p**
Bakgrundsvariabler				
Ålder				
25–35 år	685 (70,9) ^c		1 (ref)	
<25 år	39 (78,0) ^c		1,59 (0,78–3,23)	0,201
> 35 år	165 (61,8) ^{ab}	0,007	0,66 (0,50–0,89)	0,005
Paritet				
Nullipara	374 (68,1) ^b		1 (ref)	
≥1-para	286 (75,5) ^a	0,022	0,65 (0,50–0,87)	0,003
Utbildningsnivå				
Högskola/Universitet > 3 år	473 (65,2) ^{bc}		1 (ref)	
Högskola/Universitet 1–3 år	296 (74,7) ^a		1,54 (1,16–2,04)	0,003
Grundskola/Gymnasium	120 (74,5) ^a	0,001	1,45 (0,98–2,14)	0,066
Födelseland				
Sverige	824 (70,0)		1 (ref)	
Utanför Sverige	65 (61,3)	0,063	0,76 (0,50–1,16)	0,207
Civilstånd				
Sambo/Gift/Särbo	836 (69,6)		1 (ref)	
Solo/ Polyamorös	53 (65,4)	0,437	0,89 (0,54–1,46)	0,649

*p-värde χ^2

Abc: gruppjämförelse utifrån χ^2 -test. Bokstäverna anger signifikant skillnad mot a=grupp 1, b= grupp 2, c= grupp 3, (d= grupp 4). **p-värde multivariabel logistisk regression

Bland 1710 kvinnor som var gravida eller önskar att föda barn i framtiden önskade 757 (44,3%) kvinnor att föda hemma med leg. barnmorska. Övriga respondenter (55,7%) ville föda på sjukhus, barnmorskeledd enhet, oassisterat hemma eller har ej svarat på denna fråga. Över 90% ansåg att de främsta anledningarna till att vilja föda hemma var en känsla av trygghet, kunna bestämma över sin födsel, tillit till födelseprocessen, viljan av att föda ostört, följsamhet av en känd barnmorska, möjligheten att bestämma över vem som får vara med, känslan av säkerhet, känsla av kontroll och önskan att föda fysiologiskt (tabell 4).



Figur 4. De 13 svarsalternativ med anledningar till att önskan om att föda hemma besvarades av 757 (44,3%) deltagare

Diskussion

Metoddiskussion

En kvantitativ tvärsnittsundersökning genomfördes med hjälp av en enkät vilket gav förhållandena som stämde överens med studiens syfte och frågeställningar (Eliasson, 2018). Genomförbarheten är en styrka i undersökningen då studiens syfte har besvarats och framtida studier inom samma område skulle kunna replikeras. Då studiedeltagarna rekryterades via sociala medier finns risken för ett snedvridet urval till följd av att vissa deltagare rekryterades genom influerare och hembarnmorskor som pratar uppmanande om och potentiellt främjar intresset av hemfödslar (Eliasson, 2018). Något som kan ha kompenserat för ett skevt urval är det stora antalet deltagare som rekryterades. En webbaserad enkät användes vilket ökade chansen till att få en större geografisk spridning samt att den gick att besvara både på engelska och svenska (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2022). Det stora antalet respondenter som deltog i enkätundersökningen bidrar även till undersökningens tillförlitlighet (Polit & Beck, 2022). I Sverige är Instagram och Facebook dessutom bland de tre mest använda sociala medieplattformarna och 95% av befolkningen i åldern 16 och 84 år använder internet minst en gång i kvartalet. Av alla internetanvändare använder 85% sociala medier dagligen. Därför finns det en stor möjlighet att ha exponerats för enkäten, eftersom influerarna som delat den har öppna profiler och ett stort följjarantal (Svenskarna och internet, 2023; Statistikmyndigheten, 2022). För att minimera risken för ett eventuellt snedvridet urval, kunde ett sannolikhetsurval ha tillämpats. Detta skulle öka möjligheten för alla som tillhör den utvalda populationen att ha en chans att delta (Kristensson, 2014). 1177 kontaktades för att få tillåtelse för att få rekrytera deltagare och få skicka enkäten till urvalsgruppen. Detta nekades då det krävdes en mellanhand, i detta fall en vårdenhet mellan deltagarna och rekryterarna vilket de inte hade tillgång till.

Dataverktyget Sunset Survey, som användes för att skapa den webbaserade enkäten, var fördelaktigt eftersom det kunde erbjuda olika frågetyper och svarsformat för att passa de önskade behoven och ändamålen. Verktyget kunde även skapa enkäter med responsiv design, vilket innebär att enkäten kunde anpassas för att fungera smidigt på olika tekniska enheter. Genom dialog med handledare och examinator som är väl insatta i ämnet har en konstruktion av frågeformuläret gjorts för att säkra innehållsvaliditeten. En svaghet hos författarna var brist på förkunskaper i dataprogrammet SPSS och enkätverktyget Sunset Survey, vilket påverkade

deras förmåga att utforma frågor anpassade för datainsamling i SPSS och underlätta dataanalysen. Detta blev dock till en styrka under processens gång då författarna utvecklades inom SPSS.

Egenkonstruerade frågor användes och kan ses som både en svaghet och en styrka (Polit & Beck, 2022). En fördel kan vara att frågorna kan utformas för att exakt mäta det som är relevant för syftet. En svaghet kan vara att frågorna saknar tillräcklig validitet och reliabilitet eftersom de inte har genomgått samma valideringsprocess som etablerade mätinstrument. Det kan öka risken för felmätningar och felaktiga tolkningar av resultaten. Dessutom kan användningen av egenkonstruerade frågor skapa svårigheter med jämförelse och generalisering, eftersom de är unika för den specifika studien och kan vara svåra att jämföra med resultat från andra studier (Polit & Beck, 2022). Enkäten låg upp i nio dagar på Instagram och Facebook på olika konton. Respondenterna kunde välja var och när enkäten besvarades vilket kan ses som en styrka i undersökningen. Påbörjade svar uppkom till 2266, antalet som slutförde enkäten var 2004 (88,5%) vilket visar på att ämnet uppbådar stort intresse.

Enligt Kristensson (2014) utfördes en kategorisering för att lättare kunna röra sig mellan kategorierna och svarsalternativen. Det medförde en mer latent, tolkande fas vilket underlättade sammanförandet av en eller flera underkategorier samt för att underlätta analysen (Kristensson, 2014).

Chi²-test användes som första analys för att identifiera andelen som skulle kunna tänka sig att föda hemma. Därefter utvärderades den signifikanta skillnaden i de olika sociodemografiska faktorerna. Z-test (abc) används för att jämföra grupperna i de oberoende variablerna parvis för att identifiera eventuella signifikanta skillnader. På grund av att många signifikanta skillnader kunde ses genomfördes en multivariabel logistisk regression. Det ger en mer omfattande analys av sambandet mellan variablerna och möjliggör kontroll för confounders (Björk, 2019; Djurfeldt et al., 2018).

Frågan "*är det något du önskar att lägga till?*" fick 493 svar. Eftersom frågan inte var direkt och svaren var omfattande, blev det svårt att kategorisera dem inom den tidsram som författarna hade för att genomföra en magisteruppsats. De andra frågor som ingick i enkätformuläret men exkluderades, gjordes så på grund av tidsbegränsning och det

omfattande datamaterialet vilket också kan ses som en svaghet och andra sidan är det viktigt att det finns en följsamhet i frågeformuläret vilket de exkluderade frågorna kan ha bidragit till (Eliasson, 2018).

Forskningsetiska överväganden och individskyddskravet beaktades enligt plan. All data som samlades in var anonym vilket stärker konfidentialitetskravet. Nyttjandekravet applicerades då insamlade data inte användes eller utlånades till kommersiellt bruk eller i andra icke-vetenskapliga syften (Olsson & Sörensen, 2021).

Resultatdiskussion

Det viktigaste resultatet denna enkätundersökning visade var att kvinnor i hög utsträckning skulle kunna tänka sig att föda hemma, framför allt om det var kostnadsfritt. Resultatet visade även att sociodemografiska faktorer hade en signifikant betydelse gällande var kvinnorna kunde tänka sig att föda. Detta kan jämföras med Hildingsson et al. (2003) som undersökte hur många kvinnor som kunde tänka sig att föda hemma vilket då endast uppkom till 33 (1%) av 3283. Det var vid den tidpunkt då Facebook och Instagram inte fanns, vilket innebär att dess påverkan och inflytande på kvinnors födelsepreferenser inte kan ha varit betydande (Statistikmyndigheten, 2022 & Svenskarna och internet, 2023; Witteman et al., 2016).

Resultatet i föreliggande studie visade att deltagarna främst hade hört talas om möjligheten att föda hemma via sociala medier, och att deras intresse också hade väckts genom dessa plattformar. Ett resultat i linje med Gillen et al. (2023) som rapporterade att 61,3% av kvinnorna fick informationen via sociala medier eller vänner om möjligheten att föda hemma med leg. barnmorska.

Kvinnorna i föreliggande studie med lägre utbildning hade större benägenhet att de skulle kunna tänka sig att föda hemma än de med högre utbildningsnivå. Detta står i kontrast till kvinnorna i Kenya, som i större utsträckning föder på sjukhus om de har en högre socioekonomisk status och utbildning (Kitui et al., 2013). Majoriteten av kvinnorna med lägre socioekonomisk status och lägre utbildning var mer benägna att föda hemma och var samtidigt skeptiska till sjukhusvården (Kitui et al., 2013). I Sverige är dock de socioekonomiska skillnaderna inte lika påtagliga som i vissa andra länder och en kandidatexamen leder inte heller alltid till en garanterad anställning eller högre lön. Samtidigt visar studierna av Gillen et al. (2023) och Volpato et al. (2021) att kvinnor med en kandidat-

eller högre utbildning har en större tendens att vilja föda hemma. Detta är även i likhet med Lindgren et al. (2008) där 897 planerade hemfödslar jämfördes slumpmässigt med en utvald grupp på 11 341 planerade sjukhusfödslar i Sverige. Studien visade att de kvinnor som valde att föda hemma var i större utsträckning anställda inom yrken som krävde en högre utbildning. En hög utbildningsnivå var också associerad med hemfödelse i registerstudien av Hildingsson et al. (2006), som inkluderade 352 kvinnor som födde hemma och 1760 kvinnor som födde på sjukhus.

Då sociala medier används av majoriteten av befolkningen i Sverige kan kvinnor ta del av en mängd olika perspektiv och berättelser om födelsealternativ. De kan ta del av både positiva och negativa upplevelser, vilket kan bidra till en ökad förförståelse, hanterbarhet och en stark känsla av sammanhang vilket är i linje och en viktig del av det salutogena synsättet (Berg & Ólafsdóttir, 2022). Detta skulle kunna innebära att utbildningsnivå spelar mindre roll för valet av födelseplats, så länge kvinnan känner en hög nivå av Sense of Coherence [SOC] (Berg & Ólafsdóttir, 2022).

Enligt föreliggande resultat var det försvinnande få som inhämtade information om hemfödslar via barnmorskemottagning vilket står i stark kontrast till där de flesta kvinnor hade hört talas om hemfödslar, nämligen via sociala medier. Det kan bidra till att kvinnor får felaktig information och kunskap angående hemfödslar, då all information inte ges ut av barnmorskor som kan ge vetenskaplig och evidensbaserad information (Witteman et al., 2016). Enligt Kitui et al. (2013) är det av vikt att ge kvinnor medvetenhet och information om säkra födslar. Kvinnor är i behov av korrekt kunskap samt att kunna ta informerade val utifrån sina förutsättningar. I den ”*internationella etiska koden för barnmorskor*” ingår det som barnmorska att ge kvinnor rätt till information och värna om kvinnors rättigheter (SBF, 2022; WHO, 2018). Det har dock belysts av barnmorskor att de önskar mer utbildning och kunskap samt att de känner rädsla över att hamna i utanförskap bland sina kollegor i mötet med kvinnor som önskar att föda hemma (Gillen et al., 2023; Lundgren & Ahl, 2018). Inom barnmorskans verksamhet har den riskfokuserade patogena inriktningen successivt vuxit sig starkare globalt (Berg & Ólafsdóttir, 2022). Det är därför en utmaning för barnmorskeyrket eftersom reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa innefattar normala fysiologiska livshändelser. Den individuella barnmorskan spelar därför en central roll i arbetet mot ett mer salutogent synsätt på födelseprocessen samt för att vi ska kunna främja kvinnors förståelse, hanterbarhet och meningsfullhet (Berg & Ólafsdóttir, 2022). Utifrån föreliggande resultatet

kan det därför innebära att kvinnor som är äldre än 35 år och har fött mer än ett barn i högre utsträckning skulle kunna tänka sig att föda hemma oavsett kostnad. Det kan bero på att de har en högre nivå av SOC och i större utsträckning kan tänka sig att bekosta en hemfödsel, då SOC är en livslångt pågående process där ålder, bättre ekonomi och självkänsla eventuellt spelar roll. I denna process spelar barnmorskan en viktig roll när det gäller att stärka kvinnan (Berg & Ólafsdóttir, 2022; Ferguson et al., 2014). Det resultatet kompletteras av Lindgren et al. (2006), som visar att par, där kvinnorna är omfödelskor, önskar att föda hemma på grund av övertygelse om sin förmåga att föda, förtroendet för barnmorskan och tron på sin intuition om något inte står rätt till. Paren beskriver även att aktivt söka information och kunskap tillsammans inför förlossningen skapande en känsla av tillit till varandra och deras förhållande (Lindgren et al., 2006). Det kan betyda att kvinnan får en hög känsla av förståelse och meningsfullhet (Berg & Ólafsdóttir, 2022).

Enligt föreliggande studie är det i Sverige en högre andel solo-kvinnor som skulle kunna tänka sig att föda hemma vilket är i linje med Hildingsson et al (2006), där fler kvinnor som födde hemma var solo. Det är dock i kontrast till studien utförd av Gillen et al. (2023), där majoriteten av kvinnorna var sambo eller gifta som önskade ha en planerad hemförlossning. Enligt Hildingsson et al. (2021) efterfrågade kvinnor som födde utan en partner kontinuitetsvård, och frånvaron av en partner var även kopplad till en mer negativ förlossningsupplevelse. Vid närvaro av en känd barnmorska hade den födandes positiva erfarenheter av förlossningen förstärkts (Hildingsson et al., 2021). Det kan bero på att barnmorskan bidrar med att ge förståelse och meningsfullhet i födelseprocessen samt är behjälplig med att hantera smärtan vilket är en integrerad del av SOC (Berg & Ólafsdóttir, 2022). En viktig anledning till att kvinnor väljer att föda hemma är den kontinuitet som en barnmorska ofta erbjuder vid hemfödsel, vilket bekräftas av tidigare studier (Coxon et al., 2017; Gillen et al., 2023; van Haaren-ten Haken et al., 2012). Det kan eventuellt leda till ett ökat intresse för att föda hemma för solo-kvinnor, då de får tillgång till följsamhet av en känd barnmorska. Det har dock inte analyserats kring solo-kvinnornas sociodemografiska bakgrund, vilket begränsar förmågan att dra slutsatser om detta specifika mönster.

De viktigaste anledningarna för kvinnor att vilja föda hemma var att känna sig trygga, att kunna bestämma över sin födsel, vilja föda ostört, följsamhet av tidigare känd barnmorska, kunna bestämma över vem så får vara med, känna säkerhet, ha kontroll över sin födsel, att lita på födelseprocessen och att vilja föda fysiologiskt. Detta belyses även av Thies- Lagergren et

al. (2021) där känslan av trygghet, att känna sig stärkta samt ha kontroll över situationen var en viktig anledning vilket även Volpato et al. (2021) påpekar. Anledningar, såsom känslan av trygghet och kontroll, belyser det starka behovet av att kvinnor vill känna sig respekterade och hörda under förlossningsprocessen vilket är en av barnmorskans grundläggande huvudsakliga fokus (SBF, 2019). Barnmorskan ska även främja kvinnans salutogena sidor i födelseprocessen; förståelse, hanterbarhet och meningsfullhet det vill säga främja det normala för att stärka kvinnan (Berg & Ólafsdóttir, 2022; Ferguson et al., 2014). Inom förlossningsvården har den riskfokuserade patogena inriktningen succesivt vuxit sig starkare och barnmorskor upplever det svårt att bibehålla det salutogena syn- och arbetssättet på sjukhuset. Det kan leda till att kvinnor som föder på sjukhus upplever en minskad känsla av SOC, och gör att de önskar att föda hemma vid nästa födsel (Berg et al., 2012; Ferguson et al., 2014).

Konklusion & implikationer

Om planerad hemfödsel var integrerat i dagens svenska förlossningsvård, visar denna studie att fler kvinnor skulle välja att föda hemma. För närvarande finns inte möjligheten att välja att föda hemma kostnadsfritt, vilket innebär att en förändring inom den svenska förlossningsvården behövs för att uppfylla svenska kvinnors önskemål och rättigheter. Det krävs fler omfattande studier för att få en vidare bild av intresset av hemfödslar samt ett bredare urval av informanter. Statistik kring intresset av hemfödslar skulle kunna underlätta evidensbaserade beslutsfattandeprocesser.

Referenser

- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.11.001>
- Ahl, M., and I. Lundgren. (2018). “Working with Home Birth – Swedish Midwives’ Experiences.” *Sexual & Reproductive Healthcare* 18 (December): 24–29.
doi:10.1016/j.srhc.2018.08.006
- Barnmorsketeamet. (2020). Föda hemma. <https://barnmorsketeamet.se/priser-3/>
- Bell, J. & Waters, S. (2016). *Introduktion till forskningsmetodik* (5:e uppl.). Studentlitteratur.
- Berg, M., Ólafsdóttir, A-Ó., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79–87. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Berg, M & Ólafsdóttir, Ó (2022) Salutogenesis in midwifery. Lundgren, I., Blix, E., Helga Gottfreðsdóttir., Wikberg, A., & Aagaard Nøhr, E. (Ed.). *Theories and perspectives for midwifery : a Nordic view* (First edition, s. 106-113). Studentlitteratur AB.
- Birth in harmony. (2023). Hemfödsel. <https://www.birthinharmony.se/hemfoerlossning>
- Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M., Petrou, S., Puddicombe, D., Redshaw, M., Rowe, R., Sandall, J., Silverton, L., & Stewart, M. (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 (Clinical research ed.)*, 343, d7400. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>
- Björk, J. (2019). *Praktisk epidemiologi för medicin, vård och folkhälsa*. Liber
- 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. <https://doi.org/10.12968/bjom.2015.23.11.780>
- Coxon, K., Chisholm, A., Malouf, R., Rowe, R., & Hollowell, J. (2017). What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a “best fit”

framework approach. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 17, 1–15.

<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1279-7>

de Jonge, A., Mesman, J. A., Manniën, J., Zwart, J. 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 (Clinical research ed.)*, 346, f3263. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3263>

Djurfeldt, G., Larsson, R., & Stjärnhagen, O. (2018). *Statistisk verktygslåda 1 : samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. (Tredje upplagan). Studentlitteratur

Egen barnmorska . (2023). *Prisinformation*. Egen barnmorska

<http://egenbarnmorska.se/prisinformation/>

Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början* (4., uppdaterade uppl.). Studentlitteratur.

Ferguson, S., Davis, D., Browne, J., & Taylor, J. (2014). Sense of Coherence and Childbearing: A Scoping Review of the Literature. *International Journal of Childbirth*, 4(3), 134–150. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.4.3.134>

Födda hemma. (5 februari 2021). Hemfödsel / hemförlossning: detta gäller just nu.

<https://www.xn--fdahemma-n4a.se/idag/hemfodsel-hemforlossning-detta-galler-just-nu/>

Gillen, P., Bamidele, O., & Healy, M. (2023). Women and maternity care providers experiences of planned home birth in Northern Ireland: A descriptive survey. *Women and Birth*. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.wombi.2023.01.005>

Hålfånsdóttir, B & Blix, E & Lindgren, H & Schroll A-M (2022). Place of birth. Lundgren, I., Blix, E., Helga Gottfreðsdóttir., Wikberg, A., & Aagaard Nøhr, E. (Ed.). *Theories and perspectives for midwifery : a Nordic view* (First edition, s. 105-113). Studentlitteratur AB.

Hildingsson, I., Karlström, A., & Larsson, B. (2021). Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 34(3), e255–e261.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.010>

Hildingsson, I., Lindgren, H., Haglund, B., & Radestad, I. (2006). Characteristics of women giving birth at home in Sweden: a national register study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195(5), 1366–1372.

<https://doiorg.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ajog.2006.03.050>

- Hildingsson, I., Rådestad, I., & Lindgren, H. (2010). Birth Preferences that Deviate from the Norm in Sweden: Planned Home Birth versus Planned Cesarean Section. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 37(4), 288–295. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00423.x>
- Hildingsson, I., Waldenström, U., & Rådestad, I. (2003). Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth center care. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 30(1), 11–22. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00212.x>
- Hitzert, M., Hermus, M., Boesveld, I., Franx, A., van der Pal-de Bruin, K., Steegers, E., & van den Akker-van Marle, E. (2017). Cost-effectiveness of planned birth in a birth centre compared with alternative planned places of birth: results of the Dutch Birth Centre study. *BMJ Open*, 7(9), e016960–e016960. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016960>
- Hutton, E. K., 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 meta-analyses. *EClinicalMedicine*, 14, 59–70. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>
- Karolinska Universitetssjukhuset (26 april 2024). *Mottagning Min barnmorska*. <https://www.karolinska.se/vard/tema/tema-kvinnohalsa-och-halsoprofessioner/graviditetochforlossning/mottagning-min-barnmorska/>
- 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. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-40>
- Kristersson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur
- Leon-Larios, F., Nuno-Aguilar, C., Rocca-Ihenacho, L., Castro-Cardona, F., & Escuriet, R. (2019). Challenging the status quo: Women's experiences of opting for a home birth in Andalusia, Spain. *Midwifery*, 70, 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.001>
- Lindgren, H., Bogren, M., Friberg, I. O., Berg, M., Hok, G., & Erlandsson, K. (2022). The midwife's role in achieving the Sustainable Development Goals: protect and invest together - the Swedish example. *GLOBAL HEALTH ACTION*, 15(1), 2051222. <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2051222>

- Lindgren, H., Hildingsson, I., & Rådestad, I. (2006). A Swedish interview study: parents' assessment of risks in home births. *Midwifery*, 22(1), 15–22.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.04.002>
- Lindgren, H., Kjaergaard, H., Olafsdottir, O. A., & Blix, E. (2014). Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries - an overview. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(1), 3–8.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.12.002>
- Lindgren, H. (2022). *Plats för födande*. Lindgren, H., Christensson, K & Dykes, A-K. Reproaktiv hälsa -barnmorskans kompetensområde. Studentlitteratur.
- Lindgren, H. E., Rådestad, I. J., Christensson, K., & Hildingsson, I. M. (2008). Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 87(7), 751–759. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/00016340802199903>
- Lundgren, I (2022). *Den svenska barnmorskeprofessionens historia*. Lindgren, H, Christensson, K & Dykes, A-K. Reproaktiv hälsa -barnmorskans kompetensområde. Studentlitteratur.
- Muniz da Costa Vargens, O., Alehagen, S., & Vasconcellos da Silva, A. C. (2021). Wanting to give birth naturally: women's perspective on planned homebirth with a nurse midwife. *Revista Enfermagem UERJ*, 29, 1–7. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.56113>
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (Upplaga 4). Liber.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2022). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (10 uppl.). A: Wolters Kluwer.
- Patientlagen*.(SFS 2014:821). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., Kaufman, K., & Hutton, E. K. (2020). Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*, 21.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>
- Schroeder, E., Petrou, S., Patel, N., Hollowell, J., Puddicombe, D., Redshaw, M., Brocklehurst, P., & Birthplace in England Collaborative Group (2012). Cost effectiveness

of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344, e2292. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2292>

Statistikmyndigheten. (18 nov 2022). Internetanvändningen ökar bland äldre i Sverige.

<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/befolkningens-it-anvandning/pong/statistiknyhet/befolkningens-it-anvandning-2022/>

Svenska barnmorskeförbundet. (2022). Den internationella etiska koden för barnmorskor.

Stockholm: Svenska

barnmorskeförbundet: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/05/Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>

Svenska barnmorskeförbundet (2019). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska.

Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet:

<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Svensk förening för obstetrik och gynekologi. (u.å). *Nya diagnoskoder*.

<https://www.sfog.se/start/om-sfog/aktuellt/nya-diagnoskoder/>

Svenskarna och internet. (2023). *Hur många använder sociala medier?*

<https://svenskarnaochinternet.se/rapporter/svenskarna-och-internet-2023/sociala-medier/>

Thies-Lagergren, L., Ólafsdóttir, Ó. Á., & Sjöblom, I. (2021). Being in charge in an encounter with extremes. A survey study on how women experience and work with labour pain in a Nordic home birth setting. *Women and Birth*, 34(2), 122–127.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.015>

van Haaren-ten Haken, T., Hendrix, M., Nieuwenhuijze, M., Budé, L., de Vries, R., & Nijhuis, J. (2012). Preferred place of birth: Characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. *Midwifery*, 28(5), 609–618.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.07.010>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskapliga forskning*.

https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf

Volpato, F., Costa, R., Brüggemann O. M., da Costa Monguilhott J.J., Iris Elizabete Messa Gomes I.E. & Colossi L.,. (2021). Information that (de)motivate women's decision making on Planned Home Birth. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4).
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0404>

Wahlgren, L. (2022). *SPSS steg för steg* (3., [rev.] uppl.). Studentlitteratur.

Witteman, H. O., Fagerlin, A., Exe, N., Trottier, M.-E., & Zikmund-Fisher, B. J. (2016). One-Sided Social Media Comments Influenced Opinions And Intentions About Home Birth: An Experimental Study. *Health Affairs*, 35(4), 726–733.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1382>

World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Hämtad 2023-04-30 från: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

World Medical Association. (9 July 2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. World Medical Association.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Arbetsfördelning

Författarna arbetade nära tillsammans under hela processen med den aktuella undersökningen. Alla analyser genomfördes gemensamt av båda författarna, och alla delar av studien skrevs tillsammans av dem. Båda författarna delar lika ansvar för studien.

Bilaga 1 (2)

Frågeformulär

Nedan kommer frågor angående hemfödelse för dig att svara på:

1. Har du hört talas om möjligheterna för kvinnor att planerat föda hemma med legitimerad barnmorska i Sverige?

- Ja
- Nej

Följdfråga →

Var hörde du talas om det?

Flera alternativ kan väljas

- Känner någon som fött hemma
- Barnmorskan på barnmorskemottagning
- Läst på 1177
- Poddar
- På sociala medier (Instagram, Facebook, blogg)

Annat:

2. Skulle du kunna tänka dig att ha en planerad hemfödelse med legitimerad barnmorska?
(Kostnaden för en hemfödelse med en legitimerad barnmorska är mellan 20. 000–50. 000 kr)

- Ja, oavsett kostnad
- Ja, om det var kostnadsfritt.
- Nej, vill föda på barnmorskeledd enhet.
- Nej, vill föda på sjukhus
- Vet ej

Följdfråga →

Var väcktes intresset av att vilja ha en planerad hemfödelse med en legitimerad barnmorska?

Flera alternativ kan väljas

- Barnmorskemottagning
- Sociala medier (Instagram, Facebook, blogg)
- Vänner
- Familj
- Media (Tidningar, nyheter, tv-program, poddar)
- Annat:

Nedan kommer frågor kring förlossning

3. Om du är gravid eller planerar att bli gravid i framtiden - Vart vill du föda?

- Planerat hemma med leg. Barnmorska
- Planerat på barnmorskeledd enhet
- Planerat på sjukhus
- Planerat hemma utan leg. Barnmorska
- Vet ej

Följdfråga beroende på svarsalternativ från fråga 3 →

Av vilken/vilka anledningar vill du föda planerat hemma med legitimerad barnmorska?

Välj på en skala mellan 0–5 där 5 är mycket viktigt och 0 har ingen betydelse/stämmer inte överens.

- Känslan av kontroll
- Känslan av trygghet
- Känsla av säkerhet
- Kunna bestämma över sin födsel
- Bestämma över de som får vara med
- Följsamhet av en känd barnmorska
- Tillit till födelseprocessen
- Vill föda ostört

- Önskan om att föda fysiologiskt (icke medicinskt)
- Positiv upplevelse av tidigare sjukhusfödelse
- Negativ upplevelse av tidigare sjukhusfödelse
- Sjukhusrädd
- Sjukhusrädd
- Annan anledning (gradera 1–5):

Av vilken/vilka anledningar vill du föda på en barnmorskeledd enhet?

Välj på en skala mellan 0–5 där 5 är mycket viktigt och 0 har ingen betydelse/stämmer inte överens.

- Känslan av kontroll
- Känslan av trygghet
- Känsla av säkerhet
- Kunna bestämma över sin födelse
- Följsamhet av känd barnmorska
- Tillit till födelseprocessen
- Vill föda ostört i hemmiljö
- Vill föda fysiologiskt (ickemedicinskt)
- Positiv upplevelse av tidigare sjukhusfödelse
- Negativ upplevelse av tidigare sjukhusfödelse
- Sjukhusrädd
- Sjukhusrädd partner
- Annan anledning (gradera 1–5):

Av vilken/vilka anledningar vill du föda på sjukhus?

Välj på en skala mellan 0–5 där 5 är mycket viktigast och 0 har ingen betydelse/stämmer inte överens.

- Känsla av kontroll
- Känsla av trygghet
- Känsla av säkerhet
- Önskar farmakologiska läkemedel (epidural, lustgas, morfin)
- Tidigare komplicerad födelse

- Medias negativa bild av hemfödslar
- Negativ upplevelse av hemfödslar
- Partner upplever trygghet med sjukhusfödslar
- Annan anledning (gradera 1–5):

Av vilken/vilka anledningar vill du föda planerat oassisterat hemma?

Välj på en skala mellan 0–5 där 5 är viktigast och 0 har ingen betydelse/stämmer inte överens.

- Känslan av kontroll
- Känslan av trygghet
- Känslan av säkerhet
- Kunna bestämma över sin födslar
- Kunna bestämma över vem som får vara med
- Tillit till födelseprocessen
- Vill föda fysiologiskt (ickemedicinskt)
- Vill låta naturen ha sin gång
- Har ej de ekonomiska tillgångarna för att hyra en leg. hembarnmorska
- Svårigheter att hitta en leg. barnmorska som är villig att bistå
- Upplever sig negativt bemött av hälso- och sjukvård
- Misstro till sjukvården
- Negativ upplevelse av tidigare sjukhusfödslar
- Positiv upplevelse av tidigare sjukhusfödslar
- Annan anledning (gradera 1–5):

4. Har du några hälsorisker som påverkar ditt val av födelseplats?

- Ja
- Nej
- Vet ej

5. Om du fött barn tidigare - Vart och när har du då fött?

Har du fött ditt barn på en förlossningsavdelning fyller du i vilket barn i ordningen, vilket år och vilket land det är fött i. Om du har två barn och fött båda på en förlossningsavdelning, skriver du i samma kolumn. Ex. Barn: 1 och 2, år: 2020 och 2023, Land: Sverige, Sverige

Barn: Fött år: Land:

Planerad på förlossningsavdelning:			
Planerad hemfödsel assisterad av leg. barnmorska:			
Planerad hemfödsel ej assisterad av leg. barnmorska:			
Barnmorskeledd förlossningsenhet:			
Oplanerad hemfödsel på väg till förlossningsavdelning:			
Annat:			

6. Är det något du önskar att lägga till?

Bakgrundsinformation

7. Ålder?

8. Utbildningsnivå?

- Grundskola
- Gymnasium
- Högskola/universitet 1–3 år
- Högskola/universitet mer än 3 år

9. Civilstånd?

- Singel
- Sambo/gift
- Särbo
- Polyamorös

10. Vilket land är du född i?

11. Vilket län bor du i?

12. Postnummer till din hemadress:

13. Hur lång tid tar det för dig att åka till förlossningsavdelningen? Ange ditt svar i minuter

Bilaga 2 (2)

Kategorisering av variabler

Frågeställning:	Svarsalternativ:	Kategorisering:
Skulle du kunna tänka dig att ha en planerad hemfödelse med leg. barnmorska?	Ja, oavsett kostnad Ja, om det var kostnadsfritt Nej, vill föda på barnmorskeledd enhet Nej, vill föda på sjukhus Vet ej	Skulle kunna tänka sig att föda hemma Skulle INTE kunna tänka sig att föda hemma
Av vilken/vilka anledningar vill du föda planerat hemma med legitimerad barnmorska?		
Känslan av kontroll Känslan av trygghet Känsla av säkerhet Kunna bestämma över sin födsel Bestämma över de som får vara med Följsamhet av en känd barnmorska Tillit till födelseprocessen Vill föda ostört Önskan om att föda fysiologiskt (icke medicinskt) Positiv upplevelse av tidigare sjukhusfödelse	Inte alls viktigt Mindre viktigt Ganska viktigt Väldigt viktigt Mycket viktigt Absolut nödvändigt	Inte viktigt Viktigt

Negativ upplevelse av tidigare sjukhusfödsel Sjukhusrädd Sjukhusrädd partner Annan anledning (gradera 1–5):		
Ålder?	Fritext	<25 år 25–35 år ≥35 år
Utbildningsnivå?	Grundskola Gymnasium Högskola/universitet 1–3 år Högskola/universitet >3 år	Grundskola/gymnasium Högskola/universitet 1–3 år Högskola/universitet >3 år
Vilket land är du född i?	Fritext	Sverige Europa Utanför Europa

Barn: Fött år: Land:

Planerad på förlossningsavdelning:			
Planerad hemfödsel assisterad av leg. barnmorska:			
Planerad hemfödsel ej assisterad av leg. barnmorska:			
Barnmorskeledd förlossningsenhet:			
Oplanerad hemfödsel på väg till förlossningsavdelning:			
Annat:			