

FAKTORER SOM PÅVERKAR KVINNORS VAL AV FÖDELSEPLATS

En litteraturöversikt

FACTORS AFFECTING WOMEN'S CHOICE OF BIRTHPLACE

A literature review

Välj ett objekt.

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Avancerad nivå

Examensdatum: 2018-01-18

Kurs: Ht16

Författare:

Veronica Bengtsson och Emelie Olsson

Handledare:

Hanna Ulfsdottir

Klicka här för att ange text.

Examinator:

Ingela Rådestad

SAMMANFATTNING

Bakgrund: I världens medel – och höginkomstländer föder de flesta kvinnorna sina barn på sjukhus, en födelseplats som har blivit normen. I Sverige är sjukhusförlossning och hemförlossning de alternativ som finns tillgängliga. Omkring 0,1 procent av kvinnorna i Sverige planerar för en hemförlossning men intresset är cirka 10 gånger större. I Sverige finns inget *birth center*; som är en barnmorskeledd födelseklinik där kontinuitet och normala förlossningar är i fokus. Intresset för att föda på ett *birth center* bland kvinnor i Sverige är ca 27 procent.

Syfte: Syftet med studien är att beskriva faktorer som påverkar kvinnors val av födelseplats.

Metod: Metoden som använts i föreliggande uppsats är en allmän litteraturstudie där totalt 17 artiklar inkluderades från USA, Kanada, Sverige, Finland, Holland, England, Nya Zeeland och Australien.

Resultat: I resultatet framkom det att de olika födelseplatserna delvis hade samma faktorer som motiverade kvinnorna i deras val av födelseplats. Dessa faktorer var inställning till förlossningsprocessen, tillgång till val av födelseplats, säkerhet, förlossningsmiljö, smärtlindring och interventioner och inflytande. Det framkom även unika faktorer för varje födelseplats. Hemförlossning var den födelseplatsen som hade mest unika faktorer som var kontroll och självbestämmande, anhörigas delaktighet och attityder i samhället och vården. Unikt för en förlossning på ett *birth center* var lokalisering och kontinuitet med vårdgivaren. I studien hittades inga unika faktorer för sjukhusförlossning. Faktorerna för hemförlossning och sjukhusförlossning var varandras motsatser medan förlossning på ett *birth center* var ett mellanting.

Slutsats: Kvinnorna i föreliggande studie har en grund av gemensamma faktorer som påverkar deras val av födelseplats. Men även unika individuella faktorer beroende på egna preferenser. De kvinnor som prioriterade säkerhet och hade en inställning till födseln som något farligt sökte sig då till sjukhus. Medan kvinnor som prioriterade en interventionsfri födsel utan medicinsk smärtlindring och rutinmässiga läkemedel, sökte sig till hemförlossning eller förlossning på ett *birth center*.

Nyckelord: Sjukhusförlossning, Hemförlossning, Birth center förlossning, Val, Beslutsfattande.

ABSTRACT

Background: In the world's industrialized countries, most women give birth to their children in hospitals, a birthplace that has become the norm. In Sweden, hospital birth and home birth are the options available. About 0.1 percent of women in Sweden are planning a home delivery but the interest is about 10 times higher. In Sweden, there is no birth center available; which is a midwife's birth clinic where continuity and normal deliveries are in focus. The interest in delivery in a birth center among women in Sweden is about 27 percent.

Aim: The aim of this study is to describe factors affecting women's choice of birthplace.

Method: The method used in this paper is a general literature study, with a total of 17 articles from the United States, Canada, Sweden, Finland, Holland, England, New Zealand and Australia.

Result: In the result it emerged that the different birthplaces had in part the same factors motivating the women. These factors were the attitude towards the childbirth process, access to birthplace choice, safety, environment, pain relief and intervention and influence. There were also unique themes for each birthplace. Home delivery was the birthplace that had the most unique factors, such as control and empowerment, the family's participation and attitudes in society and care. Unique for childbirth at a birth center was localization and continuity with the healthcare provider. The study found no unique factors for hospital birth. The factors for home birth and hospital birth were each other's opposites, while childbirth at a birth center was something in between.

Conclusion: The women in the present essay all had common factors that affect their choice of place of birth. But also, unique individual factors depending on their own preferences. The women who had safety as a priority saw birth as something dangerous and sought a hospital birth. While women who prioritized an intervention-free birth without medical pain relief and routine drugs, sought home birth and birth at a birth center.

Keywords: Hospital childbirth, Home childbirth, Birth center childbirth, Choice, Decision-making.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Definition av normal förlossning	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Definition av födelseplats	2
Barnmorskans roll	2
Olika födelseplatser	2
Interventioner inom förlossningsvården	5
Förlossningsmetoder	7
Kriterier för att föda hemma	7
Vikten av att välja födelseplats	8
Problemformulering	9
SYFTE	9
METOD	9
Design	9
Urval	9
Genomförande	10
Databearbetning	12
Forskningsetiska övervägande	13
RESULTAT	14
Gemensamma faktorer	14
Unika faktorer	20
Faktorer som påverkar kvinnor till att välja bort en födelseplats	24
DISKUSSION	26
Metoddiskussion	26
Resultatdiskussion	28
Slutsats	31
Klinisk tillämpbarhet	31
REFERENSER	32

INLEDNING

I Sverige är sjukhusförlossning normen och alternativen är få när det gäller val av födelseplats. Kontinuitet med samma barnmorska genom hela vårdkedjan, vård som ges på ett så kallat *birth center*, finns inte tillgängligt i Sverige.

I en studie av Hildingsson, Waldenström och Rådestad (2003) blev svensktalande gravida kvinnor i Sverige tillfrågade av sin barnmorska inom mödrahälsovården om de önskade delta i en studie om upplevelser av barnafödande. Studien undersökte kvinnors förlossningsupplevelser och intresse för alternativa vårdformer inom förlossningsvården. Resultatet av forskningen visade att 52 procent av kvinnorna önskade samma barnmorska genom hela vårdkedjan, 27 procent var intresserade av förlossning på ett *birth center* och fem procent önskade hemförlossning. Kvinnorna kunde i studien endast välja ett alternativ om vilken alternativ vårdform de var intresserade av. Resultatet indikerar att det inte är samma kvinnor som önskar hemförlossning och en förlossning på ett *birth center*. Trots den låga procentandelen kvinnor som önskar hemförlossning är det en högre siffra än den andel som faktiskt föder hemma, vilket är 0,1 procent. Intresset för hemförlossning visar sig i studien vara tio gånger större än den andelen som faktiskt föder i hemmet vilket indikerar att många kvinnor som från början önskar en hemförlossning avstår det på grund av olika anledningar (Hildingsson et al., 2003).

BAKGRUND

Definition av normal förlossning

World Health Organisation (WHO, 1996) definierar normal förlossning baserat på två faktorer: graviditetens riskstatus och förlossningsförloppet. Definitionen av en normal förlossning är att den har en spontan start, är riskbedömd som lågrisk vid början av förlossningen och att den fortsätter att vara lågriskbedömd under hela förlossningen. Barnet föds spontant vaginalt i huvudbjudning mellan graviditetsveckorna 37+0 till 42+0. Postpartum ska mor och barn vara välmående. Omkring 70 till 80 procent av alla gravida kvinnor är bedömda som lågrisk vid start av en förlossning.

Det finns många fördelar för både den nyblivna mamman och det nyfödda barnet som är förenade genom en normal förlossning menar Hildingsson, Johansson, Karlström och Fenwick (2013). De fann att kvinnor som har haft en normal förlossning mår bättre kroppsligt och mentalt postpartum än de som haft en komplicerad förlossning. Dessutom har det visat sig att kvinnorna har högre självförtroende och självkänsla som nybliven mamma när de genomgått en komplikationsfri förlossning (Hildingsson et al., 2013). Lamaze (2014) har framställt viktiga komponenter som bidrar till det normala födandet. De komponenterna är kontinuerligt stöd under hela förlossningen, inga rutinmässiga interventioner, låta förlossningen starta av sig själv, frihet att röra sig under förlossningen, spontana krystvärkar ståendes i upprätta ställningar och att låta mamma och barn vara tillsammans postpartum.

Brocklehurst et al. (2011) beskriver i sin studie att andelen kvinnor som hade en normal vaginal födsel utan någon intervention i form av epidural eller spinalbedövning, tång eller sugklocka, sectio eller episiotomi, var 58 procent vid sjukhusförlossningar. För sjukhusbundna *birth center* var det 76 procent och för fristående *birth center* var det 83 procent. Andelen var högst vid hemförlossningar då 88 procent hade en normal vaginal förlossning.

Definition av födelseplats

En födelseplats definieras som den specifika platsen för födandet av ett barn skriver Waldenström (2016). Tidigare har det vedertagna uttrycket varit förlossningsplats, men sedan några år tillbaka har alternativa formuleringar blivit accepterade, varpå födelseplats är ett sådant. Eftersom författarna för föreliggande arbete har valt att skriva om olika födelseplatser i den här litteraturstudien ansågs en definition av uttrycket relevant.

Barnmorskans roll

En viktig och betydelsefull del av barnmorskans arbete beskriver Lundgren och Berg (2016) är det professionella förhållningssättet i mötet med kvinnor eller familjer som har behov av rådgivning och vård. Det professionella förhållningssättet innebär att barnmorskan ska ha en öppen och respektfull relation där hon ska kunna identifiera och förstå den enskilda individens behov. Mötet och relationen som byggs upp med varje unik individ eller familj är den mest centrala delen av barnmorskans arbetsområde och är grunden till välbefinnande och hälsa. För att en ömsesidig relation ska kunna utvecklas krävs närvaro, bekräftelse, delaktighet och tillgänglighet från båda parter (Lundgren & Berg, 2016). Larsson (2016) tar vidare upp hur barnmorskan arbetar efter bland annat hälso-och sjukvårdslagen som har en humanistisk grund och betonar att alla individer har lika värde och ska bemötas med respekt ur ett holistiskt perspektiv. Barnmorskan arbetar även efter barnmorseprofessionens etiska kod som är framställd av International Confederation of Midwives (ICM, 2014) där hälso-och sjukvårdslagen finns med som en tydlig ståndpunkt (Larsson, 2016).

Enligt Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) finns det fem viktiga områden i barnmorskans profession som har inverkan på kvinnors upplevelse i stödet under graviditet och förlossning. De fem områdena innefattar barnmorskans kompetens och kunskap, barnmorskans empatiska förmåga att sätta sig in i kvinnans situation, barnmorskans personliga och professionella utveckling samt det professionella förhållningssättet i relationen med den individuella kvinnan.

Barnmorskans etiska kod

Den internationella etiska koden för barnmorskor är framställt av ett förbund bestående av barnmorskor som tillsammans arbetar för barnmorskans kompetensområde och förbättring av vårdkvalitén för alla kvinnor och deras familjer världen över. Förbundet kallas för ICM och har genom bestämda mål med fokus på kvinnors hälsa, rättigheter och tillgång till vård skapat den etiska koden för barnmorskor. Den etiska koden är till för att ta fram och uppmuntra till mer forskning, att vägleda barnmorskan i det kliniska arbetet samt ge stöd i utbildning och utveckling inom professionen. Grunden i den etiska koden baseras på att barnmorskan ska ta hänsyn till varje människas värde, kämpa för kvinnors rättighet till hälsovård, ge stöd till kvinnan och hennes familj samt visa tillit och ömsesidig respekt (Barnmorskeförbundet, 2014).

Olika födelseplatser

Traditionell förlossningsvård

Sedan år 1950 har majoriteten av gravida kvinnor i Sverige fött barn på sjukhus skriver Waldenström (2016). Vid en jämförelse av olika landsting uppmärksammades det att andelen kejsarsnitt varierade mellan 12,5 procent i Östergötland och 23,2 procent på Gotland. Epiduralbedövning för förstfödelskor varierade från 34,5 procent i Skåne till 61,3 procent i Gävleborg. Det kan tyda på ojämlik förlossningsvård i landet men även olika fysiska faktorer

hos kvinnorna såsom hög ålder och högt BMI. Genomsnittlig ålder för en förstföderska var 26,9 i Södermanland och 30,0 i Stockholms län. Andelen kvinnor med högt BMI och fetma låg på 30 procent i Stockholm och 43,4 procent i Gävleborg (Waldenström, 2016). Hutton et al. (2015) beskriver att av de kvinnor som valt sjukhusförlossning var det 96,7 procent som faktiskt födde barn på sjukhuset.

I en studie av Hildingsson, Karlström, Hainz och Johansson (2015) fick kvinnorna som deltog i deras undersökning lista var de helst skulle välja att föda sitt barn. Sjuttioen till sjuttioåtta procent av kvinnorna listade sjukhusförlossning som deras förstahandsval. I mitten av graviditeten rapporterade mer än hälften av kvinnorna i studien att de var intresserade av att ha kontinuitet med samma barnmorska under hela vårdkedjan under graviditet, förlossning och eftervård (Hildingsson et al., 2015). Tracy et al. (2014) beskriver att av kvinnor som valde sjukhusförlossning hade 14 procent träffat sin barnmorska tidigare.

Coxon, Sandall och Fulop (2015) beskriver i sin undersökning att majoriteten av förstföderskorna planerade att föda barn på ett *birth center*, medan omföderskorna planerade en sjukhusförlossning. De flesta förstföderskorna fick inte som de önskade utan födde sina barn på sjukhus av olika anledningar. Hälften av kvinnorna som hade en lågriskgraviditet, inklusive omföderskor som tidigare genomgått en vaginal förlossning, valde att planera för en sjukhusförlossning i framtiden. Förstföderskorna som hade planerat sin födsel på ett *birth center*, men av någon anledning genomgick en sjukhusförlossning, beskrev sig själva som naiva efter förlossningen för att de hade trott att de skulle klara av att föda barn utanför ett sjukhus.

WHO (1996) beskriver att en kvinna med en lågriskbedömning som föder barn på ett universitetssjukhus kan träffa upp till 16 olika vårdgivare under sex timmar av en förlossning och även vara utan vårdpersonal i rummet under större delen av den tiden. Att bli lämnad utan vårdpersonal i rummet under en förlossning och att träffa många olika vårdgivare har visat sig skapa en stress som kan påverka och förlänga förlossningsprocessen. När förlossningsprocessen blir förlängd inleds det som beskrivs som en "kaskad av interventioner". WHO (1996) beskriver vidare att i många länder upptas sjukhusets kapacitet för obstetrisk specialistvård, som behövs till kvinnor med förlossningskomplikationer, av det stora antalet kvinnor med lågriskgraviditeter som förväntas ha en normal förlossning.

I en studie av Davis et al. (2011) hade kvinnor som planerade en sjukhusförlossning en ökad risk för att avsluta sin förlossning med sugklocka, tång eller akut sectio i jämförelse med kvinnor som valde att föda i ett fristående *birth center*. De var även utsatta för ökad risk för amniotomi, värkstimulerande dropp, farmakologisk smärtlindring, episiotomi och vaginala bristningar. Likaså fanns en ökad risk för att barnet skulle läggas in på en neonatalavdelning eller att modern skulle behöva intensivvård som följd av alla interventioner och instrumentella ingrepp (Davis et al., 2011).

Birth Center

Ett *birth center* är en klinik som innefattar både mödravård, förlossningsvård och eftervård samlat på en och samma plats. Under 1970-talet öppnades flera *birth center* i USA som var ett alternativ mellan sjukhusförlossning och hemförlossning. De öppnades som en följd av det växande missnöje kring det ökade medicinska användandet och att kvinnorna inte hade inflytande över sin egen förlossning. Det öppnades både fristående och sjukhusbundna *birth center* som upplevdes som ett mindre radikalt alternativ. I Sverige öppnades tre sjukhusbundna *birth center* i slutet av 1980-talet. Klinikerna är oftast barnmorskeledda med konsulterande läkare till hands. När behovet av en överföring till en traditionell

förlossningsavdelning uppstår finns det alltid ett samarbete på ett närliggande sjukhus (Waldenström, 2016). Som resultat av att vissa sjukhus införde hemmalikande födelserum förbättrades kvinnornas upplevelse, vaginala bristningar minskade och få kvinnor önskade en annan miljö vid nästa förlossning (WHO, 1996).

Waldenström (2016) beskriver att de barnmorskeledda *birth center* som fanns tillgängliga kunde vara uppbyggda på olika sätt, antingen med barnmorsketeam, team midwifery, eller med caseload midwifery, one-to-one care. Båda arbetssätten bidrar till en god kontinuitet i vården. Team midwifery är utvecklat och används främst i Australien och England. Arbetssättet går ut på att det är en grupp barnmorskor som tillsammans har hand om en grupp kvinnor under hela vårdtiden. Det innebär i praktiken att barnmorskorna går mellan mödravården, förlossningsavdelningen och eftervården. Barnmorskan följer med andra ord kvinnan genom hela vårdkedjan. Det i sin tur innebär för barnmorskan mer och längre jourpass. Caseload midwifery eller one-to-one care är det mest extrema arbetssätten. Det innebär att en barnmorska har hand om en grupp kvinnor under hela vårdförloppet, med hjälp av en kollega, som fungerar som en reserv om den andra barnmorskan inte är tillgänglig, som vid ledighet. Det som skiljer modellerna åt är antalet barnmorskor som ansvarar för antalet kvinnor (Waldenström, 2016).

I en studie av Tracy et al. (2014) visade det sig att 87 procent av kvinnorna som valde att föda sina barn på ett *birth center* kände barnmorskan som närvarade på förlossningen från mödravården. Vid sjukhusförlossningar låg den siffran på 14 procent. Fler barn som föddes på ett *birth center* ammades vid utskrivning än de som föddes på sjukhus. Kvinnor som födde barn på ett *birth center* hade i större utsträckning en spontan förlossningsstart och då mindre risk för induktion. Det visade sig även att kvinnor som fött på ett *birth center* i lägre uträkning hade en blodförlust på mer än 500 milliliter än de kvinnor som fött på sjukhus. McLachlan et al. (2012) beskriver att vid förlossningen träffade kvinnorna en barnmorska de kände i 89 procent av fallen på ett *birth center* med caseload midwifery care. Det var även den barnmorskan som var ansvarig vid födelsen som de träffade på eftervården i 57 procent av fallen eller en annan barnmorska de kände i 48 procent av fallen. Studien visade att förstföderskor med lågriskgraviditeter som valt caseload midwifery care har en större chans för en spontan vaginalförlossning där 51,8 procent födde vaginalt utan instrumentella hjälpmedel respektive 41,5 procent av förstföderskor med lågriskgraviditeter som valt sjukhusförlossning.

Planerad hemförlossning

I medel – och höginkomstländer där kvinnor känner ett missnöje gentemot den traditionella förlossningsvården vänder sig några av kvinnorna till hemförlossning, ofta som en revolterande handling gentemot den traditionella vården beskriver WHO (1996). Planerad hemförlossning innebär att kvinnan har valt att föda hemma med stöd av barnmorskor. I Sverige väljer hundra kvinnor varje år att föda barn hemma, detta är cirka 0,1 procent av alla förlossningar i Sverige (Lindgren, 2016).

Hutton et al. (2015) beskriver att för de 11 493 kvinnor som önskade hemförlossning var det 74,7 procent av dem som faktiskt hade en hemförlossning. Kvinnor som valt hemförlossning hade mindre risk för interventioner och användande av farmakologisk smärtlindring. Davis et al. (2011) beskriver att kvinnor som valt hemförlossning visade sig ha en högre ålder, varit gravida tidigare och fött fler barn. Det var färre förstföderskor än omföderskor som valt hemförlossning. Halfdansson, Smarason, Olafsdottir, Hildingsson och Sveinsdottir (2015a) skriver att statistiskt sett är kvinnor som planerar en hemförlossning i högre uträkning gifta och har en hög yrkesstatus. Omföderskor som föder hemma har oftast fött sina tidigare barn

hemma och har i högre utsträckning fler barn än de som har genomgått en sjukhusförlossning. I Brocklehurst et al. (2011) studie belyser de olika karaktärsdragen kvinnor har beroende på var de väljer att föda barn. Studien visade att kvinnor som valt hemförlossning var i större utsträckning äldre, talade engelska flytande, bodde i ett rikare område och hade vit hudfärg.

Hemförlossning och säkerhet

Hutton et al. (2015) har undersökt chansen till en spontan vaginal förlossning som var 90,9 procent för de som valt hemförlossning och 87,0 procent för de kvinnor som valt sjukhusförlossning. Skillnad sågs även i antalet förlossningar som avslutades med sugklocka och sectio där hemförlossning var modellen med lägst antal och som också hade mindre risk för att uppleva allvarliga vaginala bristningar. Barn som föddes hemma hade större chans att helammas tre till tio dagar efter förlossningen. I studien fann man ingen större andel intrapartal fosterdöd eller fosterdöd postpartum i någon av födelseplatserna. Den absoluta risken var 0,39 procent i både hemförlossning och sjukhusförlossning. Halfdansson et al. (2015a) beskriver hur kvinnor vid hemförlossning visade sig ha en kortare latensfas men en längre utdrivningsfas. De hade i större utsträckning vattenfödslar och mindre risk för operativ förlossning, värkstimulering och epiduralbedövning. De hade även lägre risk för postpartumblödning, sfinkterruptur, episiotomi, cervix ruptur, blodtransfusion och försämrat välmående de första veckorna postpartum. Det framkom att de som haft hemförlossningar hade fler vaginala bristningar, men i lägre allvarlighetsgrad än de som haft sjukhusförlossning.

Buitendijk (1993) som jämförde det obstetriska resultatet vid hemförlossning och sjukhusförlossning visade att för förstföderskor med en lågriskgraviditet var hemförlossning lika säkert som sjukhusförlossning. För omföderskor med lågrisk framgick det att hemförlossning var säkrare än en sjukhusförlossning. I De Jonge et al. (2014) studie belyses det att andelen intrapartal fosterdöd samt postpartum fosterdöd, upp till 28 dagar efter förlossningen, för förstföderskor var 1,02/1000 vid hemförlossning och 1,09/1000 vid sjukhusförlossning. I samma studie har Apgar poäng, ett mätinstrument som bedömer barnets allmäntillstånd efter en, fem och tio minuter efter barnets födelse, undersökts. Hos barn till förstföderskor visade resultatet att 8/1000 vid hemförlossning hade Apgar poäng under sju efter fem minuter och 9/1000 vid sjukhusförlossning. Apgar poäng under fyra visade sig vara omkring 1/1000 barn vid hemförlossning och 1,2/1000 barn vid sjukhusförlossning (De Jonge et al., 2014).

Interventioner inom förlossningsvården

Det blir allt mer vanligt att kvinnor i medel – och höginkomstländer föder barn på sjukhusbelägna förlossningskliniker och idag är de i majoritet (Waldenström, 2016). Under den här tiden har interventioner ökat beskriver Widström, Wibke och Nissen (2016) och har medfört ifrågasättande angående säkerhet, risker och fördelar med interventioner vid okomplicerade graviditeter. En obstetrisk intervention under en förlossning är när en vårdgivare ingriper i den naturliga förlossningsprocessen och gör en aktiv handling med indikationen att påskynda förlossningsförloppet (Widström et al., 2016). I en studie skriven av Bergqvist et al. (2012) uppmärksammades det att värkstimulerande dropp användes i 60 - 70 procent av alla förlossningar. Samtidigt har Socialstyrelsen (2013) rapporterat att epiduralbedövning gavs till 50 procent av alla förstföderskor och 20 procent av alla omföderskor år 2011. Enligt Gross, Frömke och Hecker (2014) forskning har en hög procentuell användning av epiduralbedövning och en ökad mängd interventioner ett tydligt samband och påverkas av varandra.

Induktion

Ekman-Ordeberg (2014) beskriver att det finns flera medicinska och humanitära indikationer till en förlossningsinduktion i Sverige. Frekvensen har legat runt åtta till tio procent under många år vilket är lågt jämfört med övriga Europa som har legat omkring 15 – 30 procent, men som den senaste tiden har ökat. Vanliga medicinska indikationer till en induktion är kvinnor med preeklamsi, tillväxthämning hos barnet, spontan vattenavgång utan start av förlossningsarbete, överburenhet, duplexgraviditet, kvinna med diabetes, annan maternell sjukdom och intrauterin fosterdöd. De humanitära orsakerna handlar ofta om förlossningsrädsla, att kvinnor haft en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse, att barnet beräknas vara stort eller att bäckenet är litet. Hildingsson, Karlström och Nystedt (2011) beskriver i sin studie att kvinnor som blev inducerade hade antingen en kortare eller en längre graviditet än kvinnor med en spontan förlossningsstart. Det visade sig även att induktioner, jämfört med spontanstartade förlossningar, resulterade i en längre förlossningsprocess och i relation till det hade kvinnorna som genomgått en induktion generellt fler negativa förlossningsupplevelser (Hildingsson et al., 2011).

Holzmann och Nordström (2016) beskriver en induktion som att förlossningen sätts igång med farmakologiska och/eller mekaniska medel. De farmakologiska medlen är syntetiskt prostaglandin, som kan ges både oralt i form av en tablett som späds i vatten eller vaginalt i form av en gel som förs upp i slidan. Cervix mognadsgrad avgör vilken typ av induktionsmetod som används. Ekman-Ordeberg (2014) beskriver att cervix mognadsgrad bör kontrolleras av en förlossningsläkare och därefter görs en individuell induktionsplan för varje kvinna. Holzmann och Nordström (2016) beskriver vidare att en annan farmakologisk behandling är värkstimulerande dropp, även kallat Oxytocindropp, som används när cervix mognat och den yttre modernmunnen öppnat sig minst tre centimeter. De mekaniska åtgärderna som kan utövas under en induktion är att sätta en ballongkateter som av en läkare förs upp via vagina och med änden in i livmodern. Slangen fylls med vatten när den ligger på plats och blir en vätskefylld ballong. Andra mekaniska induktionsmetoder är att göra en hinnsvepning eller en amniotomi (Karolinska, 2014).

Amniotomi

En av de vanligaste interventionerna som används på kvinnor med utdragen förlossningsprocess, där fosterhinnorna fortfarande är hela, är att utföra en amniotomi skriver Holzmann och Nordström (2016). Det innebär att bräcka hål på fosterhinnorna med hjälp av en amniohook och bidrar till en vattenavgång. Enligt Sveriges definition av den förväntade progressen, under det aktiva öppningsskedet i förlossningen, ska den yttre modernmunnen öppna sig med en centimeter per timme. Om progressen upphör under tre timmars tid definieras det i Sverige som värksvaghet och förlossningsprocessen är inte längre normal, varpå åtgärder bör vidtas.

En amniotomi räcker i vissa fall som enda åtgärd då det har en värkstimulerande effekt menar Holzmann och Nordström (2016). Det finns likväl annan forskning som resulterat i andra uppgifter. I en dansk studie av obstetrikerna Storgaard och Uldbjerg (2009) framkommer det att en amniotomi inte leder till ett snabbare öppningsskede under den aktiva förlossningsfasen. De fann istället att en amniotomi har en tendens till en ökad risk för kejsarsnitt och de avråder därför till rutinmässiga amniotomier med stöd från resultatet av deras studie. Undersökningen bestod av fem randomiserade kontrollerade studier där 1127 kvinnor deltog.

Värkstimulerande läkemedel

En vanlig intervention är ett värkstimulerande dropp som kan användas på grund av en förekommande värksvaghet. Det värkstimulerande droppet består av en syntetisk form av Oxytocin som är ett hormon och som bidrar till uterus kontraktioner under förlossningsprocessen. Värksvagheten kan bero på farmakologisk smärtlindring som har stannat upp progressen eller en lång och utdragen förlossningsprocess som påverkar uterus egna värkarbete negativt. Vid användning av värkstimulerade Oxytocindropp finns specifika mallar med startdos, upptrappningsschema och angivna mål för behandlingen som vårdgivarna ska följa. Vårdgivaren som ansvarar för administreringen av värkstimulerande dropp ska även ha kunskap om överstimulering av uterus samt kontraindikationer för behandlingen (Algovik, 2014).

Förlossningsmetoder

Instrumentell vaginal förlossning

Norman, Nyman och Lilja (2014) beskriver att instrumentell vaginal förlossning innebär att förlossningen avslutas med hjälp av yttre instrument som hjälper barnet att födas fram. De instrument som finns idag är sugklocka och tång. I Sverige utförs sex procent med tång och 93 procent med sugklocka. Frekvensen av instrumentella förlossningar har ökat de senaste åren i Sverige, där 85 procent av alla instrumentella förlossningar utförs på förstföderskor. Enligt nya siffror är det en av sex förstföderskor som föder barn med hjälp av sugklocka i Sverige idag (Ekéus, 2016). Ett samband har uppmärksamats i förhållande till det ökade användandet av epiduralblockad. Indikationen till en instrumentell förlossning beror i majoriteten av fallen på ett utdraget förlossningsförlopp där både uterus och kvinnan i sig är utmattad (Norman et al., 2014).

Kejsarsnitt

Kejsarsnitt, sectio, är ett sätt att förlösa barnet genom en stor bukoperation och det genomförs både på medicinska och humanitära indikationer. Medicinska indikationer beror ofta på akuta komplikationer under en vaginal förlossning som snabbt måste åtgärdas. Vanliga anledningar till att ett akut kejsarsnitt genomförs är maternell sjukdom eller ett plötsligt försämrat tillstånd hos modern eller barnet. Exempel på akuta tillstånd är ett försämrat fetalt tillstånd, ett ogynnsamt fetalt fosterläge, onormal vaginalblödning och uterusruptur. En annan orsak till att ett akut kejsarsnitt genomförs är när förlossningen har en dålig progress trots genomförda interventioner. Idag genomförs akut kejsarsnitt vid 17 procent av alla förlossningar i Sverige. På senare år har frekvensen av kejsarsnitt med humanitära indikationer ökat då det är kvinnans önskemål av förlossningsmetod. Den vanligaste orsaken till att kvinnor väljer att genomgå kejsarsnitt beror på förlossningsrädsla. I vissa fall kan information och möjlighet till extra stöd, övervakning och smärtlindring få kvinnor att ändra sig, men planerade kejsarsnitt blir allt vanligare och utgör ungefär hälften av alla kejsarsnitt som genomförs i Sverige idag (Andolf, 2014).

Kriterier för att föda hemma

För kvinnor som väljer en planerad hemförlossning ser möjligheterna annorlunda ut relaterat till vilket län de bor i. I dagens läge är det Stockholms och Västerbottens län som erbjuder att ersätta kostnaderna vid hemförlossning (Barnmorskeförbundet, 2015).

Gemensamma krav som förekommer i länen är att kvinnan är frisk i grunden och har en normal graviditet. Det ska finnas två barnmorskor med vid födseln som ska finnas i beredskap två veckor innan och en vecka efter partus. Ett annat krav är att kvinnan ska träffa en obstetriker för information och bedömning under graviditeten och barnet ska efter förlossningen bli undersökt av en barnläkare (Lindgren, 2016).

Hemförlossningar i Västerbottens län och Stockholms län skiljer sig även åt på några punkter (Barnmorskeförbundet, 2015). I Stockholms län måste förstföderskor finansiera en hemförlossning privat, precis som resterande kvinnor som bor utanför Stockholms och Västerbottens län. Det finns även andra kriterier för att få ekonomisk ersättning vid hemförlossning. I Stockholms län krävs det att kvinnan är omföderska och att den tidigare förlossningen ska ha skett vaginalt. Ytterligare ett krav är att bostaden ska ligga som mest 40 minuter från närmaste sjukhus med bil beskriver Lindgren (2016). År 1997 bestämdes det att Västerbottens län skulle erbjuda hemförlossning för de få kvinnor som önskade det och tjänsten skulle vara kostnadsfri. Tjänsten av hemförlossning erbjuds idag även till förstföderskor som kan få sin hemförlossning bekostad. Kvinnorna behöver inte betala någon avgift alls men får däremot stå för inköp av bindor, speciella handdukar, underlägg, soppåsar och andra nödvändiga föremål i samband med en förlossning. Kriterierna för hemförlossning i Västerbottens län är att fostret ligger med huvudbjudning i längsläge och att bostaden kvinnan planerar att föda i ska ligga inom tre mils avstånd från sjukhuset (Barnmorskeförbundet, 2015).

Vikten av att välja födelseplats

En del av vårdens uppgift är att hjälpa kvinnan att göra ett informerat val. Möjlighet till val är grundläggande för att bibehålla självständighet och självbestämmande. Grunden i inställningen till informerat val är att gravida kvinnor ses som kompetenta personer med kunskap om vad som är bäst för just dem skriver Lindgren (2016). Kvinnors rättigheter enligt ICM (2014) inkluderar att varje kvinna har rätt till uppdaterad information angående hälsa. Varje kvinna har rätt till att göra informerade aktiva val angående hennes hälsa och vård samt ge informerat samtycke. Alla kvinnor har även rätt till att välja födelseplats (ICM, 2014). Karlström, Nystedt och Hildingsson (2015) beskriver att huvudorsakerna till en positiv förlossningsupplevelse enligt kvinnorna i studien var deras egna förmåga att föda barn och mängden av stöd de fick från sina partners och barnmorskor.

För de flesta kvinnor i medel – och höginkomstländer är sjukhusförlossning normen i samhället och kvinnan gör inget aktivt val angående födelseplats. Halfdansdottir et al., (2015b) skriver om att anpassad information till kvinnans egna unika situation är en viktig del i hennes autonomi. Evidensbaserad information angående olika födelseplatser och vårdformer inom förlossningsvården bör presenteras för kvinnan med en respektfull ton av vårdpersonal. Fördelar och nackdelar bör kunna diskuteras sakligt och öppet med kvinnans egna åsikter och värderingar närvarande i diskussionen. En till viktig del i kvinnans autonomi är hennes egna kapacitet för beslutsfattande och rationalitet (Halfdansdottir et al., 2015b).

Kvinnor är kapabla till att samla, förstå och sortera information och ta beslut som gynnar och passar hennes egen situation i valet av födelseplats, även om det avviker från samhällets riktlinjer. För att kvinnan inte ska bli kränkt i sin autonomi ska vårdpersonal stötta henne i hennes val konstaterar Halfdansdottir et al. (2015b).

Vårdgivarna ska inte heller styra henne bort från att välja en födelseplats som hon värdesätter högst. Begränsning inom valfrihet av födelseplats, eller yttre tvång från samhället eller

vårdpersonal, kan kränka kvinnors mänskliga rättigheter och bör inte brukas. Konsekvenserna av ens handlingar kan aldrig yttra sig innan handlingen är utförd, men kvinnors avsikt är alltid att tillgodose sitt barns hälsa och säkerhet och det i sig utgör grunden till kvinnans val av födelseplats enligt Halfdansson et al. (2015b).

Problemformulering

Enligt WHO (1996) är det en rättighet att få välja födelseplats. I Sverige föder majoriteten på sjukhus. För att kvinnan ska kunna göra ett val måste olika förlossningsvårdformer erbjudas. Sverige är ett av de ledande länderna när det gäller säkerhet inom förlossningsvården men brister finns när det gäller kvinnors valmöjlighet avseende alternativ inför en förlossning. Det finns kvinnor som vill undvika traditionell sjukhusförlossning bland annat för att minska risken för onödiga interventioner. Kvinnor som önskar alternativ förlossningsvård kan känna sig begränsade av traditioner, resursbrist, attityder i samhället, attityder i vården och ekonomiska förutsättningar. Om kvinnan önskar hemförlossning är det endast två landsting i Sverige som står för kostnaderna. Det senast fungerande birth centret i Sverige var Södra BB i Stockholm som stängdes år 2016. Det som finns att tillgå för kvinnor är att föda på akutsjukhusens stora förlossningskliniker alternativt hemförlossning. Många ser hemförlossning som ett riskfyllt alternativ som dessutom är dyrt.

SYFTE

Syftet med den här studien är att beskriva faktorer som påverkar kvinnors val av födelseplats.

METOD

Design

Författarna har valt att göra en litteraturöversikt där forskning som finns tillgänglig blir granskad. Det skapas då en tydlig överblick över forskningsområdet. Författarna har valt att använda sig av forskning som består av kvalitativa studier (Segesten, 2012; Polit & Beck, 2008). Kvalitativ forskning används för resultatet då det är gynnsamt vid studerandet av upplevelser. Genom en kvalitativ metod kan en ökad förståelse uppnås och människors uppfattningar, förhoppningar och behov kan undersökas (Friberg, 2012).

Urval

Urval och inklusionskriterier används i studien då författarna ville begränsa artiklarna för att de skulle passa studiens syfte (Forsberg & Wengström, 2015). Artiklarna som används har studerat planerad hemförlossning, *birth center* förlossning, obstetriskt - och barnmorskeledd förlossningsvård. Författarna har valt att utesluta oplanerade hemförlossningar och oassisterade förlossningar utan vårdpersonal, eftersom det inte är relevant eller jämförbart i den här studien.

Ett inklusionskriterium är att kvinnorna har en lågriskgraviditet och har genomgått normala vaginala förlossningar. Författarna har exkluderat högrisk graviditeter samt komplicerade förlossningar för att resultatet ska vara rättvist skildrat. Var studien har utförts har begränsats till medel – och höginkomstländer av den anledningen att de har jämförbar förlossningsvård med Sverige.

Inklusionskriterierna för den här studien var att de studier som granskades skulle vara skrivna på engelska eller svenska eftersom det är de språk som författarna bemästrar. Författarna har som urvals krav att forskningen som de använder sig av ska vara Peer-reviewed för att det säkerställer kvalitén på studien då de har blivit granskade av specialister innan de publiceras i en vetenskaplig tidskrift (Polit & Beck, 2012). Artiklarna ska även vara tillgängliga i fulltext. Studierna som granskas ska även vara publicerad inom de senaste tio åren relaterat till relevans för det här arbetet.

Genomförande

Sökningar efter artiklar utfördes i databaserna PubMed och CINAHL. Sökningarna begränsades till att vara publicerade inom 10 år och genomfördes från den 4 april till och med den 27 april 2017. Vid sökningen av artiklar i databaserna användes standardiserade sökord i databasen MEDLINE eller PubMed, även kallade Mesh-termer. Mesh står för Medical Subject Headings och är en engelskspråkig ämnesordlista där de standardiserade sökorden hjälper till att beskriva innehållet i de artiklar som indexerats i databasen PubMed eller MEDLINE. I databasen CINAHL används en ämnesordlista som kallas CINAHL headings (Jacobsson, 2011). Vid litteratursökningen har författarna använt sig av flera sökord per sökning för att kunna beröra ämnesområdet. Tekniken boolesk söklogik har då utnyttjats för att kunna bestämma sökordens samband till varandra. Den mest använda operatören som författarna har använt sig av är sök-operatören AND som skrivits mellan varje sökord (Östlundh, 2012).

De kombinerade sökorden som gav flest träffar i PubMed var Meshtermerna Decision making och Childbirth som genererade till ett stort antal artiklar. Trots det stora antalet av träffar var det endast få artiklar som kunde användas i resultatet. Användandet av samma Mesh-termer och fritextsökningar genomfördes i olika kombinationer, och tillsammans med andra sökord, i förhoppning om att få fram fler artiklar som passade studiens syfte och inklusionskriterier. Sökord som var återkommande var Home Childbirth, Normal childbirth, Experience, Factors, Satisfaction, Hospital childbirth och Midwifery. Bortsett från de sökningar som inte ledde till några artiklar resulterade sökningarna i PubMed totalt 1040 träffar och 13 utvalda artiklar till resultatet. I CINAHL användes sökord från CINAHL headings. De vanligaste sökorden som kombinerades tillsammans i CINAHL var Decision making, Pregnancy, Patients choice in care och Childbirth. Sökningarna medförde totalt 156 träffar och fyra utvalda artiklar till resultatet.

Under sökningsprocessen utfördes även manuella sökningar med förhoppning om att finna fler artiklar till föreliggande studies resultat. De manuella sökningarna som genomfördes framkom genom de granskade artiklarnas referenslistor (Forsberg & Wengström, 2015). Samtliga utvalda artiklar granskades och en relevansbedömning gjordes först individuellt av båda författarna och därefter tillsammans för att förstärka relevansen för studien. Tre artiklar valdes till resultatet av den föreliggande studien. Efter granskningen återstod 17 artiklar (se tabell 1).

Tabell 1. Presentation av databassökning i PubMed och CINAHL.

Sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Granskade Artiklar	Valda Artiklar
1	PubMed	Birthplace AND Decision	10 år och Humans	20	4	1
2	PubMed	Mesh: Decision making AND Childbirth	10 år och Humans	348	8	1
3	PubMed	Manuell sökning	10 år och Humans		1	1
4	PubMed	Childbirth AND Place of birth	10 år och Humans	523	10	2
5	PubMed	Manuell sökning	10 år och Humans		1	1
6	PubMed	Midwifery AND Normal childbirth AND Experience	10 år och Humans	60	5	1
7	PubMed	Negative experience AND Home childbirth	10 år och Humans	18	3	1
8	PubMed	Home childbirth AND Midwifery AND Factors AND Experience	10 år och Humans	8	2	1
9	PubMed	Planned Homebirth AND Risk perception	10 år och Humans	5	2	1
10	PubMed	Hospital AND Childbirth AND Satisfaction AND Home birth	10 år och Humans	47	7	1

11	PubMed	Mesh: Decision making AND Fri sökning: Birthplace AND Choice	10 år och Humans	11	4	1
12	PubMed	Manuell sökning	10 år och Humans		2	1
13	CINAHL	Decision making AND Childbirth	Abstract available, Peer reviewed, Research article och english language	22	3	1
14	CINAHL	Decision making AND pregnancy AND childbirth	Abstract available, Peer reviewed, Research article och english language	64	4	2
15	CINAHL	Hospital childbirth AND patients choice in care	Peer reviewed, English language och published from 2007-01-01	70	5	1
Totalt:						17

Databearbetning

Målet med en vetenskaplig dataanalys menar Forsberg och Wengström (2015) är att tolka variationer utifrån människors erfarenheter för att kunna beskriva fenomenet. Den insamlade informationen ska delas upp enskilt och granskas för att meningen med studierna ska kunna framställas. Båda författarna i den här studien har valt att skriva ut samtliga artiklar för att kunna granska artiklarna individuellt och understryka informationen som framkommer. Kristensson (2014) beskriver fördelar med att granska samtliga artiklar tillsammans och titta på likheter och skillnader i artiklarnas resultat vilket författarna har gjort. Författarna har använt sig utav en integrerad analysmetod som innebär att ställa samman ett resultat från flera studier. Det görs för att underlätta förståelsen för läsaren så resultatet presenteras i relevant ordning i form av teman som framkommit och inte presenteras inför resultatet från varje enskild studie. Den metoden gör det enklare för läsaren att överskådligt förstå resultatet i studien.

Den föreliggande studiens syfte besvaras bäst med kvalitativa artiklar. Därför har författarna bara inkluderat kvalitativa artiklar samt artiklar som använt både kvalitativ och kvantitativ metod (Polit & Beck, 2012).

Det bedömdes som relevant för att studien fokuserar på upplevelser där författarna önskade gå ner på djupet och inte får ett generaliserbart resultat. Författarna ansåg att alla upplevelser kring ämnet skulle lyftas fram och leder till ett mer varierat resultat (Polit & Beck, 2012).

Polit och Beck (2008) skriver att forskare använder sig av flera olika kriterier för att kunna bedöma kvaliteten av vetenskapliga artiklar. Validitet och Reliabilitet är de viktigaste kriterierna för att säkerställa detta. Reliabilitet innebär artikelförfattarnas noggrannhet i genomförandet av studien och att informationen som samlats ej blivit vinklad av författarna. Reliabilitet används mestadels vid statistiska metoder för lättare tolka resultatet. Om reliabiliteten är hög innebär det att resultatet är överförbart till en befolkning. Med validitet menas pålitligheten av forskningens resultat då evidensen ska vara objektiv (Polit och Beck, 2008).

Validiteten innebär att man mäter det som studien avser att mäta och inte inkluderar irrelevant data. Om validiteten är hög svarar resultatet på studiens syfte (Polit & Beck, 2008). I den här studien har det använts studier som har forskat på olika antal individer och tillsammans är det 3900 kvinnor som ingår i den föreliggande studiens resultat. Det ger en reliabilitet då det är en större grupp kvinnor i olika studier där de har kommit fram till liknande resultat. Det är fortsatt god reliabilitet då studierna som inkluderats är genomförda i medel – och höginkomstländer vilket innebär att resultatet är överförbart till Sverige.

En matris på inkluderade artiklar utfördes, där en sammanställning av artiklarnas syfte, metod och resultat kunde jämföras, för att ytterligare garantera tillämpligheten till studien. Detta är effektivt för att artiklarna kan ses mer överskådligt (Friberg, 2012). Författarna har använt ett klassificeringssystem som utvecklats av Sophiahemmet Högskola. Det är ett bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering och kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

Forskningsetiska övervägande

När forskning utförs finns det föreskrifter och regler som skall följas för att forskningen ska få genomföras. Det betyder att författarna för forskningen har ett ansvar att utföra studier som är etiskt godkända och har en god kvalitet. Forskningsetiken i en studie är likaså författarnas egna ansvar och det innebär att de har till uppgift att kontrollera att den litteratur som används i en litteraturoversikt är etiskt beprövad. När en sådan kontroll är genomförd har forskningen stöd för etiska överväganden (Codex, 2016).

För att författarna inte ska välja litteratur och underlag som ger stöd för deras personliga åsikter och tankar är det viktigt med ett kritiskt förhållningssätt. Med ett kritiskt förhållningssätt minskar risken att få ett resultat som är vinklat efter författarnas önskemål och har med andra ord stor betydelse för forskningens moraliska acceptans. En annan viktig del inom forskningsetiken enligt Codex (2016) är att oredlighet inom forskning, vilket innebär förekomst av plagiat, stöld av befintliga data, förfalskning och fabricering av data strider mot forskningens regler och bryter mot de allmänna normerna.

RESULTAT

Det som framkom i resultatet var några gemensamma faktorer som både kvinnor som valt sjukhusförlossning, hemförlossning och *birth center* förlossning ansåg påverkade dem. Dessa presenteras i tabell 1. Det framkom även unika faktorer i resultatet som presenteras i tabell 2.

Tabell 1.

Gemensamma faktorer som påverkar kvinnors val av födelseplats	Inställning till förlossningsprocessen
	Tillgång till val av födelseplatser
	Säkerhet
	Förlossningsmiljö
	Smärtlindring och interventioner
	Inflytande

Inställning till förlossningsprocessen

Något som var avgörande för kvinnors förväntningar på förlossningen var deras inställning och syn på förlossning och graviditet. Antingen såg de förlossningen som något positivt eller som något negativt. Om kvinnans syn på graviditet och förlossning grundades i ett positivt perspektiv var inställningen att graviditet och förlossning var normalt. De kvinnor som hade en medicinsk syn på förlossning och graviditet hade en inställning som grundade sig i patologi (Woog, 2017).

I de fall där kvinnornas förväntningar var negativa ledde de till att de fokuserade på de associerade komplikationerna som kan uppstå vid förlossningen. Det, i sin tur, medförde att kvinnorna valde den födelseplats som de förknippade med säkerhet. De kvinnor som hade en positiv inställning valde en barnmorskeledd förlossning med en önskan om en naturlig förlossning utan smärtlindring (Woog, 2017).

Sjukhusförlossning

Kvinnorna som valde sjukhusförlossning hade ett bristande förtroende till den normala förlossningsprocessen. De var rädda och förväntade sig att någonting skulle gå fel. Majoriteten av kvinnorna hade antingen bristande eller dåligt självförtroende i frågan om deras kapacitet till att föda barn. De kände sig oroliga och ville att doktorer skulle finnas nära till hands (Grigg, Tracy, Schmied, Daellenbach & Kensington, 2015).

It's the most riskiest thing a woman can do and the only reason you have such a good survival rate of infants now and their mothers is because of that intervention. I don't know why people make such an issue about it. It really is terrible. When in effect it's a natural selection (Grigg et al., 2015 s. 600).

Hemförlossning

En större del av kvinnornas inställning var att förlossning var en naturlig process, att återhämtningen var lättare i hemmet och att förlossningen skulle ha en snabbare progress i hemmiljön (Murray-Davis, McDonald, Rietsma, Coubrough & Hutton, 2014). Kvinnorna hade en syn på förlossningen som en normal händelse i livet och inget som behövde kontrolleras (Jouhki, 2011).

Birth center

Kvinnor som valde att föda sina barn på ett *birth center* hade alla gemensamt att de förlitade sig på den normala förlossningsprocessen. De menade att risken för komplikationer var minimala om förlossningen startade spontant. Likaså förmodade kvinnorna att om barnet och de själva mår bra i början av förlossningsarbetet skulle förlossningen fortsätta normalt och komplikationsfritt (Grigg et al., 2015).

Tillgång till val av olika födelseplatser

Valfrihet och självbestämmande gällande både hemförlossning och sjukhusförlossning varierar. Därför har det varit viktigt för kvinnorna att ha haft valmöjligheter till födelseplats som står utanför den kulturella normen. Många kvinnor beskriver att deras tidigare förlossning, som genomfördes på sjukhus, inte var baserat på något aktivt val. Tillgången på information om andra valmöjligheter av födelseplatser som *birth center* eller hemförlossning saknades och det var förväntat att föda på sjukhus eftersom majoriteten av kvinnorna i USA gjorde det (Bernhard, Zielinski, Ackerson & English, 2014). Tillgången till barnmorskor, läkare och sjukhus varierar i olika delar av USA och kvinnors preferenser av födelseplats begränsas av tillgängligheten. I vissa områden finns inte barnmorskor tillgängliga och då har kvinnan inte möjlighet att föda barn tillsammans med en barnmorska varken på sjukhus eller i hemmet (Miller & Shriver, 2012).

Sjukhusförlossning

I vissa delar av USA lämnas kvinnorna med två alternativ. Antingen kan de välja sjukhusförlossning tillsammans med en läkare, som många såg som ett riskfyllt alternativ, eller att föda barn ensam hemma (Miller & Shriver, 2012). Samtliga kvinnor tog även upp att eftersom valmöjligheten till födelseplats var begränsad påverkades deras förlossningsupplevelser på sjukhuset och medförde en känsla av brist på självbestämmande och egenmakt (Bernhard et al., 2014).

En kvinna beskrev det som att hon inte togs på allvar av sjukvårdspersonalen när hon upprepade gånger sa att hon ville undvika smärtlindring och de i flera omgångar frågade om hon hade ändrat sig kring det istället för att stötta hennes beslut. Kvinnan fortsätter beskriva det som att sjukvårdspersonalen fick det att verka som att hon kunde ta egna beslut i födelseprocessen, när de i själva verket redan hade tagit ett beslut åt henne, och fick henne att välja det (Bernhard et al., 2014).

Hemförlossning

Få kvinnor kände till att det fanns hemförlossning att tillgå. De som var medvetna om tillgången till hemförlossning hade fått informationen genom familjen, via sociala medier och via vänner (Bernhard et al., 2014). En barnmorskeledd förlossning som utspelar sig hemma eller på sjukhus är teoretiskt sett billigare och för de kvinnor som önskar att föda barn tillsammans med en barnmorska är det bästa alternativet. Dock styrs förlossningsvården i USA av försäkringar, och Medicaid, som varierar i olika delar av landet. Kvinnor som önskar en hemförlossning tillsammans med en barnmorska tvingas ändå många gånger föda barn på sjukhus med en läkare för att de inte har råd med en barnmorska. Det beror på att en sjukhusförlossning med en läkare är det som försäkringen och Medicaid ersätter (Miller & Shriver, 2012).

I really, really wanted to have a homebirth. I read all about it and was so excited about doing it here (at home), with just the family... But the bottom line was that we just couldn't afford it. The midwife was not expensive... (but) the doctor takes Medicaid. So there you go. It's insane. More money is spent to have a birth we don't even want (Miller & Shriver, 2012 s. 715).

Birth center

I en studie där kvinnor som planerade för en hemförlossning eller som planerade sjukhusförlossning blev tillfrågade om de önskade tillgång till ett *birth center* visade svaret att 77 procent respektive 79 procent av kvinnorna svarade ja på den frågan (Murray-Davis et al., 2014).

Säkerhet

En faktor som var ett orosmoment för alla kvinnor, oavsett val av födelseplats, var säkerheten. Det som skiljde dem åt var att de hade olika åsikter om vilken födelseplats som var säkrast (Woog, 2017). Nedan finner ni kvinnornas motivationer angående säkerhet för de olika födelseplatserna.

Sjukhusförlossning

Sjukhuset anses vara den säkraste platsen att föda barn anser många kvinnor i USA (Miller & Shriver, 2012). Säkerhet var det viktigaste motivet för kvinnor som valt en sjukhusförlossning, både barnmorskeledd och obstetikerledd (Haken et al., 2012). Det var många kvinnor, som planerade sjukhusförlossning, där säkerheten ofta var kvinnornas prioritet (Murray-Davis et al., 2014). Sjukhuset förknippades mycket med trygghet och säkerhet och majoriteten av kvinnorna såg en sjukhusförlossning som ett val med tillgångar. Några kvinnor pratade om att ha tillgång till kejsarsnitt om situationen skulle bli akut. Andra diskuterade om tillgången till smärtlindring och den specialistkompetens hos vårdpersonalen som en trygghet. De litade på vårdgivarna och kände sig väl omhändertagna (Coxon, Sandall & Fulop, 2013).

I just know bad things can happen, like to the baby's blood or heartbeat or whatever. Birth is really dangerous and women used to die all the time before hospitals, and I guess they still do in poor countries and all that... Even though I have to drive an hour to get to the hospital, at least I know we can get there and we'll be okay... or at least more likely to be okay, I guess you never really know do you? (Miller & Shriver, 2012 S. 712).

Av kvinnorna som planerade en sjukhusförlossning var specialiserade sjukhuskliniker, personal och säkerhet de enda anledningarna till deras val av födelseplats (Grigg et al., 2014). En del av kvinnorna nämnde även att de var oroliga för att den värsta tänkbara situationen skulle uppstå där barnet skulle behöva akut hjälp eller att kvinnan själv skulle behöva läkarvård. Dessa kvinnor var fullt beslutsamma och kunde inte tänka sig att föda utanför sjukhus (Coxon et al., 2013). Majoriteten av kvinnorna kände att deras barnmorska stöttade deras beslut och kvinnorna kände att en sjukhusförlossning med en barnmorska kombinerade de bästa utav båda världar. Då hade de en stor känsla av säkerhet men också snabb tillgång till akutvård, detta föranleddes av en rädsla för eventuella komplikationer under förlossningen (Murray-Davis et al., 2014). Kvinnornas motivation till en barnmorskeledd sjukhusförlossning var alla relaterade till säkerhet. De kände till stor del att om behovet uppstod fanns all medicinsk utrustning tillgänglig, om något gick fel var sjukhuset den bästa platsen att vara på och kvinnorna kände sig säkra i att en obstetiker kan bli inkallad fort (Haken et al., 2012).

Hemförlossning

Säkerhet var även en stor anledning till valet av hemförlossning för en del av kvinnorna. De ansåg att föda i sitt eget hem, där de känner sig trygga och välbekanta med miljön, var det säkraste alternativet av födelseplats (Boucher, Bennett, McFarlin & Freeze, 2009). Att kvinnan litade på sin barnmorska var ett fundamentalt element i detta (Woog, 2017).

Alla kvinnorna menade att de litade helt på sin barnmorskas skicklighet och kände sig säkra i hemmet. Att hemförlossning var säkert för både mor och barn höll majoriteten med om (Murray-Davis et al., 2014). De kände sig hälsosamma, att de var i god form och mentalt förberedda för att föda hemma och ansåg att riskerna för att det skulle hända något med dem eller deras barn var minimala (Catling, Dahlen & Homer, 2014).

Kvinnorna uppskattade att två barnmorskor närvarar vid en födsel i hemmet och såg det som en stor fördel jämfört med sjukhusförlossning där det är en barnmorska som närvarar (Murray-Davis, McNiven, McDonald, Malott, Elarar & Hutton, 2012). Barnmorskorna som närvarade under hemförlossningen gav kvinnorna tid och litade på att de skulle klara av att föda sina barn utan några problem (Boucher et al., 2009).

Av de kvinnor som var lågriskgravida och hade valt hemförlossning var det 25 procent av dem som hänvisades till en obstetriker. Kvinnor som var lågriskgravida och hade valt sjukhusförlossning var det 55 procent som hänvisades till en obstetriker. Den skillnaden var signifikant (Sluijs, Cleiren, Sherjon & Wijma, 2015). Vid diskussioner om en transport till sjukhus skulle behövas under förlossningen förlitade sig kvinnorna helt på sjukvårdssystemet och de planer de har för sådana situationer (Grigg et al., 2015).

Birth center

De kvinnor som hade en oro över säkerheten valde ett sjukhusbundet *birth center* och inte ett fristående *birth center*. Andra anledningar var oro över eventuell transport till sjukhus, påtryckningar från partner, familj och vänner (Roger, Harman & Selo-Ojeme, 2011).

Säkerheten på ett *birth center* var något som också diskuterades mycket bland kvinnorna. Samtliga kvinnor talade om att genom att undvika onödiga interventioner, att känna sig trygga i förlossningsmiljön samt deras förtroende till barnmorskan gjorde att de såg ett *birth center* som den tryggaste platsen att föda sitt barn på. De litade på barnmorskornas kompetens och kände sig aldrig tveksamma till sitt beslut (Grigg, Tracy, Daellenbach, Kensington & Schmied, 2014).

Förlossningsmiljö

Något som var gemensamt i många av studierna var kvinnornas preferenser av förlossningsmiljö. Kvinnorna hade olika uppfattningar om vad i förlossningsmiljön som var viktigt.

Sjukhusförlossning

Majoriteten av kvinnorna kände sig mer bekväm på sjukhuset (Murray-Davis et al., 2014). Kvinnorna kände att de behövde ett komplett utbud av medicinsk expertis för att kunna känna sig säkra i den främmande miljön (Woog, 2017).

Hemförlossning

En fördel som kvinnorna upplevde under en hemförlossning var att de fick utrymme att röra sig fritt under värkarbetet vilket skapade en lugn och fridfull miljö. De uppgav även en känsla av lättnad över att inte behöva åka in till sjukhuset när värkarbetet var igång, utan att de kunde stanna hemma och vänta in barnmorskan istället (Bernhard et al., 2014).

En lugn, rymlig och avslappnande miljö var det som var viktigast för kvinnorna som genomgått en hemförlossning (Woog, 2017; Haken et al., 2012). Av de kvinnor som föredrog att föda barn i hemmet kände den större delen sig mer bekväm i sin hemmiljö. Ytterligare en faktor till att hemmiljön kändes viktig var tillgången till att äta och dricka vad de önskade (Murray-Davis et al., 2012).

Att de kände sig mer bekväma att gå igenom förlossningen i sin egen hemmiljö var något som kvinnorna hade gemensamt. Den integritet och intimitet som de önskade kunde deras hem ge dem. Att de kunde vara avslappnade under alla steg i förlossningen såg de som något som kunde främja förlossningens progress. De kände sig säkrare hemma då det var en familjär och lugnande miljö och de trodde att de skulle få en lättare återhämtning i hemmet än på sjukhuset (Murray-Davis et al., 2012). Kvinnorna ansåg att deras barn fick många fördelar med att födas i hemmet såsom en omedicinerad födsel, en skonsam födsel genom vattenförlossning, möjligheten till oavbruten hud mot hudkontakt, möjlighet till samsovning och möjlighet att knyta an (Murray-Davis et al., 2012).

Birth center

Miljön och omgivningen var en huvudfaktor för de kvinnor som valt att föda barn på ett *birth center*. Önskan fanns hos kvinnorna att bevara den naturliga fysiologiska processen genom att ha vissa beståndsdelar i sin omgivning vid födseln (Woog, 2017). Kvinnorna angav flera faktorer som påverkade deras val. Prioriteringarna var atmosfären, storleken på kliniken, maten och inte minst undvikande av tidig transport från förlossningsrummet efter att barnet fötts. Kvinnorna ville ha en lugn miljö där de kunde återhämta sig utan förflyttningar och störningsmoment efter födseln, vilket de kunde få på ett *birth center* (Grigg et al., 2014).

Smärtlindring och interventioner

Sjukhusförlossning

Epiduralbedövning och annan farmakologisk smärtlindring var en av de vanligaste anledningarna till att välja sjukhusförlossning. Kvinnorna önskade ha tillgång till interventioner och andra tjänster som endast sjukhuset erbjuder (Murray-Davis et al., 2014).

En del kvinnor tyckte att sjukhuset hade kunskap om de bästa alternativen för smärtlindring (Haken et al., 2012). En sak som var återkommande var svårigheten att undvika smärtlindring på sjukhus. Kvinnorna ville inte känna sig som patienter på en okänd plats och känna att vårdpersonalen var dominerande över dem. En kvinna beskrev det som att hon blev styrd av personalen vilket resulterade i att hon blev mer passiv och gick med på olika saker under förlossningen som hon från början inte tänkt sig (Catling et al., 2014).

Hemförlossning

Många kvinnor som valde hemförlossning gjorde de för att undvika interventioner (Murray-Davis et al., 2014). Flera kvinnor hade besökt förlossningsavdelningen under graviditeten och de hade där fått information om att interventioner var obligatoriska om en förlossning gick utanför deras tidsramar, vilket oroade kvinnorna (Lindgren, Rådestad, Christensson, Wally-Bostrom & Hildingsson, 2010).

Kvinnorna valde att föda hemma på grund av interventionsrisken, restriktiva rutiner och separation från sitt nyfödda barn. Många kvinnor upplevde att om de födde på sjukhus skulle deras normala förlossning bli avbruten på grund av rutinmässiga behandlingar som skulle förvärra obehaget i den miljön. Rädslan för upprepade interventioner övertygade deltagarna om att en hemförlossning var det säkraste alternativet för dem. Onödiga interventioner som störde den normala förlossningsprocessen var det flera kvinnor som blev upprörda över. De upplevde en stress på sjukhuset och hos vårdgivarna, och de tyckte att förlossningsprocessen gick bättre när de var ensamma i rummet. Kvinnorna beskrev hur de blev tvingad till interventioner på grund av sjukhusets rutiner och tidsramar snarare än att lita på deras kroppar och kvinnornas förlossningsupplevelser. Kvinnorna diskuterade även kring sjukhusens rutiner i samband med förlossningar och var eniga om att de ville undvika det (Boucher et al., 2009; Murray-Davis et al., 2012; Bernhard et al., 2014; Catling et al., 2014).

Medicinska interventioner, farmakologiska smärtlindringsmetoder samt störningsmoment under förlossningsprocessen var något som var vanligt på sjukhusen och som de inte ville ta del av. Vissa kvinnor tog upp specifika interventioner, som de tidigare upplevt i samband med en sjukhusförlossning som de ville undvika i framtiden (Boucher et al., 2009; Murray-Davis et al., 2012; Bernhard et al., 2014; Catling et al., 2014).

Känslan av att inte kunna undvika epidural, andra medicinska interventioner och annan smärtlindring vid en sjukhusförlossning gjorde att kvinnorna valde hemförlossning. Kvinnorna var bestämda och självsäkra och upplevde att de inte behövde någon smärtlindring under förlossningen. Smärtlindring tyckte de endast behövdes om någon komplikation skulle uppstå eftersom de ansåg att smärtlindring är en medicinsk intervention (Catling et al., 2014).

Birth center

Att få möjlighet till en interventionsfri födsel och utan exponering av infektioner var faktorer som kvinnorna uttryckte var avgörande faktorer i valet av födelseplats på ett *birth center* (Murray-Davis et al., 2014). Förstföderskor var sex gånger mer troliga att välja ett *birth center* på grund av tillgången till vatten under förlossningen (Roger et al., 2011). Vissa kvinnor uppgav även att de inte bara önskade föda sina barn på ett *birth center*, utan att de verkligen ville undvika en sjukhusförlossning. Några kvinnor menade att de ville undvika medicinsk smärtlindring och behandling och önskade en normal förlossning. Samma kvinnor ville hålla sig borta från interventioner, undvika sjukhusmiljön och riskera att känna sig isolerade på grund av att personalen var stressade (Grigg et al., 2014).

Inflytande

Det kan påverka kvinnors val av födelseplats om de får bristande information om valmöjligheter från sina barnmorskor. Positiva förlossningsberättelser, från familj och vänner, kan uppmuntra och stärka kvinnorna i sitt beslut och dessutom öka deras självförtroende till att de också kommer ha en positiv upplevelse. Den födelseplats som kvinnan föredrar är ofta influerad av sina systrars och mödrars födelseplatser (Sluijs et al., 2015). Partnern har även ett stort inflytande på kvinnans beslut angående födelseplats som var negativt och format efter negativa förväntningar på förlossningen (Woog, 2017).

Sjukhusförlossning

Många kvinnor som valde att föda sina barn på sjukhus angav att det var familjens råd till födelseplatsen som gjorde att de tog det beslutet och rädslan för att det skulle hända något allvarligt med barnet. Familjernas egna erfarenheter och rädslor efter en sjukhusförlossning överfördes på kvinnorna och därför vågade de inte välja något annat än att föda barn på sjukhus (Coxon et al., 2013). Det framkom att majoriteten av kvinnorna blev influerade av partnerns vilja om sjukhusförlossning och påverkade kvinnornas beslutstagande om sjukhusförlossning (Murray-Davis et al., 2014). Kvinnorna berättade att deras egna beslut var av prioritet men kände att barnmorskan och läkarna hade ett stort inflytande (Grigg et al., 2014). De kvinnor som valt en sjukhusförlossning upplevde en svag, om ens någon, uppmuntran till alternativa födelseplatser från sina barnmorskor (Woog, 2017). Några kvinnor indikerade att de även blev starkt rekommenderade att föda sina barn på sjukhus (Grigg et al., 2014).

Hemförlossning

Kvinnorna kände ett starkt förtroende till sin kropp och sin egen förmåga att ta sig igenom en förlossning. De såg fram emot förlossningen och motiverade sig själva inför den stora upplevelsen (Grigg et al., 2015).

De hade personer i omgivningen som stöttade valet av hemförlossning som familj, vänner och andra kvinnor som genomgått en hemförlossning. Även information från böcker och tidskrifter som bekräftade att det är säkert att föda i hemmet var en viktig faktor. Om kvinnorna dessutom har möjlighet att få tag på en barnmorska som delar samma synsätt på en hemförlossning som dem och som stärker kvinnans positiva tankar kring att föda hemma fanns det inget som hindrade kvinnorna från att genomföra en hemförlossning. Kvinnorna hade en tro på att deras kropp hade förmågan att föda naturligt och var övertygade om att de skulle klara av det. De berättade även att tankarna på att något kunde gå fel under förlossningen fanns där och att de diskuterade riskerna med sina partners och sin familj (Jouhki, 2011). Dock ändrade de inte sitt beslut eller val av födelseplats. Samtliga kvinnor hade en tillit till och förtroende för sin barnmorska. De kände sig trygga och upplevde att barnmorskan förstod och stöttade dem i graviditeten och i deras val av födelseplats (Grigg et al., 2015).

Birth center

Kvinnorna som planerade och födde på ett *birth center* blev rekommenderade födelseplatsen av personer i sin närhet. Kvinnorna identifierade vilka som hade störst inflytande i valet av födelseplats. De berättade det var dom själva som till största del påverkade valet, men att det var partners inflytande som kom på andra plats. Några kvinnor ansåg att barnmorskan hade ett inflytande över deras beslut, medan några andra kvinnor ansåg att barnmorskorna inte hade något inflytande alls. Något som majoriteten av kvinnorna var överens om var att läkaren inte hade något inflytande alls över deras val av födelseplats (Grigg et al., 2014). Däremot var det några kvinnor vars självförtroende försämrades efter att de fattat sitt beslut om att föda sitt barn på ett *birth center*, då deras partner eller andra i deras familj eller vänskapskrets inte trodde att de skulle klara av det (Grigg et al., 2015).

Unika faktorer

Det framkom unika faktorer som påverkade kvinnorna som valt hemförlossning och förlossning på ett *birth center*, som inte framkom vid sjukhusförlossning. Dessa presenteras i tabell 2.

Tabell 2.

Unika faktorer som påverkar kvinnors val av födelseplats	
Hemförlossning	Kontroll och självbestämmande
	Anhörigas delaktighet
Birth Center	Attityder i samhället och vården
	Lokalisation
	Kontinuitet med vårdgivaren

Kontroll och självbestämmande

Många kvinnors motivation till att ta beslutet om en hemförlossning var längtan efter att uppleva en förlossning där kvinnan hade en självbestämmande roll och en önskan om att själva få välja sin födelseplats (Bernhard et al., 2014).

Genom att kvinnorna valde att föda i sitt hem hjälptes de av att de tog tillbaka kontrollen över sin kropp under värkarbetet och födandet av barnet. Det var viktigt för kvinnorna att göra det på sitt sätt då de ville känna kontroll över vad som hände under graviditeten och förlossningen (Bernhard et al., 2014).

Samtliga kvinnor framförde att en stor anledning till varför de ville ha en hemförlossning var att de ville ha kontroll över processen under graviditeten, värkarbetet och födseln. Grunden till det var att de ville undvika medicinska interventioner och smärtlindring, ha kontroll över deras utrymme och vilka som var med i deras omgivning under födseln. Likaså ville de undvika att behöva söka efter egenmakt, bemötas av opersonliga möten med vårdpersonal och oron för att förlora sin självbestämmande roll och kontroll (Catling et al., 2014). De ville känna att de var de som stod i fokus och fick bestämma själv över alla beslut som skulle tas. Kvinnorna ansåg att den enda plats de kände att de kunde vara trygga och avslappnade för att kunna ha den kontrollen och egenmakten var i hemmet. Dessutom var det av stor vikt för kvinnorna att få vara omringade av sin familj, att alla som de ville ha med fick närvara under födseln (Boucher et al., 2009; Lindgren et al., 2010).

I don't want a doctor making decisions about my body for me! I don't want to go in and not know what is going on or to be told what's going on and have him (I guess it would be a him) tell me what to do and doing things to me I don't understand... medicine doesn't usually have women's best interest in mind (Miller & Shriver., 2012 s.713).

Kvinnorna ville vara delaktiga i beslutsfattandet, kunna äta och dricka fritt, kunna kontrollera sin omgivning och undvika en epiduralbedövning (Murray-Davis et al., 2014). Samtliga kvinnor hade en positiv förlossningsupplevelse efter att de fött i hemmet. De kände sig stolta och starka som fött barn utan smärtlindring (Jouhki, 2011).

De var även väldigt glada över att ha haft sina familjemedlemmar runt sig som stöd och att de fick full kontroll och kunde styra över förlossningen själva (Jouhki, 2011). I tillägg till allt detta uttryckte kvinnorna en önskan om att inge mer kontroll över förlossningsupplevelsen genom att vara involverad i besluten som fattades. Mer specifikt önskade de kontroll över belysningen, musiken, temperaturen och vilka personer som skulle närvara (Murray-Davis et al., 2012).

I didn't want people to make me feel weak and like I can't give birth. I didn't want people to be like, 'oh dear, we'll take care of you'. I really wanted to be in charge and do it my way (Murray-Davis et al, 2012 s. 578).

Autonomin ansåg samtliga kvinnor vara det viktigaste under en förlossning, att de hade rätt att bestämma och ta beslut i förlossningen. Kvinnorna upplevde att den enda platsen de kunde bevara sin autonomi var i hemmet (Jouhki, 2011).

I just can't see going to the hospital for a birth. No way. Why? So a doctor can stick his hands in me and put a monitor in the baby and tell me why I should be worried? (rolls her eyes) Midwives know more than doctors anyway... women have had babies at home with midwives for thousands of years just fine (Miller & Shriver, 2012 s. 714).

Anhörigas delaktighet

Samtliga kvinnor såg deras hemförlossning som en stor och betydelsefull livshändelse som de ville inkludera sina vänner och familj i. Därför var det viktigt för dem att de skulle få ha med sig alla personer de önskade närvara vid födseln (Davison, Hauck, Bayes, Kuliukas & Wood, 2015).

Förlossningsavdelningar på sjukhus hade strikta regler om att endast två personer fick närvara under förlossningen och barn var förbjudna att vistas på avdelningen under födseln. Reglerna passade inte in på kvinnornas önskemål och förväntningar och därför valde kvinnorna att gå till en privat barnmorska. Barnmorskorna tillät kvinnorna ta med sig vem hon ville på mödrahälsovårdsbesöken och hade inga regler kring vilka eller hur många som skulle närvara under förlossningen. Kvinnorna kände sig nöjda med den valfriheten och deras partners kände sig delaktiga på ett sätt de inte varit tidigare (Davison et al., 2015). Majoriteten av kvinnorna önskade att deras partner skulle vara involverad i förlossningen (Murray-Davis et al., 2014). En del kvinnor ville ha en stor grupp av stöttande personer närvarande vid förlossningen men hade fått det berättat för sig att det inte skulle vara möjligt med de restriktioner som finns på sjukhuset. De ansåg även att hemmet var den miljön där deras partners och andra stödpersoner kunde vara som mest delaktiga i förlossningen. Många av kvinnorna uttryckte att hemmiljön underlättade upplevelsen för deras andra barn. Dels kunde de vara involverade i förlossningen om de ville och dels kunde de träffa sitt syskon snabbare efter födseln (Murray-Davis et al., 2012; Bernhard et al., 2014).

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

Attityder i samhället och vården

Några av kvinnorna hade blivit varnade för den negativa attityden från sjukvården och samhället gentemot hemförlossning. Det som upplevdes mest negativt i en studie från Finland var mödrahälsovården eftersom planeringen för hemförlossning inte var riktigt accepterat. Exempelvis var svårigheterna att hitta en barnmorska som de kunde hyra in och kostnaderna för hemförlossningen en komplicerad process. Kvinnorna beskriver att de tog mycket energi och tid att lösa det, vissa upplevde en desperation och matthet när det var svårt att få ihop allt inför barnets ankomst. Andra negativa faktorer som några av kvinnorna upplevde var deras känsla av att inte få något stöd från sin vårdgivare (Jouhki, 2011). Kvinnorna var tvungna att kämpa och vara väldigt bestämda för att få genomgå en hemförlossning på grund av att vårdpersonalen och samhällets attityder var negativt inställda till hemförlossning (Catling et al., 2014).

Både obstetiker och barnmorskor pratade med kvinnorna om riskerna med att föda barn. De betonade att även vid normala graviditeter så kan oväntade komplikationer uppstå och att kvinnorna utsätter sig och sina barn för en potentiellt livsfarlig situation. Bekanta och anhöriga menade att kvinnorna var oansvariga människor som valde hemförlossning. Kvinnorna upplevde att vårdgivarna reagerade emotionellt och blev provocerade, nervösa och arga när de diskuterade hemförlossning. Det medförde att kvinnorna kände att de blivit behandlade som att de var ointelligenta, oerfarna och mindre pålästa. När vårdpersonalen försökte övertala kvinnorna upplevdes den ofta som nedlåtande och kränkande. Kvinnan kände i vissa tillfällen att övertalningen innehöll hot, skrämsel, och nedsättande åsikter.

Kvinnorna beskrev hur de upplevde sig dåligt bemötta, inte tagna på allvar, att inte ha fått förklara varför de önskade eller vad de hade för kunskap om hemförlossning (Sjöblom, Idvall, Rådestad och Lindgren, 2011).

The midwife at the maternal health clinic was completely hysterical; she told me it was a risk pregnancy since I didn't take all the tests she wanted me to. She said that if I gave birth at home, both the baby and I could die (Sjöblom et al., 2011 s.14).

Valet att föda barn hemma sågs även som en självisk handling, något som kvinnan gjorde för hennes egen bekvämlighet eller för att vilja vara annorlunda. Vissa menade att kvinnan bör visa hänsyn till sin omgivning och dess oro och därför ge upp att föda barn i hemmet (Sjöblom et al., 2011).

...my mother said that I wasn't thinking about what was best for my child...while I tried to explain that was exactly what I was doing (Sjöblom et al., 2011 s.13).

Flera kvinnor beskrev och berättade om sina förlossningar för kvinnorna som hade varit komplicerade och krävt stora interventioner. De menade att både de själva och sina barn hade dött om de inte hade valt sjukhusförlossning. Kvinnorna upplevde inte att andra kvinnor var intresserade av deras anledningar till att välja hemförlossning utan fokuserade på sin egen reaktion (Sjöblom et al., 2011).

Genom att berätta om sitt val av att genomgå en hemförlossning för personer runt omkring dem var något som alla kvinnor var försiktiga med. De berättade för sin närmaste familj och vissa vänner som de visste att de kände stöd ifrån och undvek samtidigt att berätta för dem som de inte litade på skulle stötta dem i beslutet. På det sättet skyddade sig kvinnorna från att få höra negativa attityder om hemförlossning och om historier där det gått dåligt för mamma eller barn under en hemförlossning (Catling et al., 2014).

Kvinnorna ville hålla sig fokuserade och positiva inför sin förlossning och försäkrade sig på så sätt att de hade gjort rätt val av födelseplats (Catling et al., 2014). Däremot var det flera kvinnor som beskrev negativa känslor av att inte berätta sina planer om hemförlossning för sin barnmorska på sjukhuset, detta för att de skulle få fortsätta sin mödravård fram till förlossningen (Bernhard et al., 2014).

Kvinnorna fortsätter att beskriva att de tycker att mödravården bör arbeta för att stärka kvinnornas egenmakt, att få dem att förstå vad en förlossning innebär och att uppmuntra deras förmåga att klara av det. De önskade även att vårdgivarna skulle fokusera mer på att diskutera och prata om förlossningen som en naturlig och positiv händelse i livet. Mödrahälsovården som mötte kvinnorna under graviditeten kunde inte uppfylla alla kvinnornas förväntningar och önskningar vilket gjorde att kvinnorna blev ännu mer övertygade om beslutet kring en hemförlossning (Jouhki, 2011). Många kvinnor diskuterade hur åsikter från vänner och familj kunde påverka dem. Några kvinnor som inte hade stödjande vänner och familj försökte visa forskning för att få dem att ändra sin inställning medan andra inte berättade för vänner och familj tills efter förlossningen. Kvinnorna som inte hade stöd från vänner och familj vägrade att ändra sitt beslut om hemförlossning trots detta (Murray-Davis et al., 2012).

Lokalisation

En återkommande faktor hos kvinnorna som valde att föda på ett *birth center* var att kliniken låg i närheten av hemmet, det vill säga lokaliseringen av förlossningskliniken hade stor betydelse. Kvinnorna berättade att det var viktigt för dem att kunna stanna hemma så länge som möjligt och att de inte behöva resa långt när den aktiva förlossningsfasen väl hade kommit igång. Det var även viktigt för kvinnorna att vara i närheten av sina anhöriga för att kunna få besök kort efter barnets födsel (Grigg et al., 2014).

Ytterligare anledningar till att kvinnor valde ett fristående *birth center* var att det var lätt att ta sig dit och att familjen kunde vara involverad (Roger et al., 2011).

Kontinuitet med vårdgivaren

Kvinnorna tyckte att kontinuitet under hela vårdkedjan med en och samma vårdgivare under graviditeten och förlossningen var en prioriteringsfråga. De menade att tryggheten av att känna den person som ska närvara under förlossningen och som känner dem och deras önskemål och som de kan lita på var viktigt (Davison et al., 2015). Kvinnorna önskade få en djup och unik relation till sin barnmorska som under graviditetens gång skulle utveckla en speciell kontakt. Barnmorskan skulle få en inblick i och få en förståelse för kvinnans specifika önskemål och förväntningar inför förlossningen. Genom en sådan relation full av ömsesidig respekt och tillit kände sig kvinnorna trygga med att hänga sig till barnmorskan under förlossningen (Davison et al., 2015). Att ha samma barnmorska genom hela vårdkedjan inger tillit och ger ett positivt inflytande på kvinnans beslut (Woog, 2017).

Kvinnorna hade tydliga mål med vården och specifika krav på barnmorskan som de skulle bygga en relation till under graviditeten och förlossningen. Det tog därför mycket tid och energi för kvinnorna att hitta en barnmorska som passade dem. En egenskap som var viktig för kvinnorna var att barnmorskan skulle ha samma förlossningsfilosofi som dem. De menade att de ville känna barnmorskornas stöd och att de delade samma syn på en graviditet och förlossning. Den gemensamma förlossningsfilosofin fick kvinnor att känna att de hade makten att ta sina egna beslut, att de hade ett informerat val, vilket fick de att känna sig likvärdiga med barnmorskan. Gemensamma förväntningar och mål som kvinnorna hade var att så långt som möjligt få en interventionsfri förlossning där barnmorskan ser en förlossning som något naturligt och arbetar efter det (Davison et al., 2015).

Faktorer som påverkar kvinnor till att välja bort en födelseplats

Sjukhusförlossning

Kvinnorna som önskade och planerade för en sjukhusförlossning var medvetna om de nackdelar som ofta förknippades med det. Nackdelarna med att föda barn på sjukhus enligt kvinnorna är sådant som att det är svårt att få tag på barnmorskorna när värkarbetet har startat och att som kvinna bli lämnad ensam i rummet när barnmorskorna har för hög arbetsbelastning. Andra negativa faktorer är att ha svårt att hitta parkeringsplats med fullt pågående värkarbete och sedan vänta på att få hjälp. Det värsta tyckte kvinnorna var att de omedelbart blev flyttade efter att barnet fötts (Grigg et al., 2014).

Kvinnorna hade en genomsam tro om att sjukhusförlossningar var mer riskfyllda än hemförlossningar. Det berodde på den höga risken av interventioner och andra negativa aspekter såsom belysning, lukt, ljud, avbrott och restriktiva rutiner (Murray-Davis et al., 2014).

Ytterligare viktiga motivationer för att inte välja en sjukhusförlossning var att kvinnorna kände minskad integritet, att det var en främmande miljö och att risken att hamna i en miljö där främlingar går in och ut ur rummet under förlossningen ökade (Haken et al., 2012). Kvinnorna ansåg att sjukhus var en plats för sjuka personer och inte friska gravida kvinnor och friska barn. Det oroade kvinnorna att risken fanns att drabbas av infektioner under sjukhusvistelsen i samband med förlossningen (Murray-Davis et al., 2012).

Många kvinnor upplever att det är besvärligt att bli omhändertagna av vårdgivare de inte känner när de har en sjukhusförlossning. Kvinnorna uppger att de känner sig oroliga för att bli omhändertagna av främlingar och känner en rädsla för att inte känna sig bekväma med vårdgivarna de träffar. Då flera kvinnor tidigare hade känt sig otrygga under sina tidigare förlossningar var det viktigt för dem att känna den person som skulle få ta emot och hålla i deras barn för första gången (Lindgren et al., 2010).

En av kvinnorna var rädd för att inte få sin röst hörd under en sjukhusförlossning och var rädd att hon inte skulle våga stå på sig om hon inte höll med vårdgivarna under förlossningsarbetet (Catling et al., 2014). Det var flera kvinnor som hade haft en dålig erfarenhet från sin tidigare förlossning som varit på sjukhus och bestämde sig efter det att inte föda några fler barn på sjukhus. Även familj och vänners negativa förlossningsberättelser påverkade kvinnorna och gjorde de ännu mer beslutsamma för att genomgå en hemförlossning med nästa barn (Boucher et al., 2009).

Hemförlossning

De kvinnorna ansåg vara riskabelt med hemförlossning var risken för att det värsta tänkbara scenariot kunde ske, att det skulle hända något som skulle orsaka att barnet dog eller att de själva skulle råka ut för ett livshotande tillstånd. Femtio procent av kvinnorna var oroliga för att få en stor blödning och riskera livet genom att vara så långt ifrån sjukhuset (Lindgren et al., 2010).

Skälen till att inte välja hemförlossning handlade också om säkerhet då kvinnorna kände att de inte alltid fanns specialisthjälp tillgänglig och de ville undvika en obehaglig situation om något problem skulle uppstå. De ville undvika att behöva bli transporterade till sjukhuset och kvinnorna ville undvika en panikartad situation i ambulansen om något skulle gå fel (Haken et al., 2012).

Kvinnorna kände att en historia av komplicerade förlossningar påverkade deras beslut, medan i gruppen av kvinnor som planerade hemförlossning var det inga kvinnor vars beslut blev påverkat av det. Kvinnorna kände en oro över röran i hemmet som skulle ha uppstått vid en hemförlossning. Även avståndet från hemmet till sjukhuset spelade roll i beslutet då vissa kvinnor bodde en till två timmar ifrån närmaste sjukhus. Av de kvinnor som föredrog sjukhusförlossning kände majoriteten att tanken på hemförlossning kändes stressande. Sammanställda anledningar som framkom till att inte välja en hemförlossning var en olämplig hemmiljö på grund av renovering, inte tillräckligt med plats, långt avstånd från sjukhuset eller att de fanns ett husdjur i hemmet. Det var även många kvinnor som kände att de blivit influerade av sina tidigare förlossningar (Murray-Davis et al., 2014). Några kände sig inte trygga med att föda sitt första barn utanför sjukhuset. Kvinnorna menade att om de skulle behöva smärtlindring eller andra interventioner kände de sig trygga med att ha tillgång till det på ett sjukhus (Bernhard et al., 2014).

Birth center

Transporten till sjukhuset under det aktiva förlossningsarbetet var något som oroadde kvinnorna och ansågs vara en risk. Att byta miljö och själva bära ansvaret att ta beslutet om när de skulle åka in till sjukhuset gjorde kvinnorna oroliga (Lindgren et al., 2010).

Många av barnmorskorna rekommenderade och uppmanade kvinnorna till att planera för en förlossning på ett *birth center* istället för en sjukhusförlossning, efter att kvinnorna berättat om sina förlossningsplaner. Trots deras förtroende till deras barnmorska valde de att inte följa barnmorskans rekommendationer. De litade inte heller på att transporteras i tid mellan *birth center* till sjukhuset om någonting skulle hända (Grigg et al., 2015).

DISKUSSION

Metoddiskussion

I föreliggande studie genomfördes en allmän litteraturstudie, som är en av de vanligaste metoderna i samband med examensarbeten inom hälso-och vårdvetenskap. På det sättet erhöles en bred översikt av redan tillgänglig litteratur inom det område som författarna har valt att uppmärksamma (Kristensson, 2014; Friberg, 2012). Fördelarna med valet av en litteraturstudie som metod var att författarna hade för avsikt att undersöka kvinnors val av födelseplatser, i andra medel – och höginkomstländer, då tillgången till olika födelseplatser är begränsat i Sverige. På det sättet kunde författarna få perspektiv på hur det ser ut i omvärlden, sammanfatta och sammanställa den forskningen, och skapa en översikt av dessa resultat. Det negativa med en allmän litteraturstudie är att det inte framställs några nya resultat. Däremot framkommer ny kunskap som är önskvärd för samhället som är under en ständig förändring.

Ett problem som författarna stötte på var de faktum att det fanns begränsat med forskning inom ämnet när det begränsades till medel – och höginkomstländer och lågriskgravida kvinnor. De länder som författarna valt att ta med i resultatet är USA, Kanada, Holland, Sverige, England, Finland, Nya Zeeland och Australien. Författarna anser att många olika länder inkluderats vilket är en styrka i den här studien. Mycket information fanns om hemförlossning i underutvecklade länder och sjukhusförlossningar för högriskgravida kvinnor vilket inte var relevant för den föreliggande studien. Om sökningarna inte hade begränsats med inklusionskriteriet medel – och höginkomstländer hade artiklar framkommit som inte är jämförbara med Sverige. I utvecklingsländer innebär en hemförlossning en stor risk, då kvinnorna ofta föder barn utan barnmorska närvarande. Det är även begränsat med *birth center* i dessa länder. Det skulle bli ett resultat som var irrelevant och ointressant att jämföra medel – och höginkomstländer med utvecklingsländer eftersom skillnaderna är för stora.

Genom att författarna endast använt sig av sökmotorerna PubMed och CINAHL kan relevanta artiklar från andra sökmotorer ha förbisetts. Författarna har begränsat sökningarna till att endast få upp de studier som genomförts de senaste tio åren, detta är för att få ett relevant resultat som möjligt som är applicerbart till dagens Sverige. Strävan ska alltid vara att få den senaste och mest uppdaterade informationen som finns kring ämnet. Författarna valde att exkludera artiklar som handlade om planerad icke assisterad förlossning, så kallad 'freebirth', som mestadels finns i USA på grund av den begränsade tillgången till barnmorskor. Författarna tyckte inte att det var relevant till den föreliggande studien då fenomenet inte förekommer i Sverige med undantag för de tillfällen då kvinnor inte hinner in till sjukhuset i tid. Det är dessutom en olaglig handling som utsätter både mor och barn för fara och inget som författarna var intresserade att inkludera i resultatet. När kvinnorna då talade om sjukhusförlossning fanns det flera dimensioner som inte existerade i övriga artiklar.

Författarna har trots detta valt att använda artiklarna från USA för att de ger en mer mångdimensionell bild utav sjukhusförlossning och en bredare bild på tillgången av förlossningsvård.

Det var endast några av sökorden i sökmotorn PubMed som var Mesh-termer vilket kan ses som en svaghet. Anledningen till detta var att författarna inte hittade några Mesh-termer som motsvarade deras sökord. Sjukhusförlossning fanns inte som Mesh-term, vilket medförde att fritextsökningar användes till stor del. När författarna försökte söka med Mesh-termer användes funktionen AND och sökningen blev då begränsad, varför fritextsökning och AND gjordes. Om författarna hade haft större kunskap om sökmotorerna samt Mesh-termer hade mer artiklar som svarade på syftet för studien framkommit. Därför kan artiklar som är relevanta för studien ha förbisetts.

Vid granskningen av den införskaffade forskningen valde författarna att dela upp artiklarna till hälften och granska dem enskilt. De började först granska en artikel gemensamt för att tillsammans gå igenom vad som var användbart och vad som krävdes för att de skulle kunna inkluderas i föreliggande studie. Efter en noggrann enskild granskning gick författarna igenom alla artiklar tillsammans och diskuterade dess innehåll för att försäkra att innehållet var användbart. Den fördel som förekommer i det här fallet menar Polit och Beck (2012) är att det är två författare som tillsammans kan granska artiklarna och även granska varandra, vilket är en styrka (Polit & Beck, 2012). Författarna har dessutom under författningsprocessen deltagit i handledande möten där handledare och andra skribenter kritiskt har granskat föreliggande studie.

Författarna har valt att använda 17 artiklar till resultatet som har en kvalitativ metod samt en mixed method. Metoden har delvis bestått av djupgående intervjuer och det resultatet som framkom hade en fördjupad grund och mer detaljerad beskrivning.

Det ses som en styrka då syftet lämpar sig för kvalitativa studier där avsikten är att beskriva kvinnors personliga val av födelseplats. Med en fördjupning i ämnet och med hjälp av citat från kvinnorna fick författarna en förståelse för vad kvinnorna i studierna menar och upplever (Polit och Beck, 2012).

Genom användandet av citat anser författarna att de blir en intressantare läsning och ökar förståelsen till kvinnornas motivationer. Eftersom författarna använt sig av studier med kvalitativ metod har många studier haft lågt deltagarantal. Detta innebär att resultatet som framkommer är djupgående information som bidrar till ett äkta resultat (Polit & Beck, 2012).

Trots att studierna har utförts i USA, Kanada, Sverige, Finland, Holland, England, Nya Zeeland och Australien med olika förlossningsvårdsystem har författarna fått fram mycket lika resultat i alla artiklar. Detta indikerar till att resultatet är äkta och trovärdigt. Hade föreliggande studiens syfte varit att jämföra länders förlossningsvård hade resultatet inte blivit jämförbart då dessa länder har olika förlossningssystem. Eftersom författarna endast är intresserade av vilka motiv kvinnor har för att välja en viss födelseplats kan det med fördel undersökas med studier från olika medel – och höginkomstländer.

En svaghet som kan yttra sig i den här litteraturstudien är risken för selektivitet. Eftersom studien består av ett område som är av författarnas intresse finns risk för att de har valt att använda sig av forskning som överensstämmer med deras personliga åsikter. En annan risk är författarnas tolkning av den forskning som är införskaffad (Forsberg & Wengström, 2013).

Eftersom alla vetenskapliga artiklar som insamlats och använts i studien är skrivna på engelska finns risken att författarna inte har kunnat återge all kunskap som finns angivet i texterna. Trots att båda författarna har god läs- och skrivförståelse av engelska är det inte deras modersmål, vilket kan ses som en risk i den här frågan (Forsberg & Wengström, 2013).

Av de 17 artiklar som inkluderats i studien är det 15 som är metodkritiska. Trots att majoriteten av artiklarna är metodkritiska i diskussionen fattades detta i de två andra artiklarna. Detta saknades av författarna till denna studie då det anses ha en vetenskaplig tyngd.

Majoriteten av de artiklar som användes i den föreliggande studiens resultat angav att de hade fått ett etiskt godkännande av en etisk kommitté. Det var endast en studie skriven av Rogers et al. (2011) som inte nämnde någon form av etisk prövning eller godkännande i sin forskning. Det är något som författarna ser som en svaghet då det är önskvärt att samtliga studier har ett etiskt godkännande. Däremot ansåg författarna till föreliggande studie att forskningen av Rogers et al. (2011) var användbar och tillförlitlig trots den etiska bristen och valde att inkludera artikeln.

Resultatdiskussion

Den föreliggande studien grundas på artiklar från olika länder med helt skilda förlossningssystem vilket gör att förutsättningarna för valen av födelseplatser skiljer sig åt. I de länder där den alternativa förlossningsvården är begränsad kan det förekomma att kvinnor kämpar för att få igenom sitt val som en revolterande handling (WHO, 1996). Det kan uppstå frustration då förlossningsvården på sjukhus kan vara ansträngd och kvinnor önskar alternativ.

Tillgången till valmöjlighet var något som inte enbart var begränsat i Sverige utan även i USA. Där var det svårt att få en barnmorskeledd förlossning och det förekom att kvinnor valde att föda utan stöd av en barnmorska för att undvika en obstetikerledd förlossning. På de platser där det fanns en möjlighet till hemförlossning var det mycket dyrare för kvinnan än en sjukhusförlossning. På grund av att en del kvinnor inte hade ekonomi till att finansiera en hemförlossning ansåg de inte ha något val.

Alla kvinnorna som deltog i en av de studerade studierna baserade sitt beslut om födelseplats på säkerhet (Woog, 2017). Oberoende på vad de hade valt för födelseplats hade kvinnorna valt det för att det var det säkraste alternativet enligt deras egen åsikt. Kvinnans upplevda trygghet på en födelseplats kan påverka den slutgiltiga förlossningsupplevelsen. Enligt resultaten i de olika studierna finns det fördomar mot kvinnorna, från vårdgivare och individer i deras omgivning, utifrån vad de väljer för födelseplats (Woog, 2017; Coxon et al., 2013; Murray-Davis et al., 2014). De som valt sjukhusförlossning har svårt att förstå varför kvinnor vill föda hemma och de som valt hemförlossning har svårt att förstå varför kvinnor väljer sjukhusförlossning. Kvinnornas beslut grundas på vad som känns mest lämpligt och bekvämt för dem. Beslutet baseras på individuella grunder och åsikter men även inflytande från vårdpersonal och anhöriga (Grigg et al., 2014). Det förekom att kvinnor som valt hemförlossning inte påverkades av anhörigas och vårdpersonalens inflytande utan snarare gick emot strömmen och valde sin egen väg (Grigg et al., 2015; Jouhki, 2011). Vad som gav upphov till att just kvinnorna som valt hemförlossning inte påverkades av inflytande kan vara deras egna övertygelse om vilken födelseplats som passar just dem.

I en studie av Murray-Davis et al. (2014) visade det sig att en femtedel av kvinnorna som haft en tidigare förlossning på sjukhus hade genererat en positiv förlossningsupplevelse, men trots det planerade de återigen för en sjukhusförlossning med sitt nästa barn.

En låg andel som haft en tidigare positiv förlossningsupplevelse på sjukhus väljer att föda på sjukhus igen. Det kan bero på att kvinnorna prioriterar säkerheten och tillgång till akutsjukvård och att de bryr sig mindre om sin egen förlossningsupplevelse. Det kan också bero på det geografiska avståndet som är avgörande för deras beslut eller försäkringar som inte täcker annat än en sjukhusförlossning. Om de får välja mellan säkerhet och upplevelse prioriterar de säkerheten och det skulle vara optimalt om det kunde skapas en vårdform där kvinnorna kan få båda delarna (Murray-Davis et al., 2014).

De friska gravida kvinnorna var oroliga att utsättas för onödiga smittor och infektioner på sjukhus då personal går från rum till rum. Då obstetriker är mer tillgängliga blir de oftare rådfrågade angående kvinnorna under förlossningsprocessen och ordinationer av interventioner är vanligt förekommande. I en studie gjord av Sluijs et al. (2015) framgår det att 25 procent av kvinnorna som föder barn i hemmet blev hänvisade till obstetriker på grund av olika komplikationer. Medan på sjukhuset hänvisades 55 procent av kvinnorna till obstetriker, vilket tyder på att det var kvinnor som hänvisades till en läkare trots att det inte var nödvändigt. Det tyder på att vissa kvinnor, bara genom att befinna sig på sjukhuset, löper en större risk för att få komplikationer.

Att många kvinnor väljer den födelseplats som deras mödrar och systrar valde, framkom i resultatet (Sluijs et al., 2015). Det är inte oväntat att kvinnor är lyhörda för andra kvinnors förlossningsupplevelser och hennes nära anhöriga är oftast de som hon har en nära relation med. Det uppstår olika inställningar till olika förlossningssätt beroende på vad kvinnors nära vänner och familj har upplevt. En kvinna med exempelvis en mor och syster som genomgått kejsarsnitt, kan vara mer accepterande inför att själv behöva göra ett kejsarsnitt medan en kvinna i motsatt situation kan känna sig otillräcklig om hon behöver genomgå ett kejsarsnitt. Det kan vara användbart att göra mer forskning kring ämnet om komplicerade förlossningar som avslutas instrumentellt eller med operation är genetiskt. Det som kan förbättra förlossningsvården är att förbättra kvinnans förlossningsupplevelse genom att stärka kvinnan oavsett vilket förlossningssätt hon genomgått. Även kvinnans möjlighet till att välja den förlossning och födelseplats som hon önskar.

Partnerns preferenser spelade en stor roll för kvinnornas val av födelseplats. För de kvinnor som valt en sjukhusförlossning hade partners vilja en stor betydelse i beslutet (Murray-Davis et al., 2014). Det kan tänka sig förekomma att en frisk gravid kvinna kan fundera på en hemförlossning, men där partnern känner en stor tveksamhet eller vägrar medverka till det. Det kan få kvinnorna att tänka om eftersom majoriteten vill att ens partner ska vara involverad i förlossningen.

Resultatet handlar mestadels om hemförlossning då det har utförts mest forskning kring det ämnet. Sjukhusförlossning fanns det sparsamt med forskning kring och ännu mindre om *birth center* då det konceptet är begränsat, eftersom alla länder inte har *birth center*. På de platser där *birth center* finns tillgängligt är det fortfarande en ganska ny vårdform och det är troligtvis en anledning till att forskningen är begränsad inom området. På grund av det hittades färre studier kring just kvinnornas skäl att föda på ett *birth center*. Däremot fanns det mer forskning kring kontinuitet av vårdgivare vilket är en stor del av *birth center* - konceptet.

Det framkom att många kvinnor som tidigare haft en negativ förlossningsupplevelse på sjukhus vid senare förlossningar valt hemförlossning. Det kan tänka sig att en kvinna som haft en komplicerad förlossning i högre grad skulle välja sjukhuset igen som födelseplats. Detta för att förlossningsrädsla kan ha ökat eller att kvinnan har tappat förtroendet för sin förmåga att föda barn och skulle känna behovet av sjukhusets resurser.

Genom att kvinnor väljer hemförlossning kan de uppleva att de får tillbaka makten och kontrollen och känner sig stärkta i sig själva (Bernhard et al., 2014).

Detta kan även uppmuntras på andra födelseplatser än i hemmet då vårdpersonalen kan stärka kvinnan i att tro på sig själv. Kvinnans upplevda förmåga att föda barn kan forma förlossningsupplevelsen och därför bör alla kvinnor känna att det var de själva som födde barnet (Barnmorskeförbundet, 2014).

Attityderna i vården är något som begränsar kvinnors valmöjligheter (Jouhki, 2011; Catling et al., 2014; Sjöblom et al., 2011; Bernhard et al., 2014; Murray-Davis et al., 2012). De blir inte informerade om de olika valen av födelseplatser som finns tillgängliga och får ingen information om fördelar och nackdelar med olika födelseplatserna. De blir även negativt bemötta då de berättar om deras planer av en hemförlossning och upplever att vården försöker skrämja dem till en sjukhusförlossning. Det ledde i vissa fall till att kvinnorna inte gick till sin mödrahälsovård vilket är en stor förlust för både vården och kvinnan. Om det är säkerheten som vården oroar sig över på grund av bristande kunskap riskerar de ännu mer bristande säkerhet om kvinnan inte går till sin mödrahälsovård.

Det framgår att det är 52 procent av Sveriges kvinnor önskar kontinuitet med sin barnmorska, men ingenstans i Sverige finns det tillgängligt (Hildingsson et al., 2003). Det är svårt att bygga upp ett förtroende med kvinnan under en begränsad tid under ett pågående värkarbete och det påverkar kvinnans födelseprocess negativt om hon inte känner sig trygg. Bytet av personal sker kontinuerligt och kvinnan kan vara i många olika barnmorskors händer vilket kan upplevas som en negativ stress (WHO, 1996). Många kvinnor hinner precis etablera en kontakt med en barnmorska när det blir ett skiftbyte och får en annan främmande barnmorska i rummet.

I Holland har de en förlossningsvård med stora valmöjligheter för kvinnorna. Önskvärt vore att skapa en förlossningsvård där det finns rimliga valmöjligheter för kvinnor där de i möjligaste mån får igenom sina önskningar. Det kan diskuteras om frekvensen av olika komplikationer, som exempelvis förlossningsdepression och förlossningsrädsla, skulle minska om kvinnorna fick en större valmöjlighet till födelseplats. Det som har visat sig är att amningsdurationen är längre vid hemförlossning, vilket är en fördel, för både mor och barn (Hutton et al., 2015). Det är även nyligen uppmärksammat att sfinkterrupturer minskar vid hemförlossning då det i en avhandling visat sig ligga på en nivå på 0,7 procent. Det kan tänka sig vara för att kvinnan känner sig lugn och trygg, men också för att hon undviker interventioner (Edqvist, 2017). Siffror från Socialstyrelsen visar att 5,3 procent av förstföderskorna och 1,3 procent av omföderskorna drabbades av en sfinkterruptur vid sjukhusförlossning 2015 (Socialstyrelsen, 2017).

Det spelade ingen roll om kvinnan valt en hemförlossning eller sjukhusförlossning ur aspekten förlossningsrädsla. Det visade sig att ett aktivt beslutstagande av en vald födelseplats minskade förlossningsrädsla. Däremot om kvinnan inte föredrog eller tog ett eget beslut om att föda sitt barn på en specifik födelseplats ökade risken för förlossningsrädsla (Sluijs et al.,

Det är viktigt för kvinnor att själva bestämma sin födelseplats (Halfdansdottir et al., 2015b). Genom det aktiva valet övervinner kvinnor sina rädslor när de känner att det är de själva som har makten och kontrollen. Ett fenomen som uppmärksammades i resultatet var att en kvinna valt hemförlossning trots sin rädsla för att drabbas av en stor blödning och riskera att dö. Trots rädslan så ändrade hon inte sitt val av hemförlossning. Författarna diskuterar att hennes rädsla för en annan födelseplats måste ha varit större.

Slutsats

Den aktuella forskningen visade att trots skillnader i nationalitet, kultur och förlossningsvård i de undersökta områdena framkom gemensamma faktorer vid valet av födelseplats. Även unika individuella faktorer beroende på egna preferenser framfördes. Det beror på att kvinnorna prioriterade olika faktorer samt att de hade olika inställningar till födseln. Studien styrker att kvinnornas egna inflytande har en stor betydelse och det är av stor vikt att kvinnor erbjuds möjlighet till val av födelseplats.

Klinisk tillämpbarhet

Med stöd av föreliggande studie finns en anledning att utveckla alternativ inom förlossningsvården för att kunna tillgodose alla kvinnors behov. Kvinnors intresse för en planerad hemförlossning i Sverige har visat sig vara stor i jämförelse med det antal kvinnor som faktiskt genomgår en planerad hemförlossning. Det behöver därför underlättas för de kvinnor som önskar att genomföra en hemförlossning. Genom att införa samma riktlinjer i hela Sverige kan fler kvinnor få ekonomisk ersättning för sin planerade hemförlossning. Eftersom det är få kvinnor som föder hemma är behovet av barnmorskor som jobbar med hemförlossningar liten. Detta innebär att det är blir färre hembarnmorskor och kunskap riskeras att förloras.

I Stockholm och Västerbottens län finns en möjlighet att erbjuda hemförlossning då ekonomisk ersättning kan ges om alla säkerhetskriterier är uppfyllda. Författarna önskar att barnmorskorna på mödrahälsovården i dessa län informerar om tillgången till en hemförlossning i de fall där det kan tänkas vara ett alternativ. Vidare önskar författarna att vårdpersonal, genom att ha fått lärdom av faktorer som påverkar kvinnors val av födelseplats i resultatet, kan försöka tillämpa det i den traditionella förlossningsvården. Några exempel på det är att erbjuda en mer hemlik miljö, erbjuda badkar i varje rum och ljus i en mörkare ton. Det är små och enkla lösningar som har betydelse för kvinnors förlossningsupplevelse.

Vidare forskning

Det är viktigt att forska vidare kring det här ämnet för att bättre kunna förstå kvinnors motiv till varför de väljer de olika födelseplatserna. På det sättet kan kvinnorna få hjälp på bästa sätt genom en säkrare och bättre kvinnohälsa. Det kan även ge upphov till att fler olika födelseplatser utvecklas i Sverige vilket är fördelaktigt.

REFERENSER

- Algovik, M. (2014). Dystoci: Behandling. I H. Hagberg, K. Marsál. & M. Westgren (Red.), *Obstetrik*. (2:2. Uppl., ss.495–496). Lund: Studentlitteratur AB.
- Andolf, E. (2014). Kejsarsnitt: Indikationer. I H. Hagberg, K. Marsál. & M. Westgren (Red.), *Obstetrik*. (2:2. Uppl., ss. 549 - 551). Lund: Studentlitteratur AB.
- Barnmorskeförbundet. (2014). *Etiska koden för barnmorskor*. Hämtad den 13 april 2017 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>
- Barnmorskeförbundet. (2015). *Aktuellt i Västerbotten - Föda hemma i Umeå*. Hämtad den 22 april 2017 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/vasterbotten/foda-hemma-i-umea/>
- Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU.
- Bergqvist, L., Dencer, A., Taft, C., Lilja, H., Ladfors, L., Skaring-Thorsen, L., & Berg, M. (2012). Women´s experience after early versus postponed oxytocin treatment of slow progress in first childbirth: A randomized controlled trial. *Sex Reproductive Health*, 3 (2), 61-65. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.003
- Bernhard, C., Zielinski, R., Ackerson, K., & English, J. (2014). Home birth after hospital birth: Women´s choices and reflections. *Journal of midwifery and womne´s health*, 59 (2), 160-166. doi: 10.1111/jmwh.12113
- 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 & womans health*, 54(2), 119-126. doi:10.1016/j.jmwh.2008.09.006
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C.,...Roncaglione, V. (2011) Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healty women with low risk pregnancies: the birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 23(343) d7400. doi: 10.1136/bmj.d7400.
- Buitendijk, S.E. (1993) How safe are dutch homebirth. I E.A. Van der mark (Red.), *Successful home birth and midwifery: the dutch model*. (1 Uppl., ss. 115-129) Westport: Bergin and Garvey.
- Catling, C., Dahlen, H., & Homer, C.S.E. (2014). The influences on women who choose publicly-funded home birth in Australia. *Midwifery*, 30(7), 892-898. doi: 10.1016/j.midw.2014.03.003
- CODEX regler och riktlinjer för forskning. (2016). *Om forskningsetik*. Hämtad den 27 december, 2016, från Codex, <http://codex.vr.se/forskarensetik.shtml>

- Coxon, K., Sandall, J., & Fulop, N.J. (2015). How do pregnancy and birth experiences influence planned place of birth in future pregnancies?: Findings from a longitudinal, narrative study. *Birth*, 42(2), 141 – 148. Doi: 10.1111/birt.12149
- Coxon, K., Sandall, J., & Fulop, N.J. (2013). To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, risk and society*, 16(2014). 51-67. Doi:10.1080/13698575.2013.859231
- Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Wilson, D.,...Herbison, P. (2011). Planned place of birth in New Zealand: Does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? *Birth* 38 (2). 111-9. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00458.x.
- Davison, C., Hauck, Y.L., Bayes, S.J., Kuliukas, L.J., & Wood, J. (2015). The relationship is everything: Women's reasons for choosing a privately practicing midwife in western Australia. *Midwifery*, 31(8), 772-778. doi: 10.1016/j.midw.2015.04.012
- De Jonge, A., Geerts, C.C., Van der Goes, B.Y., Mol, B.W, Buitendijk, S.E., Nijhuis, J.G. (2014). Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: A cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*, 122 (5), 720-8. doi: 10.1111/1471-0528.13084.
- Edqvist, M. (2017). *Posterior Perineal Injuries: Midwives' Management and Experiences of the Second Stage of Labour in Relation to Perineal Outcome*. Doktorsavhandling, Sahlgrenska Akademin Göteborgs universitet, Institution för hälsa och vårdvetenskap. Hämtad 24 maj, 2017, från: <http://sahlgrenska.gu.se/forskning/aktuellt/nyhet/farre-kvinnor-spricker-eller-klipps-vid-hemforlossning.cid1461437>
- Ekéus, C. (2016). Instrumentella förlossningar. I H. Lindgren, K. Christensson, & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (1:1. Uppl., ss. 578 - 583). Lund: Studentlitteratur AB.
- Ekman-Ordeberg, G. (2014). Förlossningsinduktion: Igångsättning av förlossning. I H. Hagberg, K. Marsál. & M. Westgren (Red.), *Obstetrik*. (2:2. Uppl., ss. 485 - 488). Lund: Studentlitteratur AB.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Grigg, C., Tracy, S.K., Daellenbach, R., Kensington, M., & Schmied, V. (2014). An exploration of influences on women's birthplace decision-making in New Zealand: A mixed methods prospective cohort within the evaluating maternity units study. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(14), 210. doi: 10.1186/1471-2393-14-210
- Grigg, C.P., Tracy, S.K., Schmied, V., Daellenbach, R., & Kensington, M. (2015). Women's birthplace decision-making, the role of confidence: Part of the evaluating maternity units study, New Zealand. *Midwifery*, 31(6), 597-605. doi: 10.1016/j.midw.2015.02.006

- Gross, M.M., Frömke, C., & Hecker, H. (2014). The timing of amniotomy, oxytocin and neuraxial analgesia and its association with labour duration and mode of birth. *Archives of gynecology and obstetrics*, 289(1), 41-48. doi: 10.1007/s00404-013-2916-7.
- Haken, T.V.H-T., Hendrix, M., Nieuwenhuijze, M., Budé, L., 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. doi: 10.1016/j.midw.2012.07.010
- Halfdansdottir, B., Smarason, A.K., Olafsdottir, O.A, Hildingsson, I., Sveinsdottir, H. (2015a). Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009: a retrospective cohort study. *Birth* 42(1) 16-26. doi: 10.1111/birt.12150
- Halfdansdottir, B., Wilson, M.E., Hildingsson, I., Olafsdottir, O.A., Smarason, A.K., Sveinsdottir, H. (2015b). Autonomy in place of birth: a concept analysis. *Medical, health care and philosophy*, 18(4). 591-600. doi: 10.1007/s11019-015-9624-y.
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, 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(2011),806-817. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x
- Hildingsson, I., Johansson, M., Karlström, A., & Fenwick, J. (2013). Factors associated with a positive birth experience: An exploration of swedish women's experiences. *International journal of childbirth*, 3(3),153-164. 10.1891/2156-5287.3.3.153
- Hildingsson, I., Karlström, A., Haines, H., & Johansson, M. (2015). Swedish women's interest in models of midwifery care: Time to consider the system? A prospective longitudinal survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7 (2015) 27 – 32. Doi: 10.1016/j.srhc.2015.11.002.
- Hildingsson, I., Karlström, A., Nystedt, A. (2011). Women's experiences of induction of labour: findings from a Swedish regional study. *The Australian & New Zealand journal of obstetric & gynaecology*, 51(2), 151-7. doi: 10.1111/j.1479-828X.2010.01262.x.
- Hildingsson, I., Waldenström, U., & Rådestad, I. (2003). Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth centre care. *Birth*, 30(2003), 11-22. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00212.x
- Holzmann, M., & Nordström, L. (2016). Induktion av förlossning. I H. Lindgren, K. Christensson, & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (1:1. Uppl., ss. 550 - 554). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hutton, E.K., Cappelletti, A., Reitsma, A.H., Simioni, J., Horne, J., McGregor, C., Ahmed, R.J. (2015). Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ* 188 (5), E80-90. doi:10.1503 / cmaj.150564.
- International Confederation of Midwives. (2014). ICM core documents. Bill of rights for Women and Midwives. Hämtad den 13 april 2017 från http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_002%20V2014%20ENG%20Bill%20of%20rights.pdf
- Jacobsson, U. (2011). *Forskningens termer & begrepp: En ordbok*. Lund: Studentlitteratur AB.

- Jouhki, M-R. (2011). Choosing homebirth – The women’s perspective. *Women and birth – Journal of the australian college of midwives*, 25(4), 56 – 61. doi:10.1016/j.wombi.2011.10.002
- Karlström, A., Nystedt, A., Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC pregnancy and childbirth*, 9(15), 251. doi: 10.1186/s12884-015-0683-0.
- Karolinska universitetssjukhuset. (2014). *Metoder att sätta igång förlossningen*. Hämtad den 19 april 2017 från <http://www.karolinska.se/globalassets/global/kvinnokliniken/forlossningen/metoder-att-satta-igang-forlossningen>
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lamaze international for parents. (2014). Six simple steps for a healthy and safe birth. Hämtad den 26 april 2017 från <http://www.lamaze.org/p/cm/ld/fid=198>
- Larsson, M. (2016). Den professionella barnmorskan: Nationella och internationella kompetenskrav. I H. Lindgren, K. Christensson, & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (1:1. Uppl., ss. 26–30). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lindgren, H. (2016). Planerad hemförlossning. I H. Lindgren, K. Christensson, & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (1:1. Uppl., ss. 524 – 526). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lindgren, H.E., Rådestad, I., Christensson, K., Wally-Bystrom, K., & Hildingsson, I.M. (2010). Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth. *Midwifery*, 26(2), 163-172. doi: 10.1016/j.midw.2008.04.010
- Lundgren, I., & Berg, M. (2016). Den professionella barnmorskan: Nationella och internationella kompetenskrav. I H. Lindgren, K. Christensson, & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (1:1. Uppl., ss. 19 - 26). Lund: Studentlitteratur AB.
- McLachlan, HL., Forster, DA., Davey, MA., Farell, T., Gold, L., Biro, MA....Waldenström, U. (2012). Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomized controlled trial. *BJOG*, 119(2012),1483-92. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x
- Miller, A.C., & Shriver, T.E. (2012). Women’s childbirth preferences and practices in the United States. *Social science & medicine*, 75(4), 709-716. doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.051
- Murray-Davis, B., McDonald, H., Rietsma, A., Coubrough, M., & Hutton, E. (2014). Deciding on home or hospital birth: Results if the Ontario choice of birthplace survey. *Midwifery*, 30(7), 869 – 876. doi: 10.1016/j.midw.2014.01.008

- 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(5), 576-581. doi: 10.1016/j.midw.2012.01.013
- Norman, M., Nyman, M., & Lilja, H. (2014). Instrumentell vaginal förlossning: Indikationer. I H. Hagberg, K. Marsál, & M. Westgren (Red.), *Obstetrik*. (2:2. Uppl., ss. 565). Lund: Studentlitteratur AB.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rogers, C., Harman, J., & Selo-Ojeme, D. (2011). Perceptions of birth in a stand-alone centre compared to other options. *British journal of Midwifery*, 19(4), 237-244.
- Segesten, K. (2012). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. Uppl., ss. 47 – 56). Lund: Studentlitteratur AB.
- Sjöblom, I., Idvall, E., Rådestad, I., & Lindgren, H. (2011). A provoking choice – swedish women's experiences of reactions to their plans to give birth at home. *Women and birth: journal of australian college of midwives*, 25(3), 11-18. doi: 10.1016/j.wombi.2011.07.147
- Sluijs, A-M., Cleiren, M-P.H.D., Scherjon, S.A., & Wijma, K. (2015). Does fear of childbirth or family history affect whether pregnant dutch women prefer a home – or hospital birth? *Midwifery*, 31(12), 1143 – 1148. doi: 10.1016/j.midw.2015.08.002
- Socialstyrelsen. (2017). *Andelen kejsarsnitt och allvarliga bristningar varierar stort i landet*. Hämtad 24 maj ,2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/andelenkejsarsnittochbristningarvarierarstortilandet>
- Socialstyrelsen. (2013). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. Medicinska födelseregistret 1973-2011. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Storgaard, L., & Uldbjerg, N. (2009). The use of amniotomy to shorten spontaneous labour.: A survey of a Cochrane review. *Ugeskrift for laeger*, 171 (47), 3438-40.
- Tracy, S., Hartz, D., Tracy, M., Allen, J., Forti, A., Hall, B.,...Kildea, S. (2014). Caseload midwifery care versus standard maternity care women of any risk: M@NGO, a randomized controlled trial. *The Lancet*, 382(2014), 1723-32. Doi: 10.1016/S0140-6736(13)61406-3
- Waldenström, U. (2016). Plats för födandet. I H. Lindgren, K. Christensson, & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (1:1 Uppl., ss. 429–435). Lund: Studentlitteratur AB.
- Widström, A-M., Wibke, J., & Nissen, E. (2016). Det nyfödda barnet, tidig mor – barn – interaktion och amning: Interventioner under och efter förlossningen. I H. Lindgren, K.

Christensson, & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (1:1. Uppl., ss. 641). Lund: Studentlitteratur AB.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad -En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Woog, C.L. (2017). 'Where do you want to have your baby?': Women's narratives of how they chose their birthplace. *British journal of midwifery*, 25(2), 94-102.

World Health Organization. (1996). *Care in a Normal Birth*. WHO: Geneve. Hämtad den 13 april 2017 från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Östlundh, L. (2012). Informationssökning: Boolesk sökteknik. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2:6. Uppl., ss. 57 - 79). Lund: Studentlitteratur AB.

Artikelmatris

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/T yp
Bernhard, Zielinski, Ackerson, English. 2014. USA.	Home birth after hospital birth: Women's choices and reflections.	Syftet med studien var att undersöka anledningarna till varför kvinnor som tidigare fött på sjukhus väljer att föda i hemmet och deras uppfattning gällande sina förlossningsupplevelser.	I denna studie användes en kvalitativ beskrivning som design, där fem fokusgrupper med kvinnor som genomgått en sjukhusförlossning och därefter valt en hemförlossning med nästa barn genomfördes.	N= 20	Resultatet av studien ledde till att fem teman identifierades. Val och självbestämmande, Interventioner och avbrytanden, Respektlöshet och avvisanden, Plats i samband med födandet, Förenandet med barnmorskan och familjen	I / (K)
Boucher, Bennett, McFarlin, Freeze 2009 USA	Staying home to give birth: Why women in the united states choose home birth.	Syftet med studien var att undersöka varför kvinnor I USA valde hemförlossning.	En kvalitativ beskrivande enkätstudie.	N=160 (112)	De vanligaste anledningarna för att välja hemförlossning var säkerhet, undvikandet av onödiga medicinska interventioner som är vanliga på sjukhus, tidigare negativa upplevelser av sjukhusförlossning, mer kontroll, bekvämlighet och känd miljö.	II / (K)

Catling, Dahlen, Homer 2014 Australien	The influences in women who choose publicly-funded home birth in Australia	Syftet med studien var att undersöka kvinnor som valde hemförlossning som var offentligt finansierat och deras inflytande i en stad i Australien.	Detta var en kvalitativ studie som använde en konstruktivistisk teori som grundinställning. Det utfördes semi-strukturerade intervjuer i kvinnornas hem.	N= 17	Fynden i den här studien visade att kvinnorna hade liknande inflytande som i andra studier där kvinnor genomgått hemförlossningar. Säkerhetsaspekten, en känsla av kontroll, styrka och självförtroende, stöd, skydd från sjukhusrelaterade interventioner och att få välja vem de delade sina hemförlossningsplaner tillsammans med var en central del som förstärkte deras tro på sig själva.	II / (K)
Coxon, Sandall, Fulop 2013 England	To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions.	Syftet med denna studie var att undersöka om gravida kvinnors erfarenheter av att välja födelseplats	Studien använde sig av prospektivt, longitudinell narrativ intervju design. Det utfördes enskilda intervjuer vid olika tillfällen som innan och efter födseln.	N=41	Resultatet av studien blev att de flesta kvinnor fortsatte se sjukhusförlossningar, med tillgång till medicinsk vård, det säkraste alternativet. De kvinnor som valde alternativa födelseplatser förklarade att de också hade planer till att söka medicinsk vård om de bedömde det nödvändigt. Det framkom att valet av födelseplats styrs av kulturella och historiska aspekter såväl som perceptionen av risk, skuld och ansvar.	II / (K)

Davison, Hauck, Bayes, Kuliukas, Wood. 2015 Australien	<p>The relationship is everything: Women's reasons for choosing a privately practicing midwife in Western Australia.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva kvinnors anledningar till att välja att föda barn på en privat barnmorskeledd verksamhet.</p>	<p>Detta var en kvalitativ studie som använt en modifierad grundteori med ett neutralt / konstruktivistiskt mönster.</p>	<p>N= 14</p>	<p>Kvinnorna i den här studien valde den privata barnmorskeledda verksamheten av olika anledningar. Kategorierna - Kontinuitet i vårdkedjan, en relation till barnmorskan och att ha en barnmorska med samma förlossningsfilosofi som kvinnan själv hade – gjorde att kvinnorna hade förväntningar på deras barnmorska, på mödravården och på förlossningsupplevelsen</p>	<p>II / (K)</p>
Grigg, Tracy, Daellenbach, Kensington, Shmied. 2014. Nya Zeeland.	<p>An exploration of influences on women's birthplace decision-making in New Zealand: A mixed methods prospective cohort within the evaluating maternity units study.</p>	<p>Syftet med den här studien var att beskriva och undersöka kvinnors inflytande i valet av födelseplats i Nya Zeeland, som har en statlig finansiering av ett kontinuerligt barnmorskelett mödravårdssystem</p>	<p>Denna studie har använt sig av en cohortstudie med mixed method. Semistrukturerade intervjuer hölls i grupper med fokusgruppen och efter sex veckor postpartum fick kvinnorna hem en enkät. Alla kvinnor som deltog i studien erhöles vård via det kontinuerliga barnmorskeledda systemet.</p>	<p>N= 702 (131). 692 (121).</p>	<p>Resultatet visade att nästan alla deltagare upplevde att de fick föda på den plats de valt från början. Den grupp som hade valt sjukhusförlossning tyckte att tillgången till möjlighet till specialistvård var den viktigaste faktorn. Huvudgruppen som haft sin förlossning på en barnmorskeledd klinik identifierade flera faktorer som var viktiga för dem. Konceptet av säkerhet var väsentligt.</p>	<p>II / (K)</p>

<p>Grigg, Tracy, Schmied, Daellenbach, Kensington. 2015. Nya Zeeland</p>	<p>Women's birthplace decision-making, the role of confidence: Part of evaluating maternity units study, New Zealand.</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka kvinnors val av födelseplats och identifiera faktorer som gör det möjligt för kvinnor att föda barn i fristående barnmorskeledda enheter snarare än obstetikerledda sjukhus-förlossningar i Nya Zeeland.</p>	<p>I denna studie användes en mixed method och data utifrån åtta fokusgrupper och "sex veckor postpartum" studien analyserades tematisk analys och deskriptiv analys. Alla deltagare fick kontinuerlig barnmorskeledd vård oavsett deras avsedda eller faktiska förlossningsplats</p>	<p>N= 702 (131). 692 (121).</p>	<p>Fynden i studien visad att kvinnornas självförtroende identifierades som det övergripande inflytandet på deras val av födelseplats. Fem huvudteman identifierades: Förlossningsprocessen, kvinnans självförtroende i förmågan att föda barn, barnmorskorna, förlossningsvården och födelseplatsen.</p>	<p>II / (K)</p>
<p>Jouhki 2011 Finland</p>	<p>Choosing homebirth – The women's perspective</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva beslutsprocessen kvinnor går igenom samt deras förlossningsupplevelse vid hemförlossning.</p>	<p>Metoden bestod av djupgående intervjuer som analyserades med en kvalitativ metod.</p>	<p>N=10</p>	<p>Resultatet i studien visade flera orsaker till att kvinnorna valde hemförlossning. Huvudorsakerna var tidigare förlossningsupplevelser, ett naturligt synsätt på förlossning, ökad autonomi, intuition, önskan att välja barnmorska, misstro till sjukhuset och viljan att ha barnets syskon närvarande.</p>	<p>II / (K)</p>

<p>Lindgren, Rådestad, Christensson, Wally-Byström, Hildingsson, 2010 Sverige</p>	<p>Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for home birth.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva kvinnors uppfattning av förlossningsrelaterade risker och strategier för att klara av dessa upplevda risker.</p>	<p>Detta var en kvalitativ beskrivande enkätstudie som inkluderade landets alla kvinnor som hade genomgått en hemförlossning i Sverige. Studien genomfördes mellan den 1 januari 1992 till 31 juli 2005.</p>	<p>N = 735 (8)</p>	<p>Fynden gällande upplevda risker med en sjukhusförlossning kunde identifieras i några kategorier. Att bli omhändertagen av främlingar, bli behandlad efter rutiner och med onödiga interventioner. Kvinnor som planerade för hemförlossning i Sverige övervägde förlossningsrelaterade risker men undvek att prata om det med sjukvårdspersonalen.</p>	<p>I / (K)</p>
<p>Miller, Shriver 2012 USA</p>	<p>Women's childbirth preferences and practices in the united states</p>	<p>Syftet var att undersöka vilka faktorer som ledde kvinnorna till den födelseplatsen som de valde. De undersökte både sjukhusförlossning, hemförlossning med barnmorska och hemförlossning utan professionell vårdpersonal.</p>	<p>I studien utfördes 135 djup intervjuer från år 2004 till år 2010</p>	<p>N=135</p>	<p>Studien visade att kvinnors preferenser angående födelseplats skapas från ekonomiska förutsättningar och tillgängligheten till olika födelseplatser.</p>	<p>II / (K)</p>

Murray-Davis, McNiven, McDonald, Marlott, Elarar, Hutton. 2012 Kanada	Why home birth? A qualitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces	Syftet med studien var att öka förståelsen för varför kanadensiska kvinnor väljer att föda barn hemma.	Metoden var en kvalitativ, grundad teori där de använde sig av semi-strukturerade intervjuer.	N=34	Studien visade olika motiverande faktorer såväl som själva beslutsprocessen. Beslutsprocessen inkluderade utforskning av inre motivationer för hemförlossning, en fas av informationssökande och ansvarstagande för beslutet.	II / (K)
Murray-Davis, McDonald, Rietsma, Hutton. 2014. Kanada.	Deciding on home or hospital birth: Results of the Ontario choice of birthplace survey.	Syftet med studien var att förstå hur gravida kvinnor i Ontario, Kanada, bestämde sig för att föda på sjukhus eller i hemmet och varför de valde den ena födelseplatsen framför den andra	I denna studie användes en blandad metoddesign där deltagarna fick besvara en kvalitativ beskrivande enkät som var uppdelad i tre sektioner.	N= 219 (5)	Resultatet visade att besluten om valet av födelseplats visade sig antingen ha tagits redan innan deltagarna blivit gravida eller under den första trimestern. Deltagarna hade sökt egen information i bland annat böcker i samband med deras val av plats att föda sitt barn.	II / (K)

Rogers, Harman, Selo-Ojeme 2011 England	Perceptions of birth in a stand-alone centre compared to other options.	Huvudsyftet med studien var att undersöka var kvinnorna skulle vilja föda sitt barn om Ridgeway Birth Center blev ett fristående birth center, anledningarna till kvinnornas val och kvinnornas uppfattning om fristående birth center i jämförelse till andra födelseplatser.	Denna studie är en undersökande kvalitativ beskrivande enkätstudie.	N=121 (107)	Majoriteten (62,8 procent) av kvinnorna svarade att de skulle välja att föda sitt barn i ett fristående birth center. Motivationerna till detta var en hemliknande miljö, chanserna för en naturlig förlossning, tillgång till vattenförlossning och närhet till hemmet.	II / (K)
Sjöblom, Idvall, Rådestad, Lindgren 2011 Sverige	A provoking choice- Swedish women´s experience of reactions to their plans to give birth at home.	Syftet med studien var att beskriva svenska kvinnors erfarenhet och upplevelse av reaktioner på deras val av att föda barn hemma.	En nationell studie mellan januari 1992 och juli 2005. Det är en kvalitativt beskrivande enkätstudie där 90 öppna frågor skickades ut och kvinnan kunde välja att skriva det hon tyckte var relevant.	N=1025 (13)	Resultatet visade ett tema som var genomgående i studien som var att bli mött med rädsla för liv och död och att bli utsatt till reaktioner angående säkerheten. Dessa attityder kom från vårdpersonal samt närstående. Fyra kategorier formades som var att bli sedd som en ansvarslös kvinna, bli bemött med känslolösa argument, och utsatthet för övertalning och främlingskap.	I / (K)

Sluijs, Cleiren, Scherjon, Wijma 2015 Holland	<p>Does fear of childbirth of family history affect weather pregnant dutch women prefer a home- or hospital birth?</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka om förlossningsrädsla påverkade kvinnors val av födelseplats och att se om kvinnans mamma eller systers födelseplats påverkade kvinnans val av födelseplats.</p>	<p>En prospektiv kohort studie. En kvalitativ enkätstudie där enkäterna skickades ut i gestationsvecka 30 och sex veckor postpartum.</p>	<p>N=104 (90)</p>	<p>Studien visade att det inte var någon signifikant skillnad i förlossningsrädsla innan födseln ägt rum för de kvinnor som valde hemförlossning eller sjukhusförlossning. Födelseplatsen som en nära familjemedlem valt påverkade kvinnor att välja samma födelseplats. Förlossningsrädslan ökade för de kvinnor som valde hemförlossning men av någon anledning födde barn på sjukhus.</p>	<p>I / (K)</p>
Haken, Hendrix, Nieuwenhuijze, Budé, De Vries, Nijhuis 2012 Holland	<p>Preferred place of birth: Characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands</p>	<p>Syftet med studien var att utforska preferenser, karaktärsdrag och motivationer till olika födelseplatser för kvinnor med lågriskgraviditet i Holland.</p>	<p>Metoden som användes var en prospektiv kohort studie. Data samlades in via kvalitativt beskrivande enkäter.</p>	<p>N=554 (219)</p>	<p>Det som studien resulterade i var att det var stora skillnader i karaktär hos kvinnorna som valde läkarledd förlossning och de som valde barnmorskeledd förlossning. Kvinnornas motivation för hemförlossning var en önskan av en ökad autonomi. Kvinnornas motivation för sjukhusförlossning var driven av önskan att känna sig säker och kontrollera riskerna.</p>	<p>I / (K)</p>

Woog 2017 England	Where do you want to have your baby? Womens narratives of how they chose their birthplace	Syftet med studien var att undersöka hur lågrisk gravida förstföderskor väljer sin födelseplats för att få förståelse för vilka faktorer som påverkar dessa kvinnors beslut.	En kvalitativ metod med ett berättande tillvägagångssätt. Data samlades in med hjälp av kvalitativt formade enkäter.	N=9	De faktorer som kan påverka kvinnors beslut var kvinnans förväntan på förlossningen, säkerhet, skydda födelseprocessen och inflytande från barnmorska, förberedande kurser och partnern.	II/ (K)
----------------------------------	---	--	--	-----	--	---------

Källa. Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006, sid 84). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.