

Kommer hemförlossningstrenden till Finland?

- En kvantitativ studie om hemförlossningar.

Isabella Öhman

Examensarbete för Barnmorska (YH)-examen

Institutionen för hälsa och välfärd

Vasa 2025

EXAMENSARBETE

Författare: Isabella Öhman
Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa
Handledare: Terese Österberg

Titel: Kommer hemförlossningstrenden till Finland? – En kvantitativ studie om hemförlossningar

Datum: 03.06.2025

Sidantal: 56

Bilagor: 1

Abstrakt

Syftet med denna kvantitativa studie var att analysera och kartlägga kvinnors intresse för och förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Studien strävade att finna svar på forskningsfrågorna gällande förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar och huruvida det finns en korrelation mellan respondentens ålder, tidigare förlossningar och förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar.

En kvantitativ studiemetod valdes för examensarbetet för att få en generell och mångfacetterad synvinkel på ämnet hemförlossningar i Finland. Som teoretisk utgångspunkt användes Fahy och Parratts teori "Birth territory". Data samlades in med en enkät vid årsskiftet 2024 – 2025 och enkäten delades ut via ett flertal Facebook-grupper. Enkätens respondenter var kvinnor mellan åldrarna 18 – 45, bosatta i Finland och har fött eller vill föda barn. Enkäten besvarades av 1390 respondenter. En respondents svar lämnades utanför sambandsanalysen på grund av att hon valde att inte besvara frågan gällande förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar.

Majoriteten av respondenterna förhåller sig negativt till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Enligt resultaten finns det inte ett stort intresse för barnmorskeassisterade hemförlossningar i Finland. Den största förklaringen för det negativa förhållningssättet är frågor gällande säkerhet, risker och rädsla för negativa konsekvenser samt ansvarsfrågor. Resultaten påvisar att kvinnor i den yngsta åldersgruppen (18 – 25 år) är mera intresserade av och förhåller sig mera positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar än kvinnor i de äldre åldersgrupperna. Enligt studiens resultat är det positiva förhållningssättet gentemot barnmorskeassisterade hemförlossningar något högre bland kvinnor som inte har fött tidigare i jämförelse med kvinnor som fött tidigare. Respondenternas öppna svar visar att tidigare förlossningserfarenheter påverkar förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar.

Språk: svenska

Nyckelord: hemförlossning, barnmorska, risker, Finland

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Isabella Öhman
Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa
Ohjaaja: Terese Österberg

Nimike: Tuleeko kotisynnytyksliike suomeen? – Kvantitatiivinen tutkimus kotisynnytyksistä

Päivämäärä: 03.06.2025

Sivumäärä: 56

Liitteet: 1

Tiivistelmä

Tämän kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida ja kartoittaa naisten kiinnostusta ja suhtautumista kätilöavusteisiin kotisynnytyksiin. Tutkimuksessa etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin, jotka koskivat suhtautumista kätilöavusteisiin kotisynnytyksiin ja siihen, onko vastaajan iän, aikaisempien synnytysten ja suhtautumisella kätilöavusteisiin kotisynnytyksiin välillä korrelaatiota.

Tutkimustyöhön valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, jotta saataisiin yleinen ja monipuolinen näkökulma kotisynnytyksiin Suomessa. Teoreettisena lähtökohtana käytettiin tutkijoiden Fahy ja Parratt teoriaa "Birth Territory". Aineisto kerättiin kyselylomakkeella vuodenvaihteessa 2024–2025 ja kyselylomake jaettiin useiden Facebook-ryhmien kautta. Tutkimukseen vastasivat Suomessa asuvat 18–45-vuotiaat naiset, jotka ovat synnyttäneet tai haluavat synnyttää. Kyselyyn vastasi 1390 vastaajaa. Erään vastaajan vastaus jätettiin pois korrelaatioanalyysistä, koska hän päätti olla vastaamatta kysymykseen, joka koski suhtautumista kätilöavusteisiin kotisynnytyksiin.

Suurin osa vastaajista suhtautuu kätilöavusteisiin kotisynnytyksiin kielteisesti. Tulosten mukaan kätilöavusteisiin kotisynnytyksiin ei ole Suomessa juurikaan kiinnostusta. Kielteisen suhtautumisen tärkeimpinä perusteluina nousi turvallisuuteen, riskeihin ja haitallisten seurausten pelkoon sekä vastuukysymyksiin liittyvät vastaukset. Tulokset osoittavat, että nuorimman ikäryhmän (18–25-vuotiaat) naiset ovat kiinnostuneempia ja suhtautuvat myönteisemmin kätilöavusteisiin kotisynnytyksiin kuin naiset vanhemmissa ikäryhmissä. Tutkimuksen tulosten mukaan naiset, jotka eivät ole synnyttäneet aiemmin suhtautuvat vain jonkin verran myönteisemmin kätilöavusteisiin kotisynnytyksiin kuin aiemmin synnyttäneet naiset. Vastaajien avoimet vastaukset osoittavat, että aiemmat synnytyskokemukset vaikuttavat suhtautumiseen kätilöavusteisiin kotisynnytyksiä kohtaan.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: kotisynnytyks, kätilö, riskit, Suomi

BACHELOR'S THESIS

Author: Isabella Öhman
Degree Program: Midwife, Vasa
Supervisor: Terese Österberg

Title: Is the Home Birth Trend Coming to Finland? – a Quantitative Study of Home Births

Date: 03.06.2025

Number of pages: 56

Appendices: 1

Abstract

The purpose of this quantitative study was to analyze and map women's interests and attitudes towards midwifery-assisted home births. The study sought to find answers to the research questions regarding the attitudes towards midwifery-assisted home births and whether there is a correlation between the respondent's age, previous births and attitude to midwife-assisted home births.

A quantitative study method was chosen for the thesis in order to get a general and multifaceted perspective on the topic of home births in Finland. As a theoretical starting point, Fahy and Parratt's theory "Birth territory" was used. Data was collected with a survey at the turn of the year 2024 – 2025 and the survey was distributed via several Facebook groups. The respondents to the survey were women aged between 18 and 45, living in Finland and having given birth or want to give birth. The survey was answered by 1390 respondents. One respondent's answer was left out of the correlation analysis because she chose not to answer the question regarding the attitude towards midwifery-assisted home births.

The majority of the respondents have a negative attitude towards midwifery-assisted home births. According to the results, there is not much interest in midwifery-assisted home births in Finland. The main explanation for the negative attitude is issues related to safety, risks and fear of negative consequences, as well as responsibility issues. The results show that women in the youngest age group (18 – 25 years) are more interested and have a more positive attitude towards midwifery-assisted home births than women in the older age groups. According to the results of the study, the positive attitude towards midwifery-assisted home births is slightly higher among women who have not given birth before compared to women who have given birth before. The respondents' open answers show that previous birth experiences affect the attitude towards midwifery-assisted home births.

Language: Swedish

Key words: homebirth, midwife, risks, Finland

Innehållsförteckning

1	Introduktion.....	1
2	Bakgrund	1
2.1	Förlossning.....	2
2.1.1	Dagarna före förlossningen	2
2.1.2	Förlossningsskeden	3
2.1.3	Smärtlindring.....	3
2.1.4	Förlossningsstatistik	4
2.2	Hemförlossning.....	5
2.2.1	Hemförlossningens praktiska arrangemang	6
2.2.2	Risker och fördelar med en hemförlossning.....	8
2.2.3	Förflyttning till sjukhus	9
2.3	Medicinska ingrepp under en förlossning.....	10
2.4	Erfarenheter av att föda hemma med en barnmorska	10
2.5	Nedmonteringar av förlossningsenheter	11
3	Teoretisk utgångspunkt.....	13
3.1	Bakgrund.....	13
3.2	”Terrain”	13
3.3	”Jurisdiction”.....	14
4	Syfte och frågeställningar	15
5	Metod.....	15
5.1	Kvantitativ studie	15
5.2	Urval.....	16
5.3	Datainsamling	16
5.4	Dataanalys	18
5.5	Etiska överväganden	19
5.5.1	Tillförlitlighet och ärlighet	20
5.5.2	Uppskattning och ansvarstagande	20
5.5.3	Forskningslov och etik	20
6	Resultatredovisning	22
6.1	Bakgrundsfrågor.....	22
6.2	Tidigare förlossningar	27
6.3	Avstånd och nedskärningar.....	29
6.4	Förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar	31
6.5	Respondenternas åsikter gällande barnmorskeassisterade hemförlossningar	31
6.6	Hemförlossningar som en del av offentlig förlossningsverksamhet.....	44
7	Resultatdiskussion	45
8	Metoddiskussion	49

9	Slutdiskussion	51
10	Litteraturlörteckning	53
	Bilaga 1: Enkät.....	

1 Introduktion

I Finland finns det inte någon officiell rekommendation för hemförlossningar. I Finland får föderskan själv välja var hon vill föda och största delen föderskor väljer att föda på sjukhus. Statistiken visar en ökning av hemförlossningar under de senaste åren. Hemma får förlossningen fortskrida på ett naturligt sätt. Barnmorskorna respekterar mammans beslut och autonomi medan de samtidigt följer med mammans och babys tillstånd och välmående. Enligt barnmorskan Jenna Hellstén är hemmet ett tryggt ställe att föda för lågrisk föderskor, som har god hälsa och graviditeten gått bra. Det att barnmorskor är närvarande under en hemförlossning ökar säkerheten enligt studier. (Harmanen, 2022).

I Finland registrerades 109 planerade hemförlossningar år 2022, jämfört med 118 år 2021. År 2022 registrerades 44 589 förlossningar varav 0,2% av förlossningarna skedde på vägen till sjukhuset. Under år 2022 skedde 119 oplanerade förlossningar utanför sjukhus. Denna statistik innehåller inte de 31 förlossningar där det inte har kunnat bekräftas om förlossningen utanför sjukhus var planerad eller oplanerad. Allt som allt skedde 0,8% av förlossningar utanför sjukhus 2022. (Hauhio, Heino & Gissler, 2023, s. 2 - 3, 7 - 8).

2 Bakgrund

Enligt Finlands *Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010*, 48§ får en person som vistas i en annan kommun som inte är personens hemkommun utnyttja primärvårdstjänsterna i ett annat välfärdsområde än det egna och personen är även berättigad att vid behov utnyttja specialsjukvårdstjänsterna i det välfärdsområde. Detta betyder alltså att personer har rätt att välja var de vill vårdas och detta gäller även föderskor.

Alla blivande föderskor får själv välja vilket sjukhus de vill föda i, förlossningen kräver i de flesta fall ingen förhandsanmälan eller remiss till förlossningssjukhuset. Familjen kan själv vid vilket skede som helst välja var de vill att förlossningen sker. Situationen kan dock förändras och om förstavård eller ambulanstransport till sjukhus krävs, får kvinnan inte välja vart ambulansen för henne och därmed inte heller förlossningssjukhuset. (Kukko-Liedes, 2025).

I Finland får man även välja att föda hemma men detta rekommenderas inte officiellt. Hemförlossningar har som krav att man är frisk och att graviditeten har gått bra och det inte finns bakomliggande problem. (Harmanen, 2022).

I detta kapitel beskrivs hur förlossningen sker, vad en sjukhusförlossning och planerad hemförlossning är, val bakom och erfarenheter av hemförlossningar samt risker med hemförlossningar. Även centraliseringen av förlossningsvården i Finland tas upp i kapitlet.

2.1 Förlossning

En normal förlossning påbörjas av sig själv och fortskrider utan att man behöver ingripa i dess förlopp. Enligt internationella kriterier definieras en förlossning då graviditeten nått vecka 22 eller då fostret väger åtminstone 500 gram. En graviditet anses vara fullgången vid graviditetsvecka 37 och överburen vid över 42 veckor. Förlossningen delas i tre skeden, öppningsskedet, utdrivningsskedet och efterbördsskedet. (Tiitinen, 2023a).

Under förlossningen kommer livmodern att sammandra för att förlossningen ska fortskrida och för att driva barnet ut. Sammandragningar gör att livmodern känns hård och de kan vara smärtsamma. Under sammandragningarna förkortas och öppnas cervix (Tiitinen, 2023a). Det är normalt att förlora ca. 500 ml blod vid en vaginal förlossning (Tiitonen & Virtanen, 2023).

En förlossning kan börja med antingen sammandragningar eller med att fostervattnet avgår, som betyder att fosterhinnorna har spruckit. Då fostervattnet avgår börjar sammandragningarna inom några timmar, men om detta inte händer kan sammandragningarna startas med oxytocin-dropp eller med prostaglandintablett eller -gel som läggs i vagina. (Tiitinen, 2023a).

2.1.1 Dagarna före förlossningen

Före förlossningen börjar kan det förekomma övergående sammandragningar. Förlossningen har börjat först då sammandragningarna är regelbundna, sammandragningarna förekommer med åtminstone 10 minuters mellanrum och varar i ca. 45 – 60 sekunder. Ungefär en till sju dagar före förlossningen kan slemproppen från cervix lossna, i samband med det kan det blöda lite. (Tiitonen & Virtanen, 2023).

2.1.2 Förlossningsskeden

Öppningsskedet av en förlossning har börjat när sammandragningarna är regelbundna och cervix har öppnats två till fyra centimeter. Öppningsskedet delas i två skeden, latent skedet och aktiva skedet. (Tihtonen & Virtanen, 2023).

I latent skedet är sammandragningarna svagare, kortare och de kommer mer sällan än vid aktiva öppningsskedet. Latenta skedet är det längsta skedet av en förlossning. Det aktiva skedet börjar då cervix är ca. 4 – 6 centimeter öppen. Vid aktiva skedet öppnar sig cervix ungefär 1 cm per timme. (Tihtonen & Virtanen, 2023).

Det finns flera orsaker för att förlossningens öppningsskede kan förlängas, de allmännaste orsakerna är att livmodern inte sammandrar sig tillräckligt kraftigt eller att fostret inte är i korrekt position. I situationer där förlossningens öppningsskede förlängs, kan man snabba upp förlossningen med oxytocin, med att korrigera fostrets position eller med att spräcka fosterhinnorna (om de ännu är intakta). Då cervix har öppnats 10 cm och fostrets bjudande del går nedåt i förlossningskanalen är det dags för utdrivningsskedet. (Tihtonen & Virtanen, 2023).

Utdrivningsskedet börjar då cervix är fullständigt öppen (10 cm). Utdrivningsskedet kan delas i ett passivt skede där fostret drivs lägre ner i förlossningskanalen och i ett aktivt krystningsskede. I passiva skedet förflyttar sig fostret nedåt i bäckenet och i aktiva skedet känner mamman behovet att aktivt krysta. Normalt räcker utdrivningsskedet ca. 60 – 90 minuter. I slutet av utdrivningsskedet har babyn fötts. (Tihtonen & Virtanen, 2023).

I efterbördsskedet föds moderkakan och fosterhinnorna. Sammandragningarna fortsätter för att avlägsna moderkakan och hinnorna, detta sker på ungefär 5 – 10 minuter. Moderkakan och hinnorna tas ut med att trycka på livmodern externt och med att försiktigt dra från navelsträngen. (Tihtonen & Virtanen, 2023).

2.1.3 Smärtlindring

Under en förlossning kan både medicinsk- och icke-medicinsk smärtlindring användas för att hjälpa med förlossningssmärter. I början av förlossningen kan icke-medicinsk smärtlindring, som till exempel ställningsändringar och rörelse, lindra smärtan. Man kan slappna av i badkar eller pool eller få massage av axlarna och korsryggen samt akupunktur som kan lindra smärtan. En form av smärtlindring är sterila kvaddlar som injiceras i kvinnans korsrygg för att lindra förlossningssmärten

i ryggen. TNS (transkutan nervstimulation) kan användas som smärtlindring vid förlossningen, TNS-apparaten skickar elektriska impulser och förhindrar smärtekänslan. (Tiitinen, 2023b).

Medicinsk smärtlindring, som till exempel lustgas, kan användas vid sammandragningar. Lustgas används av föderskan med att hon inhalerar gasen då sammandragningen börjar. Lustgasen hjälper med smärta men även vid ångest. Paracetamol kan användas vid öppningskedet för att lindra smärta. Smärtlindrande medicinering som injiceras i muskeln kan användas, men de transporteras med blodet via placentan till fostret. Petidin är ett läkemedel inom gruppen opioider och används ofta vid förlossningar som smärtlindring. Den kan orsaka andningsdepression hos den nyfödda om läkemedlet administreras väldigt nära förlossningens slutskede. Andra alternativ för smärtstillande läkemedel är tramadol och ramifentanil. (Tiitinen, 2023b).

Det finns många olika bedövningar som kan användas vid en förlossning. Paracervikalbedövning eller livmoderhalsbedövning (PCB) är en lokalbedövning där läkaren bedövar cervix, bedövningen verkar i ca. 1 – 2 timmar. En bäckenbottenbedövning är en lokal bedövning menad för krystningsskedet, där perineum bedövas. En epiduralbedövning är den mest effektiva bedövningen. En kateter läggs in i ryggmärgskanalens epiduralområde med en nål. Katetern ligger kvar och bedövningsmedlet kan doseras genom hela förlossningens gång. Epiduralbedövningen har dock biverkningar, mammans blodtryck kan sjunka och därför får hon också en vätskeinfusion. Fostret övervakas med en kardiokografi. En spinalbedövning används speciellt hos omfödernor för att effekten känns snabbare och är mera effektiv mot krystningsskedets smärtor. (Tiitinen, 2023b).

2.1.4 Förlossningsstatistik

De medicinska begreppen som hänvisas till i detta kapitel grundar sig på definitionerna i Medibas ordlista, Terveyskirjasto – Lääketieteen sanasto samt Karolinska Institutets SweMeSH - Swedish Medical Terminology. Statistiken gällande medicinska ingrepp under en förlossning, som presenteras nedan, är tagen från Bilaga 1 i Statistikrapporten *Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2022* av Hauhio ym. (2023).

Tabell 1. Statistik gällande medicinska ingrepp under en förlossning

Ingrepp	Förklaring	Andel 1987	Andel 2022	Förändring
Epiduralbedövning	Bedövning i ryggens epiduralområde som bedövar nedre kroppen.	8,2%	54,4%	+ 46,2
Kejsarsnitt	Kirurgiskt ingrepp där fostret avlägsnas från livmodern via ett snitt i buken.	14,5%	19,6%	+ 5,1
Förlossning med sugklocka	Ingrepp där en sugklocka används som hjälpmedel i förlossning.	3,5%	9,8%	+ 6,3
Induktion	Igångsättning av förlossning	15,9%	35,0%	+ 19,1
Episiotomi	Ingrepp där man gör ett snitt i mellangården för att underlätta födseln samt minska bristningar av slida och ändtarm.	44,1%	22,5%	- 21,6

Tabell 1 visar en tydlig ökning av användningen av epiduralbedövning från år 1987 till 2022. Under samma tid har kirurgiska ingrepp ökat med 5,1% och förlossningar med sugklocka 6,3%. Märkbart är att episiotomier har minskat med nästan 22% och att förlossningar sätts oftare i gång år 2022 jämfört med 1987.

Perinataldödlighet definieras enligt Terveyskirjasto som antalet dödfödda och barn som dog under den första levnadsveckan, bland alla födda barn. Ordet perinatal hänvisar till tiden kring födseln. Enligt THL, *Syntyneiden lasten rekisteri*, (2023) var perinataldödligheten i Finland år 2021 – 2022 3,6/1000 födda.

Apgarpoäng är ett poängsystem som utvärderar barnets välmående efter förlossningen. Barnet kan få upp till 10 poäng, ju högre poäng desto bättre mår barnet. Enligt THL, *Syntyneiden lasten rekisteri*, fick 0,4% av nyfödda i Finland 0 – 3 Apgarpoäng totalt vid 5 minuter efter födseln år 2004 och resultatet har hållits på samma nivå sen dess.

Perinealruptur är en spricka i vävnaden mellan anus och vagina. Enligt THL, *Syntyneiden lasten rekisteri*, förekom det 3. eller 4. gradens perinealruptur som suturerats vid 0,6% av förlossningar år 2004 och vid 1,4% av förlossningar år 2022, i Finland.

2.2 Hemförlossning

En planerad hemförlossning är då kvinnan planerar att föda hemma med hjälp av en barnmorska eller läkare. Då en hemförlossning planeras ska en förlossningsplan skapas och praktiska aspekter av förlossningen ska skötas i god tid före förlossningen. Studier gällande hemförlossningar visar motstridiga resultat beträffande hemförlossningars säkerhet. Det har påvisats att det vid

hemförlossningar förekommer mindre medicinska ingrepp under förlossningen och därmed finns det en minskad infektionsrisk för mamman. Däremot finns det också forskning som hävdar att hemförlossningar utsätter barnet för låga Apgarpoäng och höjer på perinataldödligheten. Studier visar även att för friska mammor med lågrisk graviditeter är intrapartum- och neonataldödlighetens risk lika stor som vid sjukhusförlossningar. (Harvala, Pietiläinen, Raussi-Lehto & Äimälä, 2021, s.286).

Nelson och Romanis anser (enligt Feeley och Thomson, 2021, s.663) att en planerad hemförlossning och så kallad "freebirth", det vill säga oassisterad förlossning, är två väldigt olika saker. En planerad hemförlossning är, som namnet visar, en förlossning hemma med en utbildad barnmorska. "Freebirth" å andra sidan är då du gör valet att föda utanför sjukhus utan en utbildad vårdare, men där mödravård är lättillgängligt.

Nelson och Romanis (2021, s.663 - 664) motiverar varför planerade hemförlossningar borde ses som ett alternativ till sjukhusförlossningar och att det borde vara en rättighet. De hävdar enligt (Morrison et al., 1998, s. 663; McCutcheon & Brown, 2012, s. 664) att för vissa som föder i en bekant omgivning, som till exempel i hemmet, kan det skapas en ökad känsla av trygghet, kontroll samt värdighet som kvinnorna inte ansett de skulle ha fått på ett sjukhus.

2.2.1 Hemförlossningens praktiska arrangemang

I Finland ansvarar föderskan att hemförlossningens praktiska arrangemang planeras och genomförs. Då man planerar en hemförlossning måste det finnas en plan för en trygg och snabb överflyttning till sjukhus om barnet eller föderskan kräver specialistsjukvård på grund av komplikationer. (Pouta m.fl., 2015, s. 263).

I Finland rekommenderas sjukhus som primärt förlossningsställe för alla. Om föderskan ändå väljer att föda hemma ska hon få objektiv information om riskerna, kriterierna och juridiska frågor som angår hemförlossningar. Det rekommenderas att ett avtal skrivs under där föräldrarna intygar att de fått information om riskerna gällande en hemförlossning för att stärka vårdpersonalens rättsskydd. (Pouta m.fl., 2015, s. 263–264).

En föderska som planerar en hemförlossning ska helst vara en frisk omföderska, alltså en lågrisk föderska. Detta betyder att föderskan inte har en underliggande sjukdom, att graviditeten inte är en flerbördsgraviditet, fostret ska ligga i huvudbjudning, graviditeten har framskridit på ett normalt sätt och att föderskan inte är streptokockantigen B-positiv. Graviditeten ska vara fullgången men

inte överburen vid förlossningen och kvinnan ska inte haft tidigare kejsarsnitt eller förlossning med sugklocka. (Pouta m.fl., 2015, s.263).

Föderskan ska se till att det finns två yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvård närvarande vid förlossningen. Detta är oftast två barnmorskor eller alternativt barnmorska och läkare. Vårdpersonalen på plats har uppgiften att hjälpa vid förlossningen, vid behov återuppliva den nyfödda och se till att både föderskan och nyfödda barnet mår bra och återhämtar sig. Antingen föderskan eller vårdpersonerna ordnar så att all tillräcklig utrustning som kan behövas vid förlossningen finns tillgänglig, sådan utrustning har man inte rätt att få från primär- eller specialiserade sjukvården. (Pouta m.fl., 2015, s. 264).

Rekommendationen gällande förflyttningen till sjukhus är att det ska ske så snabbt som möjligt, på under 20 minuter. 112 kan kontaktas för att få akutvårds transport till sjukhuset. Här ska man ta i hänsyn akutvårdens ankomsttid i området. Vid misstanke eventuella komplikationer är det viktigt att snabbt ta beslutet att åka till sjukhuset. (Pouta m.fl., 2015, s. 264).

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården antecknar föderskans uppgifter i sjukvårdsjournalen för att föderskans vård kan planeras, genomföras och följas upp. Förlossningssjukhuset informeras om planen för hemförlossning med föderskans samtycke. Det skapas separata journaler för föderskan och det nyfödda barnet. (Pouta m.fl., 2015, s. 264).

Efter förlossningen genomförs ett screeningstest på barnet för syremättnad, detta görs ca. 2 timmar efter födseln. Om syremättnaden ligger under 95% ska förlossningssjukhuset kontaktas. Vårdpersonen som skött förlossningen utvärderar barnets mående åtminstone en gång per dygn, detta inkluderar andningen, hur barnet äter, utsöndringen. Vårdpersonen som skött förlossningen meddelar magistraten och befolkningsdatasystemet uppgifterna om att barnet fötts samt anmäler barnet till födselregistret. 2 – 4 dygn efter förlossningen kontaktas förlossningssjukhuset antingen av föderskan eller vårdpersonen. En nödvändig granskning av det nyfödda barnet utgörs av en barnläkare, till detta kan en remiss skapas på förhand via rådgivningen eller via privata hälsovården. I samband med granskningen döms behovet för fenylketonuri-prov med vilken man screenar för en ärftlig ämnesomsättningssjukdom PKU. Även behovet av Calmette-vaccin bedöms och hörseln undersöks. Vårdpersonen som sköter förlossningen ansvarar för att tyreotropin-provet tas i navelserum och E-ABORh-provet som tas från navelblodet. Vårdpersonen ansvarar om att alla prov hanteras, sparas och skickas vidare på ett ändamålsenligt sätt samt att resultaten granskas. Resultatet från E-ABORh-provet ska fås i tid så att mamman kan få immunoglobulin i tid (inom 72 timmar efter förlossningen) (Pouta m.fl., 2015, s. 264 – 265).

Tiden efter förlossningen är primära ansvaret för den nyfödda barnets observation hos föräldrarna, men det är viktigt att vårdpersonalen ger anvisningar till föräldrarna om hur barnet ska observeras och att föräldrarna vid behov kontaktar en barnläkare. (Pouta m.fl., 2015, s. 264).

2.2.2 Risker och fördelar med en hemförlossning

Studien av Hutton, Reitsma, Simioni, Brunton & Kaufman (2019, s.68) visar resultaten inte att kvinnor med lågrisk graviditeter som planerar att föda hemma då förlossningen börjar skulle ha en större risk för perinatal eller neonatal mortalitet i jämförelse med kvinnor i samma riskkategori som planerar att föda på sjukhus. Det visades inte heller skillnader mellan grupperna gällande barnets intagning till intensivvårdsavdelning, Apgarpoäng och behovet av återupplivning.

I Victoria, Australien har hemförlossningar erbjudits sedan år 2009. Hemförlossningarna finansieras av staten och tioårsstatistiken har analyserats. Under åren 2010 - 2019 fanns det 483 kvinnor som födde hemma med en barnmorska. Det visade sig att kvinnor som föder hemma hade märkbart större sannolikhet att ha en normal vaginal förlossning och ett intakt perineum eller enbart första gradens ruptur och sannolikheten att mödrarna behövde sutureras var mindre än kvinnor som födde på sjukhus. Nyfödda som föddes hemma hade mindre sannolikhet att behöva någon form av återupplivning, hade större chans för normal födselvikt och var mera sannolika att få sin näring enbart via bröstmjolk i jämförelse med nyfödda födda på sjukhus. Ingen av dessa 483 mammorna avled som resultat av förlossningen och endast en nyfödd avled, detta hände före barnmorskan anlönt. (Sweet et al., 2022, s. 666).

I studien av Grünebaum et al. (2013, s. 323.e3 – 323.e4) visas ett mönster att förlossningar utanför sjukhus i USA har sämre resultat och högre risk för baby. Enligt studien utsätts barn som föds utanför sjukhus för risker som Apgarpoäng 0 i de första 5 minuter efter förlossningen, neonatala krampanfall samt allvarliga neurologiska nedsättningar. I artikeln lyfter forskarna fram en ökad risk för dåliga resultat i en hemförlossning och att risken inte kan minskas med transport till sjukhuset. Forskarna konstaterar att förstföderskor har en tydligt högre risk för dessa ovannämnda komplikationer än kvinnor som tidigare genomgått en förlossning.

I Sverige genomförde Lindgren, Rådestad, Christensson och Hildingsson (2010, s. 753–755) en studie där 897 planerade hemförlossningar mellan år 1992 och 2004 jämfördes med 11 341 förlossningar på sjukhus för att mäta om risken med dåliga resultat för mamman eller baby

varierar. Av kvinnorna som födde hemma hade 95% en normal vaginal förlossning jämfört med 84% av kvinnorna som födde på sjukhus. Sju av hemförlossningarna skedde med babyn i sätesbjudning och alla av dessa sju föddes vaginalt, på sjukhus förekom det större mängd barn i sätesbjudning vid förlossningen varav enbart 43% föddes vaginalt.

Studien rapporterade inga mammor som avled i någondera gruppen. De kvinnor som födde hemma hade inga rapporterade incidenser av livmoderbristning, navelsträngsframfall, placental abruption eller placenta praevia. Kvinnorna som födde på sjukhus hade flera nödsituationer gällande förlossningen. Här måste vi dock ta i hänsyn att kvinnorna som födde på sjukhuset var flera samt alla var inte lågrisk graviditeter. Kvinnor som födde hemma var även mindre sannolika att genomgå ett medicinskt ingrepp som till exempel episiotomi under förlossningen än kvinnor som födde på sjukhus. I hemförlossningar framkom det episiotomier i 1% av förlossningarna jämfört vid 7% vid förlossningar på sjukhus. Kvinnorna i planerade hemförlossningsgruppen var fyra gånger mera sannolika att ha fött tidigare än kvinnor i sjukhusförlossningsgruppen och kvinnorna som födde hemma var oftast mellan åldrarna 25 och 34. (Lindgren et al., 2010, s. 753 - 755).

Två barn som föddes hemma och sju barn som föddes på sjukhus dog inom 28 dagar efter födseln. Statistiskt syns det inte en markant skillnad i neonatalmortalitet mellan grupperna. Neonatala dödligheten för hemförlossningar enligt studien är 2.2 per tusen och vid förlossningar på sjukhus 0.6 per tusen. Det sågs inte heller en skillnad i frekvensen av låga Apgarpoäng hos barn mellan de två grupperna. (Lindgren et al., 2010, s. 755).

2.2.3 Förflyttning till sjukhus

Studien av Blix et al. (2016, s. 422) samlade in data från 3068 planerade hemförlossningar i Norge, Sverige, Danmark och Island. Studiens syfte var att studera mängden av planerade hemförlossningar där mamman och/eller babyn förflyttades till sjukhus under eller upp till 72 timmar efter förlossningen, vilka indikationerna för förflyttningen var, när förflyttningen skedde, hur förflyttningen skedde och mängden förflyttningar som klassificerades som akuta. Av dessa 3068 kvinnor förflyttades 13,1% till sjukhuset under förlossningen eller inom 72 timmar efter förlossningen. 8,8% av kvinnorna förflyttades till sjukhus före babyn föddes och 4,3% av kvinnorna och/eller babyn förflyttades till sjukhus efter förlossningen.

Den vanligaste indikationen för att kvinnan förflyttades till sjukhus före babyn fötts var att förlossningen inte fortskred tillräckligt snabbt eller det fanns behov för medicinsk smärtlindring. De

största orsakerna för att kvinnorna förflyttades till sjukhus efter förlossningen var postpartum blödning och bristningar som skulle åtgärdas av en läkare. För babyen var de allmännaste indikationerna för förflyttning till sjukhus var andningssvårigheter och låga Apgarpoäng. (Blix et al., 2016, s. 422, 425).

Från totala mängden förlossningar som registrerades i studien var 3,8% (116) potentiellt akuta förflyttningar. Indikationerna för dessa förflyttningar var fostrets nödläge, låga Apgarpoäng, andnöd, eller för mamman postpartum blödning. Av dessa potentiellt akuta förflyttningarna krävde 71,6% (83) av kvinnorna inte vård. Av de 55 kvinnorna som förflyttades före babyen föddes hade 16,4% (9) instrumentell förlossning och 14,6% (8) hade ett kejsarsnitt. Av de 61 kvinnor som förflyttades till sjukhus efter förlossningen hade 4,9% (3) en blodtransfusion, 4,9% (3) manuell borttagning av placentan och 13,1% (8) hade både och. Ett av spädbarnen krävde respiratorvård och en CPAP-behandling. (Blix et al., 2016, 425).

2.3 Medicinska ingrepp under en förlossning

Nelson och Romanis hävdar (enligt Chamberlain, Wraight & Crowley, 1997, s.664) att i hemmaförlossningar undviks oönskade medicinska ingrepp, som anses vara rutinmässiga (på sjukhus) och associeras med sjukhusförlossningar.

I studien av Reitsma, Simioni, Brunton, Kaufman och Hutton (2020, s. 4 & 8) jämfördes två grupper, kvinnor med lågrisk graviditeter som planerade att föda hemma samt kvinnor med lågrisk graviditet som planerade föda på sjukhus. Sammandragsvis visade resultaten att kvinnor som planerade att förlossningen skulle ske hemma upplevde mindre, om alls några, medicinska ingrepp under förlossningen än kvinnor som planerade en förlossning på sjukhus. De ingrepp som togs i hänsyn i studien var kejsarsnitt, operativ vaginal förlossning (förlossning med hjälp av sugklocka eller tång), epiduralbedövning, episiotomi samt igångsättning av förlossning med oxytocin. Kvinnor som planerade att föda hemma var även mindre sannolika att uppleva tredje eller fjärde gradens perineal bristning, infektion och postpartum blödningar.

2.4 Erfarenheter av att föda hemma med en barnmorska

Kvinnor baserar sitt beslut att föda hemma på flera olika aspekter. Orsaker är till exempel att självbestämmanderätten förverkligas i hemmamiljön på ett bättre sätt än på sjukhus, förlossningen är naturlig, hemmamiljön är viktig och bekväm, en tidigare dålig erfarenhet att föda på sjukhus,

samt att hela familjen får delta i förlossningen. Det nämns även att kvinnor beskriver hemmaförlossningen som en positiv upplevelse som stärker självsäkerheten, där eventuell smärtbehandling inte krävs. (Harvala et al., 2021, s.286).

Jackson, Schmied och Dahlen (2020, s. 5 - 6) gjorde en studie i Australien på varför kvinnor väljer att föda hemma. När det kommer till att välja var man vill föda sitt barn tänker man på vad är det säkraste och kommer med minsta mängden risk. Det fanns tre kriterier som deltagarna i studien hade för vad som är bäst och säkrast för mamman och babyn. Kriterierna var att ha en naturlig förlossning utan medicinska ingrepp, att ha familjen nära och att ha kontroll över förlossningen. Om något alternativ för plats att föda inte fyller någon av dessa kriterier ses det inte som det bästa alternativet. Saker som påverkar valet är tidigare förlossningserfarenheter, synvinkeln på förlossning, ansedda risker och att sjukhuset kanske inte är den platsen som kan erbjuda trygghet och bästa resultat.

Studien av Sjöblom, Idvall och Lindgren (2014, s. 106 - 107) beskriver kvinnors erfarenheter av att föda hemma med en barnmorska. Resultaten påvisade att barnmorskornas närvaro och kunskap skapade en "safe haven" som stärktes av relationen mellan kvinnan och barnmorskan som skapats under graviditeten. Barnmorskans närvaro stärkte kvinnornas känsla av trygghet, bekvämlighet och de fick naturligt följa förlossningsprocessen utan barnmorskans påverkan. Det var viktigt för kvinnorna att de kände barnmorskan, de behövde inte yttra sin vilja eller känslor, för barnmorskan visste dem redan. Kvinnorna beskrev barnmorskorna som icke-aktiva, men då det krävdes tog barnmorskan en större roll och var mera aktiv, barnmorskan rekommenderade olika smärtlindringar och kunde stöda den normala förlossningsprocessen.

2.5 Nedmonteringar av förlossningsenheter

I de nordiska länderna har det under det senaste decenniet pågått en nedmontering av förlossningsenheter. Statistiskt sett konstateras att antalet förlossningar per sjukhus i genomsnitt har ökat under samma period. I Finland stängs förlossningsenheter som har mindre än tusen förlossningar om året, jämfört med Norge där enheter med mindre än 300 förlossningar per år stängs (Heino & Gissler, 2024, s.3). Finlands social- och hälsovårdsministerium har år 2015 fastställt en gräns för minsta antalet förlossningar per förlossningsenhet (Hauhio ym., 2023, s. 2).

Heino & Gissler (2024, s.3) presenterar en tabell på antalet förlossningsenheter i Norden 2012 och 2022. Statistiken påvisar en skillnad mellan de nordiska ländernas avveckling av

förlossningsenheter. Danmark var det enda nordiska landet där vi ser en ökning av förlossningsenheter, graden av ökning är 4%. De andra nordiska länderna har avvecklat sina förlossningsenheter. Sverige har den minsta avvecklingen av förlossningsenheter (2%) och Finland har den största (26%). Jämförelsevis har Island avvecklat 10% och Norge 12% av sina förlossningsenheter.

Anita Westerholm, förbundsordförande för Svenska Kvinnoförbundet, uttalade sig om nedskärningarna av förlossningsenheter i Finland (2024). Hon berättar att enligt ett arbetsgruppsförslag till sjukhusens och dygnetruntjourernas framtida servicenivå, arbetsfördelning och samarbete har publicerats och att enligt den skulle förlossningar endast skötas vid Finlands fem universitetssjukhus och ett fåtal centralsjukhus. Hon uttrycker att nedskärningarna måste sluta, det drabbar unga kvinnor och familjer som bor utanför stora städer. Under det senaste decenniet, då avvecklingen av förlossningsenheter i Finland har ökat, har mängden oplanerade förlossningar utanför sjukhus och förlossningar på vägen till sjukhuset ökat. Hon yttrar att vi måste kunna garantera en trygg och jämlik förlossningsvård för alla kvinnor i Finland, inte enbart de som bor i stora städer.

Den senaste området att i Finland bli utsatt för detta fenomen är i Lojo, där den närmaste förlossningsenheten för personer som är bosatta i Västra Nyland finns. Nu hänvisas Västnylands föderskor till Jorvs sjukhus i Esbo, Hyvinge sjukhus eller Kvinnokliniken i Helsingfors. Lojos förlossningsenhet har haft sommarstängt år 2024. Svenska Yle berättar om en baby som föddes i Jorvs parkeringshus under sommarstängningen. Den blivande mamman åkte med sin partner i väg till sjukhuset från Snappertuna då hennes fostervattnet gick. Då paret var vid Lojo bestämde de sig för att nu är det dags att ringa efter ambulans. Ambulansen kom och transporterade mamman till Jorv sjukhus, där barnet föddes i parkeringshuset. Polisen, helikopter och brandverket eskorterade ambulansen. Polisen och brandbilen stod i beredskap att stänga ner trafiken på motorvägen så att helikoptern kunde landa vid behov. Långa distanser till förlossningsenheter är problematiska och det anses att det äventyrar både mammans och babyns säkerhet. (Montén, 2024).

I juni beslutade HUS styrelse om att stänga ner Lojo sjukhusförlossningsavdelning när Helsingfors Kvinnokliniken A-delens utrymmen har genomgått reparationer. Reparationerna av Kvinnokliniken blev färdiga i slutet av augusti och då överläts utrymmen till HUS. Lojo sjukhusförlossningsavdelning stängdes den 1 december 2024. (Länsi-Uusimaa, 2024).

3 Teoretisk utgångspunkt

Teorin om Birth Territory skriven av Fahy och Parratt (2006) presenterar huvudkategorin "terrain" med subkategorierna "sanctum" och "surveillance room" samt "jurisdiction" med subkategorierna "integrative power", "disintegrative power", "midwifery guardianship" och "midwifery domination". I teorin presenteras även två motsatta förlossningsberättelser där teorin och dess begrepp används för att belysa skillnaderna mellan två olika förlossningsförlopp. Teorin baserar sig på Fahy och Parratts empiriska erfarenheter av att arbeta som barnmorskor och forskare.

3.1 Bakgrund

Betydelsen av förlossningsmiljön lyfts ofta fram i barnmorskelitteratur. Fahy och Parratt (2006, s.46) hävdar (enligt Walsh 2000; Gould, 2002) att förlossningsmiljön på sjukhus orsakar att förlossningen ses som en medicinsk händelse där till exempel en standardförlossning i sängen anses ha en negativ påverkan. Teorin argumenterar för rörelse, olika förlossningsställningar samt att man flyttar bort sängen från mitten av rummet för att skapa en bekvämare förlossningsmiljö. I teorin hänvisas till studien, *Improving the built environment and culture for birth* (2003), från Storbritannien där över 50% av kvinnorna inte hade kontroll över temperaturen, belysningen, ett bra ställe att röra sig i eller en hemlik icke-klinisk miljö att föda i. Teorin lyfter fram att det vid en stor del av förlossningarna inte fanns möjligheten för integritet, som till exempel att förlossningsmiljön är lyhörd, det fanns inte tillgång till förlossningspool, bekväm stol för partnern eller lätt tillgänglig toalett eller dusch.

3.2 "Terrain"

"Terrain" hänvisar till den fysiska förlossningsmiljön och har två subkategorier "sanctum" och "surveillance room". Terrain inkluderar de fysiska drag som förlossningsmiljön har men även dess geografiska område. "Sanctum" och "surveillance room" ses som två motsatser av förlossningsmiljön. (Fahy & Parratt, 2006, s.46).

"Sanctum" är en hemvänlig miljö som har skapats med tanke på kvinnornas bekvämlighet och integritet. I en sådan miljö finns till exempel en dörr i stället för en gardin, en lätt tillgänglig toalett och dusch samt en förlossningspool. Att föda i "sanctum", i ett bekvämt utrymme får kvinnan att känna sig mera självsäker och trygg. (Fahy & Parratt, 2006, s.46).

”Surveillance room” är ett kliniskt utrymme som har planerats med tanke på personalens tillgänglighet och för att förenkla monitoreringen av kvinnan vid förlossningen. I ett sådant utrymme finns redskap som eventuellt krävs vid förlossningen, som t.ex. instrument och det finns inte tillgång till bekvämligheter. I en sådan miljö kommer kvinnans självkänsla att minska, detta kan återspeglas i reducerad fysiologisk funktion och i emotionellt välbefinnande. (Fahy & Parratt, 2006, s.46 - 47).

3.3 ”Jurisdiction”

I Fahy och Parratts teori (2006) hävdar de (enligt Foucault, 1979, s.47) att huvudkategorin ”Jurisdiction” betyder att ha makten att göra som man vill i en förlossningsmiljö. Makten kan användas för att få någon annan att göra som du vill, inom vården kan vårdpersonal använda disciplinär makt för att få kvinnor att göra som de vill. Här ingår fyra subkategorier: ”integrative power”, ”disintegrative power”, ”midwifery guardianship” och ”midwifery domination”.

”Integrative power” samlar alla former av makt som finns i en omgivning för att nå ett gemensamt mål. Under förlossningen använder kvinnan, barnmorskan eller en annan närvarande person ”integrative power” där fokuset är att stöda kvinnan så att hon kan reagera till kroppens signaler och intuitionen och föda spontant. En sådan makt skapar en ökad självkänsla hos kvinnan och stöder hennes möjlighet att må bra även om förlossningen inte sker som hon skulle ha velat. (Fahy & Parratt, 2006, s. 47).

”Midwifery guardianship” är en form av ”integrative power” där barnmorskan med sin attityd respekterar kvinnans åsikter och värderingar. Barnmorskan använder sin makt och till att stöda kvinnan och förhindrar användningen av ”disintegrative power” i förlossningsmiljön. (Fahy & Parratt, 2006, s. 47).

”Disintegrative power” är ett egoistiskt sätt att använda makt för att nå sina individuella mål. Denna makt kan användas av kvinnan, barnmorskan eller en annan person i förlossningsmiljön. Då kvinnan använder en sådan form av makt är hennes mål att ha en specifik erfarenhet eller resultat. Oavsett vem som använder denna störande makt undervärderas kvinnans möjlighet att lita på sin kropps signaler och sina egna intuitioner.

”Midwifery domination” är en form av ”disintegrative power” som baserar sig på disciplinär makt. Det är ett diskret sätt barnmorskan använder för att manipulera kvinnan. Detta gör kvinnan lätt att

styra och stör förlossningsprocessen. Kvinnan följer barnmorskans instruktioner och överger sin kunskap och makt i situationen. (Fahy & Parratt, 2006, s. 47).

4 Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att analysera och kartlägga kvinnors intresse för och förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar i Finland.

Denna studie strävar att svara på följande frågor:

1. Vad är kvinnornas intresse för och förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar i Finland?
2. Påverkar åldern eller tidigare förlossningar förhållningssättet till hemförlossningar?

5 Metod

I detta kapitel redovisas hur studien genomförts, vilken metod för insamling av data som använts, vilka forskningslov som anskaffats samt etiken gällande studien. Kvantitativa studiemetoden valdes för att kartlägga intresset för hemförlossningar i Finland. Genom att samla in data av en större mängd respondenter med hjälp av en enkät fås en mera mångfacetterad och generell synvinkel på ämnet.

5.1 Kvantitativ studie

I denna studie används en kvantitativ metod. Billhult (2023b, s.103) beskriver att kvantitativa metoden innefattar strukturerade mätningar som analyseras för att hitta samband mellan olika variabler. I kvantitativa metoden analyseras observationer som kan omvandlas till siffror och statistik. Kvantitativa metoden ger oss ett mera objektivt synsätt och i flesta fallen bekräftas hypoteser eller så avvisas hypotesen. (Peer, Hakemulder & Zyngier, 2012, s. 69).

Billhult (2023a, s.127) skriver om att enkätstudier är en form av kvantitativ studiedesign. Enkäter används för att samla in information från många människor på en kort tid. Det är viktigt att tänka på hur enkäten byggs upp för att få svar på forskningsfrågorna.

5.2 Urval

Urval görs för att bestämma vem som ska svara på enkäten. En totalundersökning är då man undersöker hela populationen. I största delen situationer är detta inte möjligt. Då används ett urval av personer som tillsammans kan anses representera populationen som undersöks, detta gör svaren generaliserbara. Man kan välja mellan olika urval beroende på studiets syfte. Det finns icke-sannolikhetsurval och sannolikhetsurval, båda av dessa har underkategorier och flera olika sätt att bestämma vem man vill att svarar på enkäten. (Billhult, 2023a, s. 128).

I detta examensarbete används kriterieurval som är en form av icke-sannolikhetsurval. Kriterieurval går ut på att ställa kriterier som deltagarna ska fylla för att bli inkluderade i studien (Billhult, 2023a, s. 129). Examensarbetets enkät är riktad till kvinnor i 18 – 45 års ålder, som är bosatta i Finland och vill föda eller har fött barn.

5.3 Datainsamling

Datainsamlingen genomförs i denna studie med en webbenkät. Det finns ett flertal företag som har flexibla verktyg för att skapa enkäter på ett enkelt sätt. Med dessa verktyg är det lätt att samla in stora mängder data på en kort tid. Det finns även möjligheten att samla in data oidentifierat. Fördelar med metoden är att det är lätt att medverka, man kan inkludera personer från ett stort geografiskt område och det är ett kostnadseffektivt sätt att samla in data. Nackdelar med metoden är att man måste känna igen teknologi för att svara på enkäten, det är svårt att få uppfattning om urval och bortfall samt svarsfrekvensen kan bli låg. (Billhult, 2023a, s. 134).

Då man skapar frågor för en enkät skapas även svarsalternativen. Dessa svarsalternativ kategoriseras med skalor, skalan klassificerar den variabel som mäts. Billhult konstaterar i kapitlet *Enkäter* (enligt Polit & Beck, 2021, s.131 - 132) att en ordinalskala har en ordning men saknar lika avstånd mellan skalnivåerna. Ordinalskalan kan klassificeras och rangordnas, vi kan alltså bestämma att ett alternativ är större än ett annat, till exempel "lite", "mycket" och "mest". Billhult konstaterar i kapitlet *Enkäter* (enligt Säfsten och Gustavsson, 2019, s. 132) att en nominalskala saknar helt ordning och mätvärdena kan delas i grupper.

Webbenkäten valdes som metod för att kunna dela enkäten på sociala medier för att få en geografiskt omfattande syn på ämnet. Målgruppen för enkäten är kvinnor i åldern 18 – 45 och har därmed tillräcklig kunskap om teknologi för att kunna svara enkäten. Enkäten skapades med Google

Forms och den innehåller 8 – 12 frågor (se bilaga 1). Enkäten består av både slutna och öppna frågor. På de slutna frågorna svaras med antingen ja eller nej eller med att välja alternativ. De öppna frågorna besvaras med en kort text.

I enkäten används nominala- och ordinala skalor. Nominala skalorna används för att identifiera grupper i mätningen som till exempel välfärdsområde och ordinalskalor används för avstånd och ålder, och frågorna där det finns flera svarsalternativ. För att nå både finskspråkiga och svenskspråkiga medborgare i Finland ställs enkätens frågor på både svenska och finska. För att utvärdera frågornas kvalitet genomfördes en pilotstudie. Pilotstudien genomfördes med fyra handplockade personer den 12.12.2024. Kommentarer och kriterier togs emot från personerna som deltog i pilotstudien. Frågornas ordning och formulering ändrades samt några tekniska problem korrigerades.

Frågorna skapades med tanke på forskningsfrågorna. Bakgrundsfrågorna finns för att skapa baskunskap om respondenterna och för att kunna spegla svaren om förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar till bakgrundsfrågorna. Öppna frågorna skapades för att få djupare insikt för respondenternas förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Utöver detta valdes att fråga om respondenterna bekymrar sig över stängningen av förlossningsavdelningar i Finland och om de upplever att hemförlossningar borde erbjudas av Finlands hälso- och sjukvård. Frågorna ordnades så att bakgrundsfrågorna besvarades först och därefter frågan om förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Frågan om förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar lades efter bakgrundsfrågorna på grund av att valet av svarsalternativet till frågan om barnmorskeassisterade hemförlossningar förde respondenten vidare till frågor specifika till svarsalternativet.

Enkäten delades ut via Facebook-grupper (se tabell 2). Delningen skedde systematiskt så att enkäten spreds på ett brett geografiskt område. Facebook-grupper valdes enligt välfärdsområdena, detta sätt att dela enkäten valdes för att täcka ett större geografiskt område. Gruppernas administratörer (en eller flera) har gett sitt godkännande till att enkäten delas i gruppen. Enkätens svarsperiod är 20.12.2024 – 03.01.2025. Enkäten besvarades av 1390 respondenter.

Tabell 2. Facebook-grupper där enkäten publicerats samt gruppens status

Facebook-grupp	Status
"Porin Puskaradio (sensuroitu)"	privat
"Vantaan puskaradio"	privat
"Puskaradio Porvoo"	privat
"Vaasan julkinen puskaradio"	privat
"Puskaradio Oulun seutu"	privat
"Puskaradio Rovaniemi"	privat
"Nurmijärven Puskaradio"	privat
"Kouvolan Puskaradio"	privat
"Puskaradio Sysmä K13"	privat
"Puskaradio Heinävesi"	privat
"Puskaradio Heinola"	privat
"Puskaradio Joensuu"	privat
"Puskaradio Kauhava ja lähialue"	privat
"Puskaradio – Ylitornio"	offentlig
"Puskaradio Kokkola"	offentlig
"Jyväskylän puskaradio"	offentlig
"Puskaradio Savonlinna"	offentlig
"Puskaradio Lappeenranta ja ympäristökunnat"	offentlig
"Raaseporin Seudun Puskaradio, och samma på svenska"	offentlig
" Hämeenlinna"	offentlig
"PuskaRario Tampere – Puskaradio"	offentlig
"KIRKKONUMMI"	offentlig
"Varkauden puskaradio"	offentlig
"Pohjois-Savon Puskaradio"	offentlig
"Perniön Seudun Puskaradio"	offentlig
"Puskaradio Kemiönsaari"	offentlig
"Kajaanin vapaa puski"	offentlig
"Seinäjoki – keskustele ja ota kantaa!"	offentlig

5.4 Dataanalys

Korstabeller är tabeller där kategorier kan jämföras med andra kategorier. Korstabeller ger en helhetssyn om eventuella samband mellan kategorierna. Korstabeller kan användas med två eller flera variabler och uppvisar förekomster i datamaterialet. (Frisk, 2018).

Beskrivande statistik är en överblick och sammanfattning av det insamlade datamaterialet och variablerna. Beskrivande statistik är en väldigt bra metod för att visa hur de olika grupperna ser ut på basen av grundläggande datan. (Billhult, 2023c, s.277).

I detta examensarbete skapades korstabeller för att kunna jämföra de olika svarsalternativen i bakgrundsfrågorna med frågan om förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Korstabellerna gav värden för Chi kvadrat och Cramers V som användes för att analysera statistiks relevans och sambandets slumpmässighet. Vid analysen av variablerna användes beskrivande statistik, som presenteras med cirkeldiagram, stapeldiagram och kolumndiagram, som sedan analyserades. För forskningsfråga 2. ("Påverkar åldern eller tidigare förlossningar förhållningssättet till hemförlossningar?") användes korstabeller för att jämföra förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar med variablerna ålder och tidigare förlossningar. Enkätens öppna frågor och frågan om förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar besvarade forskningsfråga 1 ("Vad är kvinnornas förhållningssätt till och intresse för barnmorskeassisterade hemförlossningar i Finland?").

I kvalitativ innehållsanalys används dekontextualisering och rekontextualisering. Dekontextualisering innebär att plocka isär datan i delar med att dela in texten i meningsenheter som sedan kodas. I processen plockas utlåtanden i svaren ut från sitt sammanhang och används senare i analysen för att visa variationer i respondenternas svar. Rekontextualisering innebär att isärplockade datan kombineras på ett nytt sätt och återförs till originella kontext för att skapa en djupare förståelse om det studerade ämnet. (Hällgren Granheim, Lindgren & Lundman, 2023, s. 300).

Enkätens öppna frågor analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys och jämfördes med tidigare forskningsresultat. Respondenternas svar lästes igenom och kodades som en del av dekontextualiseringen. Sedan skapades kategorier, subkategorier och tema som en del av rekontextualiseringen.

5.5 Etiska överväganden

Finlands forskningsetiska delegation (TENK) beskriver principerna för god vetenskaplig praxis (GVP) enligt europeiska forskningsetiska anvisningar. Anvisningarna inkluderar tillförlitlighet, ärlighet, uppskattning och ansvarstagande. (Keiski m.fl., 2023, s. 11 - 12).

5.5.1 Tillförlitlighet och ärlighet

Tillförlitlighet hänvisar till att man säkerställer kvaliteten på verksamheten och ärlighet hänvisar i detta sammanhang till att man är öppen, kommunicerar och genomför vetenskapliga studier på ett rättvist och opartiskt sätt. För att utföra vetenskapligt arbete enligt god vetenskaplig praxis ska arbetet planeras, genomföras och dokumenteras noggrant. Tidigare studier ska beaktas i planeringen. (Keiski m.fl., 2023, s. 11 - 13).

Denna studie påbörjades med planering och med att skapa ett syfte. Det identifierades kunskapsluckor inom ämnet hemförlossningar och ämnet valdes som grund för examensarbetet. Examensarbetets process beskrivs i detalj under kapitlet "Metod" och aktiviteterna som genomförts gällande studien har planerats, utvärderats samt rapporterats på ett öppet och opartiskt sätt utan att dölja detaljer. Resultatet har inte manipulerats och reflekterar respondenternas svar på enkäten.

5.5.2 Uppskattning och ansvarstagande

Med uppskattning anses respekt för kollegor, samhället, kultur, miljö och mera. Och till sist ska ansvar tas för hela vetenskapliga studien livslängd, från början på studien i idén till genomförande och publicering samt påverkan av denna studie. (Keiski m.fl., 2023, s. 11 - 12).

Plagiering definieras enligt Keiski m.fl. (2023, s. 17) som användning av en annan persons arbete eller idé som eget, utan att hänvisa till originalet på ett korrekt sätt. I denna studie hänvisas till källor korrekt enligt APA formatet och ingen plagiering sker, på så sätt tar jag ansvar för studien och resultaten som förekommer.

5.5.3 Forskningslov och etik

Enligt TENK:s anvisningar för god vetenskaplig praxis ser man till att ha nödvändiga tillstånd, samtycken och etiska förhandsbedömningar som behövs innan data samlas in. Enligt GVP ska det säkerställas att studien inte äventyrar forskarens eller deltagarnas hälsa eller säkerhet. I GVP nämns även hanteringen av datamaterial på ett etiskt och säkert sätt och vem som har åtkomst till materialet, samt att dataskyddslagstiftning och skyldighet i samband med sekretess, konfidentialitet och tystnadsplikt följs. (Keiski m.fl., 2023, s. 13).

I examensarbetet har behovet av forskningslov bedömts av handledaren och studeranden. Inga forskningslov krävs. För att datan samlas in etiskt bestämdes att före enkäten delas på Facebook plattformen begärs godkännande av Facebook-gruppernas administratörer för publicering av enkäten. Godkännande har skaffats från åtminstone en av varje Facebook-grupps administratör.

I examensarbetet genomfördes riskanalysen i planeringsskedet. Frågorna och enkäten utvärderades för att säkerställa att den inte äventyrar deltagarens eller forskarens hälsa eller säkerhet. Inga känsliga frågor frågas, forskaren har inte kontakt med deltagaren och alla deltagare är anonyma. Insamlade datan förvaras i en lösenordskyddad dator och enbart författaren (Isabella Öhman) och eventuellt handledaren för examensarbete (Terese Österberg) har åtkomst till materialet. Datan som samlas in används enbart för detta examensarbete och raderas efter examinationen.

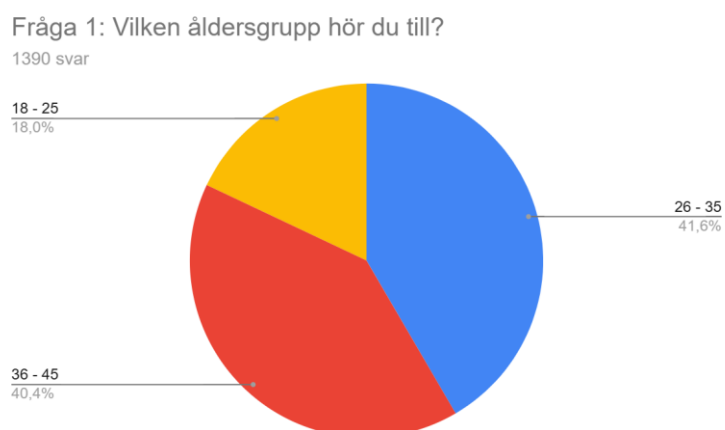
I denna studie används en enkät som datainsamlingsmetod. Enkäten är anonym och respondenterna ger sitt informerade samtycke då de svarar på enkäten på nätet. I enkätens början informeras respondenterna om enkätens syfte och att det inte samlas in några personuppgifter. Enkäten kan avbrytas när som helst och beslutet att inte skicka in sina svar kan göras. Inga av enkätens frågor var obligatoriska.

6 Resultatredovisning

Enkäten om barnmorskeassisterade hemförlossningar publicerades 20.12.2024 och stängdes 03.01.2025. Sammanlagt 1390 respondenter besvarade enkäten. I detta kapitel redovisas enkätens resultat och sambandsanalyserna i form av korstabeller. Korstabellernas procentandelar har avrundats till 100% och procentandelarna i tabellerna anges inom parentes.

6.1 Bakgrundsfrågor

I enkäten ställdes bakgrundsfrågor fråga 1 till 4. Fråga 1 "Vilken åldersgrupp hör du till?" svarade respondenterna med att välja ett alternativ av ålderskategorierna 18 – 25, 26 – 35, 36 – 45.



Figur 1. Respondenternas fördelning i åldersgrupper.

I figur 1 ses att det finns en tydligt mindre andel respondenter mellan åldrarna 18 och 25 jämfört med de äldre åldersgrupperna där respondenterna är jämfördelade. Antalet respondenter som hör till åldersgruppen 18 – 25 är 18,0%, antalet respondenter som hör till åldersgruppen 26 – 35 är 41,6% och antalet respondenter som hör till åldersgruppen 36 – 45 är 40,4%.

Tabell 3. Beskriver olika åldersgruppernas förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Chi kvadrat = 248,86. df = 4. $p < 0,001$. Cramers V = 0,2993.

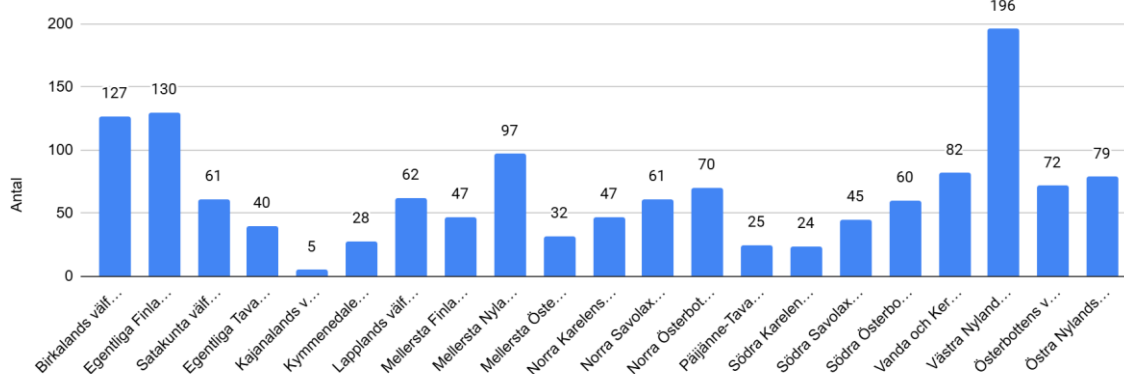
Åldersgrupp	Negativt	Vet inte riktigt	Positivt	Totalt	Procentuell andel av alla respondenter
18 - 25	43 (17,2)	111 (44,4)	96 (38,4)	250	(18,0)
26 - 35	356 (61,6)	134 (23,2)	88 (15,2)	578	(41,6)
36 - 45	422 (75,2)	64 (11,4)	75 (13,4)	561	(40,4)
Totalt svar	821	309	259	1389	

I korstabellen (tabell 3) kan vi se skillnaden i de olika åldersgruppernas förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Det ses att av de tre åldersgrupperna (18 – 25 år, 26 – 35 år och 36 – 45 år) förhåller den yngsta åldersgruppen sig mest positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar och den äldsta åldersgruppen mest negativt. 38,4% av respondenterna i åldersgruppen 18 – 25 år besvarade att de förhåller sig positivt medan 75,2% av respondenterna i åldersgruppen 36 – 45 år förhåller sig negativt. Chi-Square, frihetsgraden och p-värdet tyder på att resultatet är mycket statistiskt signifikant. Resultatet påvisar ett tydligt samband mellan variablerna. Cramer's V (0,2993) visar ett måttligt till relativt starkt samband, sambandet har alltså en stor praktisk betydelse. En respondent som hör till åldersgruppen 36 – 45 valde att inte besvara frågan om förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar (Fråga 9) och därmed beaktas inte hennes svar i sambandsanalysen.

Fråga 2 "Vilket välfärdsområde hör du till?". Frågan besvarades med att välja bland de 21 stycken olika välfärdsområden i Finland.

Fråga 2: Vilket välfärdsområde hör du till?

1390 svar



Figur 2. Respondenternas fördelning i välfärdsområden.

Figur 2 visar fördelningen mellan svaren i de olika välfärdsområden. Respondenternas fördelning i välfärdsområdena är inte jämfördelad. Flera välfärdsområden hade väldigt få respondenter medan vissa välfärdsområden hade många respondenter. Den största mängden respondenter hör till Västra Nylands välfärdsområde, Birkalands välfärdsområde och Egentliga Finlands välfärdsområde, medan den minsta mängden respondenter hör till Kajanalands välfärdsområde, Södra Karelen välfärdsområde och Päijänne-Tavastlands välfärdsområde.

Tabell 4. Beskriver procentuellt hur respondenterna i olika välfärdsområden förhåller sig till barnmorskeassisterade hemförlossningar.

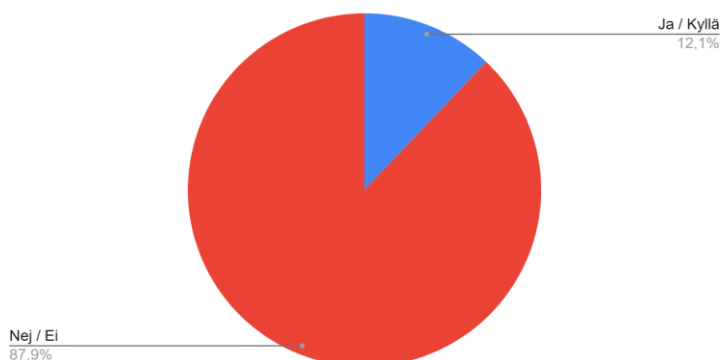
Välfärdsområde	Negativt	Vet inte riktigt	Positivt	Totalt	Procentuell andel av respondenter
Östra Nyland	49 (62,0)	20 (25,3)	10 (12,7)	79	(5,7)
Mellersta Nyland	59 (61,4)	21 (21,9)	16 (16,7)	96	(6,91)
Västra Nyland	133 (67,9)	29 (14,8)	34 (17,4)	196	(14,1)
Vanda och Kervo	43 (52,4)	23 (28,1)	16 (19,5)	82	(5,9)
Egentliga Finland	94 (72,3)	25 (19,2)	11 (8,5)	130	(9,4)
Satakunta	22 (36,1)	24 (39,3)	15 (24,6)	61	(4,4)
Egentliga Tavastland	21 (52,5)	8 (20,0)	11 (27,5)	40	(2,9)
Birkaland	91 (71,7)	18 (14,17)	18 (14,7)	127	(9,1)
Päijänne-Tavastland	16 (64,0)	5 (20,0)	4 (16,0)	25	(1,8)
Kymmenedalen	9 (32,1)	11 (39,3)	8 (28,6)	28	(2,0)
Södra Karelen	13 (54,2)	8 (33,3)	3 (12,5)	24	(1,7)
Södra Savolax	19 (42,2)	15 (33,3)	11 (24,4)	45	(3,2)
Norra Savolax	47 (77,1)	6 (9,8)	8 (13,1)	61	(4,4)
Norra Karelen	22 (46,8)	10 (21,3)	15 (31,9)	47	(3,4)
Mellersta Finland	24 (51,1)	9 (19,2)	14 (29,8)	47	(3,4)
Södra Österbotten	31 (51,7)	16 (26,7)	13 (21,7)	60	(4,3)
Österbotten	29 (40,3)	28 (38,9)	15 (20,8)	72	(5,2)
Mellersta Österbotten	13 (40,6)	9 (28,1)	10 (31,3)	32	(2,3)
Norra Österbotten	59 (84,3)	8 (11,4)	3 (4,3)	70	(5,0)
Kajanaland	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	5	(0,4)
Lappland	25 (40,3)	14 (22,6)	23 (37,1)	62	(4,5)
Totalt svar	821	309	259	1389	

I tabell 4 kan vi se variationen mellan de olika välfärdsområdena angående hur personer förhåller sig till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Majoriteten av respondenterna från alla välfärdsområden förhåller sig negativt till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Lapplands välfärdsområde hade procentuellt den högsta positiva svarsprocenten för förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar med 37,1% av respondenterna som svarade positivt och 40,3% som svarade negativt. I Satakunta välfärdsområdet och Kymmenedalens välfärdsområde finns de minsta variationerna mellan svarsalternativ av respondenterna med största procenten av respondenterna som besvarade frågan med "Vet inte riktigt" svarsalternativet. Inget av välfärdsområdena hade en större positiv svarsprocent än en negativ. En respondent från Mellersta Nylands välfärdsområde svarade inte på frågan om förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar (Fråga 9) och därmed beaktas inte hennes svar i sambandsanalysen.

Fråga 3 "Är du gravid?" besvaras på med antingen ja eller nej.

Fråga 3: Är du gravid?

1381 svar



Figur 3. Respondenternas fördelning i grupperna gravida och icke-gravida.

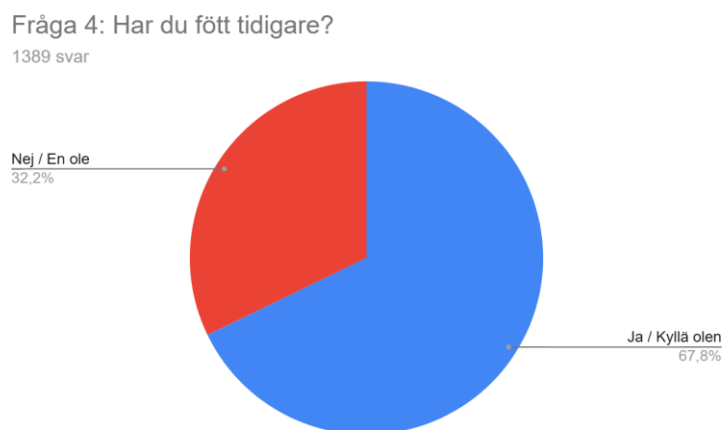
I figur 3 kan vi se att majoriteten av respondenterna (87,9%) inte var gravida då enkäten besvarades. Enbart 12,1% av enkätens respondenter var gravida då de besvarade enkäten.

Tabell 5. Beskriver gravidas och icke-gravidas förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar.

Gravid / Inte gravid	Negativt	Vet inte	Positivt	Totalt	Procentuell andel av respondenter
Gravid	102 (61,1)	40 (24,0)	25 (15,0)	167	(12,1)
Inte gravid	713 (58,8)	269 (22,2)	231 (19,0)	1213	(87,9)
Totalt	815	309	256	1380	

I tabell 5 ses att förhållningssättet till barnmorskeassisterade förlossningar inte varierar beroende på om respondenten är gravid eller inte. Majoriteten av respondenterna i båda grupperna förhåller sig negativt till barnmorskeassisterade hemförlossningar. En respondent svarade på fråga 3 nekande, men svarade inte på frågan om förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar (Fråga 9) och därmed beaktas inte hennes svar i sambandsanalysen.

Fråga 4 "Har du fött tidigare?" svaras på med antingen ja eller nej.



Figur 4. Respondenternas fördelning i om de fött eller inte fött tidigare.

I figur 4 ses hur många av respondenterna har fött tidigare och hur många inte har fött tidigare. Majoriteten av respondenterna (67,8%) har fött tidigare medan 32,2% av respondenterna inte har fött tidigare.

Tabell 6. Respondenternas förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar i jämförelse med om det fött eller inte fött tidigare. Chi kvadrat = 24,23. df = 2. p = < 0,0001. Cramers V = 0,1321.

Har fött tidigare / Har inte fött tidigare	Negativt	Vet inte riktigt	Positivt	Totalt	Procentuell andel av respondenter
Har fött tidigare	598 (63,6)	188 (20,0)	155 (16,5)	941	(67,8)
Har inte fött tidigare	222 (49,7)	121 (27,1)	104 (23,3)	447	(32,2)
Totalt	820	309	259	1388	

I tabell 6 ses hur respondenternas förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar skiljer på basen om respondenterna har fött tidigare eller inte fött tidigare. I tabellen ses att majoriteten av respondenterna i båda grupperna förhåller sig negativt till barnmorskeassisterade hemförlossningar, dock positiva förhållningssättet är något högre i gruppen som inte har fött tidigare. 63,6% av respondenterna som har fött tidigare svarade att de förhåller sig negativt till barnmorskeassisterade hemförlossningarna jämfört med respondenter som inte har fött tidigare där det enbart var 49,7% som förhåller sig negativt till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Chi kvadraten, df och p-värdet tyder på att resultatet är statistiskt signifikant. Resultatet påvisar att den observerade skillnaden mellan variablerna inte är slumpmässig. Cramer's V (0,1321) visar dock att variablerna har ett svagt samband. Sambandet har inte en stor praktisk betydelse. En respondent svarade jakande på frågan 4, men valde att inte svara på frågan om förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar (Fråga 9) och därmed beaktas inte hennes svar i sambandsanalysen.

6.2 Tidigare förlossningar

Frågorna i denna kategori besvaras av personer som svarat "Ja" i fråga 4 "Har du fött tidigare". Fråga 5 "Hur många gånger har du genomgått en förlossning?" svarsalternativen är 1, 2, 3 eller >4.



Figur 5. Respondenternas fördelning i hur många förlossningar de genomgått.

I figur 5 ses en ganska jämlig fördelning mellan de olika svarsalternativen. Största andelen av respondenterna har genomgått en förlossning 1 – 2 gånger, 32,9% av respondenterna har genomgått en förlossning och 40,1% av respondenterna har genomgått två förlossningar.

Tabell 7. Respondenternas förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar jämfört med hur många gånger de genomgått en förlossning. Chi kvadrat = 25,8. df = 6. p = 0,0002. Cramers V = 0,1173.

Antalet tidigare förlossningar	Negativt	Vet inte riktigt	Positivt	Totalt	Procentuell andel av respondenter
1	184 (59,6)	81 (26,2)	44 (14,2)	309	(32,9)
2	243 (64,6)	72 (19,2)	61 (16,2)	376	(40,1)
3	139 (70,9)	26 (13,3)	31 (15,8)	196	(20,9)
> 4	29 (50,9)	9 (15,8)	19 (33,3)	57	(6,1)
Totalt	595	188	155	938	

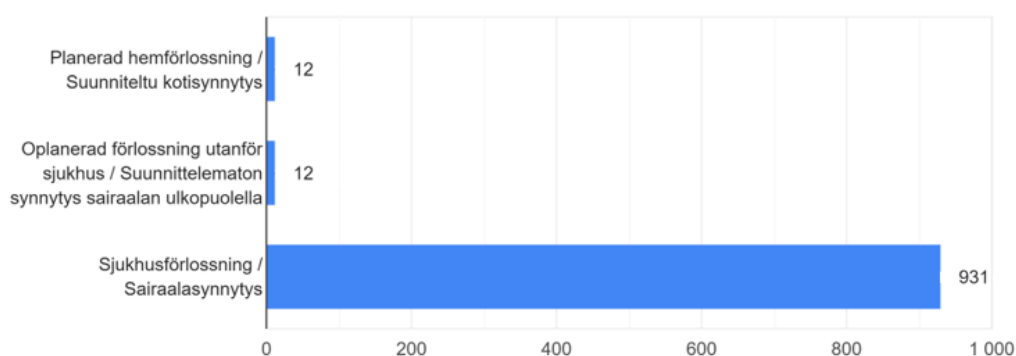
Med korstabellen (tabell 7) kan vi jämföra hur respondenterna förhåller sig till barnmorskeassisterade hemförlossningar jämfört med hur många gånger de genomgått en förlossning. Det ses i tabellen att 33,3% av respondenterna som förlöst fyra eller flera gånger förhåller sig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar medan andelen respondenter i de andra grupperna är mycket mindre (14,2%), angående positiva förhållningssättet. Chi kvadraten, df och p-värdet tyder på att resultatet är statistiskt signifikant. Resultatet påvisar att den observerade skillnaden mellan variablerna sannolikt inte är slumpmässig. Cramer's V (0,1173) visar dock att

variablerna har ett svagt samband. Sambandet har inte en stor praktisk betydelse. En respondent svarade på frågan om antalet tidigare förlossningar med svarsalternativet "2", men valde att inte svara på frågan om förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar (Fråga 9) och därmed beaktas inte hennes svar i sambandsanalysen.

Fråga 6 "Hurdan förlossning var det?" har svarsalternativen "planerad hemförlossning", "oplanerad förlossning utanför sjukhus" och "sjukhusförlossning". I denna fråga väljs alla svarsalternativ som gäller respondenten.

Fråga 6: Hurdan förlossning var det?

942 svar



Figur 6. Respondenternas fördelning i olika förlossningsställen.

I figur 6 ses att majoriteten av respondenterna har genomgått en sjukhusförlossning, därmed finns ett fåtal som har fött oplanerat utanför sjukhus och genomgått en planerad hemförlossning.

Tabell 8. Respondenternas tidigare förlossningsställen jämfört med deras förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar.

Hurdan förlossning	Negativt	Vet inte riktigt	Positivt	Totalt	Procentuell andel av respondenter
Planerad hemförlossning	1 (8,3)	0 (0,0)	11 (91,7)	12	(1,3)
Oplanerad förlossning utanför sjukhus	1 (8,3)	3 (25,0)	8 (66,7)	12	(1,3)
Sjukhusförlossning	597 (64,2)	186 (20,0)	147 (15,8)	930	(97,6)
Totalt	599	189	166	954	

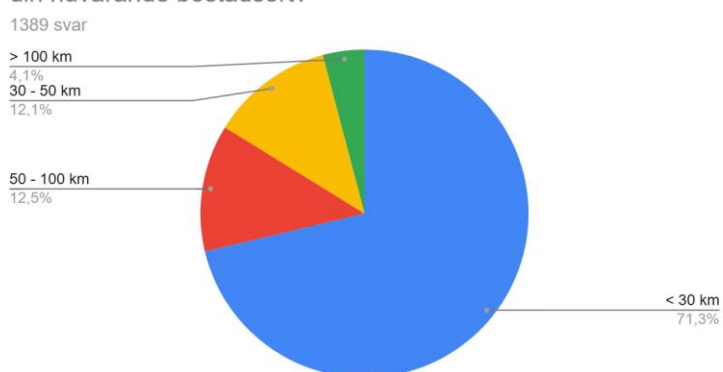
I tabell 8 kan vi se hur respondenter förhåller sig till barnmorskeassisterade hemförlossningar i korrelation till deras förlossningsställen. Vi kan se att majoriteten (91,7%) av respondenterna som genomgått en hemförlossning och 66,7% av respondenterna som fött oplanerat utanför sjukhus (66,7%) förhåller sig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Totalt 954 svar samlades in av 942 respondenter, därmed har 12 respondenter valt flera svarsalternativ och i tabellen togs i hänsyn alla kategorier som de respondenterna valt. En respondent svarade på fråga 6 med

svarsalternativet "Sjukhusförlossning", men valde att inte svara på frågan om förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar (Fråga 9) och därmed beaktas inte hennes svar i sambandsanalysen.

6.3 Avstånd och nedskärningar

Fråga 7 "Hur långt har du till närmaste förlossningssjukhus från din nuvarande bostadsort?" har svarsalternativen <30 km, 30 – 50 km, 50 – 100 km och >100 km.

Fråga 7: Hur långt har du till närmaste förlossningssjukhus från din nuvarande bostadsort?



Figur 7. Respondenternas fördelning enligt avstånd till närmaste förlossningssjukhus.

I figur 7 ser vi att majoriteten (71,3%) av respondenterna har under 30 km till närmaste förlossningssjukhus från deras nuvarande bostadsort. Vi kan se en liten andel (4,1%) respondenter som har mera än 100 km till närmaste förlossningssjukhus från deras nuvarande ort. 12,1% av respondenterna har mellan 30 och 50 km till närmaste förlossningssjukhus och 12,5% av respondenterna har mellan 50 och 100 km till närmaste förlossningssjukhus.

Tabell 9. Respondenternas förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar jämfört med deras avstånd till närmaste förlossningssjukhus.

Avstånd till närmaste förlossningssjukhus	Negativt	Vet inte riktigt	Positivt	Totalt	Procentuell andel av respondenter
< 30 km	638 (64,5)	192 (19,4)	159 (16,1)	989	(71,3)
30 - 50 km	87 (51,8)	46 (27,4)	35 (20,8)	168	(12,1)
50 - 100 km	70 (40,2)	56 (32,2)	48 (27,6)	174	(12,5)
> 100 km	25 (43,9)	15 (26,3)	17 (29,8)	57	(4,1)
Totalt	820	309	259	1388	

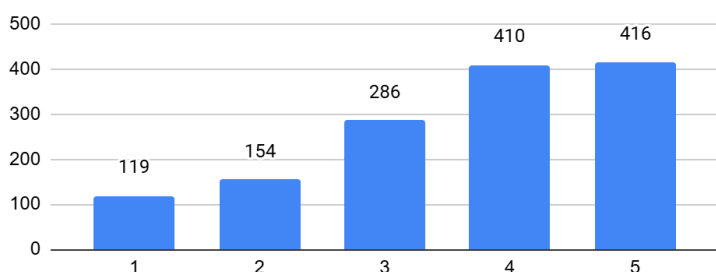
I tabell 9 kan jämföras hur avståndet till närmaste förlossningssjukhus påverkar respondenternas förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Vi kan se en tydlig ökning i det

positiva förhållningssättet desto längre respondenterna har till närmaste förlossningssjukhus. Respondenter som har under 30 km till närmaste förlossningssjukhus förhåller sig mest negativt (64,5%) och minst positivt (16,1%) till barnmorskeassisterade hemförlossningar jämfört med respondenterna som har längre avstånd till sjukhus. Tabell 9 påvisar även att respondenterna som har mera än 100 km till närmaste förlossningssjukhus förhåller sig mest positivt på barnmorskeassisterade hemförlossningar där 29,8% av respondenterna förhåller sig positivt. En respondent svarade på fråga 7 med svarsalternativet "<30 km", men valde att inte svara på frågan om förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar (Fråga 9) och därmed beaktas inte hennes svar i sambandsanalysen.

Fråga 8 "Bekymrar du dig för att förlossningsavdelningar läggs ner?" svaras på en skala från 1 – 5. 1 betyder att man inte alls bekymrar sig och 5 betyder att man bekymrar sig mycket.

Fråga 8: Bekymrar du dig för att förlossningsavdelningar läggs ner?

1385 svar



Figur 8. Respondenternas fördelning enligt hur mycket de bekymrar sig över att förlossningsavdelningar läggs ner.

I figur 8 ses att enbart en liten del av respondenterna inte bekymrar sig för att förlossningsavdelningar stängs. En stor del av respondenterna (59,6%) bekymrar sig mycket eller väldigt mycket (grad 4 eller 5) över stängningen av förlossningsavdelningar.

Tabell 10. Respondenternas nivå av bekymmer kring nedstängning av förlossningssjukhus jämfört med deras förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar.

1 (inte alls) - 5 (väldigt mycket)	Negativt	Vet inte riktigt	Positivt	Totalt	Procentuell andel av respondenter
1	92 (77,3)	17 (14,3)	10 (8,4)	119	(8,6)
2	109 (70,8)	22 (14,3)	23 (14,9)	154	(11,1)
3	175 (61,2)	68 (23,8)	43 (15,0)	286	(20,7)
4	236 (57,6)	99 (24,2)	75 (18,3)	410	(29,6)
5	204 (49,2)	103 (24,8)	108 (26,0)	415	(30,0)
Totalt	816	309	259	1384	

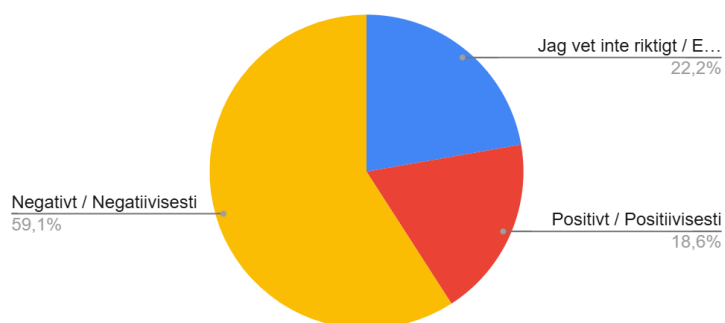
I tabell 10 ses i vilken grad respondenter bekymrar sig för att förlossningsavdelningar stängs ner korrelerar med förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar. 26,0% av respondenterna som bekymrar sig väldigt mycket över att förlossningsavdelningar stängs ner förhåller sig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar medan respektive andel för respondenter som bekymrar sig väldigt lite eller inte alls är 8,4%. En respondent svarade på fråga 8 med svarsalternativet "5", men valde att inte svara på frågan om förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar (Fråga 9) och därmed beaktas inte hennes svar i sambandsanalysen.

6.4 Förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar

Denna kategori innehåller en fråga som beskriver hur man förhåller sig till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Fråga 9 "Hur förhåller du dig till barnmorskeassisterade hemförlossningar" här får man välja av 3 svarsalternativ: positivt, negativt eller jag vet inte riktigt.

Fråga 9: Hur förhåller du dig till barnmorskeassisterade hemförlossningar?

1389 svar



Figur 9. Respondenternas fördelning enligt förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar.

Figur 9 visar fördelningen av respondenter i 3 olika kategorier. 18,6% av respondenterna förhåller sig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar medan 59,1% förhåller sig negativt och 22,2% inte vet hur de förhåller sig till barnmorskeassisterade hemförlossningar.

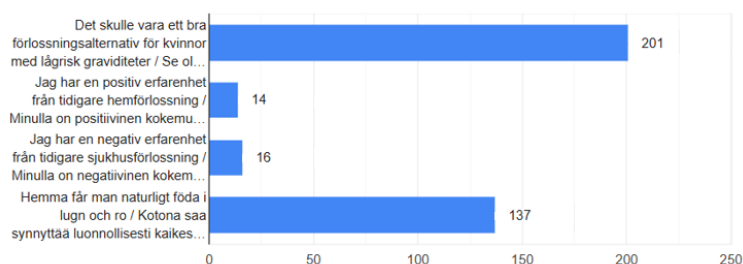
6.5 Respondenternas åsikter gällande barnmorskeassisterade hemförlossningar

Fråga 10 besvarades av respondenter som valde svarsalternativet "Positivt" i fråga 9. Fråga 10 "Varför ställer du dig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar?" har flera

svarsalternativ: "Det skulle vara ett bra förlossningsalternativ för kvinnor med lågrisk graviditeter", "Jag har en positiv erfarenhet från tidigare hemförlossning", "Jag har en negativ erfarenhet från tidigare sjukhusförlossning" och "Hemma får man naturligt föda i lugn och ro". Respondenterna väljer varje svarsalternativ som stämmer till dem.

Fråga 10: Varför ställer du dig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar?

255 svar



Figur 10. Respondenternas argument för positivt förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar.

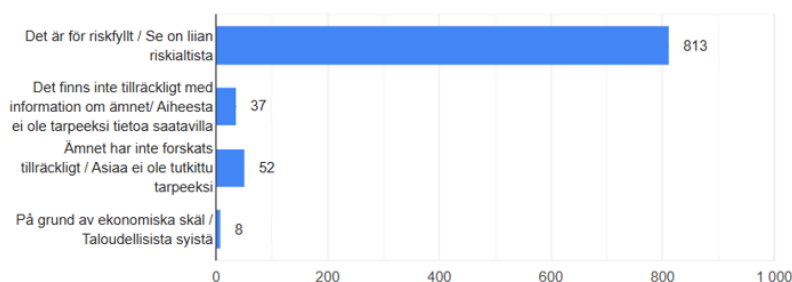
I Figur 10 finns flera alternativ där respondenterna kan välja varför de förhåller sig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar. I figuren ses att majoriteten av respondenterna väljer som orsak att det skulle vara ett bra förlossningsalternativ för kvinnor med lågrisk graviditeter och att hemma får man naturligt föda i lugn och ro.

Fråga 14 besvarades av respondenter som valt svarsalternativet "Negativt" i fråga 9.

Fråga 14 "Varför ställer du dig negativt till hemförlossningar?" har svarsalternativen "Det är för riskfyllt", "Det finns inte tillräckligt med information om ämnet", "Ämnet har inte forskats tillräckligt" och "På grund av ekonomiska skäl". I denna fråga väljer respondenten alla svarsalternativ som gäller.

Fråga 14: Varför ställer du dig negativt till hemförlossningar?

818 svar



Figur 11. Respondenternas argument för negativt förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar.

I figur 11 kan ses respondenternas motiveringar för negativa förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Majoriteten av respondenterna är av den åsikten att barnmorskeassisterade hemförlossningar är för riskfyllda och därför förhåller de sig negativt.

Enkätens tre öppna frågor analyseras utgående från en tabell (tabell 11).

Fråga 11 "Annat?" besvaras med ett kort svar, om man har ett svar eller något att tillägga som inte funnits som alternativ i fråga 10. Totalt besvarades denna fråga av 41 respondenter. Fråga 13 besvarades av respondenter som i fråga 9 valt "Jag vet inte riktigt" som svarsalternativ i frågan begärs respondenten att motivera sitt svar. Totalt besvarades denna fråga av 222 respondenter. Fråga 15 "Annat?" svaras med ett kort svar, om man har ett svar som inte funnits som alternativ i fråga 14. Totalt besvarades denna fråga av 284 respondenter.

Kategori	Underkategori
Ökad bekvämlighet	Bekant hemmiljö
	Får själv välja vem som är närvarande vid förlossningen
	Behöver inte resa långa avstånd
	Ökad integritet
Naturlig förlossning	Hemma får man genomgå en naturlig förlossning
	Föderskor utsätts inte för onödiga förlossningsingrepp
Barnmorskans yrkeskunskap och närvaro	
Bristfällig information	Hemförlossningar är ovanliga i Finland
	Inte vetat om hemförlossningar som förlossningsalternativ
	Praktisk information gällande planeringen av hemförlossningar
Känslor	Hantering av känslor om förlossningen slutar olyckligt
	Mera intresse för hemförlossningar om de erbjöds som en del av offentliga förlossningsvården
Erfarenheter av förlossningar	Privata personers erfarenheter av komplicerade förlossningar
	Vårdpersonals erfarenheter av komplicerade förlossningar
	Vårdpersonals erfarenheter av hemförlossningar
Risker med hemförlossningar	Hantering och identifiering av komplikationer
	Långa avstånd till närmaste förlossningssjukhus
	Risk för barnets och föderskans liv
	Rädsla för barnskyddsanmälan
Resurser	Smärtlindrings möjligheter i hemmet
	Personal på sjukhus
	Färdigheter att hantera komplikationer
Etik	Barnets rättigheter
	Ansvaret vid olyckligt resultat eller skada

Tabell 11: Dekontextualisering och rekontextualisering av öppna svar på fråga 11, 13 och 15.

I tabell 11 har respondenternas öppna svar på fråga 11, 13 och 15 kategoriserats. I svaren kan det identifieras 9 kategorier och deras underkategorier. Svaren framförde nya aspekter och åsikter kring riskerna samt etiken kring barnmorskeassisterade hemförlossningar. Kategorierna är skrivna med **fetstil** och underkategorierna är skrivna med understrykning.

Ökad bekvämlighet

Under denna kategori tas fram faktorer som enligt respondenterna ökar bekvämligheten vid en hemförlossning. Respondenternas svar är orsaker varför de förhåller sig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar.

Bekant hemmiljö

Flera respondenter lyfter fram i sina öppna svar att hemmiljön under en förlossning ökar kvinnans bekvämlighet. Respondenterna upplever att hemmiljön ökar bekvämligheten, lugnet och säkerheten.

”Koti ympäristönä todennäköisemmin vaikuttaa positiivisesti synnyttäjän mielialaan synnytyksen aikana. Tuttu ympäristö myös rauhoittaa mieltä.”

” Kotona on rentoutuneempi ja tutussa ympäristössä.”

Får själv välja vem som är närvarande vid förlossningen

Vid en sjukhusförlossning kan föderskan inte själv välja personalen som är delaktig i vården och har inte heller alltid möjligheten att välja vilka närstående personer som får närvara vid förlossningen. Då föderskan väljer att planera en hemförlossning har hon möjligheten att välja vilken yrkesperson som kommer att hjälpa vid förlossningen och hon kan välja själv vilka närstående som finns som stöd vid förlossningen.

”Isosisarukset saavat olla mukana synnytyksessä ja nähdä miten vauva syntyy luonnollisesti, paikalla saa olla just ne henkilöt joita haluankin.”

Behöver inte resa långa avstånd

Respondenterna i denna kategori upplever att hemförlossningar skulle öka bekvämligheten då man inte behöver resa långa avstånd till det närmaste förlossningssjukhuset. Respondenterna för fram känslan av trygghet och säkerhet med att föda hemma när det är en lång väg till sjukhuset, det minskar stressen att inte behöva oroa sig för om man hinner i tid till sjukhuset.

” Det skulle minska stressen att inte hinna fram på ett tryggt sätt till sjukhus.”

Ökad integritet

Flera respondenter som förhåller sig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar upplever att de har mera integritet vid en hemförlossning. Respondenter uttrycker på basen av tidigare erfarenheter att de inte tycker om att personalen ofta kommer in på rummet och kollar upp, de vill inte dela rum med andra personer och upplever minskad integritet på sjukhus.

”En siedä ajatusta siitä että joutuisin jakamaan huoneen jonkun täysin ventovieraan ihmisen/ihmisten kanssa.”

Naturlig förlossning

Med naturlig förlossning menas en förlossning som får fortskrida på ett spontant och naturligt sätt utan att man ingriper i förlossningens gång. I denna kategori behandlas respondenters åsikter av att en naturlig förlossning är eftersträvt och därför förhåller sig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar .

Hemma får man genomgå en naturlig förlossning

Vid en planerad hemförlossning undviks olika ingripanden i den naturliga förlossningens gång. Respondenterna upplever att naturliga förlossningen är mera sannolik vid en hemförlossning än vad den är på sjukhus. En av respondenterna tar även fram hur förlossningshormonerna aktiveras och får göra sitt jobb bättre i en hemmiljö.

”On tärkeää, että hormonit pääsevät toimimaan kunnolla, mikä ei tietenkään onnistu sairaalassa stressin, siirtymien ja puuttumisten takia. Omat kotisyntytykset olivat aivan huikeat kokemukset ja todella erilaiset verrattuna sairaalasyntytyksiin”

Föderskor utsätts inte för onödiga förlossningsingrepp

En del av enkätens respondenter upplever att man vid sjukhusförlossningar utsätts för onödiga ingrepp som kan leda till andra problem med förlossningen. Medicinska ingrepp, till exempel monitorering av föderskan och barnet eller episiotomier, associeras med sjukhusförlossningar och kvinnor som väljer föda hemma undviker till en stor del sådana ingrepp.

”Sairaalassa synnyttäminen lisää riskiä turhalle puuttumiselle, joka taas johtaa pahimmassa tapauksessa ongelmiin, vauvan voinnin heikkenemiseen ja toimenpiteisiin.”

Barnmorskans yrkeskunskap och närvaro

En stor del av enkätens respondenter som förhåller sig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar upplever att en barnmorska vid hemförlossningar stöder förlossningens trygghet. Barnmorskans närvaro ökar trygghetskänslan, säkerheten och lugnet av en hemförlossning.

”Kätilö mukana takaa synnytyksen turvallisuutta.”

”Luulen myös, että kätilön läsnäolo kotisyntytyksessä luo rauhaa ja turvaa”

Respondenter funderade kring barnmorskans erfarenhet och kunskaper i deras öppna svar. En stor del av respondenterna medgav att det är bra att ha en barnmorska med och assistera vid förlossningen medan de ändå funderar om barnmorskan kan hantera framkommande komplikationer.

”Man kan tänka sig att en barnmorska som skulle assistera i hemmet har en bred erfarenhet av förlossningsarbete, eftersom ansvaret för att sköta en förlossning ensam är väldigt stort. Därmed ser jag inte ner på barnmorskans kunnande, utan mer fundersam över sådana plötsliga situationer som kan uppkomma och en enda barnmorska kanske inte ensam kan hantera.”

Bristfällig information

En del respondenter motiverade sitt förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar med att det inte finns information om planerade hemförlossningar, de inte har tänkt på eller vetat om att planerade hemförlossningar är ett alternativ. Enstaka respondenter var även av den åsikten

att det inte finns information om hur man praktiskt ska gå till väga med att planera och ordna en hemförlossning.

Hemförlossningar är ovanliga i Finland

Respondenterna upplever att det inte finns tillräckligt information och statistik gällande planerade hemförlossningar i Finland på grund av att de fortfarande är så få. Respondenterna önskar mera information och statistik gällande planerade hemförlossningar.

” Sen turvallisuudesta ja ylipäättänsä kotisynnytyksistä on niin vähän tietoa ja ne ovat vielä niin harvinaisia.”

”Enemmän tietoa olisi hyvä tuoda esiin kotisynnytyksiin liittyen. Olen kuullut niistä todella vähän mutta toivon että kotisynnytykset tulisivat enemmän vielä pinnalle.”

Inte vetat om hemförlossningar som förlossningsalternativ

En del av respondenterna uttrycker att de inte vetat om att planerade hemförlossningar är ett alternativ. Planerade hemförlossningar är ett förlossningsalternativ i Finland även om det inte rekommenderas eller är en del av den offentliga hälso- och sjukvården.

”En ole ennen kuullut tällaisesta vaihtoehdosta. Kuulostaa hieman pelottavalta synnytyspelkoiselle”

Praktisk information gällande planeringen av hemförlossningar

Flera respondenter uttrycker att de inte vet hur man går till väga då man planerar en hemförlossning. Övrig information som respondenterna skulle vilja ha är om vården under graviditeten för sådana kvinnor som planerar en hemförlossning och hurdana smärtlindringsmöjligheter det finns vid en hemförlossning samt vilken redskap barnmorskan kan använda hemma vid en förlossning.

”Tarvitsen lisää tietoa siitä mitä kättilö tekee/onko etukäteistutkimuksia (pl. Normaalit raskauden aikaiset tutkimukset). Saako kättilön tavata etukäteen jne. Tietoa lisää asiasta, voisin harkita itsekin rauhallisemman synnytysympäristön takaamiseksi, jos voisin varmistua että lapsella on kaikki hyvin!”

” Mietityttää kivunlievitysmahdollisuudet sekä turvallisuus”

” Pitäisi tietää enemmän esim. millaisia välineitä, lääkkeitä tms. kätälön on mahdollista käyttää.”

Känslor

I denna kategori behandlas känslor kring hemförlossningar. Några respondenter uttrycker att de inte vet hur de kunde leva med och förlåta sig själva om något oförväntat och dåligt skulle ske under den planerade hemförlossningen. Flera respondenter känner att de inte vill riskera sin egen eller barnets säkerhet och hälsa med att föda hemma och andra respondenter upplever att om planerade hemförlossningar erbjöds som en del av hälso- och sjukvården kunde samarbetet mellan olika aktörer öka och förbättras och därmed öka säkerheten och göra hemförlossningar mera eftertraktade.

Hantering av känslor om förlossningen slutar olyckligt

Enkätens respondenter funderar i sina svar kring olyckliga händelser under hemförlossningen. Tanken som flera respondenter tar fram är att hur kan de förlåta sig själva om något dåligt händer under hemförlossningen då de gjort valet att föda hemma. Det finns den risken att en komplikation sker under förlossningen och akut hjälp behövs.

”Tietysti se riski on olemassa, että leikkaussali pitäisi olla lähellä ja voiko sitä sitten antaa itselleen anteeksi jos jotain kävisi ja on valinnut kotisyntytykseen vapaaehtoisesti?”

”Många förlossningar går förstås bra, men det finns alltid dem som går dåligt för antingen mamman eller baby. Då skulle det kännas tryggare att vara på ett sjukhus om man hamnar i en livshotande situation.”

Mera intresse för hemförlossningar om de erbjöds som en del av offentliga förlossningsvården

Flera respondenter som inte riktigt vet hur de förhåller sig till barnmorskeassisterade hemförlossningar är skeptiska och har tudelade åsikter gällande barnmorskeassisterade hemförlossningar. En respondent upplever att om planerade hemförlossningar erbjöds av hälso-

och sjukvården som ett alternativ skulle man lättare kunna kommunicera med hälsovården vid en planerad hemförlossning. Med samarbetet kunde man under förlossningen få bättre och snabbare hjälp om komplikationer skulle ske.

” Jag förhåller mig varsamt, en aning skeptisk till dem trots att de är barnmorskeassisterade. Jag skulle vara mer positivt inställd till dem ifall de skulle vara en del av den förlossningsverksamhet vi har, så att exempelvis vid komplikationer kan man lätt kommunicera med ”hjälp” vid ex blödningar, bebins syrebrist eller annat.”

Erfarenheter av förlossningar

I denna kategori behandlas hur tidigare erfarenheter av förlossningar påverkat förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Respondenterna uttrycker i sina svar att de själv som föderskor har haft dåliga förlossningserfarenheter med komplikationer och att de jobbat inom vården och sett mycket komplikationer som påverkar åsikten kring barnmorskeassisterade hemförlossningar. Några respondenter motiverar sitt positiva förhållningssätt med egna erfarenheter av hemförlossningar där de deltagit som yrkespersoner.

Privata personers erfarenheter av komplicerade förlossningar

Många respondenter som besvarat fråga 15 har egna förlossningserfarenheter som påverkar deras förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Kvinnorna har under sina förlossningar upplevt allvarliga komplikationer som krävt akuta åtgärder och det finns också de respondenter som haft tunga och långa förlossningar och vill ha sjukhusvård under och efter förlossningen.

” 2 ensimmäistä synnytystä hätäsektiolla. Sikiön sydänäänneet hävinneet äkisti, supistus jäänyt päälle kun takana 32 tuntia synnytystä. Tajua pois. Oltais kuoltu kaikki kotona varmasti.”

”Olen kokenut kaksi traumaattista synnytystä sairaalassa joista ensimmäinen päättyi imukupisynnytykseen ja toinen kiireelliseen sektioon. Molemmat synnytykset olivat pitkiä ja uuvuttavia enkä olisi pärjännyt kotona heti synnytyksen jälkeen. Kotisynnys toimii varmasti joillekin, mutta omalle kohdalle en näe toimivaksi ratkaisuksi.”

Vårdpersonals erfarenheter av hemförlossningar

Bland respondenterna för fråga 15 har ett flertal hälsovårdspersonal motiverat sitt negativa förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Bland respondenterna fanns barnmorskor, gynekologer, barnläkare, anestesiologer och förstavårdare som har upplevt flertal förlossningar. Dessa respondenter upplever inte att förlossningen någonsin är en säker händelse och komplikationerna förvarnar inte alltid, det bästa alternativet är att föda vid sjukhus.

”Gynekologina olen nähnyt miten vaaratilanne synnytyksessä ei varoita, ja miten se tulee myös hyvin vähän riskialttiiksi ajatellussa tapauksessa nopeasti.”

Vårdpersonals erfarenheter av hemförlossningar

Ett par av de öppna svaren på fråga 11 var av respondenter som själv har yrkeskunskap av hemförlossningar. Respondenterna motiverar sitt positiva förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar med att de själv varit närvarande yrkespersoner vid en hemförlossning och har insikt till både de negativa och positiva aspekterna.

”Jag arbetar själv som barnmorska och har därför fått insikt i både hemförlossningar och sjukhusförlossningar (positiva och negativa aspekter från båda).”

”Olen saanut doulana osallistua kättilön avustamaan kotisyntytykseen ja kokemus oli ikimuistoinen.”

Risker med hemförlossningar

I kategorin behandlas begreppet risker. Begreppet risker syftar till olika aspekt som kan negativt påverka planerade hemförlossningens resultat som till exempel långa avstånd till sjukhus.

Hantering och identifiering av komplikationer

Enkätens respondenter upplever att komplikationer under förlossningen inte kan identifieras och hanteras lika effektivt hemma som vid sjukhus. En stor del av respondenter uttrycker att de väljer hellre sjukhus som förlossningsplats på grund av att det finns bättre möjligheter och resurser för att identifiera och hantera möjliga komplikationer.

”Itse koen, että en haluaisi kotisyntyistä. Kuitenkaan en ajattele negatiivisesti kenestäkään, joka tähän ryhtyy. Itse haluan olla sairaalassa lääkäreiden ja laitteiden äärellä, mikäli vauvalle tapahtuisi jotakin, mikä vaatisi erittäin kiireellistä hoitoa.”

”Toisaalta synnytyksessä voi aina ilmetä komplikaatioita”

Långa avstånd till närmaste förlossningssjukhus

Respondenterna upplever att för långa avstånd till förlossningssjukhus är en risk för hemförlossningar. Enligt respondenterna finns det inte tid att få hjälp om komplikationer skulle ske och både mamman och barnet behöver få vård snabbt.

”Pitkät välimatkat synnäreille mietityttää, jos kaikki ei menekkään suunnitellusti.”

” Riskejä ei voi tietää etukäteen. Kun on kiire, kotoa on todennäköisesti liian pitkä matka sairaalaan. Kotisyntyys on täysin tarpeetonta riskinottoa ja uhkapeliä.”

”Med tanke på hur långt ifrån sjukhuset man bor skulle vägen dit vara hemskt lång ifall det sker komplikationer”

Risk för barnets och föderskans liv

En stor del respondenter svarade på fråga 15 med motiveringen att hemförlossningar är för otrygga, osäkra och riskerar både föderskans och barnets liv. Respondenter uttrycker även oron för komplikationer och att man inte kan reagera på dem tillräckligt snabbt i en hemmamiljö.

”Riskerar både babys och mammans liv.”

” Normaali matalan riskin synnytys voi muuttua katsatrofiksi hyvin nopeasti (esim massiivisen vuodon tai sikiön hypoksian takia) ja siksi välitön puuttuminen on oltava mahdollista, ja valmius hätäsektioon”

Rädsla för barnskyddsanmälan

En av respondenterna tog fram risken med att hemförlossningar inte rekommenderas av finska hälsovården. Respondenten upplever att en del av föderskor låter bli att gå på sina mödrarådgivningsbesök för att de är rädda att vårdaren skulle göra barnskyddsanmälan på det ofödda barnet, på grund av att föderskan vill föda hemma. Det att föderskan inte går på besöken till mödrarådgivningen äventyrar patientsäkerheten och riskerar att eventuella sjukdomstillstånd eller risker med graviditeten inte upptäcks.

” Kotisynnytyksen tulee olla vaihtoehto. Tällä hetkellä osa äideistä jättää menemättä neuvolaan, koska pelkäävät, että syntymättömästä lapsesta tehdään lastensuojeluilmoitus sen takia, että äiti haluaa kotisynnytyksen.”

Resurser

Smärtlindrings möjligheter i hemmet

Flera respondenter funderar kring smärtlindringen under en förlossning. De finns respondenter som upplever att de eventuellt inte skulle klara av en förlossning utan smärtlindring och upplever inte att de skulle tillräcklig smärtlindring i hemmamiljön. Det som flera respondenter nämner är smärtlindringen och viljan av att få epidural. Det är föderskan själv som måste utvärdera vilken smärtlindringsmetod är passlig för just henne.

” Är osäker om jag skulle klara en hemma förlossning utan värkmedicin...”

Personal på sjukhus

Till personal på sjukhus (vid förlossningar) beräknas både barnmorskor och läkare samt annan sjukhuspersonal som deltar i förlossningen och vårdar både föderskan och det nyfödda barnet. Respondenterna upplever att irriterad, överarbetad och trött personal påverkade förlossningen negativt.

”Kiire ja henkilöstövaje vaikutti synnytyksen kulkuun negatiivisesti.”

”Olen kuullut negatiivista sairaalasyntytyksistä kiireen ja kiukkuisen, loppuun palaneen hoitohenkilöstön vuoksi mm kivunlievitystä ei saa.”

Färdigheter att hantera komplikationer

En stor del respondenter som förhåller sig negativt till barnmorskeassisterade hemförlossningar uttrycker att komplikationer kan ske vid förlossningen och respondenterna är av den åsikten att de kan bättre och lättare hanteras på sjukhus, även om det finns en barnmorska på plats vid hemförlossningen.

”Kotisyntytyksessä niin paljon riskejä, jos synnytyksessä tulisikin isoja komplikaatioita, sairaalassa ne olisivat helpommin hoidettavissa kuin kotona vaikka kättilö olisikin mukana”

”Synnytys on arvaamaton tilanne. Esim. voi tulla tarve hätäsektioon, vastasyntynyt voi tarvita tehohoitoa tai istukka ei poistu ja äiti joudutaan leikkaamaan. Sairaalassa ollaan varauduttu näihin tilanteisiin ja se pelastaa ihmishenkiä.”

Etik

I kategorin ”etik” lyfter respondenterna fram sina funderingar kring etiken gällande barnmorskeassisterade hemförlossningar. Flera respondenter funderar kring ansvaret med en planerad hemförlossning och om det sker en olycklig händelse. Respondenter tar även fram barnets rättigheter och om det är rätt för barnet att mamman väljer en hemförlossning på grund av hennes preferenser.

Barnets rättigheter

Flera respondenter upplever att barnets rättigheter inte tas i hänsyn då föderskan väljer en hemförlossning. De uttrycker att det vid en förlossning finns risker för barnets hälsa och om något skulle hända som gör att barnet behöver få akut hjälp borde den hjälpen finnas snabbt tillhands, och detta är inte möjligt vid en hemförlossning.

”Aikuinen ihminen saa vartalolleen tehdä mitä haluaa mutta syntymättömän lapsen oikeuksia poljetaan, jos ei synnytetä paikassa jossa vauvalla on mahdollisuus saada elämänsä alkuun asianmukaista hoitoa tarvittaessa.”

Answaret vid olyckligt resultat eller skada

En respondent skriver i sitt svar om sina funderingar kring det lagliga ansvaret. Vem är det som är ansvarig om barnet under förlossningen utvecklar en neurologisk skada eller om någon förlossningskomplikation leder till att antingen föderskan eller barnet avlider.

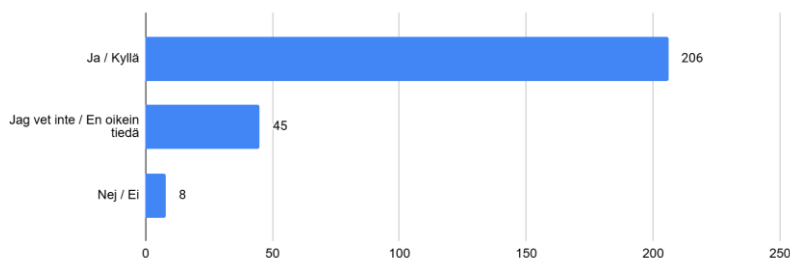
”Oikeudelliset syyt: jos lapsi tai äiti kuolee tai vammautuu kotisyntytyksen seurauksena, joutuuko kättilö syytteeseen? Jos tilanne olisi voitu välttää esim sektiolla, kuka on vastuussa? Äiti itse? Kättilö? Kotisyntytyksiä tarjoava sairaanhoitopiiri?”

6.6 Hemförlossningar som en del av offentlig förlossningsverksamhet

I denna kategori redovisas två lika frågor som besvarats av två olika kategorier. ”Borde Finlands hälso- och sjukvård erbjuda barnmorskeassisterade hemförlossningar som ett alternativ för sjukhusförlossningar?” väljer respondenten ett av svarsalternativen: ”Ja”, ”Nej” eller ”Jag vet inte”. Fråga 12 besvarades av respondenter som förhåller sig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar.

Fråga 12: Borde Finlands hälso- och sjukvård erbjuda barnmorskeassisterade hemförlossningar som ett alternativ för sjukhusförlossningar?

259 svar



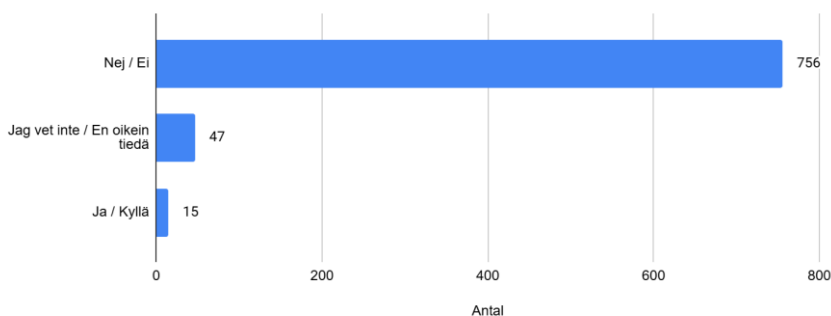
Figur 12. Respondenternas, som förhåller sig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar, ställningstagande beträffande offentliga sektorns uppgift att erbjuda barnmorskeassisterade hemförlossningar som ett alternativ till sjukhusförlossningar.

I figur 12 ser vi att majoriteten (79,5%) av respondenterna som förhåller sig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar är av den åsikten att Finlands hälso- och sjukvård borde erbjuda barnmorskeassisterade hemförlossningar som ett alternativ för sjukhusförlossningar.

Fråga 16 besvarades av respondenter som förhåller sig negativt till barnmorskeassisterade hemförlossningar.

Fråga 16: Borde Finlands hälso- och sjukvård erbjuda barnmorskeassisterade hemförlossningar som ett alternativ för sjukhusförlossningar?

818 svar



Figur 13. Respondenternas, som förhåller sig negativt till barnmorskeassisterade hemförlossningar, ställningstagande beträffande offentliga sektorns uppgift att erbjuda barnmorskeassisterade hemförlossningar som ett alternativ till sjukhusförlossningar.

I figur 13 ser vi att majoriteten (92,4%) av respondenterna som förhåller sig negativt till barnmorskeassisterade hemförlossningar är av den åsikten att Finlands hälso- och sjukvård inte borde erbjuda barnmorskeassisterade hemförlossningar som ett alternativ för sjukhusförlossningar.

Vid kombinationen av resultaten från de två figurerna (figur 12 & 13) har vi 1077 svar varav 20,5% är av den åsikten att Finlands hälso- och sjukvård borde erbjuda barnmorskeassisterade hemförlossningar som ett alternativ för sjukhusförlossningar och 70,9% inte är av den åsikten.

7 Resultatdiskussion

Studiens resultat visar att största delen av kvinnorna i Finland inte är intresserade av planerade hemförlossningar som ett förlossningsalternativ. Förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar är tydligt mera negativt än positivt och hemförlossningstrenden inte har nått Finland, planerade hemförlossningar ökar med åren även om det ännu är ovanligt. Resultatet var dock mycket mera positivt än förväntat.

Studiens resultat visar att kvinnor mellan åldrarna 18 och 25 förhåller sig mera positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar jämfört med de äldre åldersgrupperna. Resultaten från tidigare studie gjord av Lindgren et al. (2010, s. 754) visar att 64,0% av föderskorna som genomgått

en planerad hemförlossning var mellan åldrarna 25 och 34. Pouta m.fl. (2015, s. 263) beskriver kriterierna för en planerad hemförlossning och ett av dessa kriterier är att kvinnan skall vara omfödelska. Medelåldern för förstfödelskor år 2022 var 30,1 år (Hauhio ym., 2023, s. 1). På grund av att förstfödelskornas ålder i Finland är rätt hög, kan slutsatsen dras att största delen av enkätens respondenter i åldersgruppen 18 – 25 år som förhåller sig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar inte skulle fylla kriterierna för en planerad hemförlossning i nuläget. Beträffande förhållningssättet till barnmorskeassisterade hemförlossningar kan vi inte se en stor variation mellan gruppen kvinnor som fött tidigare och gruppen kvinnor som inte fött tidigare. Det positiva förhållningssättet är något högre i gruppen med kvinnor som inte fött tidigare. I studien av Lindgren et.al (2010, s. 754) visar resultaten att 74% av föderskorna som genomgått en planerad hemförlossning var omfödelskor och enbart 26% var förstfödelskor.

I studiens öppna frågornas resultat kan ses att tidigare förlossningar påverkar förhållningssättet hos en del av respondenterna. Vissa respondenter upplever en planerad hemförlossning som ett bra alternativ på grund av tidigare positiva erfarenheter av hemförlossningar och på grund av tidigare dåliga erfarenheter av sjukhusförlossningar. En del av respondenterna har upplevt allvarliga komplikationer under sina tidigare sjukhusförlossningar och upplever därför att hemförlossningar inte är ett tryggt och säkert alternativ. Harvala et al. (2021, s. 286) beskriver kvinnornas beslut att planera en hemförlossning och en av dessa orsaker är tidigare dåliga förlossningserfarenheter.

Enligt Sjöblom et al. (2014, s. 106 - 107) upplever kvinnorna, som fött hemma assisterade av en barnmorska, att barnmorskan skapade en "safe haven", ett tryggt utrymme där kvinnan kunde lita på barnmorskan och hennes kunskap. Barnmorskans närvaro stärkte känslan av trygghet och bekvämlighet. Detta speglas i studiens resultat där respondenterna upplever att barnmorskan ökar tryggheten vid en hemförlossning och kan stöda föderskan. Många respondenter ifrågasätter dock barnmorskans kunskap och möjlighet att hantera olika komplikationer som kan förekomma. I studien av Lindgren et al. (2010, s. 753 – 755) presenteras statistik där sju barn födda vid en hemförlossning var i sätesbjudning. Alla dessa sju barn föddes vaginalt medan det på sjukhus förekom en större mängd barn i sätesbjudning och enbart 43% av dem föddes vaginalt. Detta kan tolkas så att sätesbjudning som förlossningskomplikation kan hanteras i en hemmamiljö. Sätesbjudning är en komplikation som utesluter föderskan från att ha en planerad hemförlossning i Finland (Pouta m.fl., 2015, s. 263).

Respondenterna i studien uttrycker oro för komplikationer och förhåller sig därför negativt till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Tidigare studier gällande komplikationer vid planerade hemförlossningar är motstridiga. Enligt studien av Grünebaum et.al (2013, s. 323.e3 – 323.e4)

utsätter hemförlossningar och andra förlossningar utanför sjukhus barnet för större risker, bland annat Apgarpoäng 0 under de första 5 minuterna efter förlossningen, neonatala krampanfall och allvarliga neurologiska nedsättningar. De påpekar även att förstfödorskor har en tydligt högre risk för de ovannämnda komplikationerna än omfödorskor. Studien av Lindgren et al. (2010, s. 753 – 755) visar motsatsen, att kvinnor som födde planerat hemma hade färre nödsituationer och allvarliga komplikationer under förlossningen jämfört med kvinnorna som födde på sjukhus. Inga stora skillnader mellan barnets mående och dödlighet efter förlossningen kunde heller identifieras.

Studiens resultat visar att många respondenter är oroliga för avståndet till närmaste förlossningssjukhus och upplever att detta orsakar en större risk vid planerade hemförlossningar. Vissa respondenter var dock av den åsikten att på grund av långa avstånd till det närmaste förlossningssjukhuset skulle en planerad hemförlossning minska på stressen att hinna till sjukhuset i tid. Studien av Blix et al. (2016, s. 422) visar att majoriteten av förflyttningar till sjukhus vid planerade hemförlossningar inte var akuta och krävde inte vård. En del av kvinnorna behövde akut vård och förflyttningen till sjukhus möjliggjorde detta. Denna studie utfördes i de nordiska länderna förutom Finland, resultaten kan därmed inte direkt tillämpas till finska förhållanden. Enligt Pouta m.fl. (2015, s. 264) är planeringen av en förflyttningsmetod till sjukhus en viktig del av hemförlossningens planeringsprocess. Förflyttningen skall ske så snabbt som möjligt (under 20 minuter), akutvårdens responstid i området bör beaktas. Detta betyder också att personer som har en lång väg till närmaste förlossningssjukhus inte skulle fylla kriterierna för en planerad hemförlossning. Studiens resultat visar att 71,3% av respondenterna har under 30 km till närmaste förlossningssjukhus. Respondenter som bor längre bort (över 30 km) från närmaste förlossningssjukhus förhåller sig mera positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar jämfört med de respondenter som har under 30 km avstånd till närmaste förlossningssjukhus.

En stor del respondenter motiverade sitt positiva förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar med att man får själv välja vem som är närvarande vid förlossningen, man får föda naturlig och i en trygg och lugn hemmiljö där man har mera integritet. Enligt Fahy och Parratt (2006, s.46) kallas ett sådant ställe "sanctum" och det är något man eftersträvar vid en förlossning. "Sanctum" beskrivs som en hemlik miljö som är skapad för bekvämlighet och integritet. Vid hemförlossningar uppfylls detta då föderskan är i sin verkliga hemmiljö vid förlossningen, i motsats till den hemlika miljön. Det finns inte kliniska verktyg framlagda, föderskan har själv förberett utrymmet så att den är just så som föderskan själv vill och föderskan har total integritet i sitt eget hem. Vid en hemförlossning väljer föderskan själv yrkespersonerna som deltar i förlossningen (Pouta m.fl., 2015, s.264). Genom att välja vilka personer som föderskan vill ha med under förlossningen använder föderskan sin auktoritet. Med att skapa en tillförlitlig relation med

vårdpersonerna, som deltar i förlossningen, har kvinnan en mera trygg känsla under förlossningen. I studien av Sjöblom et.al (2014, s. 106 - 107) beskrivs kvinnors hemförlossningserfarenheter med en barnmorska som positiva. De lärde känna barnmorskan under graviditeten och vid förlossningen kände de sig trygga och behövde inte yttra sina behov och känslor då barnmorskan redan visste de. Enligt Fahy och Parratt (2006, s.47) finns det en makt under förlossningen och det kan användas av personer som deltar i förlossningen på ett negativt eller positivt sätt. Det som i en förlossning eftersträvas är "integrative power" och "midwifery guardianship" där barnmorskan använder makten som hon har för att stöda och skapa självsäkerhet för föderskan, så att föderskan har möjligheten att följa sina kroppssignaler och föda spontant. Vid en hemförlossning strävas efter en naturlig spontan förlossning och med att ha en barnmorska eller läkare som föderskan kan lita på ökar möjligheten för just detta.

Några respondenter i studien funderar kring smärtlindringen under en förlossning och upplever att det finns flera möjligheter för smärtlindring vid en sjukhusförlossning. Det finns både medicinska och icke-medicinska smärtlindringsmetoder. Icke-medicinska smärtlindringsformer är till exempel rörelse, ställningsändringar, TNS, sterila kvaddlar osv. Medicinska smärtlindringsformer kan vara bland annat Paracetamol eller läkemedelsinjektioner i muskeln (Tiitinen, 2023b). Kvinnan måste själv utvärdera behovet av smärtlindring och om smärtlindringen som kan användas i hemmiljön är tillräcklig. Vissa medicinska smärtlindringar och många icke-medicinska smärtlindringsmetoder kan användas vid en planerad hemförlossning. Utrustningen och läkemedel som behövs under en hemförlossning ordnas av antingen föderskan eller yrkespersonerna som deltar i hemförlossningen (Pouta m.fl., 2015, s. 264). Därmed nämner Harvala et al. (2021, s. 286) i studien att kvinnor som genomgått en planerad hemförlossning upplevde förlossningen vara en positiv och stärkande erfarenhet, som eventuellt inte krävde någon smärtlindring.

Många respondenter upplever att de inte har tillräckligt information om hemförlossningar för att kunna veta hur de förhåller sig till barnmorskeassisterade hemförlossningar. Flera respondenter som förhåller sig negativt till barnmorskeassisterade hemförlossningar motiverar sitt förhållningssätt med att det inte finns mycket studier och information gällande ämnet speciellt från Finland, och upplever att det därmed är för riskfyllt. Många respondenter önskar mera information, statistik och praktiska anvisningar gällande hemförlossningar.

8 Metoddiskussion

Redan i början av planeringskedet visste jag att metoden jag skulle använda i studien var en kvantitativ metod. Jag ville ha så många svar som möjligt från kvinnor för att kunna skapa en generell bild av åsikter och förhållningssätt för barnmorskeassisterade hemförlossningar i Finland. Jag har vetat länge vad jag ville skriva om i mitt examensarbete, det finns inte mycket information gällande hemförlossningar och nästan ingen av informationen är från Finland. Jag började planeringskedet av studien med att skapa en tidsplan och med att skriva bakgrunden. I bakgrunden ville jag ha information om hemförlossningar från olika ställen i världen men också mera relevant information från de nordiska länderna. I bakgrunden skulle finnas allmän information om hemförlossningar, dess risker och varför kvinnor väljer att föda hemma. I efterhand kom jag på med flera andra rubriker som är viktiga att ta med i studien. En av de viktiga rubrikerna som jag ville lyfta fram är "Nedmonteringar av förlossningsenheter" för att det är en stor aspekt som jag tänkte att säkert påverkar kvinnors förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar.

Jag valde att genomföra datainsamlingen med hjälp av en webbenkät. Den metoden valde jag för att kunna nå respondenter från alla delar i Finland. Enkäten hade både öppna och slutna frågor och därmed kunde eventuellt studiens metod ändrats till en mixedmetod. Enkäten delade jag ut via Facebook-grupper för att nå så många respondenter från de olika välfärdsområden som möjligt. I delningsprocessen använde jag mig av en lista med de 21 välfärdsområdena i Finland och begärde deltagande i Facebook-grupper som fanns i de olika välfärdsområden. I processen glömde jag inkludera de två områden som inte är välfärdsområden och ordnar sin egen hälso- och sjukvård, Helsingfors och Åland. Syftet med att enkäten delades in i olika Facebook-grupper var att jag kunde försöka få lika många svar in från varje välfärdsområde, detta visade sig omöjligt då respondenternas svar kom in så snabbt. Jag kunde eventuellt valt ett annat sätt att nå respondenter för att minska bortfallet. Enkätens delning via Facebook nådde bra de äldre grupperna och en liten mängd respondenter i den yngsta åldersgruppen, men för att få mera respondenter i den yngre åldersgruppen kunde något annat sätt att nå respondenter använts. För att se till att det var godkänt för mig att dela min enkät i de olika Facebook-grupperna begärde jag godkännande av en eller flera av gruppens administratörer. Enkäten var publicerad i Facebook-grupperna i 15 dagar och mängden respondenter var överväldigande. Respondenternas mängd tyder på ett intresse gällande ämnet. Med enkäten fick jag insamlat ett stort sampel och det är anmärkningsvärt att enbart en respondents svar behövde lämnas utanför sambandsanalysen. Vissa respondenter upplevde att enkätens frågor var partiska och att jag som forskare har en positiv attityd gällande barnmorskeassisterade hemförlossningar. Detta fick mig att tänka på om mina frågor eller enkätens upplägg kunde ha ändrats för att inte påvisa en partiskhet gällande ämnet.

Vid analysen av resultaten använde jag mig av korstabeller för att skapa en sambandsanalys och för att analysera de tre öppna svaren använde jag mig av kvalitativ innehållsanalys. Med sambandsanalysen kunde jag se respondenternas förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar i samband med andra variabler. Detta visade sig som en bra metod för denna studie då den gav mig information om hur de olika variablerna påverkar respondenternas förhållningssätt. I kvalitativa innehållsanalysen kom fram flera olika motiv för respondenternas förhållningssätt till barnmorskeassisterade hemförlossningar som jag inte tänkt på.

Studiens resultat är generaliserbar, enkäten besvarades av många respondenter och de befinner sig i alla de olika välfärdsområden. Det kunde eventuellt ses någon variation om Helsingfors och Åland skulle inkluderas i studien. Om studien utfördes i andra geografiska områden skulle resultaten vara annorlunda.

Reliabilitet har visats med att få in en stor mängd respondenter från ett så brett geografiskt område. Bortfallet i enkäten utvärderas med de respondenter som inte besvarat alla enkätfrågorna, bortfallet är 0,07%. Ett lågt antal bortfall påvisar studiens reliabilitet. Personer som enkäten inte nått är även anses som bortfall, men detta kan inte utvärderas. Om studien skulle upprepas nu skulle resultaten vara väldigt lika, men om studien upprepas om något år kan resultaten ha ändrats. Förändringen skulle isåfall vara på grund av en ny generation av respondenter och eventuella samhällsliga förändringar. Studien påvisar validitet, enkätens resultat besvarade de tidigare bestämda forskningsfrågorna.

Planen för etiken följdes under hela forskningsprocessen och inga brister i detta framkom. Enkäten besvarades anonymt och inga av frågorna var obligatoriska. Respondenterna hade möjligheten att avbryta enkäten och inte skicka in sina svar. I analysprocessen fanns inga brister. Respondenternas öppna svar på frågorna 11, 13 och 15 sammanfattas i kvalitativa innehållsanalysen och beskrivande statistiken från de slutna frågorna beskriver respondenternas svar. Forskningsprocessen har tydligt beskrivits i metodkapitlet och reflekterar verkligheten. Jag tar ansvar för hela studien.

9 Slutdiskussion

Studien är omfattande och beskriver utförligt hemförlossningars aspekter. Med studien kan kunskap om hemförlossningar spridas till allmänheten men också till vårdpersonal som eventuellt kommer i kontakt med kvinnor som planerar hemförlossningar. Stigman kring planerade hemförlossningar härstammar från osäkerhet, det finns inte mycket tillgänglig information om hemförlossningar och komplikationsrisken är ett tydligt orosämne. Avstigmatiseringen av planerade hemförlossningar kan skapa mera trygghet för kvinnor som planerar en hemförlossning. Jag upplever att alla ska få stöd från offentliga hälso- och sjukvården även om de väljer att inte följa de officiella rekommendationerna.

Under forskningsprocessen har jag lärt mig mycket om hemförlossningar speciellt om praktiska aspekterna och hur man i Finland går till väga då man planerar en hemförlossning. Respondentantalet och förhållningssättet överraskade mig. Jag hade förväntat mig ett mycket mera negativt förhållningssätt. Jag var även överraskad över respondenternas öppna svar, majoriteten var sakliga, medan en del var otrevliga, dömande och aggressiva. I de öppna svaren av respondenter som förhåller sig negativt till barnmorskeassisterade hemförlossningar sågs ett stort stigma kring ämnet.

Resultaten visade att en stor andel av respondenterna bekymrar sig över nedstängningarna av förlossningsavdelningar. Nedstängningarna var en motiverande faktor för valet av studiets ämne, jag ville föra fram ett alternativt förlossningsalternativ speciellt när förlossningsvården i Finland centraliseras till stora städer.

Öppna svaren tog fram nya aspekter och motiveringar för de olika förhållningssätten. Det var intressant att läsa igenom svaren och speciellt frågor gällande etik. Under forskningsprocessen har jag inte stött på en enda källa som tangerar etiken kring planerade hemförlossningar. Trygghet, säkerhet och risker var de största kategorierna i alla öppna frågorna. Vissa respondenter upplever att barnmorskan skapar trygghet vid en planerad hemförlossning medan andra upplever att barnmorskan inte kan hantera komplikationer ensam och ökar därför inte tryggheten. Den mest allmänna motiveringen för ett negativt förhållningssätt var att det inte är säkert för antingen föderskan eller barnet.

Riskerna kring planerade hemförlossningar i Finland kunde utforskas vidare. Det skulle vara viktigt att få mera statistik gällande förekomsten av olika förlossningskomplikationer under planerade

hemförlossningar, om förflyttningarna till sjukhus är tillräckligt effektiva och om perinataldödligheten vid planerade hemförlossningar avviker från sjukhusförlossningar.

10 Litteraturförteckning

Billhult, A. (2023a) Enkäter. I: M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 127 – 139) (3dje uppl.). Lund: Studentlitteratur

Billhult, A. (2023b) Kvantitativ metod och stickprov. I: M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 103 - 114) (3dje uppl.). Lund: Studentlitteratur

Billhult, A. (2023c) Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I: M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 275 - 283) (3dje uppl.). Lund: Studentlitteratur

Blix, E., Kumle, H., Ingversen, K., Huitfeldt, A., Hegaard, H., Ólafsdóttir, Ó., ..., Lindgren, H. (2016) *Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries – A prospective cohort study*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 95(4), 420 – 428. doi: <https://doi.org/10.1111/aogs.12858>

Fahy, K. & Parratt, J. (2006). *Birth Territory: a theory for midwifery practice*. *Women and birth* 19(2), 45–50. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2006.05.001>

Frisk, E. (2018). *Korstabell*. Statistisk ordbok. Hämtad: 06.05.2025. <https://www.statistiskordbok.se/ord/korstabell/>

Grünebaum, A., McCullough, B., Sapra, K., Brent, R., Levene, M., Arabin, B. & Chervenak, F. (2013). *Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting*. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 209(4), 323.e1 – 323.e6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.06.025>

Harmanen, J. (2022). *Nina Ruotsalainen synnytti toisen lapsensa kotona: ”Kukaan ei koskenut minuun, vaan sain tehdä kaiken kehollani itse”*. YLE. Hämtad: 11.10.2024. <https://yle.fi/aihe/a/20-10003883>

Hauhio, N., Heino, A. & Gissler, M. (2023). *Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2022*. THL tilastoraportti 60/2023, 1–20, [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147689/Perinataaltilasto%20%E2%80%93%20synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2022](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147689/Perinataaltilasto%20%E2%80%93%20synnyttajat%20ja%20vastasyntyneet%202022)

[nytt%C3%A4j%C3%A4t%C2%20synnytykset%20ja%20vastasyntyneet%202022.pdf?sequence=8&isAllowed=y](#)

Heino, A. & Gissler, M. (2024). *Nordisk perinatalstatistik 2022*. THL statistikkerapport 12/2024, 1–11. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/148715/Perinatalstatistik_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hutton, E.K., Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G. & Kaufman, K. (2019). *Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses*. *eClinicalMedicine*. volume 14, 59-70. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>

Hällgren Granheim, U., Lindgren, B-M. & Lundman, B. (2023). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 295 - 311) (3dje uppl.). Lund: Studentlitteratur

Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010. (2010). Hämtad från finlex: 18.04.2025. <https://finlex.fi/eli?uri=http://data.finlex.fi/eli/sd/2010/1326/ajantasa/2025-03-28/swe>

Jackson, M., Schmied, V. & Dahlen, H. (2020). *Birthing outside the system: the motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia*. *BMC Pregnancy Childbirth*. 20(254), 1 – 13. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02944-6>

Keiski, R., Hämäläinen, K., Karhunen, M., Löfström, E., Näreaho, S., Varantola, K., ... Aittasalo M. (red.). (2023). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. (1sta uppl.). 3 – 31. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-04/Forskningsetiska_delegationens_GVP-anvisning_2023.pdf

Kukko-Liedes, P. (2025). *Laki takaa oikeuden valita synnytyssairaala – vain hätätilanteessa ensihoito päätää, mihin synnyttävä menee*. YLE. Hämtad: 18.04.2025. <https://yle.fi/a/74-20135279>

Lindgren, H., Rådestad, I., Christensson, K. & Hildingsson, I. (2010). *Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 87(7), 751–759. doi: <https://doi.org/10.1080/00016340802199903>

Länsi-Uusimaa. (2024). *Hus: Lohjan synnytyssosasto suljetaan jo 1. joulukuuta 2024*. Hämtad: 06.05.2025. <https://www.lansi-uusimaa.fi/paikalliset/7803917>

Medibas. Ordlista. Hämtad: 24.10.2024 <https://medibas.se/ordlista>

Montén, V. (2024)., *Snappertunabebis föddes i parkeringshus i Esbo*. Hämtad: 18.09.2024. <https://svenska.yle.fi/a/7-10062919>

Nelson, A. & Romanis, E.C. (2021). *The Medicalisation of Childbirth and Access to Homebirth in the UK: Covid-19 and Beyond*, *Medical Law Review*. 29(4), 661–687. doi: <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwab040>

Peer, W., Hakemulder, F. & Zyngier, S. (ed.). (2012). *Scientific Methods for the Humanities*. 1 – 328. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. Hämtad från: *ProQuest Ebook Central*. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/novia-ebooks/detail.action?docID=915601>

Pouta, A., Hakulinen-Viitanen, T. (red.), Klemetti, R. (red.), Pelkonen, M., Vallimies-Patomäki, M., Ellilä, M., ..., Ylä-Soininmäki, T. (2015). *Handbok för mödrarådgivningen*. THL. 1 – 363. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126655/2015_THL_OPA040_web.pdf?sequence=3

Raussi-Lehto, E. & Jouhki, M-R. (2021). *Suunniteltu kotisyntyys*. Teoksessa: A-M. Äimälä (toim.) *Kätilötyö – Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika* (s. 286–288) (8 uppl.). Helsinki: Edita

Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., Kaufman, K. & Hutton, E.K. (2020). *Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in a hospital: A systematic review and meta-analyses*. *eClinicalMedicine* volume 21, 1 - 10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>

Sweet, L., Wynter, K., O’Driscoll, K., Blums, T., Nenke, A., Sommeling, M., ..., Teale, G. (2022). *Ten years of a publicly funded homebirth service in Victoria: Maternal and neonatal outcomes*. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 62(5), 664-673. doi: <https://doi.org/10.1111%2Fajo.13518>

Sotkanet. (2004 – 2022). *5 minuutin Apgarin pisteet 0–3, % & Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät alatiesynnytyksessä, %*. THL (Syntyneiden lasten rekisteri).

<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/kaavio?indicator=szZMN7TWzSsHAA==®ion=s07MBAA=&year=sy5zts7U0zUEAA==&gender=t&t=line>

THL. (2024). *Ennakkotieto: Perinataaltilasto 2023, Liitetaulukot 1–3.* (https://thl.fi/documents/155392151/206088949/Perinataaltilaston+ennakkotiedot+2023_Liitetaulukot.pdf/aa4f9f1f-616f-bd12-16aa-2e38d584c0fa/Perinataaltilaston+ennakkotiedot+2023_Liitetaulukot.pdf?t=1721188894195)

THL. (2023). *Syntyneiden lasten rekisteri.* https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/synre/vastasyair/summary_perinataal

Tihtonen, K. & Virtanen, A. (2023). *Synnytys. Terveysportti – lääkärin tietokannat.* Hämtad: 14.12.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dna/ltk/article/ykt01377/search/synnytys>

Tiitinen, A. (25.04.2023). *Tietoa potilaalle: Normaali synnytys.* Terveysportti – Lääkärikirja Duodecim. Hämtad 14.12.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dna/ltk/article/dlk00160/search/normaali%20synnytys>

Tiitinen, A. (12.07.2023). *Tietoa potilaalle: Synnytyskivun hoito.* Terveysportti – Lääkärikirja Duodecim. Hämtad: 14.12.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dna/ltk/article/dlk00883>

Terveyskirjasto. Duodecim. Lääketieteen sanasto. Hämtad: 24.10.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/sisalto/laaketieteen-sanasto>

Sjöblom, I., Idvall, E. & Lindgren, H. (2014). *Creating a safe haven – women’s experiences of the midwife’s professional skills during planner home birth in four Nordic countries.* Birth 47(1), 100 – 107. doi: <https://doi.org/10.1111/birt.12092>

SweMeSH - Swedish Medical Terminology. Karolinska Institutet. Universitetsbibliotek. Hämtad: 24.10.2024. <https://mesh.kib.ki.se/>

Westerholm, A. (2024). *Anita Westerholm: Stäng inga fler förlossningssjukhus!.* Svenska kvinnoförbundet. Hämtad: 18.12.2024. https://www.kvinnoforbundet.fi/sv/var_politik/beslut/article-112085-88634-anita-westerholm-stang-inga-fler-forlossningssjukhus?offset_112085=30&categories_112085=3350

Bilaga 1: Enkät

Hemförlossning / Kotisynnytys

SVE: Denna enkät är ett datainsamlingsverktyg för en kvantitativ studie om intresset för och förhållningssättet till hemförlossningar med en utbildad barnmorska. Studien är ett examensarbete för utbildningen barnmorska vid Yrkeshögskolan Novia. Enkäten är anonym och inga personuppgifter samlas in. Enkäten är riktad till kvinnor mellan åldern 18 - 45, som vill föda eller har fött barn och bor i Finland.

FIN: Tämä kysely on tiedonkeruuväline kvantitatiivisessa tutkimuksessa kiinnostuksesta ja suhtautumisesta kätilön avustamiin kotisynnytyksiin. Tutkimus on loppuyö Novia ammattikorkeakoulun kätilökoulutuksessa. Kysely on anonymi, eikä henkilötietoja kerätä. Kysely on kohdistettu naisille jotka kuuluvat ikäluokkaan 18 - 45, haluavat synnyttää tai ovat synnyttäneet lapsia ja asuvat Suomessa.

1. Vilken åldersgrupp hör du till? / Mihin ikäluokkaan kuulut?

Markera endast en oval.

- 18 - 25
- 26 - 35
- 36 - 45

2. Vilket välfärdsområde hör du till? / Mihin hyvinvointialueeseen kuulut?

Markera endast en oval.

- Östra Nylands välfärdsområde / Itä-Uudenmaan hyvinvointialue
- Mellersta Nylands välfärdsområde / Keski-Uudenmaan hyvinvointialue
- Västra Nylands välfärdsområde / Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
- Vanda och Kervo välfärdsområde / Vantaan ja Keravan hyvinvointialue
- Egentliga Finlands välfärdsområde / Varsinais-Suomen hyvinvointialue
- Satakunta välfärdsområde / Satakunnan hyvinvointialue
- Egentliga Tavastlands välfärdsområde / Kanta-Hämeen hyvinvointialue
- Birkalands välfärdsområde / Pirkanmaan hyvinvointialue
- Päijänne-Tavastlands välfärdsområde / Päijät-Hämeen hyvinvointialue

- Kymmenedalens välfärdsområde / Kymenlaakson hyvinvointialue
- Södra Karelens välfärdsområde / Etelä-Karjalan hyvinvointialue
- Södra Savolax välfärdsområde / Etelä-Savon hyvinvointialue
- Norra Savolax välfärdsområde / Pohjois-Savon hyvinvointialue
- Norra Karelens välfärdsområde / Pohjois-Karjalan hyvinvointialue
- Mellersta Finlands välfärdsområde / Keski-Suomen hyvinvointialue
- Södra Österbottens välfärdsområde / Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue
- Österbottens välfärdsområde / Pohjanmaan hyvinvointialue
- Mellersta Österbottens välfärdsområde / Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue
- Norra Österbottens välfärdsområde / Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue
- Kajanalands välfärdsområde / Kainuun hyvinvointialue
- Lapplands välfärdsområde / Lapin hyvinvointialue

3. Är du gravid? / Oletko raskaana?

Markera endast en oval.

- Ja / Kyllä
- Nej / Ei

4. Har du fött tidigare? / Oletko synnyttänyt aikaisemmin?

⌵ Dropdown

Markera endast en oval.

- Ja / Kyllä olen *Fortsätt till fråga 5*
- Nej / En ole *Fortsätt till fråga 7*

Fortsätt till fråga 7

Tidigare förlossningar / Aikaisemmat synnytykset

5. Hur många gånger har du genomgått en förlossning? / Kuinka monta kertaa olet synnyttänyt?

Markera endast en oval.

- 1
 2
 3
 > 4

6. Hurdan förlossning var det? / Millainen synnytys oli?

Markera alla som gäller.

- Planerad hemförlossning / Suunniteltu kotisynnytys
 Oplanerad förlossning utanför sjukhus / Suunnittelematon synnytys sairaalan ulkopuolella
 Sjukhusförlossning / Sairaalasynnytys

Avstånd och nedskärningar / Etäisyydet ja toiminnan lakkauttaminen

7. Hur långt har du till närmaste förlossningssjukhus från din nuvarande bostadsort? / Kuinka pitkä matka sinulla om tämänhetkeisestä asuinpaikastasi lähimmälle synnytysosastolle?

Markera endast en oval.

- < 30 km
 30 - 50 km
 50 - 100 km
 > 100 km

8. Bekymrar du dig för att förlossningsavdelningar läggs ner? / Huolestuttaako sinua synnytysosastojen sulkua?

Markera endast en oval.

1 2 3 4 5

Inte: Våldigt mycket / Todella paljon

Hemförlossning / Kotisynnytyks

9. Hur förhåller du dig till barnmorskeassisterade hemförlossningar? / Miten suhtaudut kättilön avustamiin kotisynnytyksiin? ⌵ Dropdown

Markera endast en oval.

- Positivt / Positiivisesti *Fortsätt till fråga 10*
- Jag vet inte riktigt / En oikein tiedä *Fortsätt till fråga 13*
- Negativt / Negatiivisesti *Fortsätt till fråga 14*

Jag förhåller mig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar / Suhtaudun kättilön avustamiin kotisynnytyksiin positiivisesti

10. Varför ställer du dig positivt till barnmorskeassisterade hemförlossningar? / Miksi suhtaudut kättilön avustamiin kotisynnytyksiin positiivisesti?

Markera alla som gäller.

- Det skulle vara ett bra förlossningsalternativ för kvinnor med lågrisk graviditeter / Se olisi hyvä synnytysvaihtoehto naisille, joilla on matalan riskin raskaus
- Jag har en positiv erfarenhet från tidigare hemförlossning / Minulla on positiivinen kokemus aikaisemmasta kotisynnytyksestä
- Jag har en negativ erfarenhet från tidigare sjukhusförlossning / Minulla on negatiivinen kokemus aikaisemmasta sairaalasyntytyksestä
- Hemma får man naturligt föda i lugn och ro / Kotona saa synnyttää luonnollisesti kaikessa rauhassa

11. Annat? / Muuta?

12. Borde Finlands hälso- och sjukvård erbjuda barnmorskeassisterade hemförlossningar som ett alternativ för sjukhusförlossningar? / Pitäisikö Suomen terveydenhuollon tarjota kättilön avustamia kotisynnytyksiä vaihtoehtoina sairaalasyntytyksille?

Markera endast en oval.

- Ja / Kyllä
- Nej / Ei
- Jag vet inte / En oikein tiedä

Jag vet inte hur jag förhåller mig till barnmorskeassisterade hemförlossningar / En tiedä miten suhtaudun kätälön avustamiin kotisynnytyksiin

13. Motivera ditt föregående svar. / Perustele vastauksesi edelliseen kysymykseen.

Jag förhåller mig negativt till barnmorskeassisterade hemförlossningar / Minä suhtaudun negatiivisesti kätälön avustamiin kotisynnytyksiin

14. Varför ställer du dig negativt till hemförlossningar? / Miksi suhtaudut kotisynnytyksiin negatiivisesti?

Markera alla som gäller.

- Det är för riskfyllt / Se on liian riskialtista
- Det finns inte tillräckligt med information om ämnet/ Aiheesta ei ole tarpeeksi tietoa saatavilla
- Ämnet har inte forskats tillräckligt / Asiaa ei ole tutkittu tarpeeksi
- På grund av ekonomiska skäl / Taloudellisista syistä

15. Annat? / Muuta?

16. Borde Finlands hälso- och sjukvård erbjuda barnmorskeassisterade hemförlossningar som ett alternativ för sjukhusförlossningar? / Pitäisikö Suomen terveydenhuollon tarjota kätälön avustamia kotisynnytyksiä vaihtoehtoina sairaalasyntytyksille?

Markera endast en oval.

- Ja / Kyllä
- Nej / Ei
- Jag vet inte / En oikein tiedä