



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Magisterexamen

Karaktäristika för kvinnor i Norden som väljer en planerad hemförlossning

En jämförelse mellan Sverige och Norden

**Characteristics for Women in the Nordic Countries who chose to give
birth at home**

Författare: Kristina Lindblom och Katarina Rask
Handledare: Helena Lindgren
Granskare: Docent Mats Eriksson
Examinator: Margareta Persson
Ämne/huvudområde: Vårdvetenskap inriktning
sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa
Poäng: 15 hp
Betygsdatum: Ht2012

Högskolan Dalarna
791 88 Falun
Sweden
Tel 023-77 80 00

Sammanfattning

Bakgrund: Endast ett fåtal kvinnor i Norden väljer en planerad hemförlossning. I Sverige har en studie gjorts för att undersöka vilka karaktärsdrag som går att urskilja hos dessa kvinnor men liknande studier saknas för Norden.

Syfte: Syftet med denna studie var att beskriva vad som är karaktäristika för kvinnor i Norden som väljer en planerad hemförlossning samt jämföra karaktäristika hos kvinnor i Sverige med kvinnor från tre andra nordiska länder.

Metod: Studien är en retrospektiv tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats. Materialet är insamlat mellan 2009-2011 inom ramen för forskningsnätverket ”Nordic Homebirth” via enkätformulär på internetsidan www.nordichomebirth.com. Icke-parametriska analyser genomfördes med hjälp av Chitvå-test.

Resultat: Totalt svarade 778 kvinnor på enkäten. Kvinnorna i Sverige var i genomsnitt två år äldre och i högre grad omfödorskor och sammanboende/gifta. Fler kvinnor i Norden var ensamstående/ej sammanboende jämfört med de svenska kvinnorna. Ingen skillnad i utbildningsnivå fanns mellan kvinnorna i Sverige och Norden.

Slutsats: Skillnader i karaktäristika för kvinnor som väljer en planerad hemförlossning i Norden finns avseende ålder, paritet, civilstånd och ursprungsland. Bättre registrering av planerade hemförlossningar behövs för att kunna göra säkrare undersökningar av denna grupp.

Nyckelord: planerad hemförlossning, karaktäristika, kvinnor, Sverige, Norden

Abstract

Background: Only a few women in the Nordic countries choose to have a planned home birth. In Sweden, a study has been conducted to investigate the characteristics that can be discerned in these women, but similar studies are missing for the Nordic countries.

Purpose: The purpose of this study was to describe what the characteristics of women in the Nordic countries who choose a planned home birth and to compare the characteristics of women in Sweden with women from the other countries.

Method: The study is a retrospective cross-sectional study with a quantitative approach. The material is collected between 2009-2011 as part of the research network “Nordic Homebirth” through questionnaires on the website www.nordichomebirth.com. Non-parametric analysis was made using Chi-square test.

Results: A total number of 778 women responded to the survey. The women in Sweden were on average two years older and had a higher number of prior deliveries and cohabiting/married. More women in the Nordic countries were not married/cohabiting compared to the Swedish women. No difference in the level of education was found between the women in Sweden and the Nordic countries.

Conclusion: Differences in characteristics for women who choose a planned home birth in the Nordic countries are available for age, parity, marital status and country of origin. Better registration of planned home births is needed to make safer investigations of this group.

Keywords: Planned home birth, Characteristics, Women, Sweden, Nordic countries

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
HEMFÖRLOSSNING - REKOMMENDATIONER OCH DEFINITION	2
HEMFÖRLOSSNING I VÄRLDEN	2
HEMFÖRLOSSNING I DE NORDISKA LÄNDERNA	3
HEMFÖRLOSSNING I SVERIGE	4
FAKTORER SOM PÅVERKAR KVINNOR ATT VÄLJA PLANERAD HEMFÖRLOSSNING	5
GEMENSAMMA FAKTORER FÖR KVINNOR SOM VÄLJER HEMFÖRLOSSNING	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
FRÅGESTÄLLNINGAR	7
METOD	8
DESIGN.....	8
”NORDIC HOMEBIRTH”-PROJEKTET.....	8
URVAL OCH INKLUSIONSKRITERIER.....	8
DATAINSAMLING.....	8
ENKÄTEN	9
ANALYSMETOD	9
BEARBETNING AV VARIABLER.....	10
ETISKA ÖVERVÄGANDE	10
RESULTAT	11
FÖRDELNING AV DELTAGARE	11
FÖDELSEÅR	12
PARITET	14
CIVILSTÅND	14
UTBILDNINGSNIVÅ	14
DISKUSSION	14
SAMMANFATTNING AV RESULTAT	14
RESULTATDISKUSSION	14
METODDISKUSSION	17
SLUTSATSER.....	19
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	19
FÖRSLAG TILL FRAMTIDA FORSKNING	20
REFERENSER	21

Inledning

Att föda barn är en av de största upplevelserna i en kvinnas liv och en händelse som hon kommer minnas hela livet. För att få en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt väljer ett litet antal kvinnor att föda sitt barn i hemmet. Dessa kvinnor uttrycker en stark tilltro till sig själv och sin kropps förmåga att föda barn samt en vilja att förlossningen ska ske i en naturlig och trygg miljö. I Norden är det endast ett fåtal kvinnor som väljer en planerad hemförlossning. Sverige, Norge och Finland saknar en organisation för planerade hemförlossningar och endast 1/1000 kvinnor väljer en planerad hemförlossning. På Island och i Danmark ingår hemförlossningar i hälso- och sjukvårdsorganisationen och upp till 20/1000 förlossningar sker planerat i hemmet. I Sverige har det gjorts studier för att undersöka vilka karaktärsdrag kvinnor har som väljer en planerad hemförlossning men liknande studier för kvinnor i Norden saknas. Genom nätverket ”Nordic Homebirth” som startades 2007 av representanter från Sverige, Danmark, Norge och Island kan kvinnor som fött sitt/sina barn med en planerad hemförlossning svara på frågor som sedan sammanställs av en forskningsgrupp. Med hjälp av data från detta projekt ska det undersökas vad som är karaktäristika för kvinnor i Norden som väljer en planerad hemförlossning.

Bakgrund

Hemförlossning - rekommendationer och definition

Enligt World Health Organization WHO bör kvinnor med lågriskgravitet och förväntad lågriskförlossning få välja om de vill föda sitt barn hemma, på en mindre barnmorskeledd klinik eller på ett stort sjukhus. Oavsett var kvinnan väljer att föda sitt barn ska det vara en plats där all uppmärksamhet och omvårdnad fokuserar på kvinnans behov och hennes säkerhet. Om förlossningen planeras att ske i hemmet måste en planering finnas för hur en överflyttning till sjukhus ska gå till om det skulle bli aktuellt under förlossningen (1).

En planerad hemförlossning innebär att redan under graviditeten planeras den ske i hemmet med, som regel, en barnmorska som assisterar förlossningen, till skillnad från en snabb och oväntad hemförlossning som innebär att planeringen har varit att föda på sjukhus. I detta arbete används följande definition av planerad hemförlossning: när kvinnan under graviditeten planerar att förlossningen ska ske i hemmet. Förlossningen ska starta i hemmet med sammandragningar eller vattenavgång. Om förlossningen avslutas på sjukhus eller om barnet och/eller kvinnan efter födelse i hemmet transporteras till sjukhus räknas detta ändå som en planerad hemförlossning (2).

Hemförlossning i världen

Mer än hälften av alla barn i världen föds i hemmet och oftast utan någon professionell assistans. I utvecklingsländer finns flera faktorer som gör att kvinnor inte kan välja att föda sitt barn på något annat ställe än i hemmet; bland annat avståndet till en förlossningsklinik, kostnader som tas ut vid sjukhusförlossningar och brist på möjlighet att få ha med en anhörig som ska vara med på förlossningen. I industriländer har sjukhusförlossningar varit norm sen mitten av nittonhundratalet och trots att det inte varit förbjudat att föda hemma har möjligheten försvunnit i många länder (1).

I USA föds mer än 99 procent av alla barn på sjukhus och möjligheten att välja andra alternativ saknar stöd. American Medical Association (AMA) och American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) har inte bara ställt sig kritiska till idén om hemförlossning utan även uttrycker sig kritiskt mot de blivande föräldrar som väljer detta alternativ (3). Under 2000-talets början ses en ökning av antalet kvinnor som väljer att föda hemma och år 2006 föds 0,59 procent av alla barn planerat hemma, vilket motsvarar 24 970 barn. På två tredjedelar av alla hemförlossning i USA finns en utbildad barnmorska som

assisterar (4). I Australien föds år 2005 0,2 procent av barnen i hemmet. Vid en hemförlossning i Australien måste kvinnan själv stå för alla kostnader då varken den offentliga sjukvården eller privata försäkringar täcker dessa (5).

I Nederländerna är det fortfarande vanligt att föda hemma och 30 procent av alla kvinnor föder i hemmet, nästan dubbelt så många av dessa kvinnor är omföderskor jämfört med antalet förstföderskor. Andelen kvinnor i Nederländerna som föder hemma har sjunkit fram till mitten av 90-talet och har sedan dess legat stabilt omkring 30 procent. Anledningen till minskningen tros vara att numera handläggs lågriskförlossningar på sjukhus av barnmorskor samt att kvinnorna har fått en mycket kortare vårdtid, vilket gör att de nyblivna föräldrarna snabbt kan återvända hem. Nederländerna har en lång tradition av hemförlossningar och ett väl utbyggt sjukvårdssystem med avseende på detta (6). Upp emot 60 procent av alla kvinnor med lågriskgraviditeter har planerat att föda hemma medan 30 procent planerar att föda på sjukhus (7).

I England föds varje år ca 650 000 barn. Av dessa barn föds ca 2 procent i hemmet. England har en mödrahälsovård som är statligt finansierad och bekostar både sjukhusförlossningar och hemförlossningar. Förlossningsvården på sjukhus är barnmorskeledd och kvinnor kan även välja att föda på mindre barnmorskeledda "birth-centers" (8).

Hemförlossning i de nordiska länderna

I Norden handläggs 80 procent av alla förlossningar av barnmorskor vilket skiljer sig från resten av världen där barnmorskan har en mindre självständig roll (9).

I Danmark är all förlossningsvård statligt finansierad oavsett om kvinnan föder i hemmet eller på sjukhus, 1-2 procent av kvinnorna väljer en planerad hemförlossning. I Danmark finns riktlinjer som styr vården vid en planerad hemförlossning. Kvinnan som väljer att föda hemma ska så långt som det är möjligt få välja barnmorska och träffa henne innan förlossningen startar. Barnmorskan kommer hem till kvinnan under graviditeten för att träffa det gravida paret/kvinnan och för att prata om praktiska förberedelser inför en förlossning. Vidare ska barnmorskan finnas hos kvinnan under hela förlossningen och ha med sig material som kan behövas vid en okomplicerad förlossning men hon ska även ha tillgång till material som kan behövas för att påbörja olika åtgärder vid komplikationer hos mor och barn som kan tillstöta under förlossningen (10).

I Norge sker det cirka 200 planerade hemförlossningar per år, vilket utgör ca 0,3 procent av

alla förlossningar. Norge saknar riktlinjer för planerade hemförlossningar, men Statens Helsetilsyn (motsvarigheten till svenska Socialstyrelsen) har presenterat rekommendationer om att planerade hemförlossningar endast får ske om kvinnan har blivit informerad om risker och komplikationer, att kvinnan har en stark önskan om att få föda hemma och inga komplikationer ska ha uppstått under graviditeten och födelsen förväntas bli komplikationsfri. Barnmorskan eller läkaren som bistår förlossningen ska ha med sig det material som krävs samt ska även kunna ge det nyfödda barnet akut hjälp om det skulle behövas. Det nyfödda barnet måste få ta del av samma undersökningar som det skulle fått vid födelse på sjukhus. (11). Hälsodirektoratet i Norge håller på att utforma riktlinjer för planerade hemförlossningar, dessa riktlinjer planeras att publiceras 2012. Enligt utkastet som finns tillgängligt bör hemförlossningar räknas som ett alternativ till sjukhusförlossningar för friska gravida kvinnor med normal graviditet och förväntad lågriskförlossning. Vidare nämns i dokumentet att gravida kvinnor bör informeras om att föda hemma kan ge en större möjlighet till en normal förlossning utan ingrepp och en positiv förlossningsupplevelse (12).

I Finland finns det riktlinjer för hur hemförlossningar ska handhas. I Finland finns det bara ett fåtal barnmorskor som hjälper till vid hemförlossningar. De barnmorskor som hjälper till vid hemförlossningar gör detta frivilligt på sin fritid. Barnmorskorna är inte registrerade vid någon privat klinik och har ofta svårigheter att teckna försäkring. Det är ofta ett muntligt avtal mellan barnmorskan och föräldrarna som upprättats och ersättning är ofta liten (9).

På Island är barnmorskeyrket en självständig profession med ansvar för den normala graviditeten och förlossningen. All mödra- och förlossningsvård inklusive hemförlossningar är statligt finansierad, dock saknas riktlinjer för hur en planerad hemförlossning ska handläggas. Under 1950-1960 föds 70 procent av alla barn hemma. Fram till 1980-talet minskar antalet hemförlossningar markant då färre än en procent av barnen föds i hemmet. Sedan början av 2000-talet har dessa siffror stigit och år 2007 föds drygt en procent av alla barn planerat i hemmet, vilket motsvarar omkring 70 barn (13).

Hemförlossning i Sverige

I början av 1900-talet föds nästan alla barn i Sverige hemma, men detta har fram till idag ändrats då mindre än 1/1000 barn föds i hemmet (17). År 2005 upphäver Socialstyrelsen den författning som rörde hemförlossning (SOSFS 1990:22) (14). De kvinnor som väljer att föda hemma måste i de allra flesta fall hitta och betala sin barnmorska själv och vid 20 procent av alla hemförlossningar i Sverige deltar ingen utbildad personal (17). Undantaget i landet är

Stockholmsområdet där Stockholms medicinska råd har tagit fram regler som ska uppfyllas för att man får söka bidrag från landstinget till en hemförlossning. Reglerna som ska uppfyllas för att få ekonomiskt bidrag är följande:

- Omföderska med tidigare normala förlossningar och ej tidigare förlöst med kejsarsnitt.
- Enkelbörd med okomplicerad graviditet.
- Inga medicinska riskfaktorer förekommer som kan påverka förlossningsförloppet.
- Kontroll vid graviditetsvecka 36 är normal.
- Två barnmorskor ska medverka vid förlossningen.
- Hemförlossningsteamet och närliggande förlossningskliniken samarbetar.
- Transport till närmaste förlossningsklinik får inte ta mer än 40 minuter.
- En barnläkare ska undersöka barnet senast två dagar efter förlossningen (15).

Faktorer som påverkar kvinnor att välja planerad hemförlossning

Huvudskälen till att kvinnor väljer att föda i hemmet beskrivs vara att de känner sig trygga i sin hemmiljö och upplever att de får mera kontroll över situationen i hemmiljö (16) och att de vill ha en så naturlig förlossningsupplevelse utan interventioner som möjligt (9). Forskning visar att kvinnor som väljer en hemförlossning uttrycker ett behov av trygghet och upplever hemmet som en tryggare miljö än sjukhusmiljön. De har tidigare dåliga upplevelser av sjukhusvistelser, och har en önskan om en så naturlig förlossning som möjligt. Dessutom beskrivs en ökad känsla av kontroll samt tillit till den naturliga förlossningsprocessen (3). En svensk studie visar att kvinnorna vill genom att föda i hemmet få ökad möjlighet att bibehålla sin autonomi under födandet, att känna barnmorskan som förlöser henne samt känna sig trygg hemma och inte behöva åka in till sjukhuset när förlossningen startar. Några kvinnor upplever sitt hem som en trygg och säker plats, där de känner sig hemmastadda. De är i sitt eget personliga utrymme där barnmorskorna är gäster med respekt för hemmets ägare. Kvinnorna är tillfredsställda med att få vara hemma i sin säng, ta en dusch i sitt eget badrum samt att kunna införliva födelsen i sin vardag. De tycker det är trevligt att få föda hemma och slippa resa efter förlossningen som de skulle ha tvingats göra om de fött på sjukhuset. Hemmet upplevs som den självklara plats som ger säkerhet. De planerar i förväg för att skapa en plats som kan hjälpa dem att komma i rätt stämning, till exempel genom att ha öppen eld i spisen, brinnande ljus och mjuk musik. Att kunna skapa ett personligt mentalt utrymme innebär att de kan behålla integriteten. Några av kvinnorna vill att hela familjen ska kunna vara med när en ny familjemedlem kommer till världen (16).

Gemensamma faktorer för kvinnor som väljer hemförlossning

Forskning visar att kvinnor i industriländerna som väljer planerad hemförlossning har en inställning till förlossning som skiljer sig från de kvinnor som väljer att föda på sjukhus. Kvinnor som väljer att föda sitt barn utanför den konventionella förlossningsvården ser graviditet och förlossning som en naturlig process som de vill gå igenom utan medicinska interventioner (17). Kvinnorna som hade planerat en hemförlossning kände sig mer förberedda och upplevde att de fick bättre support av sin barnmorska jämfört med kvinnor som hade planerat en sjukhusförlossning (5).

Faktorer som påverkar de nederländska kvinnornas val av förlossningsplats är av främst av sociodemografisk karaktär, men även möjligheten till smärtlindring och avståndet till närmaste sjukhus är starka faktorer som spelar in vid beslutsfattandet (18). Karaktäristiskt för kvinnor i England som föder i hemmet är att de är vita, äldre än de kvinnor som väljer att föda på sjukhus, talar flytande engelska och lever i ett mera samhällsekoniskt gynnat område (19).

Vid studier av de finska kvinnor som väljer att föda hemma visar resultaten att de är sambos eller gifta, nästan alla är av medelklass eller strax över, ingen av kvinnorna bor i de nordligaste delarna av landet och nästan hälften är arbetslösa (9). Enligt en svensk studie är kvinnor i Sverige som väljer planerad hemförlossning i högre grad högutbildade, äldre än 35 år, arbetar i lägre grad utanför hemmet, har lägre gemensam inkomst än medelsvensson, har oftare fyra barn eller fler och kommer oftare från ett europeiskt land utanför Sverige än de kvinnor som väljer sjukhusförlossning (20).

Enligt en svensk studie är de kvinnor i Sverige som väljer hemförlossning väl insatta i sitt beslut, väger för- och nackdelar mot varandra samt väger in tidigare erfarenheter av att föda barn, familjens åsikt och sin egen känsla i sitt val av förlossningsplats. De kvinnor som föder barn hemma är mer nöjda med sin förlossning, upplever mindre smärta och använder i lägre utsträckning smärtlindring jämfört med kvinnor som föder på sjukhus (21).

Vidare visar svensk forskning att kvinnor i Sverige som väljer att föda barn hemma uttrycker en stark tilltro till sin förmåga att föda barn, till sin kropp och till barnmorskan som assisterar (22).

Problemformulering

Varje år sker det 1500-1700 planerade hemförlossningar i de nordiska länderna. Planerad hemförlossning innebär att den har under graviditeten planerats att ske hemma, startar i hemmet, oavsett var barnet sedan föds eller om mor och barn transporteras till sjukhus efter förlossningen. Beroende på vilket nordiskt land den födande kvinnan bor i finns det olika riktlinjer och organisation för hemförlossningar. Det finns studier som beskriver de svenska kvinnorna som väljer en planerad hemförlossning, men betydligt mindre kunskap finns om de kvinnor som väljer att föda hemma i övriga nordiska länder. Denna kunskap om likheter och skillnader mellan kvinnor i Norden som väljer hemförlossning kan vara av intresse för planering av riktlinjer och vårdprogram för hemförlossningar i de nordiska länderna.

Syfte

Syftet med detta fördjupningsarbete är att beskriva kvinnor i Norden som väljer planerad hemförlossning samt att jämföra kvinnor i Sverige som väljer planerad hemförlossning med motsvarande kvinnor i övriga Norden.

Frågeställningar

Vilka skillnader finns det mellan kvinnor i Sverige som väljer en planerad hemförlossning och kvinnorna i de övriga nordiska länderna avseende:

- ursprungsnationalitet
- födelseår
- paritet
- civilstånd
- utbildningsnivå

Metod

Design

Studiedesignen utgörs av en populationsbaserad enkätstudie som vänder sig till kvinnor i Danmark, Sverige, Norge och Island som fött barn genom en planerad hemförlossning eller påbörjat en planerad hemförlossning i hemmet. Materialet har analyserats med en kvantitativ ansats med fokus på jämförelser mellan kvinnorna i de nordiska länderna och Sverige.

Data som är insamlad mellan den 1/1 2009 till och med den 31/12 2011 av nätverket ”Nordic Homebirth” har används. Materialet har lagts in i IBM SPSS Statistics 20.0 och analyserats genom olika metoder. Genom detta har vi fått fram vad som är karaktäristika för kvinnorna och sett skillnader mellan kvinnorna i Norden och Sverige.

”Nordic Homebirth”-projektet

Nätverket ”Nordic Homebirth” är ett samarbetsprojekt mellan Sverige, Danmark, Norge och Island. Projektet startade i Tromsö 2007 med representanter från de fyra länderna. Projektet syftar till att samla in information/data om hemförlossningar som sedan ska kunna användas till forskning utifrån flera olika frågeställningar ex. karaktäristika. I nuläget finns det tre opublicerade vetenskapliga artiklar utifrån data som registrerats på www.nordichomebirth.com. Ett antal magisteruppsatser har skrivits utifrån materialet där både kvantitativ- och kvalitativ ansats har använts.

Urval och inklusionskriterier

De kvinnor i de fyra inkluderade länderna, Danmark, Sverige, Norge och Island som fött barn genom en planerad hemförlossning eller påbörjat en planerad hemförlossning i hemmet under perioden 1/1-2009 till 31/12 2011 är möjliga deltagare för studien. Inga exklusionskriterier förekom utan samtliga kvinnor, oavsett språk, som har svarat på enkäten är inkluderades i studien.

Datainsamling

Kvinnor som uppfyllde studiens inklusionskriterier informerades muntligt om studien av den barnmorska som assisterade vid den planerade hemförlossningen. Kvinnorna fick även ta del av skriftlig information om studien och uppmuntrades av barnmorskan att besvara formuläret på internetsidan www.nordichomebirth.com. Materialet som ingår i uppsatsen kommer från nätverket ”Nordic Homebirth”. På hemsidan www.nordichomebirth.com har tre olika formulär utformats; ett för kvinnorna som fött barn planerat i hemmet, ett för deras partner och ett för barnmorskan som har assisterat under förlossningen.

Enkäten

Formuläret till mammorna, där vissa frågor används för denna studie, består av 39 frågor varav två är öppna frågor med obegränsat utrymme för svaren. Frågorna i formuläret handlade om kvinnans upplevelse av olika aspekter av förlossningen, exempelvis smärta. Det fanns också frågor kring barnets vikt och längd, förlossningstid och vilken ställning kvinnan födde i samt vilka som närvarade vid förlossningen. De frågor som används i föreliggande studie är följande:

- Vilket år är du född?
- Är svenska ditt modersmål? (Den svenska versionen av enkäten)
- Vilken utbildning har du?
- Vilket är ditt civilstånd?
- När och var har du fött barn? (Tidigare förlossningar)

I enkäten är det även möjligt att fylla sitt personnummer och kontaktuppgifter om man godkänner att forskargruppen tar kontakt med kvinnan eller för att kunna jämföra data med Socialstyrelsens födelseregister. Enkäten finns i en svensk-, norsk-, dansk- och isländsk version.

Analysmetod

För att kunna undersöka skillnader i karaktäristiska för kvinnor i Norden jämfört med kvinnor i Sverige som väljer en planerad hemförlossning har materialet analyserats med hjälp av dataprogrammet IBM SPSS Statistics 20.0. Analysen har genomförts med beskrivande och jämförande statistik. Procent, medelvärde och korstabulering har använts. För att undersöka om statistiskt säkerställd skillnader fanns mellan fördelningen mellan grupperna användes Chitvå-test. Signifikansnivån sattes till 0,05. Chitvå-test är ett icke-parametriskt test som används för data som ligger på nominalskalenivå och kan även i vissa fall användas för data på ordinalskalenivå. Testet kontrollerar skillnaden mellan observerade och förväntade värden. Med hjälp av Chitvå-test kan skillnaden mellan två eller flera grupper undersökas (23).

För att korrigera risken för att masssignifikans uppstår har Bonferroni-justering används. Denna innebär att den bestämda signifikansnivån som i denna studie är satt till 0,05 delas med antalet variabler som analyserats. Det innebär att när många variabler analyseras krävs en lägre signifikansnivå för att justera risken för masssignifikans och för att nollhypotesen inte felaktigt förkastas.

Bearbetning av variabler

Författarna har valt att jämföra resultaten för de nordiska länderna med Sverige. Danmark, Island och Norge slogs ihop då det var få deltagare i Norge och Island-grupperna, vilket försvårade möjligheten att få säkerställda resultat för länderna var för sig. De nordiska länderna i resultatredovisningen innefattade Norge, Danmark och Island och dessa resultat jämfördes med resultaten för Sverige. Resultatet kommer att visas i tabeller och med diagram. Analyser genomfördes med två variabler åt gången då varje enskild cell riskerade att få ett för lågt värde om fler än två variabler användes vilket innebar att resultatet inte blir statistiskt säkerställt.

Frågan ”När och var har du fött barn tidigare?” svarar för variabeln paritet. Enkäterna för de olika länderna är inte lika utformade för denna fråga och därför kommer resultatet endast visa om man är förstagångsföderska eller omföderska. För frågan ”Är svenska ditt modersmål?” användes svaret här till variabeln ursprungsland.

Etiska övervägande

Personer som medverkar i ett forskningsprojekt ska skyddas från skada och kränkning, de ska känna sig trygga i att medverka; denna kodex heter individskyddskravet. Forskning som görs ska ha nytta för alla medborgare genom att kunna frambringa ny information och göra förändringar i samhället (24).

Denna studie bygger på redan insamlat material och ett godkännande från Forskningsetikommittén vid Karolinska Institutet finns, diarienummer 2009/147-31.

Deltagarna i denna studie har informerats om att deltagandet är frivilligt, att personuppgifter hanteras konfidentiellt och att ingen koppling kan göras mellan svaren och någon enskild person. Samtycke inhämtades genom att kvinnorna efter att ha erhållit muntlig och skriftlig information gav sitt skriftliga tillstånd att uppgifterna lades i databasen.

Hemförlossningar är ovanliga i västvärlden och det är möjligt att dessa kvinnor kan känna sig utpekade. Forskningsgruppen som är ansvarig för ”Nordic Homebirth”-projektet menar dock att eftersom alla uppgifter kommer att vara konfidentiella minskar risken med att någon enskild person ska kunna identifieras. Alla resultat presenteras på gruppnivå. Författarna till denna studie har endast haft tillgång till svaren på de fem variablerna som finns i arbetet och därför inte kunnat identifiera individerna.

Resultat

Fördelning av deltagare

Totalt svarade 778 kvinnor på enkäten på www.nordichomebirth.com. Fördelningen av deltagare mellan länderna presenteras i tabell 1. Kvinnorna som svarat på enkäten var boende i Norge, Sverige, Danmark och Island.

Tabell 1. Fördelning av deltagare mellan länderna

Land	Danmark	Sverige	Norge	Island	Norden	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
Antal	473 (60,8)	198 (25,5)	50 (6,4)	57 (7,3)	580 (74,5)	778

I tabell 2 presenteras vilken ursprungsnationalitet kvinnorna hade. Sverigegruppen hade en signifikant högre andel kvinnor som kom från gruppen övrigt-länder (bland annat England, Tyskland och Nederländerna) jämfört med Nordengruppen. Både i Norden och i Sverige fanns ett stort antal kvinnor som hade dansk ursprungsnationalitet. Av de kvinnor som svarat på enkäten bodde 60,8 procent i Danmark och 78,8 procent av kvinnorna i hela Norden (inklusive Sverige) hade Danmark som ursprungsnationalitet. Ingen av kvinnorna med svenskt ursprung hade planerat en hemförlossning utanför sitt ursprungsland. I Sverige hade 35,9 procent av kvinnorna som planerat att föda hemma ett annat ursprungsland än Sverige, dessa kvinnor kom framförallt från Danmark men även från andra delar av Europa exempelvis England, Tyskland och Nederländerna.

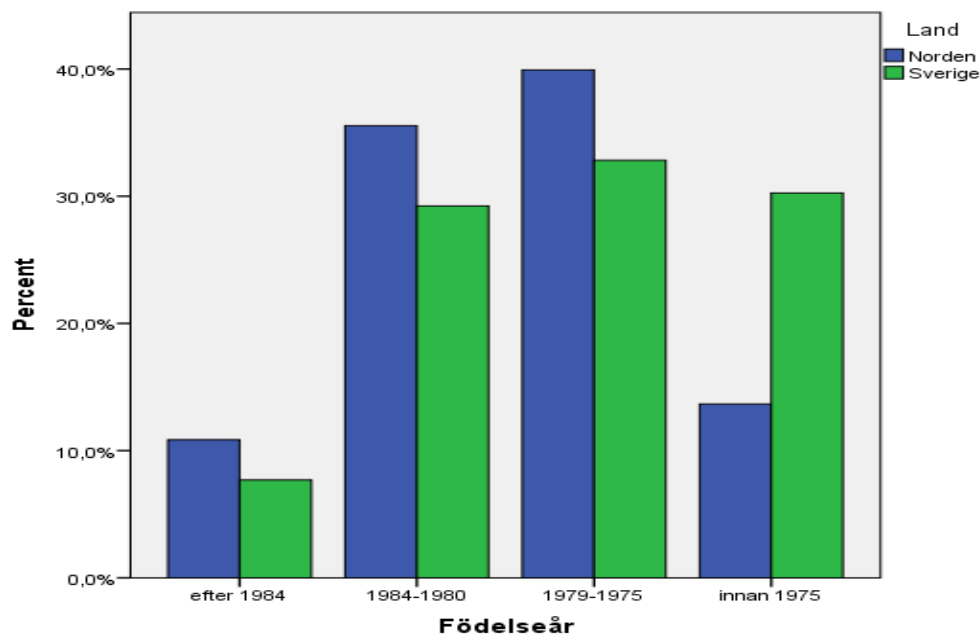
Tabell 2. Ursprungsnationalitet och nuvarande boendeland för de deltagande kvinnorna

Ursprungs-land	Dansk	Svensk	Norsk	Isländsk	Övrigt	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Norden	456 (78,8)	0 (0,0)	39 (6,7)	56 (9,7)	28 (4,8)	579 (74,8)
Sverige	49 (25,1)	125 (64,1)	5 (2,6)	0 (0,0)	16 (8,2)	195 (25,2)
Totalt	505 (65,2)	125 (16,1)	44 (5,7)	56 (7,2)	44 (5,7)	774

Födelseår

Bland de 580 kvinnorna som bodde i Norge, Danmark och Island var den äldsta kvinna född 1966 och den yngsta 1997. I Sverige var den äldsta kvinnan född 1962 och den yngsta 1990. I Sverige var 30,3 procent av kvinnorna födda före 1975 jämfört med Norden där motsvarande grupp var 13,7 procent. När födelseåren delas in i kategorier tydliggörs skillnaderna i födelseår mellan kvinnorna i Sverige och i Norden som valde en planerad hemförlossning, se diagram 1.

Diagram 1. Födelseår



I de tre första födelseårskategorierna är kvinnorna från Norden överrepresenterade, men i den fjärde kategorin är den svenska gruppen mer än dubbelt så stor (se även tabell 3).

Tabell 3. Sammanställning av karaktäristiska fördelat på Sverige och Norden

	Sverige	Norden	Totalt	Signifikansnivå
	n (%)	n (%)	n (%)	p
Födelseår				
Efter 1985	15 (7.7)	62 (10,9)	77 (10.0)	
1980-1984	57 (29.2)	203 (35.6)	260 (33.9)	
1979-1975	64 (32.8)	228 (39.9)	292 (37.6)	
Innan 1974	59 (30.3)	78 (13.7)	137 (17.7)	
Totalt	195 (25.5)	571 (74.5)	766	0.000
Missing	3 (1.5)	9 (1.6)	12 (1.5)	
Utbildningsnivå				
Grundskola/Gymnasium	45(21.3)	120(21.1)	165(21.1)	
Högskola/Universitet	155(78.7)	450(78.9)	605(87.9)	
Totalt	197 (25.7)	570 (74.3)	767	
Missing	1 (0.1)	10 (1.8)	11 (1.4)	0.937
Paritet				
Förstföderska	6 (3.1)	120 (20.7)	126 (16.3)	
Omföderska	189 (96.9)	460 (79.3)	649 (83.7)	
Totalt	195 (25.2)	580 (74.8)	775	0.000
Missing	2 (0.1)	1 (0.0)	3 (0.0)	
Civilstånd				
Ej sammanboende/gift	7 (3.6)	72 (12.4)	79 (10.2)	
Sammanboende/gift	186 (96.4)	507 (87.6)	693 (87.6)	
Totalt	193 (25.0)	579 (75.0)	772	0.000
Missing	5 (0.3)	1 (0.0)	6 (0.8)	
Ursprungsnationalitet				
Dansk	49 (25.1)	456 (78.8)	505 (65.2)	
Svensk	125 (64.1)	0 (0.0)	125 (16.1)	
Norsk	5(2.6)	39(6.7)	44(5.7)	
Isländsk	0(0.0)	56(9.7)	56(7.2)	
Övrigt	16(8.2)	28(4.8)	44(5.7)	
Totalt	194 (25.1)	579 (74.9)	774	0.000
Missing	4 (0.2)	1 (0.0)	5 (0.6)	

Paritet

I Norden sågs en högre andel kvinnor som födde barn genom en planerad hemförlossning som förstföderska än för motsvarande grupp i Sverige ($p=0,000$). I Norden var 20,7 procent av de deltagande kvinnorna förstföderskor jämfört med Sverige där 3,1 procent av deltagarna var förstföderskor (se tabell 3).

Civilstånd

Signifikant skillnad sågs beträffande civilstånd mellan de kvinnor i Norden och de kvinnor i Sverige som valde hemförlossning. Bland kvinnor i Norden var 12,4 procent av kvinnorna ogifta/ej sammanboende jämfört med 3,7 procent av deltagarna i Sverige ($p=0,000$) (se tabell 3). I Sverige var ingen av förstföderskorna ensamstående.

Utbildningsnivå

Utbildningsnivå för deltagarna presenteras i Tabell 3. Ingen statistiskt säkerställd skillnad sågs mellan kvinnorna i Sverige och Norden när det gällde utbildningsnivå ($p=0,937$).

Närmare 80 procent i båda grupperna var högskole- eller universitetsutbildade. Det fanns inte heller någon signifikant skillnad mellan utbildningsnivå och om kvinnorna var förstaföderskor eller omföderskor ($p=0,359$).

Diskussion

Sammanfattning av resultat

Syftet med studien var att undersöka skillnader mellan kvinnor i Sverige och övriga Norden som valde en planerad hemförlossning. Närmare 80 procent av alla de kvinnor i Norden som födde hemma hade Danmark som ursprungsland och 60 procent av deltagarna bodde i Danmark. Trots detta står Danmark endast för 25 procent av Nordens befolkning. Fler kvinnor i Norden som valde att föda i hemmet var ensamstående/ej sammanboende jämfört med kvinnorna i Sverige. Kvinnorna i Sverige var i högre grad omföderskor. Både kvinnorna i Norden och i Sverige uppvisade en hög utbildningsnivå där nära 80 procent hade en högskole- eller universitetsutbildning.

Resultatdiskussion

Majoriteten av alla kvinnor, fyra femtedelar, som valde att föda sina barn hemma hade Danmark som ursprungsland, trots att Danmark endast utgör en fjärdedel av befolkningen i Norden (Finland ej medräknat). Detta kan bero på att Danmark har en väl utbyggd organisation för hemförlossningar som ingår i den statligt finansierade förlossningsvården (10).

Samma sak gäller för Island som hade 7,3 procent av alla de nordiska hemförlossningarna, men vars befolkning bara står för 1,6 procent av Nordens folkmängd. Även på Island finns en organisation för hemförlossningar som är statligt finansierad (13). I Danmark har kvinnorna som väljer att föda hemma möjlighet att välja sin barnmorska och lära känna henne innan förlossningen. Kvinnor i allmänhet som föder hemma understryker vikten av att de känner barnmorskan som förlöser dem och detta behov är ännu starkare hos förstföderskor (5).

Sverige står enbart för en fjärdedel av alla hemförlossningar trots att den svenska folkmängden utgör nästan hälften av den Nordiska befolkningen. Norges befolkning står för en fjärdedel av Nordens folkmängd men har endast 6,4 procent av hemförlossningarna. Enligt rekommendationer från Helsedirektoratet i Norge bör kvinnan som föder hemma inte bo mer än 30-60 minuter med bil från ett sjukhus (13). För Norge som är ett glesbefolkat land med stora avstånd kan detta, förutom bristen på organisation och finansiering, leda till att kvinnor väljer att inte planera för en förlossning i hemmet. Norge har i jämförelse med Sverige dubbelt så många födelseinstitutioner jämfört med förlossningsantalet och har fler alternativ till den traditionella förlossningsvården på sjukhus (14), vilket också kan bidra till en förklaring av den låga andelen norska hemförlossningar.

Både Sverige och Norge saknar organisation för hemförlossningar och endast i vissa fall så betalar staten en del av kostnaderna för en hemförlossning (14,22). Författarna till uppsatsen tror att på grund av dessa faktorer är det troligtvis många kvinnor i dessa länder som inte känner till att hemförlossning är ett alternativ. Enligt en studie av Hildingsson m.fl. (2003) skulle tio gånger fler kvinnor vara intresserade av att föda hemma om det fanns en offentlig organisation för detta (25). Kvinnor som väljer en planerad hemförlossning i Sverige möter stort motstånd från barnmorskor och obstetiker som uttalar sig om hur oansvariga kvinnorna är som väljer att inte föda på sjukhus. Kvinnorna utsätts även för starka övertalningsförsök till att föda på sjukhus från vårdpersonal. Detta motstånd från den konventionella vården leder till att dessa kvinnor i vissa fall slutar gå på kontroller hos mödravården (26). En statlig organisation och riktlinjer för hur planerade hemförlossningar ska planeras och handläggas skulle kunna leda till att dessa kvinnor möttes av mindre fördomar och skepsis från vården och de kunde känna sig mindre utpekade och ifrågasatta i sitt val tror författarna till uppsatsen.

Vår studie visade att drygt 30 procent av de kvinnor som födde hemma i Sverige kom från andra länder där hemförlossning förekommer i större omfattning. En förklaring till detta kan

vara att i Stockholms län finns ett område som är präglad av antroposofiska verksamheter och där finns en stor inflyttning från europeiska länder där hemförlossning är vanligare än i Sverige. Hildingsson m.fl. (2006) konkluderar att 24 procent av hemförlossningarna i Sverige sker i denna region (19). Detta avspeglas troligtvis även i vårt resultat. Stockholms län är den enda regionen i Sverige som har riktlinjer för planerade hemförlossningar och även det kan vara en bidragande orsak till att fler väljer att föda barn i hemmet där än i övriga delar av Sverige.

Sverige saknar helt en organisation för hemförlossningar med undantag för Stockholms län som bistår med barnmorska vid hemförlossning under förutsättning att vissa kriterier uppfylls. Ett av dessa kriterier är att kvinnan ska vara omföderska (15). I vår studie var enbart 3,1 procent av kvinnorna i Sverige som födde hemma förstföderskor, medan i Norden var denna siffra 20,7 procent. Det finns därför anledning att misstänka att de kriterier som Stockholm har för att få bidrag till förlossningskostnaderna inverkar på andelen förstföderskor som väljer att föda i hemmet. Detta kan vara den bakomliggande anledningen till att kvinnor i Sverige är äldre när de föder barn hemma och i större utsträckning omföderskor än kvinnorna i resterande Norden. Vår studie visade att Sverige hade mer än en dubbelt så stor andel kvinnor som var födda innan 1975 jämfört med kvinnor från Norden.

En annan orsak som kan förklara studieresultatet att kvinnor i Sverige i större omfattning var omföderskor än kvinnor i de nordiska länderna kan vara tidigare erfarenheter av förlossningar. En studie av Lindgren & Erlandsson (2010) visar att några av de kvinnor som väljer en planerad hemförlossning är omföderskor som har dåliga erfarenheter av tidigare förlossning på sjukhus. Dessa kvinnor vill ha ett ostört utrymme och uppskattar möjligheten att stanna hemma i sin egen miljö där de känner sig trygga. De känner att de har mera kontroll i hemmet och kan bestämma vilka som får närvara (27).

Vår studie visade även att endast ett fåtal kvinnor i Sverige som födde i hemmet var ensamstående medan motsvarande siffra i Norden var 12,4 procent. Ingen av förstföderskorna i Sverige i vår studie var ensamstående. En studie gjord av Hildingsson m.fl. (2003) visar att svenska ensamstående gravida kvinnor har ett större intresse av att föda hemma än kvinnor som är sammanboende/gifta (25). Detta resultat avspeglar sig inte i vår studie. I Danmark, som har de flesta hemförlossningarna i Norden, kan kvinnorna redan under graviditeten välja sin hemförlossningsbarnmorska. Barnmorskan och kvinnan träffas flera gånger under graviditeten för att planera för förlossningen och etablera en relation. I Danmark finansieras

hela beloppet för en hemförlossning via skattemedel till skillnad från Sverige där kvinnorna får stå för hela kostnaden själv i de flesta fall. Som ensamstående kvinna kan det av ekonomiska skäl inte vara möjligt att planera för en hemförlossning vilket kan förklara vårt resultat.

Resultatet i denna studie visade att 79,9 procent av kvinnorna i Norden och 78,7 procent av kvinnorna i Sverige hade en högskole- eller universitetsutbildning. Tidigare forskning av Hildingsson & Lindgren (2006) visar att kvinnor som planerar för en hemförlossning i Sverige är i större utsträckning högutbildade (52,6 procent), jämfört med kvinnor som födde på sjukhus (38,9 procent) (19). I vår studie fann vi ingen signifikant skillnad avseende utbildningsnivån och paritet, vilket Hildingsson m.fl. (2006) redovisar. De beskriver att utbildningsnivån ökar med antalet barn (20).

Metoddiskussion

Varken Sverige eller Norden har en fullgod registrering av hemförlossningar i sina nationella födelseregister och ett syfte med ”Nordic Homebirth-projektet” var att skapa ett register där samtliga hemförlossningar i Norden registrerades (Opublicerad data från ”Nordic Homebirth”- projektet). Uppskattningsvis sker cirka 1500-1700 planerade hemförlossningar i Norden varje år, dock var svarsfrekvensen på ”Nordic Homebirths”-hemsida 778 svar på tre år. Skulle dessa uppskattade förlossningssiffror stämma har denna enkät en svarsfrekvens på 17 procent. Sannolikt är förekomsten av hemförlossningar lägre än den som uppskattades vid projektets start. Nationella register från Danmark anger att det under 2010 föddes 462 barn i hemmet och under samma tidsperiod i Sverige föddes 56 barn vid en planerad hemförlossning (personlig kommunikation, Helena Lindgren).

En ytterligare förklaring till det låga antalet deltagare i studien kan vara att alla kvinnor som haft en planerad hemförlossning har inte fått information om enkäten, alternativt inte haft någon barnmorska som assisterat vid förlossningen som kunnat informera om enkäten. Vid 20 procent av alla hemförlossningar i Sverige saknas utbildad personal/barnmorskor. Huruvida dessa kvinnor fått information om enkäten kan vara tveksamt, eftersom det var barnmorskan som närvarade vid hemförlossningen som hade i uppgift att informera om registret och studien. Andra orsaker till bortfallet kan vara att kvinnorna inte ville delta i studien eller saknade tillgång till dator med internet. Väljer man att genomföra en enkätundersökning via internet krävs att de svarande har tillgång till dator med internet (28).

Även barnmorskorna som deltar vid hemförlossningar svarar på enkäten och i Sverige, Norge

och Danmark är det ungefär lika många barnmorskor som mammor som svarat, vilket kan tyda på att samtliga kvinnor som planerat en hemförlossning har registrerats och att bortfallet är litet. Däremot på Island har dubbelt så många kvinnor som antalet isländska barnmorskor fyllt i enkäten, vilket tyder på att barnmorskorna kan brista i registreringen och att bortfallet blir då svårt att uttala sig om. Det är frivilligt att fylla i enkäten både från barnmorskornas och kvinnornas sida. Registret bygger enbart på de svar som fås in via hemsidan. Island hade under tiden för datainsamlingen endast varit med i ”Nordic Homebirth”-projektet i ett år och därför kan man anta att de borde ha tre gånger så många svar om de varit med hela perioden. Endast 50 planerade hemförlossningar hade registrerats i Norge vilket också kan förklaras av att barnmorskorna inte informerat om studien före 2011. I Statens Helsetilsyn står att det är cirka 200 planerade hemförlossningar per år i Norge och enligt ett utkast om hemförlossningar i Norge från HelseDirektoratet beskrivs att det är knappt 100 förlossningar per år. Det skulle medföra att under de tre år datainsamlingen utfördes saknas mellan 150-550 svar. Det förefaller som att det finns stora bortfall av kvinnor som ej registrerat sig på ”Nordic Homebirth”, vilket innebär att resultatet i vår studie hade kunnat se annorlunda ut om fler svarande. Resultatet från vår studie kan inte generaliseras på grund av detta problem med bortfall som identifierades utan resultaten i studien gäller för endast de kvinnor som deltagit.

För att svara på enkäten på www.nordichomebirth.com behövs ingen särskild inloggning utan enkäten är i princip öppen för vem som helst att fylla i och den kan fyllas i mer än en gång. Även att vi tror att risken för detta är liten skulle detta kunna missbrukas. Kvinnor som ångrar något av sina svar efter att enkäten skickats in kan helt enkelt fylla i en ny enkät för samma förlossning, vilket i databasen kan se ut som om det fötts två barn med en planerad hemförlossning.

Bland de 778 deltagarna i undersökningen har varje variabel/fråga haft ett litet bortfall på mellan tre till tolv deltagare. De bortfall som fanns berodde på att svaret antingen inte fanns ifyllt i enkäten eller gick inte att tolka av författarna. Enkäterna för de olika nordiska länderna är inte identiska utformade, vilket medförde att det gick enbart att undersöka ifall om kvinnorna var förstföderskor eller omföderskor. Det hade varit intressant att undersöka hur många barn kvinnorna hade tidigare då tidigare studie från Sverige har visat att kvinnor som föder hemma har fler barn jämfört med kvinnor som föder på sjukhus. Det skulle också varit intressantare att studera hur gamla kvinnorna var när de födde sitt barn istället för vilket år de är födda. Eftersom data samlades in över flera år säger inte ett födelseår lika mycket som en ålder skulle kunna gjort i detta sammanhang.

De vanligaste metoderna för datainsamling vid en kvantitativ metod är enkät eller intervjuundersökningar. I en kvantitativ studie är det önskvärt att så många som möjligt svarar för att få ett så tillförlitligt och representativt resultat som möjligt. När en kvantitativ studie görs är utformningen av frågeformuläret mycket viktig för att på ett fullständigt sätt täcka in området som avses undersökas. En kvantitativ metod passar bra när man vill uppskatta utbredningen av olika förhållanden och attityder är inom den grupp som undersöks. Fördelar med en enkätstudie är att det är ett billigt sätt att nå de tillfrågade och den som svarar på enkäten gör det när det passar henne själv. Nackdelar med en enkätstudie är att det är svårare att få in svar jämfört med intervjuundersökningar då en personlig kontakt finns. Det finns även risk för missförstånd och att den som svara inte förstår frågeformuläret (28)

Utformningen av den norska versionen av enkäten har lett till visst missförstånd av frågan om hur många barn man har sedan tidigare vilket har inneburit att författarna bara kunnat undersöka huruvida kvinnan är förstföderska eller omföderska.

När statistiska tester görs med hjälp av Chitvå-test krävs att varje cell som undersöks ska innehålla minst fem svar. Detta gör att det kan vara svårt att uppnå statistisk säkerställd skillnad vid små undersökningsgrupper, vilket var fallet när vi jämförde fler än två variabler. Därför gick det inte att dra någon säker slutsats från tester gjorda med fler än två variabler.

När analyser görs med hjälp av datorprogram är det lätt att göra många test och det finns risk för problem med masssignifikans. Detta innebär att trots att varje enskild prövning har haft en låg signifikansnivå ($p < 0.05$) finns det en risk för att man felaktigt förkastar en nollhypotes. För att minska denna risk har Bonferroni-justering använts.

Slutsatser

Bland de kvinnor som deltog i denna studie fanns skillnader i karaktäristika mellan kvinnor i Sverige och Norden som väljer en planerad hemförlossning avseende ålder, paritet, civilstånd och ursprungsland. Ingen skillnad sågs i utbildningsnivå mellan deltagarna i Sverige och i Norden. Bättre registrering av hemförlossningar i Norden behövs för att kunna göra säkrare undersökningar av denna grupp.

Kliniska implikationer

Detta är endast en liten deskriptivstudie, men utgör en del i de studier som gjorts och kommer att göras av material från "Nordic Homebirth". Författarna tror att det är betydelsefullt att veta hur olika gruppers vårdbehov uttrycker sig när planering och organisation inom hälso- och sjukvården genomförs. Resultaten av detta fördjupningsarbete kan vara ett stöd för

kommunikationen mellan brukare och beslutsfattare inom förlossningsvården samt bidra till att minska fördomar mot de kvinnor som väljer att föda planerat i hemmet. De Nordiska länderna har snarlik organisation av sin förlossningsvård och att känna till skillnader och likheter hos kvinnor som väljer planerad hemförlossning kan leda till att gemensamma riktlinjer kan utarbetas tillsammans mellan de Nordiska länderna.

Förslag till framtida forskning

Som framtida forskning skulle vi gärna se att det gjordes jämförelse mellan de länderna i Norden som har en statlig organisation, riktlinjer och statlig finansiering (Danmark och Island) för planerade hemförlossningar och länderna som saknar detta (Sverige och Norge). Vi tror att detta skulle medföra större skillnader i karaktäristika för kvinnorna som föder planerat i hemmet. Det behövs även mer omfattande registrering och större mängd data över planerade hemförlossningar för att uppnå statistiskt säkrare resultat. Andra variabler som kan vara intressant att undersöka är antalet barn, familjens inkomst och om planerade hemförlossningar i högre grad förekommer i storstäder eller på landsbygden. Det skulle även vara intressant att studera hur inställningen till det egna födandet skiljer sig åt mellan kvinnorna i de nordiska länderna samt hur kvinnorna bemöts av mödra- och förlossningsvården när de berättar att de vill föda hemma.

Referenser

1. WHO | Care in normal birth [Internet]. WHO. [citerad 29 Maj 2012]. Hämtad från: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_24/en/
2. Lindgren H. Hemförlossningar i Sverige 1992-2005 : Förlossningsutfall och kvinnors erfarenheter. [Stockholm]: Karolinska Institutet; 2008.
3. Armstrong EM. Home birth matters -For all women. *J Perinat Educ.* 2010 Jan 1;19(1):8–11.
4. MacDorman MF, Declercq E, Menacker F. Trends and characteristics of home births in the United States by race and ethnicity, 1990-2006. *Birth.* 2011 Mars 38(1):17–23.
5. Dahlen HG, Barclay LM, Homer C. Preparing for the first birth: Mothers' experiences at home and in hospital in Australia. *J Perinat Educ.* 2008 Jan 23;17(4):21–32.
6. Anthony S, Buitendijk SE, Offerhaus PM, Dommelen P, Pal de Bruin KM. Maternal factors and the probability of a planned home birth. *BJOG.* 2004 Dec 17;112(6):748–53.
7. De Jonge A, Van der Goes BY, Ravelli ACJ, Amelink Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, m.fl. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG.* 2009 Apr 15;116(9):1177–84.
8. Cheyne H, McNeill J, Hunter B, Bick D. United but divided? The need to consider the potential consequences of devolved UK government on midwifery education and practice. *Midwifery.* 2011 Dec;27(6):770–4.
9. Viisainen K. Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. *Soc Sci Med.* 2001 Apr;52(7):1109–21.
10. Poulsen A, Brot C, Danmark. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen. Kbh.: Sundhedsstyrelsen : [eksp.] Komiteen for Sundhedsoplysning; 2009.
11. Helsetilsynet søkeside [Internet]. [citerad 30 Maj 2012]. Hämtad från: <http://www.helsetilsynet.no/no/ts/sokeside/?quicksearchquery=faglige+krav+till>
12. Utkast till retningslinje för hjemmefödelse- Svangerskap, födelse og barseltid i trygge hender [Internet]. Helsedirektoratet; 2011 [citerad 12 September 2012]. Hämtad från: <http://www.helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/retningslinjer-for-svangerskap-fodsel-og-barseltid/retningslinjer-for-svangerskap-fodsel-og-barseltid-horningsutkast.pdf>
13. EBSCOhost: Midwives in Iceland -- "mothers of light" -- look back at their history and achievements of recent years [Internet]. [citerad 16 Maj 2012]. Hämtad från: <http://web.ebscohost.com.www.bibproxy.du.se/ehost/detail?vid=5&hid=105&sid=d62634fe->

58b0-436a-9d5a-

f5434fc0c920%40sessionmgr111&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010003571

14. Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I, Lindgren I (red) Lärobok för barnmorskor. Lund: Studentlitteratur; 2009.

15. Föda hemma – riktlinjer. [citerad 11 Maj 2012]; Hämtad från:
<http://www.varguiden.se/Tema/Gravid/Forlossningen/Foda-hemma---riktlinjer/>

16. Sjöblom I, Nordström B, Edberg A-K. A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery*. 2006 Dec;22(4):348–55.

17. van der Hulst L, van Teijlingen E, Bonsel G, Eskes M, Bleker O. Does a pregnant woman's intended place of birth influence her attitudes toward and occurrence of obstetric interventions? *Birth*. 2004 Mar;31(1):28–33.

18. Pavlova M, Hendrix M, Nouwens E, Nijhuis J, Van Merode G. The choice of obstetric care by low-risk pregnant women in the Netherlands: Implications for policy and management. *Health Policy*. 2009 Nov;93(1):27–34.

19. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *Br J Midwifery*. 2011 Nov 24;343(4):d7400–d7400

20. Hildingsson I, Lindgren H, Haglund B, Rådestad I. Characteristics of women giving birth at home in Sweden: A national register study. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Nov;195(5):1366–72.

21. Lindgren H, Hildingsson I, Rådestad I. A Swedish interview study: Parents' assessment of risks in home births. *Midwifery*. 2006 Mar;22(1):15–22.

22. Blix E. Avoiding disturbance: Midwifery practice in home birth settings in Norway. *Midwifery*. 2011 Okt;27(5):687–92.

23. Bjørndal A, Hofoss D, Karlsson MC. Statistik för hälso- och sjukvårdspersonal. Stockholm: Universitetsförl.; 1998.

24. Gustafsson B, Hermerén G, Petterson B. God forskningsred. Vetenskapsrådet; 2011.

25. Hildingsson I, Waldenström U, Rådestad I. Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth center care. *Birth*. 2003 Mar;30(1):11–22.

26. Sjöblom I, Idvall E, Rådestad I, Lindgren H. A provoking choice -Swedish women's experiences of reactions to their plans to give birth at home. *Women Birth*. 2012 Sep;25(3):e11–e18.

27. Lindgren H, Erlandsson K. Women's experiences of empowerment in a planned home birth: A Swedish population-based study. *Birth*. 2010 Dec;37(4):309–17.

28. Eliasson A. *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur; 2010.