

Nöjdhet hos kvinnor som väljer planerad hemförlossning i de nordiska länderna

FÖRFATTARE

Linda Jonsson
Åsa Larsson Lantz

PROGRAM/KURS

Barnmorskeprogrammet
Examensarbete i
Reproduktiv och perinatal
Hälsa
HT2012

OMFATTNING

15 Högskolepoäng

HANDLEDARE

Helena Lindgren

EXAMINATOR

Helen Elden

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk): Nöjdhet hos kvinnor som väljer planerad hemförlossning i de nordiska länderna

Titel (engelsk): Satisfaction among women who choose planned home birth in the Nordic countries

Arbetets art: Självständigt arbete – Magister uppsats

Program/kurs/kurskod Barnmorskeprogrammet/Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa/RPH100

Arbetets omfattning: 15 högskolepoäng

Sidantal: 31 sidor

Författare: Linda Jonsson, Åsa Larsson Lantz

Handledare: Helena Lindgren

Examinator: Helen Elden

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Endast ett fåtal kvinnor i Sverige och övriga nordiska länder väljer en planerad hemförlossning. Organisationen för en planerad hemförlossning varierar mellan de nordiska länderna. Det är inte känt hur nöjda dessa kvinnor är med sin hemförlossning, det är därför av intresse att öka kunskapen om hur nöjda kvinnor i Sverige och Norden är med sin planerade hemförlossning.

Syfte: Syftet med denna studie är att beskriva förekomsten av nöjdhet hos kvinnor som genomgått en planerad hemförlossning samt att jämföra förekomsten av nöjdhet hos kvinnor i Sverige med Danmark, Norge och Island.

Metod: Studien är en retrospektiv tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats. Materialet är insamlat 2010-2013 inom ramen för forskningsnätverket ”Nordic Homebirth” via en enkätformulär på internetsidan www.nordichomebirth.com. Data har analyserats med hjälp av deskriptiv och jämförande statistik.

Resultat: Totalt svarade 1834 kvinnor på enkäten. Över 90 procent i alla fyra länderna var helt nöjda med sin förlossning som helhet. Vid jämförelse mellan Sverige och Norden framkommer det att kvinnorna i Sverige var mindre nöjda med informationen om förlossningens förlopp och det medicinska omhändertagandet än var kvinnorna i övriga Norden. Kvinnorna i Sverige var mer nöjda med samarbetet med sin partner.

Slutsats: Kvinnorna i Sverige, Danmark, Norge och Island var mycket nöjda med sin planerade hemförlossning i sin helhet.

Nyckelord: Hemförlossning, stöd, autonomi, nöjdhet

ABSTRACT

Background: Only a few women in Sweden and in the Nordic countries chooses a planned homebirth. The organization of a planned homebirth varies between the nordic countries. It is not known how satisfied these women are with their homebirth, it is therefore of interest to learn more about how satisfied these women are with their planned homebirth.

Objective: The aim of this study is to describe the experience of satisfaction among women who have undergone a planned homebirth and to compare the incidence of satisfaction among women in Sweden with Denmark, Norway and Iceland.

Method: The study is a retrospective cross sectional study with quantitative approach. The data is collected 2010-2013 as part of the research network “Nordic Homebirth” via a survey form on the website www.nordichomebirth.com. Data were analyzed using descriptive and comparative statistics.

Result: A total of 1834 women responded to the survey. More than 90 percent in all four countries were completely satisfied with their childbirth as a whole. In a comparison between Sweden and the other Nordic countries, it appears that women in Sweden were less satisfied with the information about the progress of labor and the medical care then the women in the other Nordic countries was. The women in Sweden were more satisfied with their cooperation with their partner.

Conclusion: It was revealed that women in Sweden, Denmark, Norway and Iceland were very satisfied with their planned homebirth.

Keywords: Homebirth, support, autonomy, satisfaction

Innehållsförteckning

INLEDNING.....	1
BAKGRUND	2
HEMFÖRLOSSNING.....	2
HEMFÖRLOSSNING INTERNATIONELLT	2
HEMFÖRLOSSNING I NORDEN	4
Danmark.....	4
Norge	4
Island	5
Sverige	6
KARAKTÄRISTISKA FÖR KVINNOR SOM VÄLJER HEMFÖRLOSSNING	7
TEORETISK REFERENSRAM.....	8
STÖD.....	8
AUTONOMI	9
PROBLEMFÖRMULERING.....	10
SYFTE	11
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	11
METOD	11
DESIGN	12
DATAINSAMLINGSMETOD.....	12
INKLUSIONSKRITERIER	12
URVAL	13
ANALYSMETOD.....	13
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
RESULTAT	15
FÖRDELNING AV DELTAGARE.....	15
KARAKTÄRISTISKA HOS DE KVINNOR SOM INGÅR I STUDIEN	15
KVINNORS SKATTNING AV HUR NÖJDA DE VAR MED SIN PLANERADE HEMFÖRLOSSNING.....	17
DISKUSSION	21
METODDISKUSSION	21
RESULTATDISKUSSION	22
KONKLUSION	26

KLINISK IMPLIKATION.....	26
FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA FORSKNING.....	26
FÖRDELNING AV ARBETE	26
REFERENSER	27

INLEDNING

Att föda barn är en stor och viktig händelse i livet. För att få en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt spelar flera faktorer in. Att kvinnan känner stöd under förlossningen är en viktig faktor, samt att kvinnan får behålla sin autonomi genom att ha kontroll över de beslut som fattas vid förlossningen. Kvinnor har också uttryckt att de blev ”bättre föderskor” om de fick föda i en miljö som var bekväm, lugn och fridfull. Alla de här faktorerna kan vara anledningar till att en kvinna väljer att föda hemma istället för på sjukhus för att få en positiv förlossningsupplevelse.

Genom forskningsprojektet ”Nordic Homebirth” som startades 2008 av forskare och barnmorskor från Sverige, Danmark, Norge och Island kan kvinnor som fött barn med en planerad hemförlossning skatta sin nöjdhet med sin hemförlossning. Materialet samlas i en gemensam databas där alla planerade hemförlossningar i de fyra nordiska länderna sammanförs. Med hjälp av data från detta projekt kommer vi att undersöka hur nöjda kvinnorna var med sin planerade hemförlossning

BAKGRUND

Definitionen av en planerad hemförlossning i föreliggande arbete är när en kvinna 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 födsel i hemmet transporteras till sjukhus räknas detta ändå som en planerad hemförlossning (Lindgren, 2008).

HEMFÖRLOSSNING

Enligt WHO, 1996 bör en kvinna med en lågriskgraviditet och förväntad lågriskförlossning få välja om hon vill föda hemma, på en mindre barnmorskeledd klinik eller på sjukhus. Riskbedömning är något som pågår kontinuerligt under hela graviditeten och förlossningen. När en komplikation uppstår kan det betyda att kvinnan behöver mer specialiserad vård. Oavsett var en kvinna väljer att föda ska vårdgivaren fokusera på hennes behov och hennes säkerhet. Vid hemförlossning eller förlossning på en mindre barnmorskeledd klinik, ska det finnas en planering över hur en överflyttning till sjukhus ska ske om det blir nödvändigt. Vid en förväntad lågriskgraviditet och normal förlossning är det viktigaste att det finns en utbildad vårdgivare med på förlossningen som tidigt kan upptäcka eventuella komplikationer. För att förlossningen ska förbli normal är det viktigaste att kunna motivera, ge support och bry sig om kvinnan som föder. WHO:s rekommendation för vården under graviditet och förlossning är att mor och barn ska må bra med så lite medicinska interventioner som möjligt och samtidigt säkerställa en säker vård. Det måste finnas ett giltigt skäl att störa den naturliga födelseprocessen (WHO, 1996).

HEMFÖRLOSSNING INTERNATIONELLT

Sett ur ett internationellt perspektiv är hemförlossning vanligt, och sker oftast utan någon professionell hjälp (FIGO, 2013). Forskning visar att mer än 50 procent av alla förlossningar i låginkomstländer sker i hemmet (Pettersson, 2004). I låginkomstländer finns det flera anledningar till att en kvinna föder hemma och inte på sjukhus. Avstånd till sjukhus, kostnader för vård och att inte kunna ha anhörig med på förlossningar är anledningar att kvinnor i låginkomstländer väljer bort sjukhusförlossning (WHO, 1996). Om en kvinna väljer hemförlossning eller sjukhus hänger också ihop med om kvinnan är

väl förberedd för förlossningen och om hon har tagit beslutet tillsammans med någon nära anhörig. Det var mer troligt att hon valde sjukhus om mannen var med och tog beslutet (Kabakyenga, Östergren, Turyakira & Pettersson, 2012). I WHO:s millenniemål är två av målen direkt sammankopplade med att minska mödra- och barnadödlighet i låginkomstländer fram till 2015. Enligt en artikel från Zimbabwe är en ökad andel förlossningar med professionell assistans strategi för att minska mödra- och barnadödligheten (Kabakyenga, et al., 2012).

I industriländerna har sjukhusförlossningar varit normen sedan mitten av 1900-talet, möjligheten att få föda hemma har försvunnit i många länder (WHO, 1996). Att flytta alla förlossningar från hemmet till sjukhus har inte varit baserat på vetenskap (Olson & Jewell, 1998). I USA förekom nästan enbart hemförlossningar i början på 1900-talet till skillnad från nu på 2000-talet, då endast en procent av barnen föds hemma (MacDorman, Declercq & Menacker, 2011). Även om det är en bekväm och säker miljö på sjukhusen så väljer fortfarande en del av kvinnorna att föda hemma. Majoriteten av kvinnorna som valde hemförlossning i USA hade en barnmorska närvarande. I USA har planerade hemförlossningar svagt stöd från regeringen, professionella organisationer, försäkringsbranschen och samhället i övrigt (Boucher, Bennett, MC Farlin & Freeze, 2009).

I Australien är hemförlossning för många kvinnor ett alternativ till traditionell förlossning på sjukhus. Det förekommer även komplicerade förlossningar i hemmet. I Australien planerade cirka 730 kvinnor varje år för en hemförlossning, undersökningar visade på att intresset dessutom har ökat. Offentligt finansierade hemförlossningar har funnits i cirka 10 år (Newman & Hood, 2009). Nederländerna är ett av få industrialiserade länder där hemförlossning fortfarande uppmuntras för friska kvinnor med normal graviditet (Borquez & Wiegers, 2006). Statistik visar att 30 procent av alla kvinnor i Nederländerna föder i hemmet (de Jonge et al., 2009). I det obstetriska systemet i Nederländerna finns två unika egenskaper, det stora antalet hemförlossningar samt det relativt låga antalet medicinska ingrepp. Graviditet, förlossning och den postnatale perioden betraktas som normala fysiologiska händelser och därför uppmuntras kvinnor att föda hemma (Borquez & Wiegers, 2006).

I England är det lagstadgat att friska kvinnor med normal graviditet ska ha möjlighet att välja om de vill föda hemma, på minde barnmorskeledd enhet eller på sjukhus (Brocklehurst, Hardy, Hollowell, Linsell, Macfarlane, McCourt, et. al., 2012). I dag föder cirka två procent av kvinnorna i England hemma, men man tror att om det fanns bättre möjlighet att föda hemma så skulle åtta till tio procent välja det. Det engelska barnmorskeförbundet, Royal Collage of Midwives (RCM) och obstetrikerförbundet, Royal Collage of Obstetrics and Gynaecologists (RCOG), stödjer att kvinnan ska kunna välja att föda hemma vid en okomplicerad graviditet (RCOG, 2007).

HEMFÖRLOSSNING I NORDEN

I Norden handläggs 80 procent av förlossningarna av barnmorskor (NOMESKO,1993). Enligt Lindgren (2013) beräknas det ske ca 800-1000 planerade hemförlossningar i Norden varje år (Lindgren, Kjaergaard, Olafsdottir & Blix, 2013).

Danmark

I Norden är Danmark det land där planerade hemförlossningar förekommer mest, cirka två procent av det totala antalet förlossningar. I Danmark är hemförlossning inkluderat i hälso-och sjukvårdssystemet. Det finns möjlighet för den gravida kvinnan att vända sig till sjukhuset för att få en barnmorska som kan komma hem och hjälpa till vid förlossningen när den startar. Det finns pågående projekt vid flera danska sjukhus där kvinnorna kan få träffa sin barnmorska före födelsen samt att barnmorskan är närvarande under förlossningen oavsett om det sker i hemmet eller på sjukhus. Privatpraktiserande barnmorskor finns i Danmark som både erbjuder mödravård och hjälper till vid planerade hemförlossningar (Lindgren, 2008).

Norge

I Norge är förekomsten av hemförlossningar 0.1 procent enligt födelseregistret 2011 (Lindgren, Kjaergaard, Olafsdottir & Blix, 2013). I Norge finns möjligheter för en planerad hemförlossning, men är inte en formell del av det offentliga erbjudandet. För närvarande så innebär detta att privata barnmorskor kan erbjudas fast då utan avtal med hälsovårdsmyndigheter eller kommuner. Det innebär att planerade hemfödslar delvis faller utanför de regler och arrangemang som är viktigt runt patientsäkerheten och god hälso-och sjukvårdspersonal. Barnmorskan som bistår vid hemförlossningen får

ersättning av offentliga medel men föräldrarna måste betala en del av barnmorskevården. Ersättningen till barnmorskan är endast delvis täckt av regeringen av Hälso Ekonomiska Administrationen (HELFO). Kvinnan som fött hemma kan efter förlossningen ansöka om en förlossningspeng och får en summa från HELFO. Denna fördel har funnits sen 1996. Hälso direktoratet i Norge har arbetat fram riktlinjer för hemförlossning som gavs ut i november 2012. Urvalskriterierna baseras på rekommendationer från kvalitetskraven för förlossningsvården och riktlinjer för mödrahälsovård. Valet att föda hemma görs av kvinnan under graviditeten. Val av hemförlossning görs av barnmorskorna utifrån deras fortlöpande bedömning av potentiella risker under graviditet och vid förlossnings start. För att en kvinna ska få välja att föda hemma ska vissa kriterier uppfyllas såsom att kvinnan ska ha en normal och komplikationsfri graviditet och ett foster med huvud som föregående fosterdel. Förlossningen ska starta spontant mellan fullgången graviditet vecka 36 fram till vecka 41+6. Om kvinnan fött barn tidigare ska graviditet och förlossning varit komplikationsfri (Retningslinje for hjemmefødsel, 2012).

Island

Förekomsten av planerade hemförlossningar på Island 2011 var mellan 1-2 % enligt rapport från födelseregistret. På Island har barnmorskan rätt att själv ombesörja den normala graviditeten och förlossningen. De barnmorskeledda vårdenheterna ligger ofta nära landets sjukhus och universitetssjukhuset i Reykjavik. Vid komplikationer remitterar man till mer specialiserad vård. I områden där befolkningen bor glest finns barnmorskorna på vårdcentraler runt om i samhället samt på sjukhus och även här erbjuds hemförlossning.

Kvinnorna på Island har rätt att välja hemförlossning enligt de nationella riktlinjerna för val av födelseort. Förutsättningarna för att få föda hemma är frisk kvinna, normal graviditet, enkelbörd och där barnet ligger med huvudet som föregående fosterdel samt en spontan start av förlossningen. En barnmorska eller kvalificerad läkare ska vara närvarande vid förlossningen. I riktlinjerna framkommer även de villkor över när hemförlossning inte rekommenderas samt när förlossningen bör förflyttas till sjukhus. Förlossning, mödravård och hemförlossning finansieras av sjukförsäkring, som stödjer lagen om rätten till social trygghet (Lindgren, et. al., 2013).

Sverige

I början av 1900-talet förekom nästan alla förlossningar i hemmet. Senare under 1930-talet utvecklades förlossningsvården och 1935 var andelen hem- och sjukhusförlossningar ungefär lika. År 1962 föddes 99.7 procent av alla barn i Sverige på sjukhus (Socialstyrelsen, 2001).

I Sverige år 1992-2001 var förekomsten av förlossningar som ägt rum utanför sjukhus och som kodats i det medicinska födelseregistret 0.38 promille. Data som samlades in från kontakten med barnmorskor och annonsering visade att förekomsten av planerade hemförlossningar i Sverige under samma period var 0.85 promille. Hundra kvinnor som angav att förlossning skett hemma eller planerat föda hemma återfanns inte i medicinska födelseregistret. Om dessa kvinnors planerade hemförlossningar skulle inkluderas blir förekomsten av hemförlossningar i Sverige 0.95 promille.

(Lindgren, 2008). I dag rekommenderas inte hemförlossningar i Sverige. Stockholms medicinska råd rekommenderar att förlossningen sker på sjukhus där medicinsk hjälp finns om komplikationer skulle uppstå (Föda hemma riktlinjer, 2009). Studier har visat att om kvinnor i Sverige skulle bli erbjudna att få välja var de ville föda, skulle antalet hemförlossningar bli tio gånger fler. De kvinnor som väljer en planerad hemförlossning ser förlossningen som en social och naturlig händelse och är intresserade av alternativa vårdformer där deras behov beaktas (Hildingsson, Waldenström, & Rådestad, 2003).

I Stockholms län finns möjlighet att få ekonomisk ersättning för barnmorskan vid en planerad hemförlossning. Det medicinska rådet i Stockholm har tagit fram regler som måste uppfyllas för att få ersättning för barnmorskan vid en hemförlossning i Stockholms län. Man kan också välja att föda hemma utan att få ersättning om man inte uppfyller kriterierna, kvinnan få själv ombesörja att hitta en barnmorska som är villig att hjälpa henne. För att få bidrag för en hemförlossning krävs att följande kriterier uppfylls:

- Omfödelska med nuvarande normal graviditet, tidigare normala förlossningar och ej förlöst med kejsarsnitt.
- Inga medicinska riskfaktorer som kan påverka förlossningen.
- pratat med en förlossningsläkare om risksituationen.
- kontrollen i graviditetsvecka 36 är normal.

- Två barnmorskor medverkande vid förlossningen och ett samarbete med närliggande förlossningsklinik.
- Transport till närmaste förlossningsklinik får inte ta mer än 40 min.
- En barnläkare ska undersöka barnet senast två dagar efter förlossningen (Föda hemma riktlinjer, 2012).

KARAKTÄRISTISKA FÖR KVINNOR SOM VÄLJER HEMFÖRLOSSNING

Kvinnors inställning och förväntningar när det gäller val av plats att föda är olika. Kvinnor som väljer att föda hemma har ofta en önskan om autonomi och har ofta en förmåga att ta beslut själva och en vilja att ha kontroll över förlossningen (Viisainen, 2001). Att förlossningen är så naturlig som möjligt och att undvika onödig medicinsk behandling var också en viktig del (Boucher, et.al.2009; Kontoyannis & Katsetos, 2008; van Haaren-ten Haken, Hendrix, Nieuwenhuijze, Budé, de Vries & Nijhuis, 2012; Viisainen, 2001). Kvinnor som valde hemförlossning hade ofta en tillit till sin kropp och den naturliga förlossningsprocessen. De uttryckte också ett behov av trygghet, de upplevde att hemmet är en tryggare miljö att föda på än sjukhus (Armstrong, 2010; Sjöblom, Nordström & Edberg, 2006; van Teijlingen, Bonse, Eskes & Bleker, 2004). Kvinnor som planerat sin hemförlossning kände sig mer förberedda och upplevde att de fick mer stöd av sin barnmorska än de som hade planerat en sjukhusförlossning (Dahlen, Barclay & Homer, 2008). Kvinnor i Sverige som valde hemförlossning var väl insatta i sitt beslut och vägde för-och nackdelar mot varandra samt vägde in tidigare erfarenheter av att föda barn, familjens åsikt och sin egen känsla i sitt val av förlossningsplats (Lindgren, Hildingsson & Rådestad, 2006).

Internationella studier visar att kvinnor i USA som valde att föda hemma var vita kvinnor (non-hispanic), över 35 år, gifta eller sammanboende med barnafadern samt hade flera barn sedan tidigare (MacDorman, et.al., 2011). I Australien var medelåldern för kvinnor som födde hemma 30 år jämfört med 25 år för de som födde på sjukhus samt hade en högre inkomst än genomsnittet (Dahlen, et. al., 2008). Kvinnor i England som valde hemförlossning var vita, äldre än de som valde att föda på sjukhus, talade flytande engelska och levde i ett mer socioekonomiskt gynnat område (Brocklehurst, et. al., 2012). Kvinnorna i Nederländerna som valde hemförlossning var i genomsnitt 30 år gamla och

hade en hög utbildningsnivå samt en högre inkomst än de som valde sjukhusförlossning (Pavlova, Hendrix, Nouwens, Nijhuis & van Merode, 2009). I Sverige var kvinnor som valde en planerad hemförlossning i högre grad högutbildade, äldre än 35 år, arbetade i lägre grad utanför hemmet, hade lägre gemensam inkomst än medel. De hade oftare fyra barn eller fler och kom oftare från ett europeiskt land utanför Sverige än kvinnor som valde sjukhusförlossning (Hildingsson, Lindgren, Haglund & Rådestad, 2006).

TEORETISK REFERENSRAM

Begreppen stöd och autonomi är centrala vid planerad hemförlossning. Kvinnan upplever att hon får en möjlighet till mer stöd av barnmorskan om hon föder hemma (Dahlen, et. al., 2008) och hon har lättare att behålla sin autonomi och vara den som har kontroll över förlossningssituationen (Hadjigeorgiou, Kouta & Mårtensson, 2012).

STÖD

Ordet stödja beskrivs som vila sig mot någon eller att ge någon moraliskt och intellektuellt stöd (Nationalencyklopedin, 2010). Stöd är den enskilt viktigaste faktorn för att få en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt. Ett tidigt kontinuerligt stöd under förlossningen har visat sig ge kortare förlossningsförlopp, oftare spontana förlossningar, mindre smärtupplevelse, lägre förekomst av farmakologisk smärtlindring och färre instrumentella förlossningar. Att få en bra förlossningsupplevelse är viktigt då förlossningen är en central livshändelse som påverkar välbefinnandet för kvinnan samt relationen mellan mamma och barnet och med partnern. Stödet kan ges från olika människor som finns runt kvinnan såsom partnern, nära familjemedlem, vänner, doula eller vårdpersonal (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2013).

I tidigare forskning framkom det att stödet från barnmorskan var viktigt för kvinnan under förlossningen. Effekten av stöd har visats sig vara bättre om den personen som stödjer kvinnan inte är anställd på sjukhuset, som till exempel en doula. Förklaringen till det kan vara barnmorskans arbetssituation med ytterligare patienter att ta hand om samt arbetsuppgifter som dokumentation och rapportering som tar hennes tid. Doulans närvaro innebär ett känslomässigt stöd så som uppmuntran, stöd och vägledning under hela förlossningen (Hodnett, et.al., 2013)

En erfaren doula och utbildad sjukgymnast med psykosomatisk inriktning beskriver att ett bra stöd under förlossningen är av stor vikt. Stödet och tryggheten har en stor inverkan på stressreaktioner och negativa känslor under förlossningen. Att se och respektera kvinnan är därför viktigt. Närhet och fysisk beröring beskrivs som en mycket effektiv metod som hjälper kvinnan att bli mer närvarande i sin kropp, att slappna av, att våga släppa sina tankar och glömma tid och rum och att bara vara i det som sker. Stödpersonens viktigaste verktyg under förlossningen är massage och beröring som bland annat även ger en smärtlindrande effekt då smärtlindrande substanser frigörs. Närheten är avväpnande vilket gör kvinnan trygg och hjälper henne att ge sig hän (Heli, 2009).

Vid en undersökning bland förstföderskor i Australien framkom att stödet från barnmorskan hade stor betydelse för hur kvinnorna hanterade rädslan för smärtan och det okända samt känslan av ansvar över sin förlossning. Barnmorskornas stöd hade stor betydelse för de kvinnor som valde hemförlossning. De kände mindre rädsla och genom detta en känsla av att vara mer förberedda och tog ett större ansvar för förlossningen. De kvinnor som födde på sjukhus och inte fick samma stöd från sin barnmorska var ofta mindre förberedda inför förlossningen. Rädslan för smärta och en fruktan för det okända förekom ofta. I den situationen då barnmorskan inte lyckades ge kvinnan det stöd hon behövde för att få en rimlig förväntning på förlossningen, fick kvinnan ofta en negativ förlossningsupplevelse (Dahlen, Barclay & Homer, 2010).

AUTONOMI

Med autonomiprincipen menar man att det är en skyldighet att respektera andra människors rätt att bestämma över sina liv och sin kropp. Att främja autonomi innebär att göra det möjligt för människor att göra informerade val. I vården kan det handla om att inte tvinga en människa till en viss behandling eller ett visst beteende (Svedberg, Svensson & Kindeberg, 2001).

I den internationella etiska koden för barnmorskor är den första punkten: ”Barnmorskor respekterar kvinnans informerade rätt till val och stödjer kvinnans accepterande av ansvar för resultatet av sitt val” (Svenska Barnmorskeförbundet, 1999). I Socialstyrelsens (2001) State of the Art dokument om förlossningsvård, står det att det är viktigt att den födande

kvinnan ges möjlighet att vara delaktig i beslut som rör vårdens innehåll och att hennes autonomi respekteras.

I en engelsk studie framkom det att om kvinnans autonomi bevarades genom att göra henne delaktig i beslut, behandla henne med respekt och som en unik person under förlossningen gjorde att hon hade kvar sin känsla av kontroll och fick en positiv förlossningsupplevelse (Green & Baston, 2003). Att inte bli involverad i beslut och att tappa känslan av kontroll ökar risken för en negativ förlossningsupplevelse (Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad, 2004). För att en kvinna ska känna sig autonom och att hon har en känsla av kontroll måste hon bli respekterad och värderad för den egna kunskapen hon har om sin egen kropp, hennes värderingar, tro och vad som är viktigt för henne (Hadjigeorgiou, et.al., 2012).

I andra studier framkom det att orsakerna till att en kvinna valde hemförlossning var att hon hade en önskan om autonomi, att ha kontroll över de beslut som fattades vid förlossningen. Att undvika onödig medicinsk behandling, att ha en så naturlig förlossning som möjligt var också en viktig del (Boucher, et.al., 2009; Kontoyannis & Katsetos, 2008; Viisainen, 2001; van Haaren-ten Haken, et. al; 2012). Kvinnor har också uttryckt att de blev ”bättre föderskor” om de fick föda i en miljö som var bekväm, lugn och fridfull (Boucher, et.al., 2009). Kvinnor i Sverige som valde att föda hemma uttryckte en stark tilltro till sin förmåga att föda barn, sin kropp och till barnmorskan som var med. Kvinnorna ville genom att föda hemma få en ökad möjlighet till att behålla sin autonomi under förlossningen, känna barnmorskan som skulle förlösa henne samt kunna känna sig trygg hemma (Sjöblom, et.al., 2006).

PROBLEMFORMULERING

Varje år sker det 800-1000 planerade hemförlossningar i de nordiska länderna Sverige, Danmark, Norge och Island. Beroende på i vilket nordiskt land den födande kvinnan bor i finns det olika riktlinjer, organisation och förutsättningar för att en kvinna ska kunna föda hemma. Flera faktorer spelar in för att en kvinna ska känna sig nöjd och få en så bra förlossningsupplevelse som möjligt. Stöd framstår som den viktigaste faktorn för att få en så positiv upplevelse som möjligt. Att kvinnans autonomi bevaras och att hon behandlas

som en unik person gör att hon får en positiv förlossningsupplevelse. Kvinnor har också uttryckt att de blir ”bättre föderskor” om de får föda i en miljö som är bekväm, lugn och fridfull. Alla de här faktorerna kan vara anledningar till att en kvinna väljer att föda hemma istället för på sjukhus. Det är inte känt hur de olika faktorerna påverkar kvinnornas tillfredsställelse med sin planerade hemförlossning. Det är därför av intresse att öka kunskapen om hur nöjda kvinnor är med sin planerade hemförlossning i de fyra nordiska länderna.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva förekomsten av nöjdhet hos kvinnor som genomgått en planerad hemförlossning samt att jämföra förekomsten av nöjdhet hos kvinnor i Sverige med Danmark, Norge och Island.

FRÅGESTÄLLNINGAR

Hur nöjda var kvinnorna med sin hemförlossning i Sverige jämfört med kvinnor i Norden med avseende på nedanstående aspekter:

- Information om förlossningens förlopp
- Sin egen delaktighet i beslut som fattades
- Samarbetet med barnmorskan
- Samarbetet med sin partner
- Miljön omkring sig
- Det medicinska omhändertagandet
- Det känslomässiga omhändertagandet
- Förlossningen i sin helhet

METOD

Vi har använt delar av data som ingår i ett större forskningsprojekt om hemförlossningar i Norden, ”Nordic Homebirth”. Eftersom syftet med studien var att jämföra hur nöjda kvinnor var med sin planerade hemförlossning i Sverige och i de övriga nordiska länderna har vi valt en kvantitativ metod. Kvantitativ metod är lämplig för att analysera större mängd data och göra jämförelser mellan olika grupper (Ejlertsson, 2012).

Data har samlats in mellan 1/1-2010 till och med 25/8-2013. Materialet har analyserats i Statistical Package for Social Sciences, SPSS 18.0.

DESIGN

En populationsbaserad enkätstudie som vänder sig till kvinnor som fött barn genom en planerad hemförlossning i Sverige, Danmark, Norge och Island. Materialet har analyserats med en deskriptiv och jämförande statistik.

DATAINSAMLINGSMETOD

I de nordiska länderna registreras alla födselar i nationella födelseregister. Dock klassificeras en stor andel av de planerade hemförlossningarna fel och det går inte att urskilja vilka förlossningar som var planerade att ske i hemmet och vilka som skedde spontant i hemmet eller om förlossningen var planerad att ske och startade i hemmet men avslutades på sjukhus. I Sverige registreras 97-99% av alla förlossningar, ett antal av de som saknas är planerade hemförlossningar. Varje år sker uppskattningsvis mellan 800-1000 planerade hemförlossningar i de nordiska länderna. Finland ej medräknat eftersom de inte ingick i projektet "Nordic Homebirth" (Lindgren, et. al, 2013). Materialet som ingår i studien kommer från nätverket "Nordic Homebirth" som är ett samarbetsprojekt mellan Sverige, Danmark, Norge och Island. Projektet startade i Tromsö 2008 med representanter från de fyra länderna. Tre olika formulär har utformats; ett för kvinnorna som föder hemma, ett för deras partner och ett för barnmorskan som assisterat under förlossningen. Kvinnorna rekryterades genom skriftlig information och uppmuntrades av barnmorskan att fylla i formuläret som fanns på internetsidan www.nordichomebirth.com. Formuläret till mammorna består av 39 frågor varav två var öppna frågor där obegränsat utrymme gavs för svaren, där vi har granskat en av dessa frågor. Frågorna i formuläret handlade om kvinnans upplevelse av olika aspekter av förlossningen. Den frågan som användes i den här studien handlade kvinnans nöjdhet med förlossningen.

INKLUSIONSKRITERIER

Kvinnor från Sverige, Danmark, Norge och Island som planerat att föda barn hemma och påbörjat förlossningen i hemmet under perioden 1/1-2010 till 25/8-2013 var inkluderade i

studien. Kvinnorna behöver förstå och kunna uttrycka sig på språket som talas i respektive land.

URVAL

De kvinnor som planerat en hemförlossning får genom den assisterande barnmorskan skriftlig och muntlig information om ”Nordic Homebirth”-projektet och uppmanas att svara på enkäten på hemsidan. Samtliga kvinnor som planerat en hemförlossning och svarat på enkäten från 1/1-2010 till 25/8-2013 deltar i studien.

ANALYSMETOD

För att kunna beskriva, jämföra och mäta hur nöjda kvinnorna var med sin hemförlossning i Sverige och Norden har materialet analyserats i dataprogrammet SPSS 18.0. Resultatet presenteras med beskrivande och jämförande statistik. För att öka överskådligheten i datamaterialet har svarsalternativen dikotomiserats. Korstabulering och procent har använts. Chitvå-test har använts för att undersöka om det fanns någon statistiskt säkerställd skillnad mellan Sverige och Norden. Signifikantsnivån sattes till 0.05. Chitvå-test används för data som ligger på nominalskaletnivå och är ett icke parametriskt test som även kan i vissa fall användas för data på ordinalskalenivå. Chitvå-test kontrollerar skillnaden mellan observerande och förväntade värden. Med hjälp av detta test kan skillnaden mellan två eller fler grupper undersökas. (Björndal, Hofoss & Karlsson, 1998).

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

De personer som medverkar i ett forskningsprojekt ska skyddas från skada och kränkning, denna etiska kodex kallas för individskyddskravet. Forskning som görs ska vara till nytta för medborgarna genom att frambringa ny information och medverka till förändringar i samhället (Gustafsson, Hermerén & Petterson, 2011).

Denna studie bygger på redan insamlat material och ett godkännande från Forskningsetikkommittén vid Karolinska Institutet. I ansökan om etikprövning för ”Nordic Homebirth”-projektet framkommer det hur informativt samtycke har gått till. Informationen gavs muntligt och skriftligt till alla kvinnor som planerat föda barn i hemmet och vars förlossning startat spontant hemma, med barnmorskan som assistent.

Där beskrivs projektets syfte, upplägg och vilken nytta projektet förväntades ha, samt förklaring om vad medverkan innebar. Deltagarna informerades om att deltagandet var frivilligt, att personuppgifter var konfidentiella och att ingen koppling kunde göras mellan svaren och någon enskild person. Information gavs på samma sätt om möjlighet att via ett webbaserat frågeformulär delge sina upplevelser av en planerad hemförlossning, oavsett om den fullföljdes i hemmet eller om det blev nödvändigt med överflyttning till sjukhus. Samtycke inhämtades genom att kvinnorna efter ha erhållit muntlig och skriftlig information, gav sitt skriftliga tillstånd att uppgifterna läggs i databasen.

Hemförlossningar är ovanliga i västvärlden och möjligheten fanns att dessa kvinnor kunde känna sig utpekade. Forskningsgruppen menade att eftersom alla uppgifter var konfidentiella minskade risken med att någon person skulle kunna identifieras. Alla resultat presenterades även på gruppnivå. Att dela med sig av sina upplevelser av en hemförlossning kan komma både forskningspersonerna och samhället nytta. Genom att dela med sig av sina erfarenheter kan man anta att upplevelser har bearbetats. Vid datainsamling där frågeformulär används, är det också möjligt för forskningspersonerna att avstå från att besvara frågor som inte känns relevanta utan personlig påtryckning från forskaren.

Eftersom tidigare studier identifierat brister i registreringen av planerade hemförlossningar och vetskapen om de förlossningar som planerats och påbörjats i hemmet inte har gått att identifiera, saknades möjligheten för dessa forskningspersoner att bidra till kunskapsbasen. Patienternas åsikter är av stor betydelse och bör beaktas, både för vårdens planering i stort men även för den enskilda individens möjligheter att efter adekvat information kunna ta eget ställningstagande. En ökad medvetenhet bland vårdpersonalen kan även bli följden, men förhoppningen av ökad kunskap ska innebära ett förbättrat förhållningssätt med evidensbaserad information till kvinnor i barnafödande ålder som önskar föda barn i hemmet. Kunskapen om hemförlossningar har utvecklats under de senaste åren, dock kvarstår problemet med att avväga möjliga risker med att erbjuda förlossning i hemmet för de kvinnor som så önskar i förhållande till de fördelar som kvinnorna beskriver att de upplever genom hemförlossning.

På hemsidan för projektet Nordic Homebirth finns information till kvinnorna och deras partner vad materialet kommer att användas till. Det står hur länge forskningen håller på, att uppgifterna sammanställs och analyseras av en forskningsgrupp, resultaten kommer att finnas med i vetenskapliga artiklar, kunna användas till att förmedla kunskap och fakta till vårdpersonal och beslutsfattare. Resultaten kommer att återkopplas till deltagarna genom information på hemsida och en internationell konferens. Projektet är godkänt av den regionala etikprövningskommittén i Stockholm, diarienummer 2009/147-31, motsvarande tillstånd finns i respektive land för de övriga nordiska länderna.

RESULTAT

FÖRDELNING AV DELTAGARE

Totalt svarade 1834 kvinnor på enkäten på www.nordichomebirth.com och fördelningen mellan länderna presenteras i tabell 1. De nordiska länderna kommer att innefatta Danmark, Norge och Island och vi kommer att jämföra resultaten med Sverige.

Tabell 1 Fördelning av deltagare

Land	Sverige	Danmark	Norge	Island	Norden	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Antal	287 (16)	1358 (74)	84 (5)	105 (6)	1547 (84)	1834(100)

KARAKTÄRISTISKA HOS DE KVINNOR SOM INGÅR I STUDIEN

Tabellerna nedan visar karaktäristiska för de kvinnor som ingår i studien. Om man jämför karaktäristiska för kvinnorna i de fyra olika länderna visar det att det är lika mellan grupperna. Island skiljer sig något från de övriga länderna, där kvinnorna är något yngre, fler ensamstående kvinnor och något flera har 4 barn eller fler.

Tabell 2.1 Karaktäristiska för de kvinnor som ingår i studien

Variabel	Sverige N=287 n(%)	Danmark N=1358 n(%)	Norge N=84 n(%)	Island N=105 n(%)
Ålder				
<24 år	9 (3)	68 (5)	6 (7)	18 (17)
25-29 år	69 (24)	407 (30)	24 (28)	36 (34)
30-35 år	146 (51)	584 (43)	46 (55)	42 (40)
>35 år	63 (22)	299 (22)	8 (10)	9 (9)
Civil status				
Gift/Samboende	270 (94)	1249 (92)	80 (95)	92 (88)
Ensamstående/annat	17 (6)	109 (8)	4 (5)	13 (12)
Utbildningsnivå				
Grundskola	17 (6)	68 (5)	6 (7)	12 (11)
Gymnasiet	146 (51)	652 (48)	44 (52)	62 (59)
Högskola 1-3 år	92 (32)	407 (30)	26 (31)	17 (16)
Högskola >3 år	32 (11)	231 (17)	8 (9)	14 (13)
Paritet				
Första barmet	70 (24)	421 (31)	15 (18)	25 (24)
2—3 barn	172 (60)	747 (55)	59 (70)	58 (55)
4 barn eller fler	45 (16)	190 (14)	10 (12)	22 (21)

Tabell 2.2 visar att runt hälften av kvinnorna i Sverige och Norden är 30-35 år. Över 90 procent är gifta eller samboende. Hälften av kvinnorna har gått gymnasiet samt över 40 procent har högskoleutbildning. Mer än hälften av kvinnorna i studien har 2-3 barn.

Tabell 2.2 Karaktäristiska för de kvinnor som ingår i studien, jämförelse mellan Sverige och Norden

Variabel	Sverige N=287 n(%)	Norden N=1358 n(%)
Ålder		
<24 år	9 (3)	92 (6)
25-29 år	69 (24)	467 (30)
30-35 år	146 (51)	672 (43)
>35 år	63 (22)	316 (20)
Civil status		
Gift/Samboende	270 (94)	1421 (92)
Ensamstående/annat	17 (6)	126 (8)
Utbildningsnivå		
Grundskola	17 (6)	86 (6)
Gymnasiet	146 (51)	758 (49)
Högskola 1-3 år	92 (32)	450 (29)
Högskola >3 år	32 (11)	253 (16)
Paritet		
Första barnet	70 (24)	461 (30)
2—3 barn	172 (60)	864 (56)
4 barn eller fler	45 (16)	222 (14)

KVINNORS SKATTNING AV HUR NÖJDA DE VAR MED SIN PLANERADE HEMFÖRLOSSNING

Tabell 3.1 visar att kvinnorna i studien var genomgående mycket nöjda med sin planerade hemförlossning. På frågan om hur nöjda de var med förlossningen i sin helhet svarade över 90 procent i alla fyra länder att de var nöjda.

Tabell 3.1 Kvinnors upplevelse av hur nöjda de var med sin planerade hemförlossning

Fråga: Hur nöjd är du med din förlossning utifrån nedanstående faktorer	Sverige N=287 n(%)	Danmark N=1358 n(%)	Norge N=84 n(%)	Island N=105 n(%)
Informationen om förlossningens förlopp				
Stämmer helt	235 (82)	1254 (92)	68 (81)	98 (93)
Stämmer inte helt	42 (15)	77 (6)	16 (19)	7 (7)
Ej svarat	10 (3)	27 (2)	0 (0)	0 (0)
Min delaktighet i beslut				
Stämmer helt	273 (95)	1283 (94)	76 (90)	98 (93)
Stämmer inte helt	1 (0)	48 (3)	4 (5)	7 (7)
Ej svarat	13 (4)	27 (2)	4 (5)	0 (0)
Samarbetet med barnmorska				
Stämmer helt	257 (89)	1240 (91)	77 (92)	92 (88)
Stämmer inte helt	20 (7)	89 (6)	3 (4)	12 (11)
Ej svarat	10 (3)	29 (2)	4 (5)	1 (1)
Samarbetet med min partner				
Stämmer helt	267 (93)	1198 (88)	81 (96)	88 (84)
Stämmer inte helt	10 (3)	128 (9)	3 (4)	17 (16)
Ej svarat	10 (3)	32 (2)	0 (0)	0 (0)
Miljön omkring mig				
Stämmer helt	279 (97)	1246 (92)	79 (94)	97 (92)
Stämmer inte helt	0 (0)	88 (6)	1 (1)	8 (8)
Ej svarat	8 (3)	24 (2)	4 (5)	0 (0)
Det medicinska omhändertagandet				
Stämmer helt	211 (73)	1265 (93)	78 (93)	91 (87)
Stämmer inte helt	46 (16)	72 (5)	2 (2)	14 (13)
Ej svarat	30 (10)	21 (1)	4 (5)	0 (0)
Det känslomässiga omhändertagandet				
Stämmer helt	271 (94)	1303 (96)	75 (89)	98 (93)
Stämmer inte helt	6 (2)	32 (2)	5 (6)	6 (6)
Ej svarat	10 (3)	23 (2)	4 (5)	1 (1)
Förlossningen i sin helhet				
Stämmer helt	265 (92)	1296 (95)	79 (94)	102 (97)
Stämmer inte helt	12 (4)	43 (3)	1 (1)	3 (3)
Ej svarat	10 (3)	19 (1)	4 (5)	0 (0)

Tabell 3.2 visar en jämförelse mellan Sverige och Norden hur nöjda kvinnorna är med sin planerade hemförlossning. De flesta Kvinnorna i Sverige och Norden har svarat att de är nöjda med sin planerade hemförlossning när det gäller delaktighet i beslut, samarbetet med barnmorskan, miljön, det känslomässiga omhändertagandet och förlossningen i sin helhet. När det gäller dessa frågeställningar var det inte någon större skillnad mellan Sverige och Norden.

På frågan om hur nöjda kvinnorna var med informationen om förlossningsförlopp svarade 82 procent av kvinnorna i Sverige att de var helt nöjda jämfört med Norden där 92 procent var nöjda, vilket är en signifikant skillnad mellan grupperna ($p=0.00$). Även på frågan om det medicinska omhändertagandet var det en signifikant skillnad mellan grupperna ($p=0.00$). I Sverige svarade 73 procent att de var nöjda jämfört med 93 procent i Norden. På frågan om samarbetet med partnern svarade 93 procent av kvinnorna i Sverige att de var helt nöjda jämfört med 88 procent i Norden, vilket är statistiskt signifikant ($p=0.00$).

Tabell 3.2 Kvinnors upplevelse av hur nöjda de var med sin planerade hemförlossning, jämförelse mellan Sverige och Norden

Fråga: Hur nöjd är du med din förlossning utifrån nedanstående faktorer	Sverige N=287 n(%)	Norden N=1547 n(%)	Resultat OR (CI)	P-värde
Informationen om förlossningens förlopp				
Stämmer helt	235 (82)	1420 (92)		
Stämmer inte helt	42 (15)	100 (6)	0,4	0,00***
Ej svarat	10 (3)	27 (2)	(0,3-0,6)	
Min delaktighet i beslut				
Stämmer helt	273 (95)	1457 (94)		
Stämmer inte helt	1 (0)	59 (4)	NA	NA
Ej svarat	13 (4)	31 (2)		
Samarbetet med barnmorskan				
Stämmer helt	257 (89)	1409 (91)		
Stämmer inte helt	20 (7)	104 (7)	0,9	0,8
Ej svarat	10 (3)	34 (2)	(0,6-1,6)	
Samarbetet med min partner				
Stämmer helt	267 (93)	1367 (88)		
Stämmer inte helt	10 (3)	148 (10)	2,9	0,00***
Ej svarat	10 (3)	32 (2)	(1,5-5,6)	
Miljön omkring mig				
Stämmer helt	279 (97)	1422 (92)		
Stämmer inte helt	0 (0)	97 (6)	NA	NA
Ej svarat	8 (3)	28 (2)		
Det medicinska omhändertagandet				
Stämmer helt	211 (73)	1434 (93)		
Stämmer inte helt	46 (16)	88 (6)	0,3	0,00***
Ej svarat	30 (10)	25 (2)	(0,2-0,4)	
Det känslomässiga omhändertagandet				
Stämmer helt	271 (94)	1476 (95)		
Stämmer inte helt	6 (2)	43 (3)	1,3	0,5
Ej svarat	10 (3)	28 (2)	(0,5-3,1)	
Förlossningen i sin helhet				
Stämmer helt	265 (92)	1477 (95)		
Stämmer inte helt	12 (4)	47 (3)	0,7	0,3
Ej svarat	10 (3)	23 (1)	(0,4-1,3)	

p-värde enligt Chi-2 test *= $<0,05$; **= $<0,01$; ***= $<0,001$; NA: Icke applicerbart;

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Varken Sverige eller i Norden har en fullgod registrering av hemförlossningar i sina nationella födelseregister. Ett syfte med ”Nordic Homebirth” är att skapa ett register där samtliga hemförlossningar i Norden registreras (Lindgren, et. al., 2013) Uppskattningsvis sker det cirka 800-1000 planerade hemförlossningar i Norden varje år. Antal svar på ”Nordic Homebirths”-hemsida var 1834 svar på tre år och åtta månader. Skulle de uppskattade siffrorna stämma med antal hemförlossningar per år har denna enkät en svarsfrekvens på 60 procent och ett bortfall på 40 procent Om det interna bortfallet räknas in blir det totala bortfallet 50 procent, vilket är en stor andel En svaghet i studien är att en bortfallsanalys inte är gjord, vilket erfordras om bortfallet är större än 10 procent (Gellerstedt, 2004). Det viktigt att undersöka i vilken utsträckning personerna som valt att inte delta undersökningen skiljer sig åt vad gäller bakgrundskaraktäristika som exempelvis ålder, social tillhörighet eller antal födda barn från de personer som deltog i undersökningen. Detta för att kunna utesluta bias p.g.a. att en selekterad grupp deltagit i undersökningen, så kallad selektionsbias, vilket isåfall minskar möjligheten att kunna generalisera resultaten (a,a). En annan orsak till att bortfallet är 40 procent kan vara att inte alla kvinnor som planerat en hemförlossning fått information om enkäten, saknat intresse av att fylla i enkäten, inte haft tillgång till internet eller inte hade någon barnmorska hos sig vid förlossningen. Det är barnmorskans uppgift att informera om registret. Det är också frivilligt att fylla i enkäten både från barnmorskans och kvinnans sida.

I informationen nämns att man vill att kvinnan svarar på enkäten senast en månad efter förlossningen. Det är okänt om kvinnorna verkligen svarat på enkäten inom den här tiden. Enligt Waldenström blir kvinnorna mindre nöjda med sin förlossning ju längre tiden går (Waldenström, 2003). Detta skulle kunna påverka resultatet av hur nöjda kvinnorna verkligen var direkt efter förlossningen. En styrka med denna studie är att enkäten kan fyllas i av kvinnan i lugn och ro när det själv passar henne och besvara frågorna anonymt. Det skulle kunna vara tänkbart att kvinnor som var nöjda med sin förlossning var mer

angelägna om att svara på enkäten. Detta kan i så fall påverka resultatet till en mer positiv bild av planerad hemförlossning än vad som är representativt.

För de 1834 deltagarna i undersökningen har varje fråga haft ett internt bortfall på två till fyra procent. På frågan om nöjdhet med det medicinska omhändertagandet var det interna bortfallet hos de svenska kvinnorna 10 procent. När det gäller de svenska kvinnorna och det medicinska omhändertagandet kan bortfallet möjligtvis bero på att de var så missnöjda att de inte ville besvara frågan. Det skulle också kunna vara så att kvinnorna upplevde att det inte var något medicinskt omhändertagande vid hemförlossningen och hoppat över att besvara den frågan.

När statistiska tester görs med Chitvå-test krävs det att varje cell i fyrfältstabellen innehåller minst fem svar (Björndal, et. al., 1998). Detta gör att det kan vara svårt att få en statistisk säkerställd skillnad vid små undersökningsgrupper. På två av frågorna var antalet kvinnor som svarat ”stämmer inte helt” i Sverige färre än fem, därför gick det inte att dra någon säker slutsats på dessa frågor.

Reliabiliteten anses vara god eftersom det finns möjlighet för andra att genomföra samma undersökning igen genom att använda samma frågor och svar. Författarna kan inte påverka resultatet eller de parametrar som undersöks.

Enkäten som används i ”Nordic Homebirth” projektet har använts tidigare i tre större studier vilket stärker reliabiliteten och validiteten. I vår studie har endast frågan om hur nöjd kvinnan är med sin planerade hemförlossning analyserats. Om förlossningsberättelsen som kvinnan hade möjlighet att svara på med fritext också analyserats hade validiteten kunnat stärkas ytterligare. Det hade kunnat ge en större förståelse och bredd till vad kvinnorna var nöjda med. Frågornas utformning och val av vilka aspekter som ingår i frågan påverkar ju även utfallet av svaren och om det verkligen speglar hur nöjd kvinnan är. Om det hade funnits med en fråga om exempelvis smärta kunde resultatet se annorlunda ut.

RESULTATDISKUSSION

Det framkom att över 90 procent av kvinnorna som besvarat enkäten i Sverige, Danmark, Norge och Island var mycket nöjda med sin planerade hemförlossning som helhet. Detta

kan anses vara en hög nivå av tillfredsställelse. För att få en så bra förlossningsupplevelse som möjligt är stöd den viktigaste faktorn. Ju tidigare under förlossningen stödet initieras desto större vinster (Hodnett et. al., 2007). I en studie från USA där man undersökte vilka faktorer som är sammankopplade med att en kvinna ska känna sig nöjd med sin förlossning, fann man också att en känsla av kontroll var en viktig faktor samt att kvinnan hade förberett sig inför sin förlossning. (Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004). Det finns olika motiv som gör att en kvinna väljer att föda hemma. Orsaker som att få välja barnmorska, slippa sjukhusrutiner och förflyttning samt att de ser förlossningen som en naturlig fysiologisk process som störs minst om de får vara på en plats där de känner sig trygga. Tilliten till sin egen förmåga att föda barn kan vara ett motiv till att välja hemförlossning (Sjöblom et. al., 2006). Att kvinnorna i studien var mycket nöjda med sin planerade hemförlossning kan bero på att vid en hemförlossning har kvinnan förberett sig genom att tänka igenom hur och var hon vill föda. Hon har haft kontakt med barnmorskan innan förlossningen och planerat den ihop med barnmorskan. Bara att planera en hemförlossning kan i sig göra att kvinnan känner sig nöjd eftersom hon känner att hon har en känsla av kontroll. Detta kan leda till att kvinnan känner sig mer förberedd och kan känna tillit till sin egen förmåga. Att barnmorskan vid en hemförlossning finns tillgänglig för att ge kontinuerligt stöd och vägledning kan också vara en faktor som hjälper kvinnan att få en så bra förlossningsupplevelse som möjligt.

Kvinnorna i Sverige var mindre nöjda med det medicinska omhändertagandet än kvinnorna i övriga Norden. En förlossning kan vara en helt naturlig händelse i en kvinnas liv där hon kan utnyttja sin egen inneboende styrka och resurser för att föda på ett så naturligt sätt som möjligt utan medicinska interventioner. En förlossning kan också bedömas som en risk med stort medicinskt fokus på att behandla olika graviditetskomplikationer samt vård efter en komplicerad förlossning såsom akut kejsarsnitt, stor blödning eller svårt sjukt barn (Berg, 2010). Riskbedömning är något som pågår kontinuerligt under hela graviditeten och förlossningen. När en komplikation visar sig kan det betyda att kvinnan behöver mer specialiserad vård. Vid hemförlossning eller förlossning på en mindre barnmorskeledd klinik, ska det finnas en planering över hur en överflyttning till sjukhus ska ske om det blir nödvändigt. Vid en förväntad lågriskgraviditet och normal förlossning är det viktigaste att det finns en utbildad

vårdgivare med på förlossningen som tidigt kan upptäcka eventuella komplikationer (WHO, 1996).

I Sverige idag finns inga rekommendationer om hur en hemförlossning ska handläggas. Författningen (SOSFS 190:22) om hemförlossning som fanns tidigare har tagits bort och inte ersatts (Berg, 2010). Enbart i Socialstyrelsens State of the Art dokument om förlossningsvård finns ett litet stycke om hemförlossning och kvinnans eget ansvar vid eventuella risker (Socialstyrelsen, 2001). Vedam fastslår att i de länder där hemförlossning ingår i sjukvårdens organisation föreligger det ingen ökad risk med hemförlossning. Men ju mer perifer en verksamhet är när det gäller koppling till sjukhus, desto mer ökar risken för en medicinsk osäker vård (Vedam, 2003). I Danmark är hemförlossning inkluderat i hälso-och sjukvårdssystemet. Det finns möjligheten för den gravida kvinnan att vända sig till sjukhuset för att få en barnmorska som kan komma hem och hjälpa till vid förlossningen när den startar (Lindgren, 2008). I Norge finns möjligheterna för en planerad hemförlossning, men är inte en formell del av det offentliga erbjudandet. Hälsodirektoratet i Norge har arbetat fram riktlinjer för hemförlossning som gavs ut i november 2012 (Retningslinje for hjemmefødsel, 2012). Kvinnorna på Island har rätt att välja hemförlossning enligt de nationella riktlinjerna för val av födelseort. En barnmorska eller kvalificerad läkare ska vara närvarande vid förlossningen. I riktlinjerna framkommer även de villkor över när hemförlossning inte rekommenderas samt när förlossningen bör förflyttas till sjukhus (Lindgren, et. al., 2013).

Avsaknaden av riktlinjer i Sverige leder till att handläggandet av en hemförlossning kan se olika ut i olika delar av Sverige. En medicinsk säkerhet skulle eventuellt lättare kunna garanteras i Sverige om verksamheten granskades och kvinnorna som väljer en planerad hemförlossning fick ingå i ett medicinskt sammanhang. Genom att inkludera hemförlossningar i hälso-och sjukvården och utföra nationella riktlinjer hade man kanske lättare kunnat garantera den medicinska säkerheten och omhändertagandet vid hemförlossningar i Sverige.

Kvinnorna i Sverige var även mindre nöjda med informationen om förlossningens förlopp än kvinnorna i övriga Norden. För att få en så bra förlossningsupplevelse som möjligt är stödet den viktigaste faktorn (Hodnett et. al., 2013; Lavender, Walkinshaw &

Walton, 1999). Stöd kan ges på olika sätt så som emotionellt stöd, instrumentellt, informativt eller att bara visa uppskattning kan vara att ge stöd. Emotionellt stöd står för vård och omsorg, kärlek och tillit. Instrumentellt stöd kan vara praktisk hjälp eller assistans. Informativt stöd är kontinuerlig information som ges till en person som upplever stress och problem (Hall & Wigert, 2010).

Barnmorskans uppgift är att ge fortlöpande information till kvinnan (Lavender et.al, 1999; Bowers, 2002). Att ge information är en viktig faktor för att kvinna ska känna sig väl förberedd inför förlossning. Kvinnor som får en tydlig och bra information under förlossningen får en mer positiv förlossningsupplevelse (Lavender et.al, 1999). En del kvinnor som får bristfällig information om förlossningens förlopp upplever en frustration över att inte veta vad som sker och kommer att ske under förlossningen (Lavender et.al, 1999; Bowers, 2002). Bra information kan åstadkommas genom att informera och förklara på ett förenklat språk och undvika diffusa förklaringar (Bowers, 2002). Att ge information på ett adekvat sätt innebär också att man har en bra kommunikation med kvinnan. Barnmorskan kan genom en bra kommunikation få den viktiga informationen från kvinnan som hon behöver och samtidigt ge kvinnan tydliga instruktioner och på så vis guida henne genom förlossningen (Halldorsdóttir & Karlsdóttir, 1996).

I Sverige rekommenderas inte hemförlossningar då Stockholms medicinska råd hänvisar till att förlossningen bör ske på sjukhus där medicinsk hjälp finns om komplikationer skulle uppstå. I Sverige måste kvinnan själv hitta att hitta en barnmorska som vill assistera vid en hemförlossning och stå för kostnaden själv om de inte uppfyller kriterierna för att få ersättningen (Föda hemma riktlinjer, 2009). Danmark är det land i Norden där hemförlossningar förekommer mest och där möjligheten finns att vända sig till sjukhuset för att få en assisterande barnmorska vid en hemförlossning. Kvinnorna kan redan under graviditeten välja en hemförlossningsbarnmorska då det finns privatpraktiserande barnmorskor som erbjuder mödravård och assistans vid en hemförlossning (Lindgren, 2008). En möjlig orsak till att kvinnorna i Sverige var mindre nöjda med informationen kring förlossningens förlopp än i Norden kan vara att kvinnorna i Danmark har möjlighet att få träffa sin barnmorska under graviditeten flera gånger för att planera förlossningen och kan då etablera en god relation. I och med detta kan kvinnan

få en känsla av trygghet och uppleva att hon får en bättre information och kommunikation med sin barnmorska under förlossningens förlopp än kvinnorna i Sverige.

KONKLUSION

I vår studie framkom det att kvinnorna i Sverige, Danmark, Norge och Island var mycket nöjda med sin planerade hemförlossning i sin helhet. Det var nöjda med delaktighet i beslut, samarbetet med barnmorskan, samarbetet med partnern, miljön och det känslomässiga omhändertagandet. Vid jämförelse mellan Sverige och de övriga tre nordiska länderna framkommer det att kvinnorna i Sverige var mindre nöjda med informationen om förlossningens förlopp och det medicinska omhändertagandet än vad kvinnorna i de övriga länderna var.

KLINISK IMPLIKATION

Kvinnor som föder barn hemma på sina egna villkor i en lugn och trygg miljö är nöjda med sin förlossning. Att inkludera hemförlossningar i den allmänna hälso- och sjukvården och efterlikna hemförlossning på sjukhusens förlossningsavdelningar kan ge fler kvinnor möjligheter till en positiv förlossningsupplevelse. Detta kan ske genom att låta kvinnan bevara sin autonomi, införa kontinuerligt stöd, och inte intervensera i normala förlossningsförlopp vilket kan påverka kvinnors förlossningsupplevelse i en positiv riktning.

FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA FORSKNING

I studien visade det sig att mer än 90 procent av kvinnorna var nöjda med sin planerade hemförlossning. Det skulle vara av värde att ta reda på hur nöjda kvinnor är med sin sjukhusförlossning och jämföra det med en grupp kvinnor som föder hemma för att se om det är någon skillnad mellan hur nöjda kvinnor är med att föda hemma jämfört med att föda på sjukhus.

FÖRDELNING AV ARBETE

Arbetet har fördelats lika mellan båda författarna och båda har varit likvärdigt aktiva i uppsatsarbetet med problemformulering, bakgrund, metod, analys, resultatredovisning, diskussion, argumentation, slutsatser och skriftlig utformning.

REFERENSER

- Armstrong, E.M. (2010). Home Birth Matters-For All Women. *Journal of Perinatal Education*, 1;19(1),8–11.
- Berg, M. (2010). Vårdande vid barnafödande med ökade risker. Berg, M., & Lundgren, I (Red.), *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. Upplaga 2:2
Lund:Studentlitteratur.
- Björndal, A., Hofoss, D., & Karlsson, M.C. (1998). *Statistik för hälso- och sjukvårdspersonal*. Stockholm: Universitetsförlaget
- Borquez, A.H., & Wiegers, A.T. (2006). A comparison of labour and birth experience of women delivering in birthing center and at home in Netherlands. *Midwifery*, 22,339-347.
- Boucher, K., Bennett, C., M.C. Farlin. B., & Freeze, R. (2009). Staying home to give birth: Why women in the United States choose home birth. *Journal of Midwifery & Womans health*, 54(2),119-126.
- Bowers, B.B. (2002). Mothers' experiences of labor support: exploration of qualitative research. *JOGGN* 31(6), 742-752.
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., et al. (2012). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Online)*. 344(7840).
- Dahlen, H.G., Barclay, L.M., & Homer, C. (2008). Preparing for the First Birth: Mothers' Experiences at Home and in Hospital in Australia. *Journal of Perinatal Education*, 17(4), 21–32.
- Dahlen, HG., Barclay, L., Homer, C. (2010). Reacting to the unknown: experiencing the first birth at home or in hospital in Australia. *Midwifery*, 26, 415-423
- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaparna*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Föda hemma – riktlinjer. (2009) Tillgänglig 2012-12-14:

<http://www.varguide.n.se/Tema/Gravid/Forlossningen/Foda-hemma---riktlinjer/>

Gellerstedt, M. (2004). *M12-Medicinsk statistik*. Holmbergs: Malmö AB

Goodman, P., Mackay, M.C., & Tavakoly, A.S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of advanced nursing*, 46 (2), 212 – 219.

Green, J.M., & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: Concepts, correlation, and consequences. *Birth*, 30(4), 235-247.

Gustafsson, B., Hermerén, G., & Petterson, B. (2011). *God forskningssed. Rapport nr 1:2005*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Halldórsdóttir, S., & Karlsdóttir, S. (1996). Women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care Women Int*, 17(4), 361-379.

Hadjigeorgiou, E., Kouta, C., & Mårtensson, L.B. (2012). Womens perceptions of their right to choose the place of childbirth: an integrative review. *Midwifery*, 28, 380-390.

Hall, E., & Wigert, H. (2010). Familjeinriktad neonatalvård. Berg, M., & Lundgren, I (Red.), *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödand*, Upplaga 2:2 Lund: Studentlitteratur.

Heli, S. (2009). *Föda utan rädsla*. Lettland: Bonnier Existens.

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

Hildingsson, I.M., Lindgren, H., Haglund, B., & Rådestad, I.J. (2006) Characteristics of women giving birth at home in Sweden: A national register study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195(5), 1366–72.

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Reviews*.

International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2013) Planned Home Birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 120, 204-205.

de Jonge, A., van der Goes, B.Y., Ravelli, A.C., Amelink-Verbur, M.P., Mol, B.W., Nijhuis, J.G., Buitendijk, S.E. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG*, 116, 1177-1184.

Kabakyenga, J.K., Östergren, P.O., Turyakira, E., & Pettersson, K.O. (2012). Influence of Birth Preparedness, Decision-Making on Location of Birth and Assistance by Skilled Birth Attendants among Women in South-Western Uganda. *PLoS One*, 7(4):e35747.

Kontoyannis, M., & Katsetos, C. (2008). What influences women in Athens to choose home birth? *British Journal of Midwifery*, 16(1), 44-48.

Lavender, T., Walkinshaw, S.A., & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15(1), 40-46.

Lindgren, H., Hildingsson, I., & Rådestad, I. (2006). A Swedish interview study: parents' assessment of risks in home births. *Midwifery*, 22(1), 15-22.

Lindgren, H. (2008). *Hemförlossningar i Sverige 1992-2005: förlossningsutfall och kvinnors erfarenheter*. (Akademisk avhandling). Stockholm: Karolinska Institutet. Department of women and child Health.

Lindgren, H., Kjaergaard, H., Olofsdottir, O.A., & Blix, E. (2013) Praxis and Guidelines for planned homebirths in the Nordic countries – an overview. *Sexual & reproductive healthcare*, ISSN 1877-5756, 12/2013

MacDorman, M.F., Declercq, E., & Menacker, F. (2011). Trends and Characteristics of Home Births in the United States by Race and Ethnicity, 1990-2006. *Birth*, 38(1), 17-23.

Nationalencyklopedin. Nationalencyklopedins internetjänst (2010) Tillgänglig 2012-12-17, http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sve/stodja_2010-05-26.

Newman, L., & Hood, J. (2009). Consumer Involvement in the South Australian State Policy for Planned Home. *Birth*, 36(1), 78-82.

- NOMESKO. (1993). *Births and infant mortality in the Nordic Countries*. Nordic Medicinal Statistical Committee 39: 193, NOMESKO, Copenhagen.
- Odile, A., van den Heuvel, Wouter, G. DeMey., Budding, H., & Bots, M.L. (1999). Use of maternal care in a rural area of Zimbabwe: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 78, 838–846.
- Olson, O., & Jewell, M.D. (1998). Home versus hospital birth. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD000352.
- Pavlova, M., Hendrix, M., Nouwen, E., Nijhuis, J., & van Merode, G. (2009). The choice of obstetric care by low-risk pregnant women in the Netherlands: Implications for policy and management. *HEALTH POLICY*, 93(1), 27–34.
- Petterson, K.O. (2004). *Challenges and constraints encountered by women and midwives during childbirth in low-income countries. Experiences from Angola and Mozambique*. (Doktorsavhandling). Stockholm: Karolinska Institutet.
- RCOG. (2007). Home Birth – RCOG and RCM joint Statement No. 2. Tillgänglig 2012-12-14: <http://www.rcog.org.uk/womans-health/clinical-guidance/home-births>
- Retningslinje for hjemmefødsel – svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender. (2012). Tillgänglig 2012-12-14: [http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinje-for-hjemmefodselsvangerskap-fodselsog-barseltid-i-trygge-hender/Publikasjoner/Hjemmefodselsretningslinje IS-2012.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinje-for-hjemmefodselsvangerskap-fodselsog-barseltid-i-trygge-hender/Publikasjoner/Hjemmefodselsretningslinje-IS-2012.pdf)
- Sjöblom, I., Nordström, B., & Edberg, A.K. (2006). A qualitative study of womens experiences of home birth in Sweden. *Midwifery*, 22(4), 348-355.
- Socialstyrelsen (2001). Handläggning av normal förlossning- State of the Art. Tillgänglig 2012-12-14: <http://www.sfog.se/PDF/2001-123-1.PDF>
- Svedberg, E., Svensson, L., & Kindeberg, T. (2001). *Pedagogik i hälsobefrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur
- Svenska Barnmorskeförbundet [SBF] (1999). *ICM:s etiska kod för barnmorskor*. Tillgänglig 2012-12-14:

http://www.barnmorskeforbundet.se/images/content/documents/forbundet/etiska_koden.doc.

van Teijlingen, E., Bonse, G., Eskes, M., & Bleker, O. (2004). Does a pregnant woman's intended place of birth influence her attitudes toward and occurrence of obstetric interventions? *BIRTH*, 31(1), 28–33.

van Haaren-ten Haken, T., Hendrix, M., Nieuwenhuijze, M., Budé, de Vries, R. L., & Nijhuis, J. (2012). Preferred place of birth: Characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. *Midwifery*, 28(5), 609-18.

Vedam, S. (2003). Home birth versus Hospital Birth: Questioning the quality of the evidence on Safety. *Birth*, 30(1), 57-63.

Viisainen, K. (2001). Negotiating control and meaning: homebirth as a self-constructed choice in Finland. *Social Science & Medicine*, 52(7):1109-21.

Waldenström, U. (2003). Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth*, 30(4), 248-254.

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31, 17-27.

WHO (1996). Care in normal birth. Tillgänglig 2012-12-12,

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/