

# Fördjupad hälsa – kvinnors upplevelse av att planera och föda sitt barn hemma

## ÅSA LARSSON

RN, RM, MSc, forskarstuderande

Åbo Akademi

Enheten för vårdvetenskap,  
Socialvetenskapliga Institutionen

## INGELA LUNDGREN

PhD, Professor

University of Gothenburg

The Sahlgrenska Academy

Institute of Health and Care Sciences

## TERESE BONDAS

HVD, Professor

University of Nordland, Bodø

Faculty of Professional Studies

## ABSTRAKT

I Finland skedde 12 planerade och 81 oplanerade hemförlossningar enligt Finlands officiella statistik, "Terveys 2012". I det nordiska grannlandet Sverige liksom i många andra höginkomstländer föder nästan alla kvinnor på sjukhus men cirka 100–200 kvinnor väljer att planera och föda hemma varje år. Det är ett kontroversiellt beslut, eftersom det ofta förknippas med risker, och inte stöds av det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. Syftet med denna studie är att beskriva svenska kvinnors erfarenheter av att planera och genomföra en hemförlossning. Tio kvinnor som har haft mellan en till tre hemförlossningar intervjuades. Data analyserades med en fenomenologisk hermeneutisk metod. Fem teman identifierades, och en helhetstolkning diskuteras i relation till en ontologisk teori om hälsa. Resultatet visar att de intervjuade kvinnorna är medvetna om sina behov och har styrkan att genomföra sitt beslut trots motstånd. Hemförlossning var en möjlighet för fördjupad hälsa och välbefinnande och gav en ny upplevelse av helhet som person.

Sökord: Hemförlossning, kvalitativ studie, upplevelse, barnafödande, hälsa

## ABSTRACT

### **Childbirth as health – Women's experiences of planning and living homebirth**

*Åsa Larsson RN, RM, MSc, PhD student*

*Ingela Lundgren PhD, Professor*

*Terese Bondas PhD, Professor*

In Finland, 12 planned and 81 unplanned homebirths took place according to the official Health Statistics 2012. In a Nordic neighbor country, Sweden, like in many high-income countries almost all women give birth at hospital, and only about 100–200 women each year choose to plan and give birth at home. It is a controversial decision because it is often associated with risks, and not supported by the public health care system. The aim of this study was to describe Swedish women's experience of planning and giving birth at home. Ten women who have had between one to three homebirths were interviewed. The data were analyzed with a phenomenological hermeneutical method. Five themes were identified, and an overall interpretation was discussed in relation to an ontological theory of health. Findings show that women who choose homebirth are aware of their needs and have the strength to go through with their decision in spite of resistance. Childbirth at home was for the women an opportunity for enrichment and health, and a new experience of wholeness as a person.

Keywords: Home birth, qualitative study, experience, childbirth, health

**Vad vi redan vet?**

- I Norden sker de flesta förlossningar på sjukhus. Ett litet antal kvinnor väljer att föda hemma trots att det anses kontroversiellt och de ofta möter motstånd. Forskning tyder på att kvinnor som fött hemma ofta har en positiv förlossningsupplevelse.

**Vad nytt tillför denna studie?**

- Denna studie ger ett vårdvetenskapligt perspektiv som fördjupar förståelsen av att planera och föda sitt barn hemma. Hemförlossning kan erfaras som fördjupad hälsa.

**Betydelse för vårdpraxis**

- Förståelsen av hemmets innebörd för förlossningsupplevelsen kan bidra till att ge motiv för vård där födande kvinnor även på sjukhus kan finna vägar till fördjupad hälsa.

## Inledning

Samhällets syn på var den bästa platsen för födandet är har förändrats. I början av förra seklet var det vanligaste att kvinnan födde hemma medan det i Norden nu endast sker i undantagsfall (Romlid 1998). Finland är det nordiska land som har minst antal hemförlossningar, enligt Finlands officiella statistik uppgick det till 0,01 % år 2010 (Vuori & Gissler 2011). I grannlandet Sverige sker också nästan alla förlossningar på sjukhus. En studie av Lindgren (2008) visar att 100-200 kvinnor per år planerar att föda sitt barn hemma, vilket innebär cirka 0,1–0,2 %. Av övriga nordiska länder har Danmark den högsta frekvensen hemförlossningar, cirka 2 % väljer att föda hemma. För att det ska vara möjligt krävs att kvinnan haft en okomplicerad graviditet (Lindgren 2008). Samma krav finns i Norge där hemförlossningsfrekvensen är cirka 0,3 % (Blix 2011). I övriga västvärlden är hemförlossning också ovanligt, undantaget är Holland där 30 % föder hemma och där hemförlossning ses som det första alternativet för en frisk kvinna med normal graviditet (de Jonge et al. 2009).

Risker och säkerhet är framträdande i debatten om hemförlossning men åsikterna förefaller ibland vara mer personligt präglade än bygga på vetenskaplig evidens (Downe et al. 2008). Det är svårt att få en

övertygande evidens då RCT studier är svåra att genomföra (Olsen & Clausen 2012). En större retrospektiv studie från Holland, där över en halv miljon förlossningar ingick, visar inte någon statistisk skillnad i dödlighet hos kvinnor som planerat föder hemma med en utbildad barnmorska jämfört med sjukhusförlossning (de Jonge et al. 2009). När det gäller barnets säkerhet vid hemförlossning visar en studie från England inga ökade risker. Däremot sågs något fler komplikationer för förstföderskor (Birthplace England 2011). En viktig faktor för att minska riskerna vid hemförlossning är att alternativet är integrerat i samhällets sjuk- och hälsovårdssystem, att det finns en utbildad barnmorska närvarande och att kvinnorna selekteras till att endast omfatta friska kvinnor med normal graviditet (Vedam 2003).

Bland motiven för att välja hemförlossning framhålls en önskan om kontinuitet och möjligheten att ha kontroll genom att få välja barnmorska och undgå sjukhusrutiner som upplevts otrygga (Sjöblom et al. 2006, Jouhi 2012). Kvinnor som väljer hemförlossning har tillit till sin egen förmåga och ser förlossning som en fysiologisk process som inte får bli störd (Viisainen 2001). Hildingsson et al (2006) visar att kvinnor som väljer hemförlossning i Sverige skiljer sig från genomsnittet genom att bland annat ha högre utbildning men lägre inkomst. De

hade också fler barn och var i mindre utsträckning yrkesarbetade. Kvinnorna som planerat fött hemma har ofta en positiv förlossningsupplevelse (Lundgren 2010, Lundgren & Erlandsson 2010) och kan beskriva hemförlossning som ett bevarande av auktoritet och autonomi (Sjöblom et al 2006).

Trots att sjukhusförlossning innebär medicinsk säkerhet och tillgång till vård från professionell personal visar forskning att kvinnor inte alltid är nöjda. En kartläggning av kvinnors upplevelse av barnafödande i Sverige 1999–2000, där cirka 2700 kvinnor ingick, visade att var femte kvinna var missnöjd med vården under förlossningen och 10 % skulle föredra ett alternativ på sjukhus och 1 % hemförlossning (Waldenström 2007). Barnafödelskor önskar en professionell och säker vård men det är också viktigt för kvinnor med en förtroendefull atmosfär och ett kontinuerligt deltagande i vården. Kvinnor har också önskemål om att partnern och den nya familjen uppmärksammas i vården och här finns det brister (Bondas 2000).

## Syfte och frågeställning

Studiens syfte är att få en fördjupad förståelse för innebörden av att planera och föda barn hemma. Den utgår från frågeställningen: Vilken är kvinnors upplevelse av att planera och föda barn hemma?

## Teoretiskt perspektiv

En redogörelse för det teoretiska perspektivet bidrar till öppenhet i forskningsprocessen eftersom det påverkar datainsamling, analys och tolkningsförfarande (Thorne et al 2002). Denna studie utgår från vårdvetenskapliga grundantaganden om människan, vårdandet, lidande, hälsa och världen (Eriksson 2001). Människan ses som en odelbar enhet med dimensionerna kropp själ och ande. Hon kommunicerar oupphörligt med omgivningen och när de olika dimensionerna är i balans upplever människan sig vara hel, ha hälsa och väl-

befinnande. Hälsan är inte statisk utan människans söker ständigt en djupare upplevelse av integration och enhet. Jämsides med de integrerande krafterna i människan, finns lidandet som medför desintegration och splittring. Lidande ger motiv för vårdande och en vårdande gemenskap. Hälsa kan utvecklas och lidande lindras genom ett etiskt vårdande som berör människans hälsopotential (Eriksson 2001).

## Metod

Studien har en fenomenologisk hermeneutisk ansats med filosofisk inspiration från Gadamer (2004). Fenomenologisk ansats innebär att försöka beskriva fenomen så som de visar sig i sin meningsbärande struktur. Som forskare betyder det att frigöra sig från det som tas för givet och söka efter fenomenets inre väsen. Det är därför viktigt att de valda informanterna har möjlighet att ge ett så rikt material som möjligt för att göra fenomenet rättvisa. Den hermeneutiska ansatsen blir synlig i och med den sammanfattande helhetstolkningen. I tolkningen är det teoretiska perspektivet avgörande och utgör *ett* sätt att se på resultatet (Dahlberg et al. 2001).

### *Deltagare/urval*

Deltagarna har valts med tanke på att de ska kunna göra fenomenet rättvisa. Kriteriet för att delta i studien är att kvinnorna har planerat och genomfört en eller flera hemförlossningar och att de kan och vill berätta om sin upplevelse (Dahlberg et al. 2001). Studien består av intervjuer med tio kvinnor. Fem av kvinnorna hade fött ett barn hemma, fyra kvinnor hade fött två barn hemma och en kvinna hade fött tre barn i hemmet. Det var mellan 2-12 år sedan förlossningarna ägde rum. Kontakt med kvinnorna har skett via hemarbarnskor som vidarebefordrat ett informationsbrev med förfrågan om medverkan. Kvinnorna har skickat svarsbrev och kontakt har tagit för att boka in tid och plats för intervjun. Datainsamlingen är gjord i Sverige.

## Intervjuer

Åtta av kvinnorna valde att bli intervjuade i sitt hem och två valde sin arbetsplats. Intervjuerna gjordes under 2008. Den inledande uppmaningen vid intervjuerna var: Berätta om din hemförlossning. Följdfrågorna var av klargörande, reflekterande och utforskande karaktär (Dahlberg et al 2001). Intervjuerna som spelades in var mellan 30–90 minuter långa. Etiskt godkännande för studien är inhämtat från etiska nämnden vid Åbo Akademi.

## Dataanalys

Intervjuerna transkriberades och analysen började med en genomläsning av texten för att få en förståelse för helheten. Därefter togs meningsbärande enheter ut och utifrån dessa identifierades teman med en högre abstraktionsnivå (Dahlberg et al. 2001). Huvuddragen i den analytiska processen består av en rörelse mellan helhet och delar och tillbaka till helheten, det vill säga den hermeneutiska cirkeln (Gadamer 2004). För att få en djupare förståelse gjordes en övergripande helhetstolkning och resultatet kopplades till en vårdvetenskaplig teori om hälsa (Eriksson et al. 1995).

## Resultat

Resultatet presenteras som fem teman: *Att förankra sitt beslut*, *En plats där man kan vara sig själv*, *Kroppen som auktoritet*, *Att vara i sin egen värld* och *För barnets skull*. En avslutande helhetstolkning beskrivs som *Förlossning som fördjupad hälsa*.

### *Att förankra sitt beslut*

Planering och genomförandet av en hemförlossning börjar hos kvinnorna i studien med en längtan att få föda sitt barn så ostört som möjligt i en förvisning om att de resurser som behövs redan finns i kroppen. Kvinnorna försöker förankra sitt beslut hos familj och vänner men också i förhållande

till hälso- och sjukvården och till sig själva. För att klargöra sina motiv hämtar de information från böcker, tidningar och internet. För de flesta av kvinnorna var det viktigt att ha partnern med och det upplevdes som en styrka att ha hans accepterande. Kvinnorna förnekar inte att det kan uppstå komplikationer när sjukvården behövs och fränsäger sig inte stöd och medicinsk kompetens vilket leder det till förhandlingar med samhällets företrädare.

*”För när man väl ligger där i födslo-  
värkar orkar man inte hålla på att bråka.  
Man har ju fullt upp med det man gör.  
Då vill man ju veta att den som står bred-  
vid han kommer att stå upp för det jag  
tycker, eller det vi kommit överens om.”*

### *En plats där man kan vara sig själv*

Kvinnorna söker en tillåtande och trygg atmosfär när de ska föda. En bidragande orsak till valet av hemförlossning är att de själva vill välja vem de ska bjuda in att närvara vid deras förlossning. Några av kvinnorna beskrev sig själva som svaga i förhållande till auktoriteter (som exempelvis vårdpersonal) och de vill inte riskera att hamna i underläge och vill skydda sig från mentala ”störningsmoment”.

*”...alltså en del tycker att sjukhusmil-  
jön känns trygg. För mig har det aldrig  
varit så, utan när jag gästade sjukhus har  
jag känt mig som gäst och då hamnar  
jag... i underläge där jag inte riktigt sä-  
ger ifrån. Det är svårare att känna att  
man själv styr processen.”*

Övergången från vardagen till förlossningsarbetet beskrivs av de flesta kvinnorna som viktig och en av anledningarna till att de valt hemförlossning. Att slippa uppbrottet från hemmet beskriver kvinnorna som närmast njutningsfullt eftersom det skulle medföra förlust av fokus och energi att förhålla sig till ett nytt sammanhang.

*”Att vila i att vara hemma. Jag kan  
inte sätta fingret på vad det är men jät-*

*teskönt att inte behöva byta miljö... att inte behöva sätta sig i en bil och åka iväg. Att inte behöva svara på en massa frågor.”*

### *Kroppen som auktoritet*

Kvinnorna i studien har tillit till att kroppen är vis och det är av största vikt att kunna förnimma förändringar. Kroppens uttryck är överordnat och en auktoritet som kvinnan måste lyda. Kvinnorna upplever aldrig någon avsaknad av medicinsk smärtlindring, det handlar mer om att möta och samarbeta med smärtan som innebär ansträngning och arbete. Förlossningen beskrivs påtagligt fysiskt med svett, blod, avföring och uppkastningar. Två av kvinnorna använder i detta sammanhang ordet ”jord” och ”att vara ”jordad”.

Kroppen har ett språk och talar genom den fysiska processen. En förutsättning för att kvinnorna ska höra vad kroppen säger är att de får vara ostörda. En del av kvinnorna upplevde ensamhet och tystnad som positivt medan andra kände trygghet i att ha människor och vardagliga ljud omkring sig.

*”För att man ska kunna samarbeta med sin kropp så känner jag att då skulle jag inte kunna ha... människor runt omkring mig som jag inte kände och som sa till mig vad som skulle hända och hur saker skulle gå till. Då kände jag att då måste jag kunna lyssna på mig själv.”*

### *Att vara i sin egen värld*

Som kontrast till det fysiska och jordade beskriver kvinnorna ett tillstånd i födandet när de går in i ett annat medvetandetilstånd. Ibland benämns det som en ”bubbla” vilket innebär att kvinnan mentalt är innesluten i sig själv och har en upplevelse av att tid och rum upphör.

*”Jag är så fullt medveten om det som är runt omkring mig fast jag ändå är som i en liten bubbla ... man är nog så långt in i sig själv att man är långt ut*

*ifrån allt. Det är som man är ett med allting på något sätt.”*

Beskrivningen av denna dimension sker tveksamt och med svårighet att finna ord för det de erfarit. Ibland ses det som en andlig upplevelse och ord som: ljus, värme, frid och mysterium används vid beskrivningen av tillståndet som ger en känsla av fullbordan och upplevelsen är präglad av vördnad och förundran.

*”Jag får känslan av att man närmar sig ett mysterium. Varje förlossning jag gått igenom tycker jag att jag har kommit lite närmare lösningen. Alltså hela den här nyckeln till vad livet är: död, liv, återfödelse ... på sjukbus, då försvinner hela den här mysteriekänslan.”*

Detta skede som kvinnorna beskriver innebär att det på ett sätt släpper sin kontroll över det som händer. Paradoxalt finns det ändå en känsla av att ha kontroll. När de lyssnar, förstår och litar på kroppen innebär det trygghet och en möjlighet att ge sig hän.

### *För barnets skull*

Under förlossningsprocessen upplever kvinnorna kontakt med barnet och en övertygelse om att kunna förnimma om allt inte står rätt till. Kommunikation med barnet sker medvetet och uttryckligen eller mer subtilt genom ett inre samtal.

*”...värkarbetet är då jag på något sätt ska gå ur mig själv för att möta barnet någonstans i en annan värld...och sen känns det jättestarkt att jag har kommunikation. I det här tysta som jag tycker är så himla fint, då ska vi bli en tillsammans som tillsammans ska göra det här arbetet att komma ner och ut.”*

Kvinnorna vill ha kontroll över barnet, skydda det från onödiga ingrepp och göra övergången så skonsam som möjligt. Upplevelsen av födelseögonblicket och barnets närvaro bidrar till den fullkomliga känslan.

Kvinnorna har också funderingar om betydelsen av förlossningen för barnet. Det kan då upplevas som att en lugn förlossning är en gåva till barnet.

*”Jag tror att det är fint för ett barn att födas naturligt... jag tänker att det kommer en människa från en helt annan värld liksom och stiger in här hos oss. Att göra det på sitt sätt.”*

### *Förlossning som fördjupad hälsa*

Helhetstolkningen av kvinnors upplevelse av att planera och föda sitt barn hemma kan beskrivas som *förlossning som fördjupad hälsa*. Under analysens gång framstod en vårdvetenskaplig, mångdimensionell modell av hälsa som en möjlighet för att fördjupa förståelsen för det studerade fenomenet. Enligt den ontologiska hälso-modellen (Eriksson et al. 1995) kan hälsa ses som en rörelse mellan olika integrationsnivåer av görande, varande och vardande och en strävan att vara i harmoni och balans.

Hälsa som görande handlar om att följa normer och rekommendationer för att bevara hälsan. I temat *att förankra sitt beslut* finner kvinnorna i studien vägar att ordna och organisera för sitt mående och på det sättet ta ansvar för sin hälsa.

Hälsa som varande kännetecknas av en strävan att få tillfredsställa behovet av harmoni i det inre. Temat *en plats där man kan vara sig själv* visar hur kvinnornas behov av en skyddande och tillitsfull gemenskap är avgörande för att nå en djupare hälsopotential.

Hälsa som vardande utgår från antagandet att människan inte är färdig utan ständigt förändras. För kvinnorna i studien innebär det förändrade medvetandetillståndet som framkommer i temat *att vara i sin egen värld* en form av gränsöverskridande vilket kan medföra en djupare medvetenhet om livskärnan. När kvinnorna ger sig hän i förlossningen som i temat *kroppen som auktoritet* överlämnar de sig till processen, naturen eller det som ibland beskrivs som ”en högre makt” men de överlämnar sig

också till sitt inre. Det infinner sig en känsla av enhet, frid och att bara finnas till, vilket kan betecknas som en grundupplevelse och en kraftkälla. I temat *för barnets skull* kan ses hur barnet bidrar till den fullkomliga känslan av välbefinnande.

## **Diskussion**

### *Resultatdiskussion*

Enligt resultatet framträder bilden av att födandet för kvinnorna i studien handlar om en möjlighet att finna en väg till och också få en upplevelse av fördjupad hälsa och välbefinnande.

Hemförlossning som en stärkande upplevelse bekräftas av andra studier (Lindgren & Erlandsson 2010). Också kvinnor som fött på sjukhus berättar hur födandet förändrat deras upplevelse av livet och tidigare livshändelser på ett positivt sätt (Bondas 2000, Lundgren 2005) men Lahood (2007) hävdar i en antropologisk studie att den stärkande upplevelsen ofta gått förlorad i och med institutionalisering av förlossning. En fråga som kan infinna sig är i vad mån rummet har betydelse för födandet och kvinnans upplevelse.

Hilli (2007) lyfter fram metaforen ”mitt hem är min borg” och menar att hemmet kan upplevas som en plats som erbjuder frihet, lugn och privatliv. Detta kan sättas i motsats till den offentliga miljö som ett sjukhusrum erbjuder där bland annat sängens centrala plats ger signaler om sjukdom och passivitet (Lock & Gibb 2003). Tidigare studier har visat att kvinnorna som väljer hemförlossning har andra prioriteringar när det gäller synen på trygghet och risk än kvinnor i allmänhet och det bekräftas även i denna studie (Hildingsson et al. 2006, Lindgren et al. 2006).

Enligt Hilli (2007) finns det en symbolik i ”hemmet” som ger uttryck för grundvärderingar eller ethos. Dessa grundvärderingar är bland annat skydd, säkerhet och gemenskap. Hemmet är som ett skyddande hölje för människans innersta väsen. När människan är i kontakt med sitt innersta

rum känner hon sig *hemma*, integrerad och hel. Berg et al (2012) beskriver hur en födande atmosfär kännetecknas av lugn, tillit och säkerhet och innebär en mental hemkänsla, som kan finnas både på sjukhus och i hemmet.

Att vara sig själv ses som något eftersträvan svårt i samband med födandet. Det innebär att ha ett välbefinnande och en inre känsla som i detta sammanhang bidrar till rörelse mot större enhet och hälsa (Eriksson et al. 1995) och kan också beskrivas som att ha "hittat hem". Det är således inte den fysiska platsen det handlar om utan "ett existensrum som bär känslan av hemmets karaktär" (Hilli 2007, sid 56).

En människa som inte är i kontakt med sin innersta kärna upplever sig splittrad, desintegrerad och kan tolkas uppleva hemlöshet (Hilli 2007). Kvinnorna i studien kunde beskriva det när deras unika behov inte kunde förstås eller bli tillgodosedda vid tidigare negativa förlossningsupplevelser. Vårdvetenskaplig forskning pekar på att upplevelsen av normer som inte individualiseras, kan leda till ohälsa och lidande och möjligheten till växt och utveckling går förlorad (Eriksson 2001).

För vårdpersonal är det angeläget att stödja kvinnan att nå fram till de omständigheter som kan bidra till att den födande kvinnan finner sin inre kärna, känner sig hemma och på det sättet kan hänge sig i födandet. För en födande atmosfär är det nödvändigt med en ömsesidig vårdrelation (Berg et al. 2012). Det är framförallt den andliga dimensionen som ofta får stå tillbaka i vårdandet. Parratt framhåller vikten av att ta med det icke-rationella i barnmorskearbetet och det som verkar orationellt kan vara det som beskrivs som det viktigaste i livet. Exempel på detta kan vara: skönhet, kraft, samhörighet och kärlek (Parratt & Fahy 2008).

Det caritativa vårdandet kan i flera avseende ha sin plats inom förlossningsvården. Födande kvinnors behov av en "förankrad följeslagare" bekräftar vikten av att vårda- ren också är förankrad i ett ethos (Lundgren 2004, Eriksson 2003). Inbjudan som en förutsättning för en vårdande relation (Fre-

driksson 1999) blir i hemmet påtaglig då barnmorskan är inbjuden av kvinnan och kommer som en gäst till hemmet. Det kan också bli en symbol för den inbjudan till vård som också kan bli verklig på ett sjukhus. Det caritativa vårdandet kännetecknas av kärlek barmhärtighet och en äkta vilja att göra den andre väl (Eriksson 2001). Detta kan bidra till att den födande kvinnan vågar vara sig själv finner sitt inre kärna och vågar hänge sig åt de födande krafterna. Då kan förlossning bli fördjupad hälsa.

### *Metoddiskussion och etisk reflexion*

Denna hermeneutisk fenomenologiska studie är utförd i en svensk kontext och resultatet måste i första hand tolkas i relation till denna kontext. Författarna representerar olika perspektiv där två är barnmorskor som också har praktisk erfarenhet av hemförlossning. Avsikten i en kvalitativ studie är inte att inhämta data från ett så stort antal som möjligt. Forskningsintervjun inriktas inte på att få svar på förutbestämda frågor utan utgår från en uppmaning att få ta del av informantens upplevelse om fenomenet. Validiteten eller giltigheten innebär då att datamaterialet har ett djup som besitter möjlighet att göra fenomenet rättvisa (Dahlberg et al. 2001).

Trovärdighet innebär en öppen hållning från forskaren så att informanterna fritt kan berätta sin upplevelse. Det kan lätt bli ett ojämnt förhållande där informanten känner sig underlägsen. Kvinnorna i studien informerades om att forskaren var barnmorska och bistått vid ett flertal hemförlossningar vilket gjorde att informanterna fann atmosfären i dialogen tillåtande. Samtliga kvinnor var angelägna att få berätta sin historia och ingen valde att avbryta vilket också bidrar också till studiens trovärdighet (Dahlberg et al. 2001).

Det metodologiska tillvägagångssättet innebär att resultatet inte är generaliserbart och speglar endast ett möjligt sätt att se på fenomenet. Genom att redogöra för perspektivet som forskaren utgår från kan läsaren bilda sig en uppfattning och följa

tankegången och överförbarheten kan då ligga i att den teoretiska förståelsen kan vara relevant för andra situationer (Dahlberg et al. 2001, Thorne et al 2002).

## ANSVARSRÅDEN

Planering: ÅL, IL, TB, datainsamling: ÅL, analys: ÅL. IL o TB handledde, manuskript: ÅL  
kommentar av manuskript: IL, TB

## REFERENSER

- Birthplace in England Collaborative Group. 2011. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal* 343:d7400.
- Berg M, Ólafsdóttir OA & Lundgren I. 2012. A midwifery model of woman-centered childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare* (2), 79–87.
- Blix E. 2011. Avoiding disturbance: Midwifery practice in home birth settings in Norway. *Midwifery* 27 (5), 687–692.
- Bondas T. 2000. *Att vara med barn: en vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid*. Avhandling. Åbo Akademi, Vasa.
- Downe S, Walsh D & Gyte G. 2008. Is maternity care evidence based or interpretation driven? Place of birth as an exemplar. *Midwifery* 24 (3), 247–249.
- Dahlberg K, Drew N, Nyström M. 2001. *Reflective life-world research. Second Edition*. Studentlitteratur, Lund.
- Eriksson K, Bondas-Salonen T, Herberts S, Lindholm L & Matilainen D. 1995. *Den mångdimensionella hälsan – verklighet och visioner*. Vasa sjukvårdsdistrikt, Åbo Akademi.
- Eriksson K, 2001. *Vårdvetenskapen som akademisk disciplin*. Vårdforskning 7. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Eriksson K. 2003. *Ethos. I: Gryning II*. Åbo Akademi, Vasa.
- Fredriksson L. 1999. Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing* 30 (5), 1167–1176
- Gadamer H-G. 2004. *Truth and Method*. Second Edition. Continuum International Publishing Group, London, New York.
- Hildingsson I, Lindgren H, Haglund B, Rådestad I. 2006. Characteristics of women giving birth at home in Sweden: a national register study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 195 (5), 1366–1372.
- Hilli Y. 2007. *Hemmet som etos. En idéhistorisk studie av hur hemmet som etos blev evident i hälsosystemens vårdande under 1900-talets första hälft*. Avhandling. Åbo Akademi.
- de Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, Bennebroek Gravenhorst J & Buitendijk SE. 2009. *Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital birth*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 116 (9), 1177–1184.
- Jouhki M-R. 2012. Choosing homebirth – The women's perspective. *Women and Birth* 25 (4), e56–e61.
- Lahood G. 2007. Rumour of angels and heavenly midwives: Anthropology of transpersonal events and childbirth. *Women and Birth* 20 (1), 3–10.
- Lindgren H, Hildingsson I & Rådestad I. 2006. Swedish interview study: parents' assessment of risks in home births. *Midwifery* 22 (1), 15–22.
- Lindgren H. 2008. *Hemförlossningar i Sverige 1992–2005*. Avhandling. Karolinska institutet.
- Lindgren H & Erlandsson K. 2010. Women's experiences of empowerment in a planned home birth: A Swedish population-based study. *Birth* 37 (4), 309–317.
- Lock LR & Gibb HJ. 2003. The power of place. *Midwifery* 19 (2), 132–139.
- Lundgren I. 2004. Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (4), 368–375.
- Lundgren I. 2005. Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery* 21 (4), 346–354.
- Lundgren I. 2010. Women's experiences of giving birth and making decisions whether to give birth at home when professional care at home is not an option in public health care. *Sexual & Reproductive Healthcare* 1 (2), 61–66.
- Olsen O & Clausen JA. 2012. Planned hospital birth versus planned home birth (review). *The Cochrane Library*, issue 9. CD000352. doi: 10.1002/14651858.CD000352.pub
- Parratt JA & Fahy KM. 2008. Including the nonrational is sensible midwifery. *Women & Birth* 21 (1), 37–42.
- Romlid C. 1998. *Makt, motstånd och förändring: världens historia speglad genom det svenska barnmorskeväsendet 1663–1908*. Stockholm: Vårdförbundet FOU.
- Sjöblom I, Nordström B & Edberg A. 2006. A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery* 22 (4), 348–355.
- Thorne S, Joachim G, Paterson B & Canam C. 2002. Influence of the Research Frame on Qualitatively Derived Health Science Knowledge. *International Journal of Qualitative Methods* 1 (1), 1–34.
- Waldenström U. 2007. *Föda barn. Från naturligt till bioteknologiskt*. Karolinska Institutet, University Press.



Vedam S. 2003. Home birth versus hospital birth: questioning the quality of the evidence on safety. *Birth: Issues in Perinatal Care* 30 (1), 57–63.

Viisainen K. 2001. Negotiating control and meaning: home-birth as a self-constructed choice in Finland. *Social Science & Medicine* 52 (7), 1109–1121.

Vuori E & Gissler M. 2011. Nyfödda 2010. Finlands officiella statistik *Hälsa 2011*. Institutet för Hälsa och Välfärd.

*Åsa Larsson RN, RM, PhD student, Åbo Akademi, Enheten för Vårdvetenskap, Socialvetenskapliga Institutionen, Vasa, Finland, Barnmorskemottagningen i Mark, 511 54 Kinna Sweden, asa.a.larsson@vgregion.se*

*Ingela Lundgren PhD; RN, RM, Professor, Institute of Health and Care Sciences, The Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Box 457, Gothenburg, Sweden*

*Terese Bondas PhD; RN, PHN, Professor, University of Nordland, Faculty of Professional Studies 8049 Bodö, Norway*