



Bilaga 6 Meningsbärande enheter nivå 1-teman från studier med kvalitativ metodik

Kvinnornas perspektiv nivå 1, 2 och 3

Nivå 3 tema: *Risker och fördelar med kejsarsnitt*

Kvinnor som önskade kejsarsnitt upplevde ofta vaginal förlossning som riskfyllt och kejsarsnitt som ett mer kontrollerat och förutsägbart förlossningssätt som innebar små eller obefintliga risker. Potentiella risker med kejsarsnitt ignorerades eller minimerades, kvinnorna litade på operationsteamets kompetens och överlät ansvaret för förlossningen till dem. Efter genomgången kejsarsnitt kunde synen på risk dock omvärderas. Information om risker upplevdes som adekvat, bristfällig eller motstridig. Vårdpersonalens acceptans för önskemålet sågs viktigare än information.

Nivå 2 tema: Kvinnorna ansåg att kejsarsnitt är ett säkert förlossningssätt med små risker, och att vaginal födsel är ett mer riskfyllt alternativ. Kvinnorna ignorerade eller minimerade sannolikheten och allvarligheten av risker med kejsarsnitt. Tillit till operationsteamets kompetens minskade synen på risk ytterligare och kvinnorna överlät ansvaret för förlossningen till dem.

Författare År Referens	Meningsenhet	Nivå 1 tema
Emmet et al. 2006 [1]	Some women felt that potential health risks were not an important influence on decision	Några omfödorskor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt ansåg att potentiella risker inte hade så stor betydelse för beslutet eftersom de var ovanliga.

	making because they were seen as very small.	
Fenwick et al. 2010 [2]	Women reported that they minimised the severity of risk.	Förstföderskor med önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation minimerade allvarligheten i risker med kejsarsnitt.
Fenwick et al. 2010 [2]	Women reported that they minimized the likelihood of risk.	Förstföderskor med önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation minimerade sannolikheten av risk vid kejsarsnitt.
Fenwick et al. 2010 [2]	Women generally described 'switching off to the risks by filtering.	Förstföderskor med önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation stängde av och filterade risker.
Fenwick et al. 2010 [2]	Others admitted to not wanting to know.	Förstföderskor med önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation medgav att de inte ville veta om risker.
Fenwick et al. 2010 [2]	Where risks were acknowledged, women often absolved themselves and reassigned responsibility for them to their doctor.	Då deltagarna erkände att det fanns risker (med KS) frikände de sig från dessa och omfördelade ansvaret för riskerna till sin läkare.
Fenwick et al. 2010 [2]	Women explicitly commented that medical skill and experience in a controlled environment protected them and made the chance of an adverse incident remote.	Deltagarna uttryckte explicit att medicinsk kunskap och erfarenhet i en kontrollerad miljö skyddade dem och gjorde så att risken för en komplikation var liten.
Fenwick et al. 2010 [2]	Most women expressed a sense of trust and faith in their doctor as reflected in statements such as Deanne's; 'I trusted them. I handed control of myself over to them. I was completely in their hands'.	De flesta deltagarna uttryckte att de hade fullt förtroende för sin läkare och att de överlät sig själva att stå helt under läkarens kontroll.
Fenwick et al. 2010 [2]	She articulated how she had 'faith and trust in them enough to let them control things'.	Hon uttryckte att hon litade på dem tillräckligt för att låta dem kontrollera saker och ting.

Kornelsen et al. 2010 [3]	Many participants perceived that the risks to their baby of a vaginal birth were greater than those attributed to Caesarean section.	Många förstföderskor uppfattade att vaginal födsel var förknippat med större risk än de förknippade med kejsarsnitt.
McGrath et al. 2009 [4]	Further reducing the mothers' sense of risk is confidence in the skill of the operating team.	Omföderskor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt hade tillit till operationspersonalens skicklighet vilket minskade känslan av risk.
McGrath et al. 2009 [4]	They (the Operating team) were seen as experienced and unlikely to make mistakes.	Omföderskor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt ansåg att operationspersonalen var erfaren och att det är osannolikt att de gör misstag.
McGrath et al. 2009 [4]	The perception of the minimal risk associated with an EC was further reinforced by the knowledge that staff will be available and focused on the birth.	De minimala riskerna med kejsarsnitt förstärktes av vetskapen att personalen är fokuserad på förlossningen enligt omföderskor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt.
McGrath et al. 2009 [4]	Caesarean section was also considered safer by this group of EC mothers.	Omföderskor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt ansåg kejsarsnitt vara säkrare än vaginal förlossning.
McGrath et al. 2009 [4]	And another indicated she did not even consider the risks.	En omföderska med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt övervägde inte risker i förhållande till olika förlossningssätt.
McGrath et al. 2009 [4]	The majority of mothers who chose EC strongly believed that VBAC carried the highest risk.	Majoriteten av omföderskorna med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt hade en stark åsikt om att vaginal förlossning är mer riskfylld än kejsarsnitt.
Weaver et al. 2007 [5]	Cesarean section was widely perceived as safe.	Kvinnor ansåg i allmänhet att kejsarsnitt var ett säkert förlossningssätt.
Weaver et al. 2007 [5]	Cesarean section was widely perceived as safer than vaginal birth for babies.	Kvinnor ansåg kejsarsnitt vara ett säkrare förlossningssätt för barnet jämfört med vaginal födsel.
Weaver et al. 2007 [5]	Any risks associated with cesarean section were usually minimized.	Riskerna vid kejsarsnitt ansågs oftast av kvinnorna vara så små att de oftast kunde förbises.

<p>Nivå 2 tema: Kvinnorna ansåg att det finns risker med både vaginal förlossning och kejsarsnitt. Vissa kvinnor hade faktakunskap om att det fanns risker med kejsarsnitt men var beredda att ta dem. De förväntade sig ett friskt barn och ansåg att kejsarsnitt var ett mer förutsägbart och kontrollerat förlossnings sätt. Diskussioner med läkare förstärkte deras tvekan inför vaginal födsel. Efter ett tidigare kejsarsnitt omvärderades synen på förlossning till att upplevas mer oförutsägbart och osäkert. Kvinnor kunde också känna dåligt samvete gentemot barnet och upplevde sig sårbara på grund av psykisk ohälsa.</p>		
Författare År Referens	Meningsenhet	Nivå 1 tema
Eide et al. 2019 [6]	Many women anticipated the mental benefit after a planned CS was worth the longer recovery time in physical terms.	Flera kvinnor med önskemål om kejsarsnitt förväntade sig att den mentala fördelen med ett planerat kejsarsnitt var värt den längre fysiska återhämtningstiden.
Eide et al. 2019 [6]	Overall, many women in this category regarded a planned CS would facilitate a mentally stable puerperal period.	Kvinnor med önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation uppfattade att ett planerat kejsarsnitt skulle underlätta eftervårdstiden mentalt.
Eide et al. 2019 [6]	Overall, many women in this category regarded a planned CS as a predictable.	Flera av kvinnorna med önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation ansåg ett planerat kejsarsnitt vara förutsägbart.
Eide et al. 2019 [6]	Overall, many women in this category regarded a planned CS as a and calm birth experience.	Kvinnor med önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation uppfattade ett planerat kejsarsnitt som en lugn förlossningsupplevelse.
Eide et al. 2020 [7]	Women were aware that a VD was preferable for the child, and a planned CS was not regarded as an easy way out	Kvinnor med medvetna om att vaginal födsel var att föredra för barnet, och att ett planerat kejsarsnitt inte sågs som en enkel utväg
Eide, et al. 2020 [7]	Many women indicated that they would prefer a VD had it not been for the circumstances underlying their request. Several felt a bad conscience towards	Många kvinnor sa att de skulle föredra en vaginal födsel om det inte varit för de omständigheter som låg till grund för deras krav. Många fick dåligt samvete gentemot barnet när de inte kunde klara av en vaginal födsel.

	the child for not being able to manage a VD.	
Eide et al. 2020 [7]	A few women had felt ashamed and vulnerable when having to engage with the health system for a mental health reason.	Några få kvinnor hade känt skam och känt sig sårbara när de varit tvungna att engagera hälso-och sjukvården på grund av mental hälsa.
Emmet et al. 2006 [1]	Some women felt that potential health risks were not an important influence on decision making because they were equivalent for the different delivery options.	Kvinnor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt ansåg att potentiella risker inte hade så stor betydelse för beslutet eftersom det var lika vanligt oavsett förlossningsätt.
Fenwick et al. 2006 [8]	These women now considered birth to be unpredictable and uncertain.	Kvinnor med tidigare kejsarsnitt uttryckte att förlossning är oförutsägbart och osäkert.
Fenwick et al. 2006 [8]	For these women (previous cs) the concept of birth, especially vaginal birth, was now associated with pain.	Kvinnor med tidigare kejsarsnitt ansåg nu att vaginal födsel var associerat med smärta.
Fenwick et al. 2006 [8]	For these women (previous cs) the concept of birth associated with the risk of complications.	Kvinnor med tidigare kejsarsnitt ansåg nu att barnafödande var associerat med komplikationer.
Fenwick et al. 2006 [8]	Birth is now scary (after a previous CS).	Kvinnor med tidigare kejsarsnitt ansåg nu att förlossning kunde vara skrämmande.
Fenwick et al. 2006 [8]	Many women described how they now perceived having a healthy baby to be the <i>most</i> important reasonable expectation for childbirth.	Flera kvinnor med tidigare kejsarsnitt rapporterade nu att ett friskt barn var nu den viktigaste förväntningen kring förlossningen.
Fenwick et al. 2006 [8]	Many women described how they now perceived having a healthy baby 'only' reasonable expectation for childbirth.	Flera kvinnor med tidigare kejsarsnitt rapporterade nu att ett friskt barn var nu den enda förväntningen kring förlossningen.

Fenwick et al. 2006 [8]	The final change relates to a move from process to outcome-related expectations.	Kvinnor med tidigare kejsarsnitt rapporterade nu en förändring i sina förväntningar, från att ha sett födelsen som en process till att mer fokusera på utfallet av förlossningen.
Fenwick et al. 2010 [2]	Although all women knew that bleeding, infection, and epidural complications were immediate risks to themselves.	Alla kvinnor med önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation var medvetna om att det fanns vissa risker med kejsarsnitt såsom blödning, infektioner och komplikationer till ryggbedövning.
Fenwick et al. 2010 [2]	Women reported that they were prepared to take their chances (of risks).	Kvinnor rapporterade att de var förberedda på att ta chansen att risk skulle uppstå.
Fenwick et al. 2010 [2]	Participants reported that conversations with their doctors about their choice for a non-medically indicated caesarean section reinforced their doubts and fears about labour and vaginal birth.	Kvinnor med önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation upplevde att diskussioner med läkare förstärkte deras tvekan och rädslor inför vaginal födsel.
Kornelsen et al. 2010 [3]	(...) led to the desire to ensure what they felt would be the best possible outcome, and to reduce risks for the baby.	Många förstfödelskor ville försäkra sig om det bästa möjliga utfallet och att minska riskerna för barnet [genom att få ett kejsarsnitt.
McGrath et al. 2009 [4]	The predictability of booking in for the EC and not being open to the unpredictability of a natural delivery.	Omfödelskor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt uppfattade kejsarsnitt som förutsägbart och ville inte genomgå en oförutsägbar naturlig (vaginal) förlossning.
McGrath et al. 2009 [4]	One of the concerns that mothers confront in making birthing choices after a prior caesarean is the issue of risk associated with either mode of delivery.	Kvinnor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt var bekymrade över risker oavsett förlossningssätt.
McGrath et al. 2009 [4]	The key concern for the mothers was expressed to be the risk of rupture	Kvinnor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt upplevde framförallt en oro för risk för

	of the scar from previous CS.	uterusruptur i samband med en vaginal förlossning efter ett tidigare kejsarsnitt.
McGrath et al 2009 [4]	Only one mother who chose an EC viewed caesarean as riskier than a VBAC.	Endast en kvinna med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt ansåg kejsarsnitt vara mer riskfyllt än vaginal förlossning efter ett kejsarsnitt.
McGrath et al. 2009 [4]	However, one mother who chose an EC noted that there are just as many risks with both options.	En kvinna som valde ett planerat kejsarsnitt ansåg riskerna likvärdiga för kejsarsnitt och vaginal förlossning.
McGrath et al 2009 [4]	Some mothers reported that the health professionals presented the risks associated with both birthing choices without favouring either choice.	Omfödernor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt. upplevde att personalen beskrev risker med båda förlossningssätten utan att förorda något av dessa.
Sahlin et al. 2013 [9]	For the interviewed women a caesarean section seemed to be a more controlled and safe way of having a baby compared to vaginal delivery, especially for the fetus.	För deltagarna verkade kejsarsnitt vara ett mer kontrollerat och säkert alternativ jämfört med vaginal förlossning, speciellt för barnet.
Sahlin et al. 2013 [9]	Many of the women reported that they feared that a vaginal birth would result in hypoxia for the fetus.	Många av förstfödernor berättade att de var rädda för att vaginal förlossning skulle resultera i syrebrist hos barnet.
Sahlin et al. 2013 [9]	In many interviews the women said that they felt like the situation in general is more controlled during a planned caesarean than a vaginal delivery.	I många intervjuer ansåg kvinnorna att de kände att situationen generellt är mer kontrollerad under ett planerat KS jämfört med en VF.
Sahlin et al. 2013 [9]	Several said that a caesarean section means a given date for birth, there is no risk of being	Flera av kvinnorna sa att ett kejsarsnitt innebär ett givet datum för förlossning, att det inte finns någon risk att bli remitterad från "ditt" sjukhus.

	referred from 'your hospital'.	
Sahlin et al. 2013 [9]	The fact that there was medical team there waiting for the woman gave a sense of being in control.	Faktumet att det fanns ett medicinskt team där som väntade på kvinnan gav en känsla av att vara i kontroll.
Sahlin et al. 2013 [9]	The following quote describes how a woman looks at the safety of the child: "I know it will be fine for the child, who will be born in a calm manner. It will go quickly and the baby will not suffer from hypoxia. Nothing bad will happen to my baby during the delivery itself. Possibly it is not as good for me, but it will go well for the baby in all cases."	En kvinna sa: " Jag vet att det kommer gå bra för barnet, som kommer att födas på ett lugnt sätt. Det kommer gå snabbt och barnet kommer inte lida av syrebrist. Inget kommer hända mitt barn under själva förlossningen. Möjligtvis går det inte lika bra för mig, men det kommer gå bra för barnet i alla fall."
Sahlin et al. 2013 [9]	These quotes describe how some women look at the control and safety from the point of view: I know how it will be and also when it will happen. It's not that it comes as an unpleasant surprise down the road that can cause complications for the baby and for me. That is the greatest incentive to make me want to have a planned caesarean section, that it is the predictability. I do not feel at all comfortable with not knowing when, and how my body will handle labour and I do not know how I would react? This is where it is going to happen during this given day and time. You would not wake up in	De här citaten beskriver hur vissa kvinnor såg på kontroll och säkerhet: Jag vet hur det kommer bli och när det kommer hända. Det kommer inte komma som en otäck överraskning som kan orsaka komplikationer. Förutsägbarheten är det största incitamentet till att jag ska genomgå ett KS. Jag känner mig inte alls bekväm med att inte veta när, och hur min kropp kommer hantera förlossningen och jag vet inte hur jag kommer reagera. Här är där det kommer hända på den här givna dagen och tidpunkten. Du kommer inte vakna mitt i naten och undra vad som händer och vart du ska åka. Det är mer organiserat med ett planerat KS.

	the middle of the night and wonder what is going on and where you should go. It is more organized with a planned caesarean section.	
Weaver et al. 2007 [5]	Any risks associated with cesarean section were described as risks to the mother.	Risker vid kejsarsnitt ansågs av kvinnorna vara relaterade till modern.
<p>Nivå 2 tema: Kvinnorna uttryckte att de hade fått relevant information om risker, men information gavs inte alltid rutinmässigt utan behövde efterfrågas. Informationen kunde även upplevas motstridig eller bristfällig. Information om förlossningssätt inhämtades även från icke-medicinska källor. Kvinnor med tidigare kejsarsnitt ville hellre ha acceptans för sitt beslut än information.</p>		
Författare År Referens	Meningsenhet	Nivå 1 tema
Eide et al. 2020 [7]	One woman thought that someone should inform her about the increased risks in the forthcoming delivery and the risks and benefits of the available delivery options, given her previous CS.	En kvinna tyckte att någon skulle ha informerat henne om de ökade riskerna vid den kommande födseln och de risker, och fördelar med de olika förlossningsalternativen, givet hennes tidigare kejsarsnitt.
Eide et al. 2020 [7]	Lack of outreach and information from the health care system made her even more concerned about the upcoming birth.	Bristande uppföljning och information från hälso- och sjukvården gjorde henne ännu mer oroad inför den kommande födseln.
Eide et al. 2020 [7]	While some women felt well-informed before and during the counselling process, others expressed an unmet need for information.	Medan några kvinnor upplevde sig välinformerade innan och under beslutsprocessen uttryckte andra att deras behov av information inte tillmötesgåtts.
Eide et al. 2020 [7]	Some women wanted more facts presented in numbers and percentages	Vissa kvinnor önskade mer fakta i form av siffror och procentsatser anpassade till deras specifika obstetriska historia.

	and adapted to their specific obstetric history.	
Eide et al. 2020 [7]	Most women had initiated the help-seeking process themselves. One of the women questioned why there was no screening or discussion of birth with women during pregnancy.	De flesta kvinnor hade initierat den hjälpsökande processen själva. En av kvinnorna ifrågasatte varför det inte fanns någon screeningprocedur eller diskussion om förlossning med kvinnor under graviditeten.
Eide et al. 2020 [7]	No written information was given in the decision-making process. After the decision was made women scheduled for planned CS were sent a standard information sheet about the procedure and its risks.	Ingen skriftlig information gavs under beslutsprocessen. Efter att beslut tagits skickade ett standardbrev om proceduren och dess risker, till kvinnor som var planerade för kejsarsnitt.
Emmet et al. 2006 [1]	This (lack of info) meant that the women could tailor the information they received to include only what they felt was relevant to them.	Kvinnor valde den information de ansåg vara relevant när informationen som gavs var bristfällig.
Emmet et al. 2006 [1]	Hospital doctors were described as the external influence most involved in women's decision-making.	Förlossningsläkaren hade det största inflytandet på kvinnors beslut om förlossningssätt.
Emmet et al. 2006 [1]	Some women still felt ill-informed about these procedural aspects.	Några kvinnor upplevde sig dåligt informerade om procedurer kring kejsarsnitt.
Emmet et al. 2006 [1]	However, as several women highlighted, this also meant that to get the information they wanted they needed to know the right questions to ask.	Flera kvinnor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt upplevde att de behövde ställa de rätta frågorna för att få information.

Emmet et al. 2006 [1]	Discussion of health risks and benefits did not feature strongly in accounts of information provision.	Diskussioner om hälsorisker och fördelar kom inte fram tillräckligt tydligt i informationsförmedlingen.
Emmet et al. 2006 [1]	Women felt that information was not routinely provided by health professionals, but rather was available on request.	Kvinnor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt upplevde att de inte fick information rutinmässigt utan fick efterfråga detta.
Emmet et al. 2006 [1]	(health risks)...with the exception of uterine rupture, which many women recalled being discussed.	Flera av kvinnor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt mindes inte att risker diskuterades, med undantag från uterusruptur.
Emmet et al. 2006 [1]	To get the information they wanted they needed to be confident enough to ask them (the right questions).	Kvinnor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt ansåg att de behövde vara tillräckligt trygga att ställa de rätta frågorna, för att få den information de önskade.
Emmet et al. 2006 [1]	Issues around the timing of the information were also discussed, with some women feeling more information given directly after their first caesarean section would have been helpful.	Tidpunkt för att få information diskuterades och några kvinnor upplevde att information direkt efter det första kejsarsnittet hade varit önskvärt.
Fenwick et al. 2010 [2]	Only two were aware of possible longer-term effects.	Få kvinnor med önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation var medvetna om långtidskomplikationer efter kejsarsnitt.
Fenwick et al. 2010 [2]	...and only three could identify risks to the baby.	Endast tre kvinnor var medvetna om risker för barnet med kejsarsnitt.
Fenwick et al. 2010 [2]	Women generally described information' from the doctor stating 'that was not going to happen (to her)' (risk).	Kvinnor beskrev information från läkare som att någon risk inte kommer hända (just henne).

Fenwick et al. 2010 [2]	Women recalled various discussions with their doctor about the risks of a surgical birth.	Kvinnor drog sig till minnes olika diskussioner med sin läkare angående risker med kejsarsnitt.
Kenyon et al. 2016 [10]	...and verbal information from midwives and consultants varied.	Kvinnor upplevde att den muntliga informationen om kejsarsnitt som delgavs av personalen inte var samstämmig.
Kenyon et al. 2016 [10]	Missing information (and this) included both short and long-term risks and benefits of elective Caesarean section.	Kvinnor ansåg att information saknades om kortsiktiga och långsiktiga risker samt fördelar med planerat kejsarsnitt.
Kenyon et al. 2016 [10]	Written information was related to Caesarean section generally and not specifically for women requesting caesarean section.	Kvinnor ansåg att erhållen skriftlig information var i relaterad till kejsarsnitt i allmänhet snarare än för de med önskemål om kejsarsnitt.
Kenyon et al. 2016 [10]	Some women found that discussing their request for Caesarean section with their community midwife could be a difficult experience. In these cases, they found there was little clarity on the process and little information given to them to help make the decision.	Kvinnor upplevde det svårt att diskutera sina önskemål om kejsarsnitt med barnmorskan. Beslutsprocessen upplevdes oklar och informationen bristfällig.
Kenyon et al. 2016 [10]	It was also agreed that there was a lack of information about what the Caesarean section surgery experience is like and of the risk information comparing vaginal birth, emergency, and elective Caesarean section and that these areas.	Kvinnor upplevde informationen som bristfällig gällande upplevelsen av en kejsarsnittsförlossning samt risker vid olika förlossningssätt.

Kornelsen et al. 2010 [3]	Many talked of the clarity with which their obstetricians explained the risks and benefits.	Många uttryckte att förlossningsläkarna förklarade risker och fördelar med kejsarsnitt på ett tydligt sätt.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Many talked of and their (OB) willingness to answer questions in a straightforward and supportive way.	Många kvinnor uttryckte att förlossningsläkarna svarade på frågor på ett tydligt och stödjande sätt.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Detailed knowledge of the range of potential risks was expressed by participants in this study from non-medical sources.	Detaljerade kunskap om potentiella risker med kejsarsnitt kom från icke-medicinska källor.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Detailed knowledge of the prevalence of morbidities was expressed by participants in this study from non-medical sources.	Detaljerade kunskap om förekomst av sjuklighet efter kejsarsnitt kom från icke-medicinska källor.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Detailed knowledge and alongside interpretations of knowledge of risks of vaginal delivery from non-medical sources.	Detaljerad kunskap och tolkning av risker med vaginal födsel kom från icke-medicinska källor.
Kornelsen et al. 2010 [3]	...popular books and magazine articles were highlighted as most influential within the decision-making process.	Böcker och tidningar hade störst påverkan i beslutsprocessen.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Often women brought this information (non-medical sources) to their care providers to confirm its validity.	Ofta stämde kvinnorna av informationen från icke-medicinska källor med vårdgivarna.
Kornelsen et al. 2010 [3]	In such instances (bringing non-medical info), the informed consent process worked in reverse and was a matter of discussing the risks and benefits of	Avstämning av informationen från icke-medicinska och informerat samtycke handlade om att diskutera risker och fördelar med olika förlossningssätt.

	different modes of delivery.	
McGrath et al. 2009 [4]	Mothers may not even read the information provided if their minds are already made up.	Kvinnor valde ibland att inte läsa erhållen information om de redan hade bestämt sig för kejsarsnitt.
McGrath et al. 2009 [4]	The health professionals may not even offer information if they think the mother is predetermined in her choice.	Kvinnor upplevde att de inte alltid erbjöds information om personalen trodde att de var övertygade i sitt val av förlossningssätt.
McGrath et al. 2009 [4]	With regard to the risks associated with different modes of delivery, the process was not simply one of the health professionals providing information that was absorbed and acted on by the mother.	Med hänsyn till risker associerade med olika förlossningssätt bestod beslutsprocessen inte enbart av att personalen informerade och att kvinnorna tog till sig informationen och agerade utifrån den.
McGrath et al. 2009 [4]	Again, the important point from the perspective of this group of mothers, who were committed to having an EC, is that it was not the information per se but rather the way it was communicated that affirmed the mother's pre-determined choice.	Omfödernor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt och hade önskemål om planerat kejsarsnitt ansåg att informationen i sig inte var det viktigaste utan det var hur informationen kommunicerades som bekräftade deras förutbestämda önskemål.

Nivå 3 tema: Stöd och acceptans för önskemål om kejsarsnitt.

Kvinnor ansåg det viktigt och deras rättighet att få stöd och acceptans för sina önskemål om kejsarsnitt och många kvinnor fick också stöd av personalen i sina beslut, ibland efter förhandling. Ibland nekades kvinnors önskemål om kejsarsnitt och ibland upplevdes beslutsprocessen oseriös med avsaknad av stöd. Kvinnor fick ofta upprepa och försvara sina, i deras ögon välmotiverade, beslut om förlossningssätt. En del kvinnor omförhandlade sin attityd till förlossningssätt genom tidigare förlossningserfarenhet eller professionellt stöd i beslutsprocessen.

<p>Nivå 2 tema: Kvinnorna ansåg sig ha välgrundade motiv och medicinska riskfaktorer för kejsarsnitt. De ville uppleva kontroll och trygghet och såg på kejsarsnitt som det enda möjliga alternativet då de ansåg sig vara oförmögna att föda vaginalt. Kvinnorna framhöll också sin okränkbara rättighet att själva bestämma över sin kropp och sitt förlossningssätt, även om en del av kvinnorna lyfte fram problemen med fullständig autonomi.</p>		
<p>Författare År Referens</p>	<p>Meningsenhet</p>	<p>Nivå 1 tema</p>
<p>Eide et al. 2019 [6]</p>	<p>Several women based their request on what they personally considered medical risk factors. They were concerned about complicated births running in their families, previous protracted labor/emergency CS, perception of having a narrow pelvis or expecting a big baby.</p>	<p>Flera omfödorskor med önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation baserade sina önskemål på, vad de själva ansåg var, medicinska riskfaktorer.</p>
<p>Eide et al. 2019 [6]</p>	<p>The conviction of not being able to deliver vaginally was recurring.</p>	<p>Gravida kvinnor med önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation var övertygade om att de var oförmögna att föda vaginalt.</p>
<p>Eide et al. 2020 [7]</p>	<p>Women's views on autonomy were divided. A minority of the women thought the final choice should be taken by the woman herself.</p>	<p>Kvinnors syn på autonomi var tudelad. En minoritet av kvinnorna ansåg att det slutgiltiga beslutet skulle tas av kvinnan själv.</p>
<p>Eide et al. 2020 [7]</p>	<p>Arguments presented were: It was her body and should be her decision, she knows her own body and psyche the best, she was the one bearing the consequences and the outcome of an attempt for VD was uncertain.</p>	<p>De argument som presenterades var: det var hennes egen kropp och beslutet borde vara hennes, hon känner sin kropp och psyke bäst, hon är den som bär konsekvenserna vid ett osäkert försök att föda vaginalt.</p>

Eide et al. 2020 [7]	The fact that it was a surgical procedure, with elevated risks for the mother and child, a medical choice, a possibility that women would have CS for reasons of convenience or because it was misunderstood as an 'easy way out, were arguments presented for why complete autonomy would be problematic	Det faktum att det är en kirurgisk procedur, med ökade risker för mor och barn, ett medicinskt val, en möjlighet att kvinnor vill ha ett kejsarsnitt av bekvämlighetsskäl eller missförstånd, som 'en lätt väg ut', var argument som presenterades när det gällde varför komplett autonomi skulle vara problematisk.
Emmett et al. 2006 [1]	The certainty of women who wanted an elective caesarean section was a lack of confidence that a vaginal delivery was possible for them.	Omföderns övertygelse om kejsarsnitt var grundad i bristande tillit och trygghet inför vaginal födsel.
Fenwick et al. 2006 [8]	Many women believed they had no option.	Många kvinnor upplevde att de inte hade någon annan möjlighet än att föda med kejsarsnitt.
Fenwick et al. 2006 [8]	Many women believed they had no choice.	Många kvinnor upplevde att de inte hade någon valmöjlighet när det gällde förlossningssätt. Kejsarsnitt var det enda alternativet.
Fenwick et al. 2010 [2]	The women reported that as it was their choice (CSMR).	Kvinnor rapporterade att kejsarsnitt utan medicinsk indikation var deras eget val.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Participants perceived the choice of CS to be their inviolable reproductive rights.	Deltagarna ansåg att valet av kejsarsnitt hörde till deras okränkbara reproduktiva rättighet.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Participants perceived the choice of CS to be their inviolable consumer rights.	Kvinnor ansåg att valet av kejsarsnitt hörde till kvinnors konsumenträttighet.
Kornelsen et al. 2010 [3]	For many of the participants in this study, the fact that it was even possible to request a Caesarean section	För många deltagare representerade faktumet att man kan önska kejsarsnitt utan medicinsk indikation ett framsteg för kvinnors reproduktionsrättigheter.

	without a medical indication represented forward progress in women's reproductive rights.	
Kornelsen et al. 2010 [3]	As this consumer right had become the baseline expectation for participants, some were critical of hospitals that had chosen not to allow the procedure.	Deltagarna förväntade sig en konsumenträttighet att få kejsarsnitt. Vissa deltagare var kritiska mot sjukhus som hade valt att inte tillåta ingreppet.
Sahlin et al. 2013 [9]	"It feels like you have to have a medical explanation for a caesarean section."	En kvinna sa att det känns som om man måste ha en medicinsk orsak för att få ett kejsarsnitt.
Sahlin et al. 2013 [9]	Several women in the study stated that it is up to every single individual to decide mode of delivery.	Flera deltagare konstaterade att det är upp till varje enskild individ att bestämma förlossningssätt.
Sahlin et al. 2013 [9]	Many of them expressed that it is a modern way of thinking.	Många av dem sa att det är att tänka på ett modernt sätt.
Sahlin et al. 2013 [9]	Several of the interviewed women said that you are able to choose almost anything in life and there for it is your privilege to choose whether you want a vaginal delivery or a caesarean section.	Flera deltagare sa att man kan välja nästan allting i livet och därför är det ditt privilegium att välja förlossningssätt.
Sahlin et al. 2013 [9]	"And I think that in today's society in advocating individualism, as it were, it is obvious that it will spread in maternity care that people will demand that I want it like this or like this."	En kvinna sa: "Jag tänker att i dagens samhälle där individualism förespråkas, är det tydligt att detta tankesätt kommer spridas till förlossningsvården och att människor kommer kräva att de vill ha det på det ena eller det andra sättet."

Sahlin et al. 2013 [9]	"It is my body and if I want you to cut into me even though I am perfectly healthy, then you should do it I think."	"Det är min kropp och om jag vill att du ska skära upp mig även om jag är fullt frisk, så tycker jag att du ska göra det"
Sahlin et al. 2013 [9]	Almost all stated that the reason for their wish for a caesarean section is not about fear of giving birth, it is deeper than that.	Nästa alla deltagare konstaterade att orsaken till deras önskemål var något som är djupare än förlossningsrädsla.
Weaver et al. 2007 [5]	Two interview participants described wanting to ask for cesarean section to have some control over the timing of the birth.	Två deltagare beskrev att de ville efterfråga kejsarsnitt för att ha kontroll över tidpunkten för förlossningen.
Weaver et al. 2007 [5]	The 8 women who asked for and underwent caesarean section believed that they had clinical justifications for the operation.	Kvinnor ansåg sig ha kliniskt motiverad orsak för kejsarsnittet.
<p>Nivå 2 tema: Kvinnorna upplevde att de fick ovillkorligt stöd eller uppmuntran i sina önskemål, men de kunde även uppleva bristande engagemang, ifrågasättande eller bli nekade kejsarsnitt. Vårdgivares stöd var betydelsefullt och kunde leda till att kvinnor vågade föda på egna premisser. Beslutsprocessen kunde upplevas mindre noggrann eller oseriös när kvinnor blev tvingade till samtalsstöd och kunde uppleva sig dömda, kränkta och pressade. Detta kunde också ske vid sent beslut om förlossningssätt, vid ofullständig dokumentation av motiv till kejsarsnittsönskemålen eller då den avspeglade vårdgivarnas egna preferenser.</p>		
Författare År Referens	Meningsenhet	Nivå 1 tema
Eide et al. 2020 [7]	Many felt included in the decision-making, either by being able to make the final choice for themselves or having the opportunity to say no to a vaginal birth.	Många kände sig inkluderade i beslutsprocessen, antingen genom att ta det avgörande beslutet själva eller få möjligheten att säga nej till vaginal födsel.
Eide et al. 2020	Other felt as if they were presented to a judge or	Andra kände det som att de stod inför en domare eller en kommitté av läkare som

[7]	committee of doctors evaluating their case, without being present to defend themselves or being able to influence the decision.	utvärderade deras skäl, utan att få möjligheten att försvara sig eller påverka beslutet.
Eide et al. 2020 [7]	Most women would prefer a shared process between the woman and caregiver or a conditional autonomous choice depending on reason for the request, where ungrounded requests could be denied.	De flesta kvinnor skulle föredra en gemensam process mellan kvinnan och personalen eller en villkorad autonom valmöjlighet, beroende på orsaken till kraven, där ogrundade krav skulle förvägras.
Eide et al. 2020 [7]	Many women experienced the accessibility of counselling for their caesarean request to be challenged by late referrals to counselling, a strong ideal of vaginal delivery, a long-lasting process of and late decision-making.	Många kvinnor upplevde tillgången till rådgivning för deras kejsarsnittsoönskemål som utmanande genom sen remittering, ett starkt ideal för vaginal födsel, en långdragen process och ett sent beslut.
Eide et al. 2020 [7]	Several women had the impression that caregivers in primary and specialized care usually advocated for VD. For some it appeared less trustworthy, and lacking of neutral ground.	Många kvinnor hade känslan av att vårdgivare inom primär-och specialiserad vård vanligtvis argumenterade för vaginal födsel. För några upplevdes detta som mindre trovärdigt och som att det saknades ett neutralt förhållningssätt.
Eide et al. 2020 [7]	There was a common understanding among women that the clinic was very restrictive in its policy towards CS.	Det var vanligt att kvinnor ansåg att kliniken var väldigt restriktiva i sin policy gentemot kejsarsnitt.
Eide et al. 2020 [7]	A common complaint among women was that the birth counselling process was too long, and that the decision was made too late in	Ett vanligt klagomål bland kvinnor var att rådgivningsprocessen var för lång och att beslutet togs allt för sent, vilket ökade den psykologiska stressen och osäkerheten under graviditeten.

	pregnancy, escalating psychological stress and uncertainty during pregnancy.	
Eide et al. 2020 [7]	Prior to counselling, many feared they would not be understood or taken seriously, and many were relieved to find the opposite.	Innan rådgivningen var många rädda att de inte skulle bli förstådda eller tagna på allvar men blev lättade när de upplevde det motsatta.
Eide et al. 2020 [7]	Several women were not able to enjoy their pregnancy until the decision on delivery mode was taken.	Många kvinnor kunde inte njuta av graviditeten innan beslutet om förlossningssätt hade tagits.
Eide et al. 2020 [7]	Women were generally pleased with the birth counselling provided by midwives. They usually felt seen, heard, respected, and trusted on their stories. They appreciated going through previous birth records and cleaning up misunderstanding and questions.	Kvinnor var vanligtvis nöjda med förlossningsrådgivningen de erhöll av barnmorskor. De kände sig sedda, hörda, respekterade och trodda. De uppskattade att gå igenom tidigare förlossningsjournaler och reda ut missförstånd och frågor.
Emmett et al. 2006 [1]	Generally, health professionals were described as being accepting or supportive of the woman's decision whichever type of delivery she chose.	Omfödorskorna med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt ansåg att personalen var i allmänhet accepterande eller stödjande, oavsett förlossningssätt.
Emmett et al. 2006 [1]	The majority of women felt that their health professionals had allowed them to make their own choice about mode of delivery.	De flesta omfödorskorna med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt upplevde att personalen tillät dem att själva besluta om förlossningssätt.
Emmett et al. 2006 [1]	The role of some community midwives was very helpful.	Omfödorskorna med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt uppfattade att vissa barnmorskor var hjälpsamma i beslutet av förlossningssätt.

Emmet, et al. 2006 [1]	Often, this preference (to try vaginal birth) was not explicitly stated by the health professionals, but rather was something women perceived.	Vårdgivares preferenser för vaginal födsel var inte alltid uttalat, men uppfattades ofta av omföderskor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt.
Emmett et al. 2006 [1]	For some, the uncertainty resulted from conflicting opinions about the best choice, among their health professionals.	Omföderskors osäkerhet angående förlossningssätt bottenade i motstridiga åsikter om förlossningssätt mellan personalen.
Emmett et al. 2006 [1]	Others (community midwives) provided information contradictory to the hospital doctor.	Barnmorskor upplevdes ge motstridig information om förlossningssätt jämfört med läkarna.
Emmett et al. 2006 [1]	The role of community midwives (...) some seemed reluctant to get involved at all.	Vissa barnmorskor upplevdes av omföderskorna som ovilliga att engagera sig i beslutsfrågan om förlossningssätt.
Emmett et al. 2006 [1]	One felt that health professionals had ignored her repeated requests for an elective caesarean section.	En omföderska med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt upplevde att hennes återkommande önskemål om kejsarsnitt ignorerades av personalen.
Emmett et al. 2006 [1]	Ignored requests for an elective caesarean section and that she would be forced to have a VBAC.	Det av personalen ignorerade önskemålet om kejsarsnitt upplevdes av omföderskan med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt som att bli tvingad att föda vaginalt.
Emmet, et al. 2006 [1]	However, several women felt that health professionals really prefer women to try to deliver vaginally.	Många omföderskor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt upplevde att personalen ansåg att kvinnor borde försöka föda vaginalt.
Emmett et al. 2006 [1]	In contrast to the majority, two participants felt they were not allowed to choose their delivery method.	I kontrast till de flesta informanter, så tilläts inte två gravida kvinnor välja förlossningssätt.

Fenwick et al. 2010 [2]	Women reported that doctors made no enquiry about why they had made this request.	Kvinnor rapporterade att läkarna inte efterfrågade deras orsaker för önskemål om kejsarsnitt.
Fenwick et al. 2010 [2]	Participants perceived that the doctor was covering themselves legally (by CS).	Kvinnorna ansåg att läkare skyddade sig själva lagligt genom att samtycka till kejsarsnitt.
Fenwick et al. 2010 [2]	Participants perceived that it (CSMR) was convenient for them (doctors).	Förstföderskor uppfattade att kejsarsnitt utan medicinsk indikation var bekvämt för läkarna.
Fenwick et al. 2010 [2]	There was also a perception that it was good business.	Kvinnor uppfattade att kejsarsnitt utan medicinsk indikation var en bra ekonomisk affär för läkarna.
Fenwick et al. 2010 [2]	Women reported that their doctors readily acceded to the request for a caesarean section in their first pregnancy.	Kvinnor rapporterade att läkarna lätt accepterade deras krav på kejsarsnitt.
Fenwick et al. 2010 [2]	Women reported that their doctors were even encouraging of the choice for a caesarean section.	Förstföderskor med önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation rapporterade att läkarna till och med uppmuntrade deras val av kejsarsnitt.
Kenyon et al. 2016 [10]	If women were sent to discuss their decision with the Consultant Midwife when they were already sure that they had made the right decision, they could find the consultation upsetting if they felt that they were being pressurized into changing their mind, rather than the supportive process that was intended.	Att bli remitterad till (konsult)barnmorska för diskussion om önskemålet om kejsarsnitt upplevdes upprörande när kvinnorna ansåg att de redan tagit ett väl avvägt beslut. Kvinnorna upplevde sig pressade att ändra uppfattning istället för att få ett avsett stöd i beslutsprocessen.
Kenyon et al. 2016 [10]	Women felt that those health care professionals were, at all stages, judging or stereotyping them, when in fact their	Kvinnor upplevde sig bli dömda och stereotyp behandlade trots att deras beslut om kejsarsnitt var noga genomtänkt och ibland svårt att ta.

	decision was a carefully thought through, and sometimes very difficult, decision.	
Kenyon et al. 2016 [10]	Some felt that their midwife was judging them for their decision, which compromised the relationship.	Några kvinnor upplevde barnmorskan som fördömande gällande deras beslut om kejsarsnitt vilket ledde till ett komprometterat förhållande.
Kenyon et al. 2016 [10]	The feelings of being judged for their decision continued after the birth in interactions with health care professionals.	En känsla av att bli dömda för beslutet om kejsarsnitt fortsatte även efter förlossningen. i möten med vårdpersonal.
Kenyon et al. 2016 [10]	The effect a delayed decision had on experience of pregnancy was to cause unnecessary anxiety.	Kvinnor upplevde att ett sent beslut om förlossningssätt under graviditet skapade onödigt oro inför förlossningen.
Kenyon et al. 2016 [10]	Only one participant was referred to the mental health services and she felt that it was an inappropriate referral.	Att bli remitterad till mental health services (stöd vid mental ohälsa) upplevdes olämpligt när kvinnan var säker i sitt beslut om kejsarsnitt.
Kenyon et al. 2016 [10]	They also felt that long term risk information was used to ram home risks.	Kvinnor upplevde att personalen ville skrämmas då de informerades om risker för långtidskonsekvenser med kejsarsnitt.
Kenyon et al. 2016 [10]	If women were sent to discuss their decision with the Consultant Midwife they were already sure that they had made the right decision, they could find the consultation unnecessary, rather than the supportive process that was intended.	Att bli remitterad till en barnmorska för diskussion om önskemålet om kejsarsnitt upplevde kvinnorna som onödigt när de var säkra på deras beslut var rätt. Fick detta istället för att få stöd i beslutsprocessen som var avsikten med att bli remitterad.
Kenyon et al. 2016 [10]	Other themes that emerged from the discussion included the way that a woman's	Det fanns en brist på detaljerad dokumentation av diskussionerna mellan kvinnan och vårdpersonalen.

	decision to have caesarean section was recorded (...) the lack of detailed recording of discussion between women and health care professionals when requesting caesarean section.	
Kornelsen et al. 2010 [3]	Ultimately, what was most important to the participants was the sense of support they felt for their decision to have a caesarean section.	I slutändan, så var det viktigaste för förstföderskor med önskemål om planerat kejsarsnitt att få stöd av personalen i sitt beslut om att få ett planerat kejsarsnitt.
Kornelsen et al 2010 [3]	Many spoke positively of their care providers' support for the decision, which was described in terms of reassurance and cooperation.	Personalens stöd för förstföderskors önskemål om planerat kejsarsnitt beskrevs positivt av kvinnorna såsom att de fick uppmuntran och att de hade ett gott samarbete.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Although all participants felt well-supported by their obstetricians, about their desire to give birth by caesarean section.	Alla deltagare upplevde gott stöd av förlossningsläkarna i sin önskan om planerat kejsarsnitt.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Some participants received support for caesarean section from their care providers, on the basis of non-indicated physiological conditions.	Några deltagare fick stöd från personal för deras önskemål om planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation.
Kornelsen et al. 2010 [3]	For all participants, the informed consent process was confirmatory in their decision-making process.	Alla förstföderskorna med önskemål om planerat kejsarsnitt ansåg att samtyckesprocessen bekräftade deras önskemål.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Some women noted that care providers' positive descriptions of the surgery reinforced their decision to give birth by PIECS.	Personalens positiva beskrivningar av kejsarsnitsoperationen förstärkte några av förstföderskornas beslut om planerat kejsarsnitt.

Kornelsen et al. 2010 [3]	Participants felt that physicians who declined to support delivery by PIECS were obstructive.	Läkare som nekade kejsarsnitt upplevdes ohjälpsamma
Kornelsen et al. 2010 [3]	Participants felt that physicians who declined to support delivery by PIECS unsupportive.	Läkare som nekade kejsarsnitt upplevdes icke-stödjande.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Others noted that their physicians were reluctant to support a caesarean section on the basis of non-indicated physiological conditions.	Andra deltagare noterade att läkare var motvilliga till att stödja kejsarsnitt utan medicinsk indikation.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Others noted their (family) physician's reluctance to condone the procedure in the absence of reasons for it, causing conflict in the informed consent process.	Familjeläkares motvillighet att agera utifrån förstföderskornas önskemål om kejsarsnitt orsakade konflikt i beslutsprocessen av förlossningssätt.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Their reluctance to condone an elective Caesarean section without a medical indication was perceived as obstructive.	Familjeläkares motvillighet att agera genom att remittera utifrån förstföderskornas önskemål om kejsarsnitt upplevdes hindrande.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Several noted the lack of support within the decision-making process they felt from their family physicians about their desire to give birth by caesarean section.	Flera deltagare upplevde bristande stöd av familjeläkare i sin önskan om kejsarsnitt.
Kornelsen et al. 2010 [3]	For some respondents the informed consent process was less rigorous than they anticipated.	Beslutsprocessen om förlossningssätt upplevdes mindre rigorös än förväntat av några deltagare.
Kornelsen et al. 2010 [3]	One compared it to the more stringent process of consenting to an amniocentesis and noted	En deltagare blev förvånad över att samtyckesprocessen för att genomgå

	her surprise over the lack of comparable decision points.	fostervattenprov var mer stringent än denna process.
Kornelsen et al. 2010 [3]	The perceived lack of rigour in the informed consent process may have been due in part to the high level of awareness that all participants had regarding caesarean section.	Den upplevda avsaknaden av noggrannhet i det informerade valet (beslutsprocessen) förklarade förstföderskorna med deras medvetenhet om kejsarsnitt.
Kornelsen et al. 2010 [3]	For most of the participants the process of decision making was marked by informed consent discussions with their care provider(s), understanding the evidence through research, and support from their physicians. For all participants in this study the informed consent process was confirmatory in their decision-making process, as opposed to challenging.	Samtyckesprocessen var för samtliga deltagare bekräftande i sina beslut, dvs den utmanade inte deltagarna i deras beslut.
McGrath et al. 2009 [4]	Participants made clear statements that their GPs took time to discuss the birthing choice and were supportive of their decisions.	Kvinnor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt och som hade önskemål om planerat kejsarsnitt upplevde att allmänläkaren tog sig tid att diskutera förlossningssätt och att de gav stöd i deras önskemål om kejsarsnitt.
McGrath et al. 2009 [4]	However, even when the GP provided information on both options it was the support for the mother's pre-determined choice that was considered most important.	Kvinnor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt och hade önskemål om planerat kejsarsnitt ansåg det viktigast att få stöd av allmänläkaren i sitt förutbestämda önskemål om förlossningssätt än att få information om båda förlossningssätten (vaginal förlossning och kejsarsnittsförlossning).
McGrath et al 2009	Support from the GP for a birthing option could be	Kvinnor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt och hade önskemål om planerat kejsarsnitt

[4]	expressed in statements indicating that an EC was the only option.	upplevde att de fick stöd i önskemålet av sin allmänläkare när kejsarsnitt framställdes som det enda alternativet.
McGrath et al. 2009 [4]	The mothers expressed satisfaction with this support for their pre-determined choice and expressed that it was this support, rather than information or discussing on different risks for alternative options, that was sought from the GP.	Kvinnor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt och hade önskemål om planerat kejsarsnitt var nöjda med att få stöd i sin förutbestämda åsikt av allmänläkaren, istället för att få information eller diskutera kring risker med olika förlossningssätt.
McGrath et al. 2009 [4]	Central was the obstetrician's acceptance of the mother's choice of EC.	Kvinnor ansåg att det viktigaste var att obstetrikern accepterade önskemålet om kejsarsnitt.
McGrath et al. 2009 [4]	Overall, the midwives were seen as supportive of the mother's desire for an EC.	Omfödreskor med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt och hade önskemål om planerat kejsarsnitt ansåg att barnmorskorna gav stöd för deras önskemål om kejsarsnitt.
McGrath et al. 2009 [4]	Some of the midwives even used their own experience to affirm the choice of an EC.	Några barnmorskor bekräftade kvinnornas önskemål om kejsarsnitt genom att beskriva personliga preferenser för kejsarsnitt.
McGrath et al. 2009 [4]	One mother feared her request for an EC would not be heeded because of a previous difficult experience at another hospital.	En omfödreska med tidigare erfarenhet av kejsarsnitt upplevde rädsla för att önskemålet om kejsarsnitt inte skulle beaktas av personalen.
McGrath et al. 2009 [4]	Alternatively, the GP could project their personal preferences onto the mother in a way that was deemed supportive by the mother.	Kvinnor upplevde att allmänläkaren projicerade personliga åsikter som stöd för deras val av kejsarsnitt.
McGrath et al. 2009 [4]	A few of the participants noted that the hospital obstetricians did present	Ett fåtal deltagare upplevde att obstetrikerna presenterade vaginal förlossning på ett positivt och sympatiskt sätt.

	the option of VBAC positively and sensitively.	
McGrath et al. 2009 [4]	There is ample evidence that the midwives are proactive in positing the idea of the value of attempting a VBAC without unduly pressuring the mothers.	Kvinnor upplevde att barnmorskor tydligt uppmuntrade vaginal förlossning utan tvång.
McGrath et al. 2009 [4]	(...) advice against a VBAC was couched in positive terms of the convenience of an EC.	Kvinnor ansåg att personalens avrådan inför vaginal födsel var beskrivet i termer av bekvämlighet av kejsarsnitt
Ramvi et al. 2011 [11]	She made an appointment with a gynecologist to help make the decision but was told that she could not have a cesarean section.	En förstföderska önskade samtal med gynekolog för att få hjälp med beslut om förlossningssätt men blev enbart tillsagd att kejsarsnitt inte var aktuellt.
Ramvi et al. 2011 [11]	She wrote a letter to the hospital requesting one, but the application was rejected. She felt that she was not taken seriously by the gynaecologist.	En förstföderska med önskemål om kejsarsnitt upplevde sig inte bli tagen på allvar av gynekolog då kejsarsnitt inte beviljades.
Ramvi et al 2011 [11]	She wondered if she would be able to have more children in Norway due to the fact that she wanted a cesarean section.	Hon ifrågasatte sig själv, efter förlossningen, om det var möjligt att föda fler barn då inte kejsarsnitt beviljades.
Ramvi et al. 2011 [11]	During her pregnancy, she was referred to the Team Midwifery project because she wanted to have a cesarean section. Had the understanding that she would not be forced to give birth and she upheld her request for a cesarean section.	En kvinna blev hänvisad till stödsamtal med barnmorska på grund av önskan om kejsarsnitt. Hon hade inte förväntat sig tvång till vaginal födsel.

Ramvi et al. 2011 [11]	The women's experience of infringement in their relationships with professionals. They all experienced a lack of respect and mutuality.	Kvinnor upplevde sig bli kränkta i mötet med personalen. Kvinnorna upplevde brist på respekt för önskemålet om kejsarsnitt och samförstånd med personalen.
Ramvi et al. 2011 [11]	Kristine began to think that a vaginal birth was possible if I could have it on my own terms, have the same midwife present during the birth.	Kristine började tro att vaginal födsel var möjligt om detta kunde ske på egna premisser, genom att få samma barnmorska närvarande under födandet.
Ramvi et al. 2011 [11]	And have a set date for the birth. All of this was crucial to say that she had remembered the birth and that she had had a wonderful birth.	En kvinna började tro att vaginal födsel var möjligt om detta kunde ske på egna premisser, att få ett planerat datum för födseln. Allt detta var avgörande för positiv förlossningsupplevelse.
Sahlin et al. 2013 [9]	The vast majority of the women described that they received a good response from the health-care providers during the current experience of the decision making in pregnancy.	De allra flesta förstföderskorna beskrev att de fick bra respons från vårdpersonalen i beslutsprocessen under graviditeten.
Sahlin et al. 2013 [9]	They feel that they got support in their wish for a caesarean section.	Deltagarna kände att de fick stöd i sina önskemål om kejsarsnitt.
Weaver et al. 2007 [5]	It was clear from some of their comments about the reactions of health care professionals that the doctors and midwives caring for them did not always share their interpretation that their fear of vaginal birth was clinically justified.	Kvinnor upplevde att personalen inte alltid delade deras åsikt om att rädsla för vaginal förlossning var berättigat för att genomgå ett kejsarsnitt.

Nivå 2 tema: Om kvinnornas önskemål nekades eller negligerades utvecklade de strategier för att ändå få sitt kejsarsnitt. Detta kunde ske genom en ökad beslutsamhet eller att de upprepade och försvarade sina önskemål. Kvinnor med ett tidigare genomgången kejsarsnitt blev delvis mer öppna, men även mer ambivalenta inför detta förlossningssätt i samband med nästkommande graviditet.		
Författare År Referens	Meningsenhet	Nivå 1 tema
Eide et al. 2019 [6]	Several women described being reluctant to become pregnant again after the last birth experience.	Omfödreskor med önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation hade tvekat att bli gravida igen efter den tidigare förlossningsupplevelsen.
Eide et al. 2019 [6]	Several women described delaying a new pregnancy for many years.	Flera kvinnor med önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation hade senarelagt graviditet på grund av den tidigare förlossningsupplevelsen.
Eide et al. 2019 [6]	Several women described having received assurance of a planned CS prior to getting pregnant.	Flera kvinnor hade fått löfte om kejsarsnitt innan de planerade att bli gravida.
Emmett et al. 2006 [1]	Negotiation was typically with the hospital doctor, and women described either telling the doctor what they wanted at the outset or the doctor presenting the options and asking the woman what she wanted to do.	Kvinnor upplevde att de förhandlade med förlossningsläkaren, antingen berättade kvinnorna vad de önskade eller så presenterade förlossningsläkaren förlossningsalternativen och frågade vad kvinnan ville.
Fenwick et al. 2006 [8]	The analysis revealed that expectations about childbirth were reconstructed for the majority of women who had initially expected to have a vaginal birth but experienced a CS.	Majoriteten av kvinnorna uppgav att förväntningar på en vaginal förlossning hade omvärderats efter det första kejsarsnittet.
Fenwick et al. 2006 [8]	CS an acceptable option (after a previous CS).	Omfödreskor med tidigare kejsarsnitt ansåg kejsarsnitt nu vara ett acceptabelt förlossningssätt.

Fenwick et al. 2006 [8]	Some women expressed uncertainty about subsequent birth options.	Några kvinnor uttryckte nu osäkerhet gällande kommande förlossningssätt.
Fenwick et al. 2006 [8]	Some women expressed uncertainty whether they would ever choose to fall pregnant again.	Några kvinnor uttryckte osäkerhet gällande om de någonsin skulle vilja bli gravida igen.
Fenwick et al. 2006 [8]	Women who had previously held firm views, for example, on birthing without intervention, now commented that such beliefs <i>had gone out the window</i> .	Omfödreskor med tidigare kejsarsnitt uttryckte att deras tidigare syn på förlossning utan interventioner hade ändrats.
Fenwick et al. 2006 [8]	Women described being more open to, and understanding of, the need for CS.	Kvinnor uttryckte ökad förståelse och var mer öppna för kejsarsnitt.
Fenwick et al. 2006 [8]	There was also a sense in the data that for some women their previously held views on vaginal birth had been somewhat misplaced or incorrect.	Några kvinnor ansåg att deras åsikt om vaginal födsel hade varit inkorrekt.
Fenwick et al. 2006 [8]	Some of these women went as far as commenting that they would now recommend having a CS to their friends.	Några kvinnor med tidigare kejsarsnitt uttryckte att de nu skulle rekommendera kejsarsnitt till sina vänner.
Fenwick et al. 2006 [8]	The second identified shift in expectations reflects what women described as a more realistic approach to childbirth.	Kvinnor uttryckte att de nu hade en mer realistisk syn på barnafödande.
Fenwick et al. 2006 [8]	Women talked about the importance of now expecting the unexpected.	Omfödreskor med tidigare kejsarsnitt talade om vikten att förvänta det oväntade.

Fenwick et al. 2006 [8]	Women talked about being more flexible in attitudes and beliefs.	Kvinnor med tidigare kejsarsnitt uttryckte att de var mer flexibla i attityder och föreställningar gällande barnafödande.
Fenwick et al. 2010 [2]	Some women disclosed non-clinical reasons that they perceived contributed to their doctor's acquiescence to their request for a caesarean section.	Några kvinnor ansåg att deras beskrivning av deras icke-medicinska orsaker bidrog till att läkare samtyckte till deras önskemål om kejsarsnitt.
Fenwick et al. 2010 [2]	During interactions with doctors, postscripts and/or after-thoughts (examples of non-medical reasons such as to be an older mother, bladder problems after vaginal birth) were frequently used to reinforce and validate the woman's decision to have a caesarean section.	Under möten med läkare användes icke-medicinska orsaker för att förstärka beslut om kejsarsnitt utan medicinsk indikation.
Fenwick et al. 2010 [2]	Denying a request for a caesarean section, would encourage women to find another doctor who would perform the procedure.	Avslag på kejsarsnittsönskan gjorde att kvinnor sökte annan läkare som accepterade kejsarsnitt.
Kenyon et al. 2016 [10]	Women felt they had to continually repeat and defend their decision to each different healthcare professional they saw and that <i>no one was listening</i> .	Kvinnorna upplevde att de behövde återkommande upprepa och försvara beslutet om kejsarsnitt inför personal som inte lyssnade.
Kenyon et al. 2016 [10]	Other themes that emerged from the discussion included [...] the need for women to repeat reason for the caesarean section request to each health care professionals who cares for them.	Kvinnorna behövde upprepa önskemålet om kejsarsnitt till varje ny vårdpersonal de träffade.

Kenyon et al. 2016 [10]	During the antenatal care the women received, they found that they had to repeatedly come out as having requested a caesarean section and felt that they were required to defend that decision repeatedly.	De gravida kvinnorna upplevde att de var tvungna att upprepade gånger försvara deras beslut om kejsarsnitt.
Kenyon et al. 2016 [10]	If a woman was given an appointment with one of the BWNFT consultants who was not personally supportive of maternal request for caesarean section, the experience could be frustrating and distressing. The women often had to ask for a <i>second opinion</i> .	Vid samtal med personalen som inte gav stöd till deras beslut om kejsarsnitt upplevde kvinnorna frustration och oro, vilket ledde till en önskan om en <i>second opinion</i> .
Kornelsen et al. 2010 [3]	The consent process itself functioned as a way to gain <i>buy-in</i> from their care provider.	Förstföderskorna använde samtyckesprocessen som ett sätt för att <i>sälja in</i> sina önskemål om kejsarsnitt.
Kornelsen et al. 2010 [3]	The <i>buy-in</i> , in the consent process was required to secure a referral to the obstetrical care required for the procedure.	Det var ibland nödvändigt att <i>sälja in</i> sina önskemål o kejsarsnitt för att säkra en remiss till förlossningsvården.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Many noted a willingness to pay for the procedure, despite the lack of a mechanism to allow for this.	Många kvinnor uppgav att de var villiga att betala för kejsarsnittet även om det inte fanns någon möjlighet till det.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Several others expressed a willingness to leave the country to secure access to the procedure had that been necessary.	Flera kvinnor var beredda att lämna landet för att kunna få ett kejsarsnitt.
Kornelsen et al. 2010 [3]	Family physician's reluctance led to participants invoking strategies (like the use of existing medical	Familjeläkares motvillighet att agera utifrån önskemål om kejsarsnitt ledde till att kvinnorna blev påstridiga.

	conditions) and, ultimately, adopting a sense of determination.	
Ramvi et al. 2011 [11]	She received a date for the planned cesarean section and said that this promise was the reason why she was able to manage the pregnancy.	En omföderska med tidigare negativ förlossningsupplevelse och med önskan om ett planerat kejsarsnitt kunde hantera graviditeten genom att bli lovad ett datum för kejsarsnitt.

Personalens perspektiv nivå 1, 2 och 3

Nivå 3 tema: Personalen ansåg att kejsarsnitt ökar risken för komplikationer jämfört med vaginal förlossning. De uttryckte en oro inför den ökade förekomsten av kejsarsnitt och ansåg att i beslut av förlossningssätt ska konsekvenser övervägas och risker med kejsarsnitt förmedlas till kvinnan.		
Nivå 2 tema: Personalen uttryckte oro över den ökade förekomsten av kejsarsnitt eftersom de ansåg att kejsarsnitt utan medicinsk indikation ökar risken för komplikationer och kan undantränga kapaciteten för andra gynekologiska tillstånd.		
Författare År Referens	Meningsbärande enhet	Nivå 1 tema
Eide et al. 2020 [7]	Some obstetricians saw it as (...) especially in low-risk pregnancies where the evidence suggest a VD was undeniably the safest option for mother and child.	Några obstetrikere ansåg att, speciellt vid lågriskgraviditeter, förespråkar evidensen otvetydigt en vaginal förlossning som det säkraste förlossningssättet för mamma och barn.
Eide et al. 2020 [7]	Obstetricians were concerned that a rise in CS rates would mean a reduction in surgery capacity for other gynecologic conditions.	Obstetrikerna var oroade för att den ökade kejsarsnittsfrekvensen kunde innebära en minskad kapacitet gällande kirurgi för andra gynekologiska tillstånd.
Kamal et al. 2005 [12]	Concerns around rising repeat caesarean rates were prominent in participants' accounts.	Barnmorskor och läkare var oroade över ökningen av upprepade kejsarsnitt.
Kamal et al. 2005 [12]	Most professionals suggested that vaginal birth was to be preferred because it poses fewer risks to mother and child and allows better maternal functioning in the weeks after birth.	Barnmorskor och läkare ansåg att vaginal födsel innebar lägre risk för komplikationer och bidrar till snabbare återhämtning.
Kamal et al. 2005	Most midwives and doctors felt that, notwithstanding they	De flesta barnmorskor och läkare framhöll fördelarna med vaginal födsel.

[12]	acknowledged benefits of vaginal birth.	
Kamal et al. 2005 [12]	The key distinction, in all accounts, between decision making for someone who had not had a previous caesarean and someone who had had a previous caesarean was the appropriate management of the presence of the scar from the previous section. Considerable concern was expressed about the risks posed by the scar during delivery.	Barnmorskor och läkare uttryckte betydande oro för de risker ett ärr i livmodern efter kejsarsnitt medför under vaginal förlossning.
Kamal et al. 2005 [12]	Most midwives and doctors felt that, notwithstanding the acknowledged benefits of vaginal birth, there is a low threshold among obstetricians for performing caesarean, and that rates were too high.	De flesta deltagarna tyckte att bortsett från de bekräftade fördelarna med vaginal förlossning [VF], var tröskeln för låg bland förlossningsläkare att utföra KS, och att kejsarsnittsfrekvensen är för hög.
Karlström et al. 2009 [13]	The doctors were also concerned about the medical consequences of a high CS rate in terms of more complicated births in the future.	Läkarna var oroade över medicinska konsekvenser av kejsarsnitt för mer komplicerade förlossningar i framtiden.
Karlström et al. 2009 [13]	Furthermore, the obstetricians noted that they were more likely now than before to accept women's request for CS rather than dealing with a "worst case scenario" if they promoted a vaginal birth.	Förlossningsläkarna noterade att de i större utsträckning nu än tidigare accepterade kvinnans önskemål hellre än att hantera ett scenario med sämsta möjliga utfall efter en VF som de själva hade förordat.
Nivå 2 tema: Vid beslut om förlossningssätt ansåg personalen att konsekvenser ska övervägas och risker med kejsarsnitt förmedlas till kvinnan, utan att kränka hennes integritet.		
Författare År Referens	Meningsbärande enhet	Nivå 1 tema
Eide et al. 2020 [7]	Some obstetricians saw it as their main responsibility to inform the patient and help the	Några obstetriker ansåg att deras yttersta ansvar var att informera kvinnan som önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation och

	patient make an informed choice about mode of delivery.	bistå med ett informerat val gällande förlossningssätt.
Karlström et al. 2009 [13]	The obstetricians described an obligation to clarify the medical risks with a surgical delivery.	Obstetriker ansåg att det var en skyldighet att förtydliga de medicinska riskerna med kejsarsnitt.
Karlström et al. 2009 [13]	The obstetricians described an obligation to clarify the medical risks with a surgical delivery without violating her integrity.	Obstetriker ansåg att det var en skyldighet att förtydliga de medicinska riskerna med kejsarsnitt utan att kränka den gravida kvinnans integritet.
Karlström et al. 2009 [13]	Participants also discussed the responsibility of both caregivers and expecting parents to consider the medical implications on an increasing CS rate.	Barnmorskor och förlossningsläkare ansåg att det är ett ansvar för både personalen och blivande föräldrar att överväga medicinska konsekvenser av den ökade förekomsten av kejsarsnitt.
Karlström et al. 2009 [13]	The professional starting point in discussions with women about mode of delivery should be that CS without medical indications is connected with more risks for both mother and child, today and in the future.	Barnmorskor och förlossningsläkare ansåg det viktigt att förmedla att kejsarsnitt utan medicinsk indikation är förenat med risker för både mamma och barn.

CS = Caesarean section; EC = Elective caesarean; GP = General practitioner; KS = Kejsarsnitt; VBAC = Vaginal birth after cesarean; VD = Vaginal delivery.

Referenser

1. Emmett CL, Shaw AR, Montgomery AA, Murphy DJ, Di Asg. Women's experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks. *BJOG*. 2006;113(12):1438-45. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01112.x>.
2. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*. 2010;26(4):394-400. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.011>.
3. Kornelsen J, Hutton E, Munro S. Influences on decision making among primiparous women choosing elective caesarean section in the absence of medical indications: findings from a qualitative investigation. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada: JOGC*. 2010;32(10):962-9. Available from: [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)34684-9](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)34684-9).
4. McGrath P, Phillips E, Ray-Barruel G. Bioethics and birth: insights on risk decision-making for an elective caesarean after a prior caesarean delivery. *Monash Bioeth Rev*. 2009;28(3):22.1-19.
5. Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth*. 2007;34(1):32-41. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00144.x>.
6. Eide KT, Morken NH, Baerøe K. Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):102. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2250-6>.
7. Eide KT, Bærøe K. How to reach trustworthy decisions for caesarean sections on maternal request: A call for beneficial power. *J Med Ethics*. 2020. Available from: <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106071>.
8. Fenwick J, Gamble J, Hauck Y. Reframing birth: a consequence of cesarean section. *J Adv Nurs*. 2006;56(2):121-30; discussion 31-2. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03991_1.x.
9. Sahlin M, Carlander-Klint AK, Hildingsson I, Wiklund I. First-time mothers' wish for a planned caesarean section: deeply rooted emotions. *Midwifery*. 2013;29(5):447-52. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.02.009>.
10. Kenyon SL, Johns N, Duggal S, Hewston R, Gale N. Improving the care pathway for women who request Caesarean section: an experience-based co-design study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):348. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1134-2>.
11. Ramvi E, Tønderud M. Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a cesarean section due to a fear of birth: a biographical, narrative, interpretative study. *Nurs Health Sci*. 2011;13(3):269-74. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00614.x>.
12. Kamal P, Dixon-Woods M, Kurinczuk JJ, Oppenheimer C, Squire P, Waugh J. Factors influencing repeat caesarean section: qualitative exploratory study of obstetricians' and midwives' accounts. *BJOG*. 2005;112(8):1054-60. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00647.x>.
13. Karlström A, Engström-Olofsson R, Nystedt A, Thomas J, Hildingsson I. Swedish caregivers' attitudes towards caesarean section on maternal request. *Women & Birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 2009;22(2):57-63. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2008.12.002>.