



# **Förlossningsplanen – till nytta eller hinder?**

**Kerstin Grönvall  
Åsa Larsson Lantz**

Omvårdnad – Vetenskapligt arbete, 15 hp  
Vt 2012

---

Sektionen för hälsa och samhälle  
Box 823  
301 18 Halmstad



# **The Birth Plan – benefit or obstacle?**

**Kerstin Grönvall  
Åsa Larsson Lantz**

Nursing Thesis, 15 credits  
Spring 2012

---

School of Social and Health Sciences  
P.O. 823  
S- 301 18 Halmstad

<b>Titel</b>	Förlossningsplanen -till nytta eller hinder?
<b>Författare</b>	Kerstin Grönvall Åsa Larsson Lantz
<b>Sektion</b>	Sektionen för Hälsa och Samhälle
<b>Handle dare</b>	Ing-Marie Carlsson, Universitetsadjunkt, Fil. Mag.
<b>Examinator</b>	Margareta Rämgård, Universitetslektor, Fil.Dr.
<b>Tid</b>	Vårterminen 2012
<b>Sidantal</b>	16
<b>Nyckelord</b>	Beslutsfattande, egenmakt, förlossningsplan, förlossningsupplevelse och relationer.
<b>Sammanfattning</b>	Förlossningsplaner är sedan några årtionden tillbaka vanligt förekommande inom vården av födande kvinnor. I barnmorskans profession ingår att i dialog med de blivande föräldrarna ge stöd och förberedelse inför förlossning, och att ge stöd, trygghet och kontinuitet under förlossningen. Vården ska bedrivas i samråd med de blivande föräldrarna. Förlossningsplanen kan ha olika utformning och kan vara skriven av föräldrarna själva eller tillsammans med barnmorskan. Dess syfte är att underlätta kommunikationen mellan kvinnan och vårdgivaren, och att öka kvinnans deltagande i beslutsfattande. Önskemålen i förlossningsplanerna varierar och speglar de blivande föräldrarnas olikheter. Det finns ett behov av kunskap om förlossningsplanens betydelse i vården, och om den har någon positiv effekt för den födande kvinnan. Syftet med litteraturstudien var att belysa effekten av förlossningsplanen ur den födande kvinnans perspektiv. I litteraturstudien bearbetades elva vetenskapliga artiklar som grund för resultatredovisningen. Resultatet visar att förlossningsplanen kan påverka kvinnans förlossningsupplevelse, relation med vårdgivare och egenmakt att hantera förlossningen positivt, men den kan också ha en negativ effekt på relationen med vårdgivaren och öka kvinnans oro. Förlossningsplanen bör utarbetas i god tid med hjälp av barnmorska, och det är viktigt att förlossningsplanen uppmärksammas och används under förlossningen. Fortsatt forskning om blivande föräldrars inflytande, och om maktbalansen mellan dem och vårdgivaren behövs.

<b>Title</b>	The Birth Plan – benefit or obstacle?
<b>Author</b>	Kerstin Grönvall Åsa Larsson Lantz
<b>Department</b>	School of Social and Health Sciences
<b>Supervisor</b>	Ing-Marie Carlsson, Lecturer, MScN.
<b>Examiner</b>	Margareta Rämngård, Senior Lecturer, PhD.
<b>Period</b>	Spring 2012
<b>Pages</b>	16
<b>Key words</b>	Birth Plan, childbirth experience, decision making, empowerment and relationship.
<b>Abstract</b>	<p>Birth plans are frequently used in care of childbearing women. Midwives are to prepare the becoming parents for birth and provide support, security and continuity throughout pregnancy and birth. Birth plans come in different formats and are conducted by the becoming parents themselves or with help from their midwife. Their purpose is to facilitate communication between women and caregivers, and to increase women's participation in decision making. Different women show a large variety of birth plan contents. There is a need for increased knowledge about the use of birth plans, and whether they are beneficial to childbearing women. The purpose of this study was to illuminate the effect of birth plans from the pregnant women's perspective. This literature study was based on eleven scientific articles. The result shows that birth plans can be beneficial for women's childbirth experience, relationship with caregivers and empowerment in childbirth. Sometimes though, it shows to have a negative effect on the relationship with caregivers and increases women's anxiety. For best effect, birth plans should be prepared in early pregnancy with help from a midwife. It is also important that caregivers during labor and birth pay attention to, and use the birth plans. Further research on becoming parents participation in decision making, and on balance of power between them and their caregivers is recommended.</p>

## **Innehåll**

<b>Inledning .....</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund.....</b>	<b>1</b>
Förberedelser inför förlossningen ur ett historiskt perspektiv .....	1
Förlossningsplanen .....	2
Barnmorskan.....	3
Självbestämmande i förlossningsvården.....	4
<b>Syfte.....</b>	<b>5</b>
<b>Metod.....</b>	<b>5</b>
Datainsamling .....	5
Databearbetning.....	6
<b>Resultat.....</b>	<b>8</b>
Relation med vårdgivaren.....	8
Egenmakt att hantera förlossningen.....	9
Tillfredsställelse med förlossningsupplevelsen .....	9
Förväntningar .....	10
<b>Diskussion.....</b>	<b>11</b>
Metoddiskussion .....	11
Resultatdiskussion .....	12
<b>Konklusion .....</b>	<b>15</b>
<b>Implikation .....</b>	<b>16</b>
<b>Referenser</b>	
<b>Bilaga 1 – Tabell 2: Sökordsöversikt</b>	
<b>Bilaga 2 – Tabell 3: Sökhistorik</b>	
<b>Bilaga 3 – Tabell 4: Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod</b>	
<b>Bilaga 4 – Tabell 5: Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod</b>	

## **Inledning**

Att föda barn är en livshändelse (Larkin, Begley & Devane, 2007), som innehåller subjektiva psykologiska och fysiologiska processer. Upplevelsen är relaterad dels till den individuella kognitiva och fysiska processen hos kvinnan samt till födelsen av barnet. En avgörande faktor för förlossningsupplevelsen är enligt Hodnett (2002) hur mycket kvinnan kan påverka sin situation och beslutsfattande under förlossning. Andra viktiga faktorer är egna förväntningar, relationen och stödet från vårdgivaren, vilken i Sverige är barnmorskan. Både faktorer som smärtupplevelse, förlossningslängd och medicinska komplikationer är mindre viktiga för kvinnans förlossningsupplevelse (Ibid).

Ett verktyg för att stärka kvinnans och partners autonomi och aktiva deltagande i beslutsfattande under förlossningen, är en skriftlig förlossningsplan (Wier, 2008). En välskriven och genomarbetad förlossningsplan kan vara en hjälp i kommunikationen mellan den födande kvinnan och barnmorskan, den kan också tjäna som ett instrument för att förbättra vården genom att utmana barnmorskan att ta hänsyn till patientens förväntningar och önskningar på ett konkret sätt (Ibid).

De förlossningsplaner som används idag och sättet de används på är allt annat än enhetligt. De varierar från egenhändigt skrivna "lister" på önskemål, förtryckta exempel från tidningar och internet, planer utgivna av vårdgivare själva i form av checklistor, till gemensamt framarbetade förlossningsplaner av kvinnan och hennes barnmorska eller läkare under graviditeten (Kaufman, 2007; Kitzinger, 1992; Lothian, 2006; Simkin, 2007).

Hur vården har valt att använda sig av och förhålla sig till förlossningsplaner skiljer sig också åt. På vissa håll arbetar man aktivt och medvetet med förlossningsplaner, och från andra håll finns exempel på negativa attityder, förutfattade meningar eller bara ointresse från vårdgivarens sida (Ibid.).

Tidigare forskning har visat motstridiga resultat då det gäller förlossningsplanens effekt på t ex förlossningsupplevelsen (Brown & Lumley, 1998; Peart, 2004).

## **Bakgrund**

### **Förberedelser inför förlossningen ur ett historiskt perspektiv**

I alla tider har kvinnor och familjer förberett sig praktiskt och mentalt inför en förestående förlossning (Höjeberg, 2011). Kunskaper om graviditet och barnafödande har under århundraden varit tätt sammanknutna till familjelivet och kulturen och fördes vidare från en generation till en annan (Lothian, 2006). I och med att förlossningsvården flyttade in på sjukhusen under 1930- och 40-talen förändrades dessa förberedelser från att vara en familje –och främst kvinno-angelägenhet till att bli en medicinsk fråga där ansvaret och makten vilade hos barnmorskor och förlossningsläkare på sjukhusen (Höjeberg, 2011; Kitzinger, 1991).

På 1960-talet kom en motreaktion i västvärlden på medikaliseringen av förlossningsvården och i början av 1980- talet började de första skrivna förlossningsplanerna dyka upp (Kitzinger, 1992). Från början var de ett sätt att få kvinnorna att ta tillbaka den för-

lorade kunskapen om födandet, och att förmå sjukvården att lyssna på deras önskan om en naturligare förlossning utan rutinmässiga ingrepp (Kitzinger, 1992; Lothian, 2006; Wier, 2008).

I Sverige yttrade sig kampen om inflytande också genom den så kallade smärtlindringsdebatten som utmynnade i ett riksdagsbeslut 1971, om att kvinnor som så önskade skulle få smärtlindring under förlossningen (Svenska barnmorskeförbundet [SBF], 2011). Under 1970- och 80-talen debatterades om risktänkandet i vården som alltmer tog över synen på även normal graviditet och förlossning, i takt med alltmer tekniskt raffinerade övervakningstekniker (Ibid).

I Ystad startade barnmorskan Signe Jansson föräldraförberedande kurser och inkluderade den blivande pappan i vården, som fokuserade på naturlig förlossning, delaktighet och personligt stöd framför teknik – den s.k. ”Ystadmodellen” (Höjeberg, 2011). ABC-kliniker [Alternative Birth Center] växte så småningom fram som en alternativ och mer individanpassad naturlig vårdform på flera platser i Sverige. Idag finns en förlossningsavdelning med modifierad ABC-vård kvar på Södra BB i Stockholm. Det blev också möjligt för den nya familjen att lämna sjukhuset redan några timmar efter en normal förlossning (Höjeberg, 2011; SBF, 2011).

## **Förlossningsplanen**

I den moderna förlossningsvården har bruket av förlossningsplaner fått ett genomslag i västvärlden (Kitzinger, 1992; Simkin, 2007). Förlossningsplanen är ett verktyg för kvinnor att klargöra sina önskemål och kommunicera dem till sin vårdgivare (Lothian, 2006). Syftet är att hjälpa kvinnor att få kontroll över vad som händer med dem under förlossningen (Too, 1996a) och i en utvidgad mening möjliggöra informerade val, bli medvetna om förlossningsprocessen, göra en realistisk planering av vården och få en bättre förlossningsupplevelse (Ibid).

Ibland är förlossningsplanerna skrivna av de blivande föräldrarna själva och ibland tillsammans med en barnmorska. Problemet med många förskrivna förlossningsplaner man finner i medierna är att de är dåligt uppdaterade och riskerar att styra allt för mycket av de blivande föräldrarnas uppmärksamhet mot inaktuella detaljer, och därmed riskerar föräldrarna att bli avfärdade som okunniga av förlossningspersonalen (Kaufman, 2007).

Robinson (1999) och Lothian (2006) belyser svårigheter som kvinnor upplevt när de använt sig av förlossningsplaner. Dels beskriver de upplevelser av att deras skrivna förlossningsplaner ses som ett hinder av personalen men även upplevelsen av att de utmanar sjukhuskulturen i förlossningsvården. Beroende på arten av önskemål de hade så upplevde kvinnorna att de mottogs mer eller mindre positivt av personalen. Önskemål om medicinska interventioner upplevdes som mer populära hos personalen än vad önskemål om att avstå från interventioner gjorde (Ibid).

Too (1996b) fann i sin undersökning av barnmorskors syn på förlossningsplaner att de visserligen delade visionen om kvinnans kontroll över födandet, men att det fanns flera faktorer som låg till hinder för kvinnans egenmakt. En av dessa faktorer var att barnmorskor tenderar att ta på sig en expertroll och en föräldraroll gentemot patienten, vilket hindrade den jämlika vårdrelationen dem emellan, och de hänförde också sina patienter till stereotyper vilket försämrade kommunikationen. Det fanns också yttre hinder i vårdstrukturen som ställdes i konflikt mot barnmorskans uppfattning om god omvårdnad,

och som påverkade patientens egenmakt (Ibid). Samma forskare utförde en motsvarande studie av födande kvinnors syn på förlossningsplaner, och där gavs delvis en annan bild av kvinnornas egenmakt. Kvinnorna beskrev en känsla av brist på kontroll och av en illusorisk egenmakt på grund av förlossningsplanernas ytliga utformning (Too, 1996a). Standardiserade förlossningsplaner med ett begränsat antal ikryssningsbara alternativ skapar enligt Simkin (2007) en illusion av delaktighet, men är i själva verket opersonliga, starkt begränsade och har ingen egentlig mening.

Kvinnorna i studien erbjöds alternativ som upplevdes som meningslösa och kände sig underkastade barnmorskans makt. Dessutom uttryckte de känslor av att bli undervärderade och opersonligt bemötta. De som trots allt hade positiva erfarenheter av egenmakt talade om en öppen kommunikation med barnmorskan, och om gemensamma uttalade mål samt om delaktighet i beslut (Too, 1996a).

## **Barnmorskan**

I svensk mödra- och förlossningsvård är det organiserat så att barnmorskan bär huvudansvaret för den normala graviditeten och förlossningen. Under graviditeten är det vanligaste att kvinnan går till en och samma barnmorska för kontroller och samtal, och oftast träffar hon en annan barnmorska när det är dags för förlossning. Vid komplikationer under graviditet eller förlossning delar barnmorskan ansvaret med behörig läkare. Förlossningsförberedande föräldrautbildningsaktiviteter arrangeras oftast i mödravårdens regi, men ibland på förlossningskliniker och även av privata aktörer. Barnmorskor är till största delen ansvariga även för föräldrautbildningen (Hildingsson & Rådestad, 2005).

I kompetensbeskrivning för barnmorskor (Socialstyrelsen, 2006) beskrivs att barnmorskan ska ha förmågan att i dialog med de blivande föräldrarna ge stöd i föräldraskapet och förberedelse inför förlossning. Stöd och kunskapsöverföring har stor betydelse i förlossningsförberedelsen (Gibbins & Thomsson, 2001). Att aktivt kunna delta i beslutsprocessen under förlossning spelar en stor roll för att öka kvinnans känsla av kontroll och därmed bidra till hur nöjd hon blir med hela upplevelsen (Howarth, Swain & Treharne, 2012).

Om kvinnan av barnmorskan ges möjlighet till saklig information om valmöjligheter innan förlossning, ökar kvinnans känsla av kontroll och egenmakt i en annars svårkontrollerad situation som förlossningen innebär (Ibid). I en intervjustudie från Nya Zeeland med tio förstföderskor identifierade man deras personliga ansvar som en avgörande faktor för hur nöjda kvinnorna var med sina förlossningar (Howarth et al., 2007). Barnmorskornas roll som kunskapsöverförare upplevdes som viktig för att kvinnorna i studien skulle kunna göra informerade val, och uppnå en känsla av personligt ansvar.

O'Hare och Fallon (2011) fann i en irländsk studie att barnmorskor i mödravård kombinerar sin viktiga roll att förbereda kvinnan för förlossningen med synsättet på födandet som en normal fysiologisk process.

Användandet av förlossningsplaner och frågan om hur mycket inflytande den födande kvinnan bör ha över sin egen förlossning kan dock enligt enligt Simkin (2007) skapa spänningar i relationen med hennes barnmorska. Simkin förordar därför en modell där de gravida kvinnorna förbereds med förlossningsplan, och där också barnmorskorna utbildas och informeras om betydelsen av aktivt deltagande i beslutsfattande under förlossningen.



## Självbestämmande i förlossningsvården

I Världshälsorganisationen [WHO]:s Global Strategy for Women's and Children's Health (2010) talas det om att respekt och omsorg ska genomsyra kvinno- och barnvården på alla nivåer i samhället, en syn som går igen i Hälso- och sjukvårdslagen (1982). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982), ska vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Samtidigt ska vården tillgodose patientens behov av säkerhet i vården. Patienten ska ges individuellt anpassad information om de metoder för undersökning vård och behandling som finns, och vården ska så långt det är möjligt utformas och bedrivs i samråd med patienten.

I den internationella etiska koden för barnmorskor är den första punkten: ”Barnmorskor respekterar kvinnans informerade rätt till val och stödjer kvinnans accepterade av ansvar för resultatet av sitt val” (International Confederation of Midwives [ICM], 1999; barnmorskeförbundets översättning), och enligt Socialstyrelsens State of the Art dokument om förlossningsvård (2001), är det viktigt att den födande kvinnan ges maximalt med möjligheter att vara delaktig i beslut som rör vårdens innehåll, att hennes autonomi respekteras. Perry och Quinn (2002) belyser diskrepansen som finns mellan kvinnans rättighet att vägra interventioner och vad läkaren bedömer som sin och sjukvårdens uppfattning om vad en säker förlossningsvård innebär. Om en kvinna väljer att föda under former som bedöms vara förenade med ökad risk för hennes och barnets hälsa, är barnmorskor och läkare skyldiga att informera om riskökningen. När kvinnan sedan gjort sitt val är läkare och barnmorskor skyldiga att respektera detta (Socialstyrelsen, 2001). Samtidigt ingår det enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning för barnmorskor (2006) i barnmorskans roll under förlossning att i dialog med föräldrarna ge stöd, trygghet och kontinuitet.

Enligt en arbetsmodell för förlossningsbarnmorskor (Graham, 1998) vid ett sjukhus i nordöstra England använder barnmorskor främst sin kommunikativa förmåga och lyssnar in kvinnans berättelse. Man ser där på patientinflytandet som en fråga om maktbalans, och även om kvinnans önskemål inte går att tillmötesgå helt så är det upp till barnmorskan att komma fram till kompromisslösningar som kvinnan känner sig tillfreds med.

Barnmorskan ska i sitt etiska förhållningssätt; visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet; tillvarata patientens och närståendes kunskaper och erfarenheter, beakta patientens och närståendes önskemål (Socialstyrelsen, 2006). Idag används förlossningsplaner som ett verktyg för att uppnå detta.

Dagens blivande föräldrar har en nästan obegränsad tillgång på information om graviditet och förlossning. Det innebär att variationen på den kunskap de besitter om förlossningsförloppet och förlossningsvården är stor i både omfattning och innehåll (Kaufman, 2007). Idag är också synen i samhället på födandet mer diversifierad, och vi ser en mer heterogen patientgrupp med delvis kulturellt betingade förväntningar på förlossningen. Detta återspeglas i de olika varianter av förlossningsplaner man kan se idag (Lothian, 2006; Sheridan et al., 2011). Det är därför av intresse att öka kunskapen om nyttan med användandet av förlossningsplaner, och om det finns evidens i forskningen för att använda dem.

## Syfte

Syftet med litteraturstudien var att belysa effekten av förlossningsplanen ur den födande kvinnans perspektiv.

## Metod

Examensarbetet är gjort som en litteraturstudie (Friberg, 2006). En litteraturstudie innebär att systematiskt söka vetenskapliga originalartiklar, granska deras vetenskapliga kvalitet samt sammanställa ett resultat utifrån ett valt problemområde och syfte (Forsberg & Wengström, 2008). Både kvalitativa och kvantitativa artiklar har studerats och sammanställts i resultatdelen.

## Datainsamling

Artikelsökningen inleddes med en pilotsökning utan begränsningar för att bilda en uppfattning samt att efterforska om det fanns tillräckligt med underlag inom ämnet. Denna sökning gav även en uppfattning om vilka sökord som skulle kunna vara lämpliga.

Sökningar gjordes i databaserna Pubmed och Cinahl. Dessa databaser innefattar områdena medicin och omvårdnad. De sökord som användes var: förlossningsplan, barnmorska, obstetrisk, förlossning, kommunikation, egenmakt och plan. Eftersom syftet med litteraturstudien handlar om förlossningsplaner visade det sig att det gav mest träffar att använda ordet birth plan vid de flesta sökningarna, det var bara när ordet birth plan användes som artiklar hittades som inkluderades i resultatet. Sökningarna har gjorts genom att kombinera sökorden på flera sätt och att i vissa fall använda trunkering för att få ett bredare resultat (se bilagor 1 och 2). I Pubmed och Cinahl kombinerades sökorden konsekvent. Kompletterande sökningar gjordes i PsycINFO som innefattar området psykologi, sökorden som gett resultat i Pubmed och Cinahl användes då. Inga nya artiklar som motsvarade syftet hittades.

Urvalet av artiklar påbörjades med att läsa titlarna. Därefter lästes abstracts i de fall titeln indikerade att den överensstämde med syftet, och ett första urval gjordes. När de artiklar hade valts bort som i sitt abstract tydligt inte svarade mot syftet, kvarstod 24 artiklar. Inklusionskriterier som utsågs för artiklarna i databaserna Pubmed och Cinahl var: Peer reviewed (Cinahl), vetenskaplig kvalitet, med abstracts och publicerade år 2002–2012.

Vid andra urvalet sållades sju reviewartiklar bort, ytterligare fyra artiklar valdes bort då de publicerats före 2002. Dessutom blev det uppenbart vid fördjupad läsning att ytterligare 3 artiklar inte bedömdes stämma överens med syftet, de valdes då bort. Vid urval 2 återstod 10 artiklar från databassökningar i Cinahl och Pubmed samt en artikel efter manuell sökning via funna artiklars referenslistor. Av dessa var 4 kvalitativa och 7 kvantitativa. Dessa artiklar skrevs ut om de fanns i fulltext, i annat fall beställdes de från högskolebiblioteket i Halmstad.

Alla artiklar lästes av båda författarna och vetenskaplig kvalitet bedömdes med hjälp av ett bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering utifrån SBU & SSF (1999) och Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006), i Olsson och Sörensen (2011).

Artiklarna kvalitetsvärderades med en bedömningsmall för kvalitativa studier och en mall för kvantitativa studier. Mallarna bestod av 20 frågeställningar som graderades från 0-3 poäng, med en maximal sammanlagd poäng på 47 poäng för kvantitativ metod och 48 poäng för kvalitativ metod. Artiklarna poängsattes och poängen omvandlades därefter till en procentsats där grad I (80%) innebar god vetenskaplighet, grad II (70%) innebar medelgod vetenskaplighet och grad III (60%) låg vetenskaplighet. Åtta artiklar bedömdes vara av grad I, vilket innebär god vetenskaplighet. Två artiklar bedömdes vara av grad II vilket innebär medelgod vetenskaplighet och en artikel bedömdes vara av grad III vilket innebär låg vetenskaplighet.

## **Databearbetning**

De elva artiklar som ingick i resultatet lästes flera gånger av båda författarna. Båda författarna gjorde anteckningar fortlöpande samt understyckningar i texten. Nästa steg var att utforma en artikelöversikt med syfte, metod, slutsats och med en bedömning av artiklarnas vetenskapliga grad.

I den fortsatta analysen av resultatartiklarna lästes resultatet i artiklarna utifrån litteraturstudiens syfte. Databearbetningen utfördes inspirerad av kvalitativ innehållsanalys. Samtliga resultatartiklar numrerades och lästes därefter upprepade gånger av båda författarna. Innehållsanalysen skapades med tre rubriker: meningsbärande enheter, underkategorier och huvudkategorier. Båda författarna läste och strök under meningar i resultatdelarna i artiklarna som svarade till syftet. Dessa meningar översattes till svenska och fördes in i innehållsanalysen under meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna lästes igen upprepade gånger och de som beskrev liknande fenomen grupperades till underkategorier. Underkategorierna grupperades sedan i huvudkategorierna: ”*Relation med vårdgivaren*”, ”*Känsla av kontroll*” samt ”*Förväntningar och utfall*”. Kategorin ”*Känsla av kontroll*” döptes om till ”*Egenmakt att hantera förlossningen*” och en av huvudkategorierna ”*Förväntningar och utfall*” delades upp i två nya: ”*Tillfredsställelse med förlossningsupplevelsen*” och ”*Förväntningar*”. Den fortsatta analysen av resultatet utgick sedan från dessa fyra huvudkategorier (se tabell 1).

Alla kategorier analyserades av båda författarna var för sig och tillsammans genom att belysa likheter och skillnader mellan artiklarnas resultat. De fem kategorierna beskriver vilken effekt en förlossningsplan har ur den födande kvinnans perspektiv. Resultatet presenteras i löpande text.

Tabell 1. Fem exempel som visar analysprocessen från meningsbärande enhet till huvudkategori. Siffror inom parentes anger vilken resultatartikel enheten kommer ifrån.

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Underkategorier</b>	<b>Huvudkategorier</b>
Patientens egna önskemål låg till grund för förlossningsplanen. Barnmorskan framhöll vikten av flexibilitet, i övrigt agerade de genom att bekräfta det kvinnorna kommit fram till. (1)	Egna önskemål. Barnmorska som processledare.	Relation med vårdgivare, känsla av kontroll
Kvinnorna upplevde att barnmorskorna genomgående under graviditeten uppmuntrat kvinnans autonomi i beslutsfattandet runt förlossningen. De beskrev att detta gav dem ett ökat självförtroende inför förlossningen. (2)	Egenmakt, ökat självförtroende. Barnmorska som processledare	Känsla av kontroll
Kvinnor med komplicerad graviditet är i högre grad uppfyllda av oro, och förlossningsplanen ser ut att kunna förstärka denna oro. (5)	Oro.	Förväntningar och utfall.
Kvinnorna med förlossningsplan hade en signifikant bättre förlossningsupplevelse än de utan. (9)	Förlossningsupplevelse.	Förväntningar och utfall.
Det som var skrivet i förlossningsplanen när det gällde smärtlindring uppfylldes inte alltid. (11)	Intervention under förlossningen.	Förväntningar och utfall.

## Resultat

Resultatet beskriver förlossningsplanens effekt ur kvinnans perspektiv. Det redovisas i följande fyra kategorier; ”*Relation med vårdgivaren*”, ”*Egenmakt att hantera förlossningen*”, ”*Tillfredställelse med förlossningsupplevelsen*” och ”*Förväntningar*”.

### Relation med vårdgivaren

Relationen med vårdgivaren blev påverkad både genom upprättandet av förlossningsplanen och genom användandet av densamma under förlossningen. Kuo et al. (2009) menar att själva processen mellan kvinnan och barnmorskan vid upprättandet av förlossningsplanen var viktig. Att skriva en förlossningsplan innebar att kvinnan fick hjälp att klargöra sina tankar och behov (Pennell, 2011). Själva processen upplevdes i efterhand som positiv (Yam, Grossman, Goldman & Garcia, 2007).

I processen att skriva en förlossningsplan visade Doherty (2003) och Lothian (2010) att barnmorskan hade en nyckelroll för att kvinnans behov och önskemål skulle komma fram i förlossningsplanen, och beskrev de kommunikationsmönster som fanns mellan barnmorskan och kvinnan i denna process. Barnmorskorna uppmanade kvinnorna att noggrant tänka igenom sina önskemål och guidade dem genom att beskriva de alternativa och valmöjligheter som fanns tillgängliga inför förlossningen. Kvinnornas egna önskemål var det som sedan kom att ligga till grund för förlossningsplanerna. Istället för att försöka påverka kvinnorna, agerade barnmorskorna genom att bekräfta det kvinnorna själva kommit fram till. Kuo et al. (2010) menade att diskussionerna inför upprättandet av förlossningsplanen mellan kvinnorna och barnmorskorna ökade kvinnornas kunskaper om födandet och förbättrade deras kommunikationsförmåga gentemot vårdgivaren.

Förlossningsplaner har även införts i utvecklingsländer som Mexiko med ett positivt resultat (Yam et al., 2007). Likaså här var det av vikt att kvinnan fick stöd och information om sina möjligheter och rättigheter av vårdgivaren för att förlossningsplanen skulle vara användbar.

Även under förlossningen påverkade förlossningsplanen kvinnans relation med vårdgivaren. Pennell, Salo-Coombs, Herring, Spielman och Fecho (2011) visade att de flesta kvinnorna upplevde att förlossningsplanen förbättrade kommunikationen med vårdgivaren, väldigt få tyckte att förlossningsplanen hade skapat konflikter med vårdgivaren.

I två av studierna (Berg, Lundgren och Lindmark, 2003; Gulbrandsen, Aarseth, Aaby och Valdal, 2004) kom man fram till att förlossningsplanen inte påverkade relationen mellan kvinnan och vårdgivaren. Det fanns heller ingen skillnad i upplevelsen av att ha blivit lyssnade på under förlossningen mellan de med förlossningsplan och de utan. Ett undantag visade Lundgren, Berg och Lindmark (2003) när det gällde upplevelsen av kvinnans relation med den första barnmorskan hon träffade efter ankomst till förlossningsavdelningen. Förlossningsplanen hade där en negativ inverkan på hur hon lyssnade, gav stöd och vägledning. Skillnaderna i studien var dock små eftersom relationen till vårdgivaren överlag skattades som mycket positiv.

En del vårdgivare uppfattade enligt Grant, Suesa och Kaneshiro (2010) förlossningsplanerna som en förolämpning mot deras välvilja att göra det som är bäst för mamman och barnet.

## **Egenmakt att hantera förlossningen**

Kvinnorna upplevde att de genom att skriva en förlossningsplan gavs en möjlighet att känna en ökad kontroll över sin förestående förlossning (Lundgren et al., 2003; Kuo et al., 2010; Pennell et al., 2011). Genom att kvinnorna under graviditeten uppmuntrades till att upprätta en förlossningsplan ökade deras självförtroende och genom detta deras egenmakt att hantera förlossningen. För att kvinnan skulle kunna upprätta en förlossningsplan behövde hon samla information och lära sig om graviditet och förlossning. Förväntningarna på förlossningen blev på detta sätt realistiska och känslan av osäkerhet inför det som skulle komma mindre, detta gjorde i sin tur att kvinnan kände att hon hade kontroll inför förlossningen. Det var viktigt att planeringen och insamlandet av information började tidigt i graviditeten och att förlossningsplanen utformades redan då. Genom att kvinnan läste böcker, lade tid på att inhämta information och tog del av andra kvinnors förlossningsberättelser utvecklades kvinnornas självförtroende när det gällde att kunna hantera värdarbetet och födseln. Genom hela graviditeten och förberedelsestiden blev kvinnan mer och mer säker på att hon hade förmågan att föda barn och hantera förlossningen. Det ökade självförtroendet innebar att kvinnorna utvecklade tilliten till sin egen förmåga att föda (Kuo et al., 2010; Lothian, 2010).

För att stärka kvinnans egenmakt var det också viktigt att hon blev involverad i beslut under graviditet och förlossning. Det var enligt Lothian (2010) av stor vikt att kvinnan inte bara gavs möjlighet att kunna ta egna välgrundade beslut genom information och planering utan också att hon fick stöd av barnmorskan att våga lita på sina egna beslut. I Berg et al:s studie (2003) var det för alla kvinnorna i studien viktigt att bli involverad i beslut under förlossningen för att inte känna sig som objekt.

Förlossningsplanen ökade kvinnans möjlighet att vara involverad i beslut under förlossningen och graviditeten vilket ökade hennes egenmakt och känsla av kontroll. Detta gav i sin tur en mer positiv upplevelse och tillfredsställelse med förlossningen. Förlossningsplanen underlättade också för vårdgivaren att förstå kvinnans behov och att på så sätt kunna involvera kvinnan i beslut under förlossningen. (Yam et al, 2007; Kuo et al., 2010)

Enligt Berg et al. (2003) och Lundgren et al. (2003) verkade det inte gör någon skillnad på kvinnans upplevelse av kontroll om de hade en förlossningsplan eller inte. Förlossningsplanen visade sig till och med kunna ge en negativ effekt på känslan av kontroll för kvinnor med komplicerad graviditet. Även om förlossningsplanen inte verkade ha någon effekt på kvinnans känsla av kontroll var det bara få av kvinnorna som kunde tänka sig att lämna över hela kontrollen till personalen - kvinnorna ville själva vara involverade (Berg et al., 2003).

## **Tillfredsställelse med förlossningsupplevelsen**

När det gällde förlossningsupplevelsen som helhet, visade studierna delvis motstridiga resultat. I ett par av studierna (Kuo et al., 2010; Pennell et al., 2011) hade kvinnorna med förlossningsplan en bättre förlossningsupplevelse än de utan. I två andra studier (Berg et al., 2003; Lundgren et al., 2003) kunde man inte finna belegg för att en förlossningsplan förbättrade kvinnans upplevelse av förlossningen. Resultaten var oberoende av socioekonomisk status, om kvinnan hade barn tidigare eller inte och förekomsten av medicinska riskfaktorer. Tvärtom kunde man se att kvinnor med komplikationer

under graviditeten eller förlossningen fick en sämre förlossningsupplevelse om de använt förlossningsplan (Berg et al., 2003).

När upplevelser av kvinnans förlossningssmärta och smärtlindring har studerats i relation till förlossningsplaner så har olika effekter setts (Lundgren et al., 2003; Pennell et al., 2011). Resultatet för samtliga kvinnor visade inte att kvinnor med en skriven förlossningsplan hade mindre smärtupplevelse. När forskarna däremot delade in kvinnorna i undergrupper fann de att förstföderskor och de med låg socioekonomisk status fick en mer positiv smärtupplevelse om de hade förlossningsplan, och i en studie (Deering, Zaret, McGaha & Satin, 2007) fann man en minskad frekvens av epiduralanestesi hos omföderskor med förlossningsplan. Hos den stora andel kvinnor som valde att frångå sin förlossningsplan och ta epiduralanestesi fastän de planerat att inte göra det, var de allra flesta enligt Pennell et al. (2011) ändå nöjda efteråt.

Förlossningsrädsla och oro har också visat sig kunna påverkas av om kvinnan hade en förlossningsplan eller inte. Kvinnor som hade skrivit en förlossningsplan upplevde en lägre grad av trygghet under graviditeten, förlossningen och BB-tiden, jämfört med de som inte hade en förlossningsplan (Gulbrandsen et al., 2004; Lundgren et al., 2003). Detta var oberoende om de hade en normal eller komplicerad graviditet. De kvinnor med komplikationer under graviditeten som hade skrivit en förlossningsplan angav en högre grad av oro för sitt barns hälsa, och de var också mer beroende av medicinska kontroller för att känna sig trygga. Det verkar som att förlossningsplanen till och med kunde förstärka denna oro (Berg et al., 2003). Däremot hade omföderskor en minskad oro för barnet, och dessutom en minskad rädsla för förlossningssmärta (Lundgren et al., 2003).

## **Förväntningar**

När man studerade vårdgivares respektive kvinnors förväntningar på förlossningsutfallet hos kvinnor med förlossningsplan, visade det sig att vårdgivarna kraftigt överskattade risken för komplikationer som akuta kejsarsnitt, infektioner och blödningar hos kvinnor som inkom till förlossningsavdelningarna och hade skrivna förlossningsplaner med sig (Grant et al., 2010). Kvinnorna själva däremot underskattade samma parametrar något. Författarna tolkade sitt resultat som att vårdgivarnas felaktiga förväntningar på utfallet hos kvinnor med förlossningsplan riskerar att påverka deras medicinska beslutsfattande. I själva verket fanns enligt Deering et al. (2007) ingen skillnad i kejsarsnittsfrekvens eller klipp mellan kvinnor med och utan förlossningsplan, medan Gulbrandsen et al. (2004) som bifynd såg en ökad frekvens kejsarsnitt hos kvinnor med förlossningsplan.

Enligt Kuo (2010) hade kvinnor med förlossningsplan likartade förväntningar inför sin förlossning, som kvinnor utan förlossningsplan. När man i efterhand jämförde grupperna, såg man att kvinnorna med förlossningsplan i högre grad upplevde att de fick sina förväntningar uppfyllda.

Ett av de vanligaste önskemålen i förlossningsplanerna gällde smärtlindring (Deering et al., 2007; Pennell et al., 2011). Oftast önskade kvinnorna att i så hög utsträckning som möjligt undvika medicinsk smärtlindring. Vid utvärdering fann man att önskemålen i förlossningsplanen ofta inte uppfylldes och delvis berodde detta på att kvinnorna under förlossningens gång i hög grad frångick sina ursprungliga önskemål.

Kvinnor som hade skrivit en förlossningsplan och drabbades av komplikationer som instrumentell förlossning [kejsarsnitt, tång, sugklocka], kunde uppleva planen som meningslös (Murphy, Pope, Frost & Liebling, 2003). En anledning till detta var att kvinnorna ansåg att det saknats information om dessa komplikationer under graviditeten. Framförallt framfördes att de saknat förberedelser för den emotionella reaktion som ingreppen medförde.

En av deltagarna i studien citeras så här: ”nothing in my birthplan actually happened in the birth at all... What a joke! I'll never make one again”. Andra deltagare uttryckte nödvändigheten av att vara öppen för det oförutsägbara och accepterade att det inte gått att planera för alla eventualiteter.

De kvinnor som hade starkast förväntningar på en naturlig förlossning, var de som hade planerat att föda hemma (Lothian, 2010). Alla kvinnor i studien hade uppfattningen att det var mycket svårt att få en förlossning utan medicinska ingrepp på sjukhuset och för en del av dem berodde den uppfattningen på tidigare upplevelser från förlossningsvården.

Kvinnorna hade en förväntan på att förlossningsplanen skulle påverka vårdgivarnas bemötande av dem positivt (Yam et al., 2007), något som en kvinna uttryckte med följande citat: ”Yes, because sometimes they forget that you are a patient, and that we don't know a lot, and sometimes they are really... very cold, like they are limited to doing their work and don't pay much attention to you”.

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

En systematisk sökning genomfördes i tre databaser relevanta för omvårdnad. Trots att en bred sökning med olika sökord gjordes, blev antalet artiklar till resultat bara 11 vilket kan tyckas vara lite. För att hitta relevanta artiklar som motsvarade syftet gjordes först en bred sökning med olika sökord i både Cinahl och Pubmed, vilka är de mest relevanta databaserna för omvårdnadsvetenskap.

För att säkerställa att man fått med både fysiska och psykiska aspekter av ämnet gjordes sedan kompletterande sökningar i PsychINFO som är en databas med inriktning på psykiatri och psykologi. I den sökningen hittades två artiklar som redan fanns sedan tidigare sökning, för övrigt inga artiklar som var relevanta för syftet. Sökningarna gjordes konsekvent med samma söktermer i både Cinahl och i Pubmed, men i PsychINFO valdes bara de söktermer som givit resultat i de övriga databaserna. Om sökningarna hade fortsatt på samma sätt som i Cinahl och Pubmed kunde kanske fler relevanta artiklar hittats. Det bedömdes efter ett stort antal sökningar och sökningar via artiklarnas referenslistor utan nya resultat att en mättnad uppnåtts, men det kan eventuellt ses som en svaghet för studien att det inte gjordes konsekventa sökningar med samma sökord i alla tre databaserna.

Att artiklarna inte är äldre än tio år kan ses som en styrka då studien baseras på aktuell forskning. För att ändå ta vara på den information som fanns med i äldre och fortfarande relevanta artiklar, har dessa i viss mån tagits med i bakgrund och diskussion.



Resultatartiklarna kom från USA, Sverige, Norge, Storbritannien, Mexiko och Taiwan. Vissa aspekter av ämnet verkar vid granskning av artiklarna inte vara beroende av var de kommer ifrån, som t ex kvinnornas upplevelser. Däremot ser vårdstrukturen mycket olika ut i delar av världen. I Taiwan och i Mexiko förefaller kvinnorna ha en mer utsatt roll i förhållande till den ansvariga vårdgivaren, som dessutom oftast är en läkare till skillnad från i Sverige. I USA förefaller sjukhusvården vara mer medikaliserad än i Sverige, medan det å andra sidan är mycket vanligare och mer accepterat med hemförlossningar. Den brittiska och norska vårdstrukturen är de som verkar likna den svenska mest. När resultaten lästes fanns en medvetenhet om dessa skillnader, och de kommenteras i viss mån under resultatdiskussionen. Två av artiklarna med hög vetenskaplig kvalitet är svenska vilket ökar studiens överförbarhet till svenska förhållanden.

Det kan ses som en styrka att resultatet av litteraturstudien innehåller både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Enligt Willman, Stoltz och Bahzeveni (2011), är det en fördel att inkludera artiklar med både kvantitativ och kvalitativ metod. En kombination av kvantitativ och kvalitativ forskning belyser både erfarenheter och upplevelser samt kvantitativ generaliserbar data. Det tillför litteraturstudien ett omfångsrikare resultat som skulle missats om enbart en av metoderna använts.

Datainsamlingen och bearbetningen utfördes likvärdigt och fullständigt av båda författarna vilket ökar studiens pålitlighet, då analysen och tolkningen har kunnats jämföras och diskuteras från olika synvinklar. Det har upplevts som en fördel i tolkningsarbetet att vara två författare med olika förståelse av området, en med stor ämneskunskap och en som inte är så involverad i området utan kan tillföra ett värdefullt utifrånsperspektiv.

Metoden att göra databearbetningen som en innehållsanalys gjorde arbetet strukturerat och översiktligt, och upplevdes som väl vald för ändamålet. Genom metodvalet har de olika delarna i studiernas resultat kunnat synliggöras för läsaren, och möjligheten att bedöma studiens giltighet och överförbarhet har ökat. Detta ökar också studiens tillförlitlighet i analys och resultat (Granskär och Höglund-Nielsen, 2008).

## **Resultatdiskussion**

Kvalitetsgranskning av de elva vetenskapliga resultatartiklarna utfördes enligt Olsson och Sörenssens (2011) bedömningsmallar. Kvantitativa och kvalitativa artiklar bedömdes enligt separat mall. Den sammanlagda poängen angav graden av artikelns vetenskapliga kvalitet. Grad I innebär hög vetenskaplig kvalitet, grad II god kvalitet och grad III låg kvalitet. Av litteraturstudiens elva resultatartiklar uppnådde åtta grad I, två grad II och en grad III.

En av artiklarna bedömdes ha en låg vetenskaplig kvalitet (grad III) pga av dålig beskrivning av urvalsprocessen, ej angivet bortfall, obefintlig metoddiskussion och låg anknytning till tidigare forskning på området. Å andra sidan bedömdes analysen som noggrant och väl genomförd, resultatet bedömdes som väl beskrivet och innehållsrikt och slutsatserna rimliga, vilket ökade trovärdigheten. Eftersom studien beskrev processen av planering som gav kvinnorna en positiv effekt på självförtroendet, en känsla av att vara mycket väl förberedda, en god relation till barnmorskan och delaktighet i beslutsfattande vid tiden för förlossningsstart, togs den med i resultatet.

Två av de elva artiklarna hade både fått etiskt godkännande och inhämtat informerat samtycke från deltagarna. Tre av artiklarna hade bara etiskt godkännande och tre hade bara inhämtat informerat samtycke från deltagarna. Två av artiklarna hade inte angivit några etiska aspekter. Den ena av dem var en delstudie i en större undersökning, där man kan anta att de etiska aspekterna är angivna och gäller även för denna delstudie. Den andra är en beställd undersökning efter en statlig utredning i Norge och utförd av ett nationellt kunskapscenter inom hälsovården, varför man kan anta att studien omfattas av norska motsvarigheten till hälso- och sjukvårdslagen. Den är publicerad i norska läkartidningen, som anger internationella etiska riktlinjer (COPE) som ett kriterium för publicering.

Förlossningsplanen påverkade relationen mellan kvinnan och barnmorskan (Berg et al., 2003; Doherty, 2003; Grant et al., 2010; Kuo et al., 2010; Lundgren et al., 2003; Pennell et al., 2011; Yam et al., 2007). Samtidigt verkar relationen med barnmorskan vara en viktig förutsättning för att förlossningsplanen ska bli det den är tänkt att vara, en hjälp för att kvinnan ska få en bättre förlossningsupplevelse (Doherty, 2003; Lothian, 2010; Wier 2008). Fyra av artiklarna i studien (Doherty, 2003; Kuo et al., 2010; Pennell et al., 2011; Yam et al., 2007) visade att förlossningsplanen gav effekt på kommunikationen på så sätt att barnmorskan bekräftade kvinnans förlossningsplan och vägledde henne, och därigenom stärkte hennes självförtroende inför förlossningen. Kvinnorna upplevde att kommunikationen med vårdgivaren förbättrades genom att de hade en förlossningsplan. Fyra andra artiklar (Berg et al., 2003; Lundgren et al., 2003; Grant et al., 2010; Gulbrandsen et al., 2004) visar tvärtom, att förlossningsplanen påverkade relationen mellan kvinnan och vårdgivaren negativt. I en studie (Grant et al., 2010) upplevde vårdgivaren förlossningsplanen som ett kvitto på ett slags mistro mot deras välvilja gentemot mamman och barnet. I två interventionsstudier med kontrollgrupp som är gjorda i Sverige kom man till och med fram till att förlossningsplanen kan försämra relationen och kommunikationen med vårdgivaren (Berg et al., 2003; Lundgren et al., 2003). Det ska dock sägas att man just i de studierna generellt fick en mycket hög skattning av relationen med vårdgivarna, alltså även av de som angav en försämrad relation. Av de studierna som visade positivt utfall på relationen med vårdgivaren, är två av tre artiklar från utvecklingsländer (Kuo et al., 2010; Yam et al., 2007). Kulturen i dessa länder skiljer sig från västvärlden framförallt när det gäller relationen till vårdgivaren, och även när det gäller användandet av förlossningsplaner (Kuo et al., 2010; Yam et al., 2007). I artiklarna som påvisar ett mer negativt resultat med avseende på relationen och kommunikationen med barnmorskan är samtliga studier gjorda i västvärlden, där medborgarna generellt har en starkare ställning gentemot vårdgivare. Här visar det sig att tonvikten i förlossningsplanen ligger på hur kvinnan vill ha det på detaljnivå när det gäller smärtlindring, övervakning och andra behov under förlossningen (Deering et al., 2007) I utvecklingsländerna (Mexico och Taiwan) fokuserade användandet av förlossningsplaner på utbildning och på att stärka kvinnans rättigheter. Förlossningsplanen stärkte och utjämnade på så sätt också relationen med vårdgivaren till en mer jämlik nivå.

Flera tidigare artiklar i ämnet (Lothian, 2006; Perry & Quinn, 2002; Robinson, 1999; Simkin, 2007; Too, 1996a, 1996b; Wier, 2008) förstärker bilden av framgångsrika förlossningsplaner som beroende av maktbalansen mellan vårdgivare och födande kvinna/föräldrar.

Ett sätt som barnmorskor kan påverka maktbalansen och därmed nyttan av förlossningsplaner för kvinnan är att på olika nivåer arbeta för evidensbaserad förlossnings-

vård, vilket innebär stöd för så få rutinmässiga interventioner som möjligt (WHO 1999; Berghella, Baxter & Chauhan, 2008; Devane, Lator, Daly, McGuire & Smith, 2012; Bugg, Siddiqui & Thornton, 2011). En medikaliserad förlossningsvård inriktad på ett risktänkande innebär att makten över beslutsfattandet ligger hos obstetrikern och i viss mån barnmorskan, till nackdel för föräldrarnas inflytande. Det är lätt att föräldrarnas möjligheter att påverka vården då inskränker sig till ytliga företeelser som tex att lyssna till musik, eller vad kvinnan ska ha på sig (Lothian, 2006). Utgår däremot förlossningsvården från aktuell evidens innebär det en inriktning på att bevara och stötta det normala och att undvika varje onödig intervention i förloppet (WHO, 1999; Berghella et al., 2008; Devane et al., 2012; Bugg et al., 2011). Därmed öppnas också för föräldrarnas verkliga inflytande i beslutsfattandet under förlossningen (Lothian, 2006). Detta stämmer väl in på resultatet i studien, där den artikel (Lothian, 2010) som granskade kvinnors planering inför hemförlossning (vilket betyder låg grad av interventioner och hög grad av inflytande från föräldrarna) också var den som hade allra mest positiva kommentarer om förlossningsplaneringen.

En hög grad av eget inflytande på beslutsfattandet förutsätter att kvinna/föräldrarna i god tid fått en bra information och kunskap som lägger grunden för välgrundade beslut (Simkin, 2007; Too 1996a; Wier, 2008).

I förlossningsupplevelsen spelar kvinnans känsla av kontroll en central roll (Gibbins & Thomson, 2001; Graham, 1998; O'Hare & Fallon, 2011). Förlossningsplanen är tänkt att öka kvinnans känsla av kontroll, genom att vara ett instrument för kommunikation med vårdgivaren och ökat inflytande i beslutsfattande under förlossning (Lothian, 2006). Flera av artiklarna i undersökningen visar också att användningen av förlossningsplaner faktiskt ökar kvinnans känsla av kontroll (Lothian 2010; Kuo et al. 2010; Pennell et al., 2011), medan andra visar ingen effekt alls eller till och med en minskad känsla av kontroll. De artiklar (Guldbrandsen et al., 2004; Lundgren et al., 2003; Murphy et al., 2003) som visar ingen eller negativ effekt på känslan av kontroll belyser delvis komplicerade förlossningar och graviditeter. En förklaring kan vara att när det uppkommer komplikationer i förlossningen så är förlossningsplanen inte längre till någon hjälp eftersom man helt enkelt inte tagit upp komplikationer i den (Grant et al., 2010). En ytterligare orsak kan vara att förlossningsplanen tycks kunna späda på den oro som redan finns hos kvinnor med komplicerad graviditet, men Guldbrandsen et al. (2004) spekulerar i att komplex information given utan rätt kommunikationskompetens även kan ha påverkat kvinnor med normal graviditet i negativ riktning när det gäller känsla av trygghet/kontroll.

När upplevelsen av kontroll under förlossningen tolkas av O'Hare och Fallon (2011) beskrivs begreppet som möjligheten att förutsäga hur man själv kommer att uppträda i en viss situation. Man delar upp känslan i inre och yttre kontroll, där den inre kontrollen står för kvinnans tro på sin förmåga att psykiskt hantera situationen, att "hålla ihop", och den yttre kontrollen står för att känna trygghet med miljön, vad inblandade personer gör och med beslutsfattandet. Att medvetet lämna över den yttre kontrollen kan betyda att man själv har möjlighet att ta tillbaka den, vilket lättare gör att man håller kvar sin inre kontroll. Detta resonemang stämmer bra in på studiens resultat (Berg et al., 2003; Murphy et al., 2003) som visar att det är när förlossningen går utanför vad man är förberedd på, som känslan av kontroll blir påverkad. Även Lundgren et al. (2003) beskriver vikten kvinnorna lägger vid att ha egen kontroll. I balansen mellan yttre och inre kontroll har barnmorskan enligt O'Hare och Fallon (2011) en central roll i att skapa en trygg relation med kvinnan, och att förbereda henne med kunskap och information om för-

lossningsprocessen och inte minst om dess oförutsägbarhet. Enligt Graham (1998) är det av lika stor vikt att kvinnan fått en bra information och förberedelse inför förlossningen, som att det arbetet följs upp av en lyhörd och engagerad förlossningsbarnmorska.

I studiens artiklar finns inte någon tydlig riktning när det gäller förlossningsplanens effekt på förlossningsupplevelsen. Tidigare forskning har visat liknande skillnader i utfall. Brown och Lumley (1998) fann i sin enkätundersökning ingen skillnad i förlossningsupplevelse som kunde relateras till användandet av förlossningsplan, och liknande resultat visar Peart (2004) i sin intervjustudie.

Den ena resultatartikeln (Kuo et al. 2010) från Taiwan som visar en positiv effekt av förlossningsplanen på förlossningsupplevelsen, visar positiva resultat även på andra parametrar och har en vetenskaplig tyngd som randomiserad interventionsstudie med kontrollgrupp. Resultaten i den studien är dock svåra att översätta till svenska förhållanden eftersom det finns stora skillnader i vårdsystemet för födande kvinnor. Det finns till exempel inga barnmorskor i förlossningsvården på sjukhusen. Den andra resultatartikeln (Pennell et al., 2011) med positivt utfall är en prospektiv observationsstudie från USA. Den har dock inget representativt urval och en låg svarsfrekvens på uppföljningsenkäten.

Interventionsstudierna från Sverige med kontrollgrupp (Berg et al., 2003; Lundgren et al., 2003) som visar på ingen skillnad eller sämre förlossningsupplevelse för kvinnor med komplikationer, indikerar att förlossningsplanen kanske inte är att rekommendera urskiljningslöst till alla gravida. Detta stöds också av fyndet att kvinnor med komplicerad graviditet fick ökad oro om de använde förlossningsplan.

En anledning till att förlossningsplanen skulle öka oron för kvinnor med komplicerad graviditet skulle kunna vara att barnmorskan fokuserar för mycket på själva förlossningsplanen och för lite på den unika kvinnan och hennes situation. Kvinnor som har en komplicerad graviditet eller komplicerad förlossning är mer sårbara och behöver stöd av barnmorskan. En annan teori är att man genom att aktualisera vissa frågor när man introducerar förlossningsplanen, riskerar att starta tankegångar som föder oro hos kvinnor som upplever en komplicerad graviditet, ofta förknippad med riskfaktorer för barnet (Berg et al., 2003).

## **Konklusion**

Det finns ingen enhetlig syn på hur en förlossningsplan ska användas och när den kan vara till nytta. I litteraturstudien kunde en visst mönster ses. Förlossningsplanen verkar vara till mest nytta när den börjar förberedas tidigt i graviditeten, och med hjälp av en barnmorska som både undervisar och stärker kvinnans egna val. Förlossningsplanen kan också i vissa fall förbättra kommunikationen mellan kvinna och vårdgivaren. Den möjliggör att kvinnan kan ta mer välgrundade beslut och ökar hennes självförtroende samt ger henne realistiska förväntningar på förlossningen som i många fall är oförutsägbar. Detta i sin tur ger kvinnan en känsla av kontroll och tro på sin egen förmåga, vilket förbättrar förlossningsupplevelsen. Själva processen att upprätta förlossningsplanen är viktig, detta stärker relationen med barnmorskan, ger kunskap och självförtroende. Det viktigaste är inte alltid att det blir som kvinnan skrivit i förlossningsplanen.

Förlossningsplanen är också användbar i utvecklingsländer för att stärka kvinnan i hennes rättigheter vid förlossningen. Den verkar ha mindre effekt vid komplicerade förlossningar och graviditeter, där den till och med kan ställa till problem. Kvinnorna var i dessa fall inte alls förberedda på vad som skulle kunna hända. Det är svårt att i förlossningsplanen planera för akuta situationer som kan hända under förlossningen.

## **Implikation**

Det är av vikt att barnmorskan vid upprättande av en förlossningsplan även hjälper kvinnan att planera för oförutsägbara och mer komplicerade situationer. Genom att föra ett samtal om detta kan kvinnan bli stärkt i sin inre kontroll så mycket att hon, om hon skulle behöva, klarar att lämna över den yttre kontrollen till vårdgivaren.

Man behöver också öka samsynen genom hela vårdkedjan, att kvinnan får samma information och guidning att upprätta samt använda förlossningsplanen. Ett sätt att uppnå samsyn mellan mödravård och förlossningsvård är att redan i utbildningen belysa vikten av kvinnans deltagande i beslutsfattandet under hennes graviditet och förlossning.

Av intresse för vidare forskning är att studera maktbalansen mellan de blivande föräldrarna och vårdgivaren, och hur man främjar de blivande föräldrarnas inflytande och egenmakt vid förlossningen.

## Referenser

- \*Berg, M., Lundgren, I. & Lindmark, G. (2003). Childbirth experience in women at high risk: is it improved by use of a birth plan? [Electronic version]. *The Journal of Perinatal Education* 12 (2), 1–15.
- Berghella, V., Baxter, JK. & Chauhan, SP. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* N. 199 (5): 445–54.
- Brown, S. & Lumley, J. (1998). Communication and decision-making in labour: do birth plans make a difference? *Health expectations* 1, 106–116.
- Bugg, GJ., Siddiqui, F. & Thornton, JG. (2011). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *The Cochrane Library*. Hämtad 20120427 från: <http://www.cochrane.org>.
- \*Deering, S., Zaret, J., McGaha, K. & Satin, A. (2007). Patients presenting with birth plans. *The Journal of Reproductive Medicine* 52 (10), 884–887.
- Devane, D., Lalor, JG, Daly, S., McGuire, W. & Smith, V. (2012). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *The Cochrane Library*. Hämtad 20120427 från: <http://www.cochrane.org>.
- \*Doherty, ME. (2003). 2000 ICEA Virginia Larsen research grant winner: birth plan decision-making: patterns of interaction. (*The Journal of Perinatal Education*) 18 (2), 27–33.
- Forsberg & Wengström. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (2:a uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (red.). (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gibbins, J., Thomson, A M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. [Electronic version]. *Midwifery* 17, 302–313.
- Graham, L. (1998). A model of helping for labour ward midwives. *British Journal of Midwifery* 6 (5), 335–338.
- Granskär, M. Höglund-Nielsen & B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- \*Grant, R., Suesa, A. & Kaneshiro, B. (2010). Expert opinion vs. patient perception of obstetrical outcomes in laboring women with birth plans. *The Journal of Reproductive Medicine* 55 (1–2), 31–35.
- \*Guldbrandsen, P., Aarseth, J., Aaby, E. & Valdal, A. (2004). Födsekkartet – effekt og evaluering. [Electronic version]. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 124, 3055–3057.
- Hildingsson, I., Rådestad, I. (2005). Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of Advanced Nursing* 52 (3), 239–249.

- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. [Electronic version]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186 (5), 160–172.
- Howarth, A., Swain, N., Treharne, G. (2012). Taking personal responsibility for well-being increases birth satisfaction of first time mothers. [Electronic version]. *Journal of Health Psychology* 16 (8), 1221–1230.
- Höjberg P. (2011). *Jordemor, Barnmorska och barnaföderska. Barnafödandets historia i Sverige*. Stockholm: Carlssons.
- Kaufman, T. (2007). Evolution of the Birth Plan. [Electronic version]. *Journal of Perinatal Education* 16 (3), 47–52.
- Kitzinger, S. (1991). *Homebirth* London: Dorling Kindersley.
- Kitzinger, S. (1992). Letter from England: Birth Plans. *BIRTH* 19 (1), 36–37.
- \*Kuo, S-C., Lin, K-C., Hsu, C-H., Yang, C-C., Chang, M-Y., Tsao, C-M. et al. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectation fulfillment: a randomised controlled trial.[Electronic version]. *International Journal of Nursing Studies* 47, 806–814.
- Larkin, P., Begley, C., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. [Electronic version]. *Midwifery* 25, 49–59.
- \*Lundgren, I., Berg, M. & Lindmark, G. (2003). Is the childbirth experience improved by a birth plan? [Electronic version]. *Journal of Midwifery & Women's Health* 48 (5), 322–328.
- Lothian, J. (2006). Birth plans: The good, the bad, and the future. [Electronic version]. *JOGGN* 35, 295–303.
- \*Lothian, J. (2010). How do women who plan home birth prepare for childbirth? *The Journal of Perinatal Education* 19 (3), 62–67.
- \*Murphy, DJ., Pope, C., Frost, J. & Liebling, RE. (2003). Women's views on the impact of operative delivery in the second stage of labour; qualitative interview study. [Electronic version]. *Bmj.com* 2003;327:1132.
- Nordström, L., Waldenström, U. (2001). *Handläggning av normal förlossning*. Socialstyrelsen Expertrapport; Medicinsk faktabas mars - State of the Art. Stockholm: Socialstyrelsen.
- O'Hare, J. & Fallon, A. (2011). Women's experience of control in labour and childbirth. *British Journal of Midwifery* 19 (3), 164–169.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.
- Peart, K. (2004). Birth planning – is it beneficial to pregnant women? *Australian Midwifery Journal* March 2004, 27–29.
- \*Penell, A., Salo-Coombs, V., Herring, A., Spielman, F. & Fecho, K. (2011). Anesthesia and analgesia-related preferences and outcomes of woman who have birth plans. [Electronic version]. *Journal of Midwifery and Women's Health* 56 (4), 376–381.

- Perry, C. & Quinn, L. (2002). Birth Plans and Professional Autonomy. *Hastings Center Report* March-April 2002.
- Robinson, J. (1999). The birth plan game. *British Journal of Midwifery* 7 (10), 642.
- Sheridan, C., Yekinni, I., Oyeye, G., Ogunleye, K., Oluyede, G., O'Sullivan, K. et al. (2011). Comparing birth plan preferences among Irish and Nigerian women. *British Journal of Midwifery* 19 (3), 172–177.
- Simkin, P. (2007). Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. [Electronic version]. *BIRTH* 34 (1), 49–51.
- Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svenska Barnmorskeförbundet [SBF]. (2011). *300 år i livets tjänst* [jubileumsbok]. Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet.
- Svenska Barnmorskeförbundet [SBF]. (u.å). ICM:s etiska kod för barnmorskor. (1999). Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet. Hämtad 120305 från: [http://www.barnmorskeforbundet.se/images/content/documents/forbundet/etiska\\_koden.doc](http://www.barnmorskeforbundet.se/images/content/documents/forbundet/etiska_koden.doc).
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen* [ändrad tom SFS 2011:1576]. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 20120305 från: <http://www.riksdagen.se>.
- Too, S-K. (1996). Do birthplans empower women? A study of their views. *Nursing Standard* 10(31), 33–37.
- Too, S-K. (1996). Do birthplans empower women? A study of midwife's views. *Nursing Standard* 10 (32), 44–48.
- Wier, J. (2008). Informed consent and the birth plan. *The practising midwife* 11 (7), 17–18.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization Department of Reproductive Health and Research. (1999). *Care in normal birth: A practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Global strategy for Women's and Children's health*. Geneva: World Health Organization. Hämtad 120305 från: [www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009\\_globalstrategy\\_wch/en/index8.html](http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_globalstrategy_wch/en/index8.html).
- \*Yam, E., Grossman, A., Goldman LA & García, S G. (2007). Introducing birth plans in Mexico: an exploratory study in a hospital serving low-income mexicans. [Electronic version]. *BIRTH* 34 (1), 42–48.



## Bilaga 1

**Tabell 2: Sökordsöversikt**

<b>Sökord</b>	<b>PubMed MeSH-term</b>	<b>Cinahl Subject heading list</b>	<b>PsycINFO Thesaurus</b>
Förlossningsplan	Birthplan (fritext)	Birthplan (fritext)	Birthplan (fritext)
Barnmorska	Nurse midwife	Nurse midwife	Nurse midwife(fritext)
Obstetrisk omvårdnad	Obstetric care (fritext), midwifery	Obstetric care, Midwifery	Midwifery
Förlossning	Childbirth	Childbirth	Childbirth
Kommunikation	Communication	Communication	Communication
Egenmakt	Empowerment	Empowerment	Empowerment
Plan	Plan (fritext)	Plan (fritext)	Plan (fritext)

## Bilaga 2

### Tabell 3: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/Boolska operatörer	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
120207	Cinahl	Birth plan	52	25	18	9
120207	Pubmed	Birth plan	1238	0		
120207	Pubmed	Birth plan AND midw i#	77	15 (3*)	1	1
120220	Pubmed	Birth plan AND nurse midw i#	12	5 (2*)	0	
120220	Pubmed	Birth plan AND obstetric care	92	10 (8*)	1	
120220	Cinahl	Birth plan AND obstetric care	5	5 (1*)	1	
120220	Cinahl	Birth plan AND nurse midw i#	1	0		
120221	Cinahl	midwifery AND childbirth AND qualitative	156	0		
120221	Pubmed	midwifery AND childbirth AND qualitativ	179	0		
120221	Cinahl	midwifery care AND childbirth AND qualitative	38	7 (6*)	1	
120221	Pubmed	midwifery care AND childbirth AND qualitative	158	0		
120225	Cinahl	Birthplan# AND communicat#	2	2	1	
120225	Pubmed	birth plan# AND communicat#	8	4 (4*)	0	
120225	Cinahl	Birthplan#	4	4 (3*)	1	
120225	pubmed	Birthplan#	2	2 (2*)	0	
120225	Cinahl	Childbirth# AND empower# AND plan	5	5	0	
120225	Pubmed	Childbirth# AND empower# AND plan	5	0	0	
120317	Cinahl	Birth plan AND midw i#	10	3	0	
120317	PsycIN-FO	birthplan	10	7 (5*)	0	
120319	PsycIN-FO	birthplan AND midw i#	4	4 (2*)	0	
120319	PsycIN-FO	birthplan AND nurse midw i#	0	0	0	
120319	Psy-chINFO	Birth plan AND obstetric care	0	0	0	
120315		Manuell sökning via tidigare funna artiklars referenslistor				1

(\*) Antal artiklar som hittats i tidigare sökning

(#) Trunkering

Tabell 4: Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2003 USA Cinahl	Doherty ME	2000 ICEA Virginia Larsen Research Grant Winner: Birth plan decision-making: patterns of interaction	Att beskriva mönster i interaktionen mellan kvinnan och barnmorskor när det gäller att upprätta en förlossningsplan	Metod: Kvalitativ intervju och observationsstudie. Urval: Bekvämlighetsurval av 20 gravida och av åtta barnmorskor vid fyra privata barnmorskemottagningar i New England. Kriterier för barnmorskan: Minst två års klinisk erfarenhet. Kriterier för kvinnan: Förstå och tala engelska, förstföderskor i tredje trimestern. Bortfall: Ej redovisat.	Kommunikationen barnmorska-patient följde ett visst mönster när det gäller att upprätta en förlossningsplan, där barnmorskan agerade som initiativtagare och processledare/resurs.	Grad 1
2010 USA Cinahl	Lothian JA	How do women who plan for home birth prepare for childbirth?	Att beskriva hur kvinnor som planerar hemförlossning förbereder sig inför förlossningen	Metod: Kvalitativ intervjustudie och observationsstudie. Urval: 14 kvinnor som väntade första eller andra barnet och som planerade för hemförlossning. Bortfall: Inga.	Förlossningsplaneringen bör startas tidigt i graviditeten, speciellt med kvinnor som vill ha en naturlig förlossning. Relationen med barnmorskan är viktig för planeringen.	Grad 3
2003 Storbritannien PubMed	Murphy DJ., Pope C., Frost J., Liebling R	Womens views on the impact of operative delivery in the second stage of labour: qualitative interview study	Att utforska kvinnors upplevelser vid instrumentell förlossning eller akut kejsarsnitt	Metod: Kvalitativ intervjustudie. Urval: Dels en subgrupp av en kohortstudie förlösta jan-maj år 2000, dels alla kvinnor med instrumentell förlossning/akut kejsarsnitt sept 2001-jan 2002. Urvalet kom från två engelska sjukhus i stadsmiljö. Bortfall: 51% i första gruppen, 76% i andra gruppen.	Förbättrad förlossningsförberedelse, en realistisk inställning till förlossningsplaner och postpartumsamtal är viktiga för att uppnå en bättre förlossningsupplevelse för patienter med instrumentell förlossning/ akut kejsarsnitt	Grad 1

<b>Publika- tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval Bortfall</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Vete ns- kaplig kvalitet</b>
2007 Mexiko	Yam AE, Gross- man AA, Gold- man LA, Garcia SG	Introducing Birth Plans in Mexico: An exploratory Study in a Hos- pital Serving Low-Income mexicans	Ta reda på om infö- randet av ett förloss- ningsplans program skulle vara använd- bart och accepterat för gravida mexi- kanska kvinnor och deras läkare. Även dokumentera olika perspektiv och åsikter från kvinnor och sjukvårdspersonal om förde lar, nackde lar och utmaningar med att införa ett sånt här program på sjukhu- sen.	Metod: Kvalitativ intervjustudie samt djupgående intervjuer. Urval: Nio gravida kvinnor, intervju innan och efter förlossning. Djupintervjuer med fyra kvinnor som fött barn senaste året, två sjuksköterskor, en socia lar- betare och en läkare. Bortfall: 20 kvinnor rekryterades, nio uppfyllde inklusionskriterierna, nio intervjades.	Resultatet visar att förlossnings- planer är accepterat och använd- bart i den här populationen. För att kunna göra en användbar förlossningsplan behöver kvinnan stöd och information från vårdgi- varen om vilka möjligheter och rättigheter hon har.	Grad 1

**Tabell 5: Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod**

Publika-tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vete ns- kaplig kvalite t
2003 Sverige Cinahl	Berg M, Lundgren I, Lindmark G	Childbirth experience in women at high risk: is it improved by use of a birth plan?	Att ta reda på om förlossningsplaner förbättrar förlossnings upplevelsen hos kvinnor med komplicerade graviditeter och förlossning.	Metod: Enkätundersökning. Urval: Kontrollgrupp; konsekutivt urval bland kvinnor som födde barn på Östra sjukhuset i Göteborg mellan April och Augusti år 2000. Behandlingsgrupp; konsekutivt urval bland kvinnor som födde barn på Östra sjukhuset i Göteborg mellan November 2000 och April 2001. Bortfall: Kontrollgrupp 8,6% och behandlingsgrupp 2%.	Av de kvinnor som hade komplikationer under graviditet eller förlossning, visade det inte att en förlossningsplan förbättrade den totala upplevelsen av förlossningen. Den verkade istället förstärka den negativa känslan ur flera aspekter.	Grad 1
2007 USA Cinahl	Deering SH., Zaret J., McGaha K., Satin A J.	Patients presenting with birth plans: a case-control study of delivery outcomes	Att avgöra om frekvensen av epiduralanestesi, akut kejsarsnitt och perineotomi skiljer sig mellan patienter som skrivit en förlossningsplan och en matchad kontrollgrupp utan förlossningsplan	Metod: Retrospektiv fallkontrollstudie Urval: Kvinnor inskrivna vid aktuell förlossningsavdelning under en 3,5 årsperiod som hade förlossningsplan (kvinnor med planerat kejsarsnitt inkluderades). En dubbel kontrollgrupp matchad för ålder och paritet. Bortfall: 6%	Ingen skillnad fanns i kjesarsnittsfrekvens eller klipp hos de med förlossningsplan och utan. Omfödernkor med förlossningsplan hade klart lägre frekvens av epiuralbedövning än de utan förlossningsplan.	Grad 1

Publika-tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vete ns- kaplig kvalite t
2010 USA/Hawaii Cinahl	Grant R., Sueda A., Kaneshiro B.	Expert opinion vs patient perception of obstetrical outcomes in laboring women with birth plans.	Att undersöka skillnader hos patienter respektive medicinsk personal med avseende på uppfattningar om förväntat utfall av förlossningar hos kvinnor med förlossningsplan.	Metod: Enkätundersökning Urval: Engelskspråkiga gravida kvinnor över 18 år vid ett medicinskt centrum i Honolulu, Hawaii, mars–april 2007. Alla anställda läkare med obstetrisk kompetens samt alla anställda barnmorskor vid samma medicinska center. Bortfall: 10% i patientgruppen, 8% i personalgruppen.	Studien visade stora skillnader i uppfattningar hos vårdgivare och kvinnor med avseende på förväntat förlossningsutfall hos kvinnor med förlossningsplan, bla när det gällde kjesarsnittsfrekvens och infektionsfrekvens.	Grad 2
2004 Norge Pubmed	Guldbrandsen, P., Aarseth, J., Aaby, E. & Valdal, A.	Födelskartet – effekt og evaluering	Att undersöka om en införd rutin med förlossningsplaner ökade tryggheten under graviditet, förlossning och eftervård samt undersöka kvinnornas upplevelser av att använda förlossningsplan	Metod: Enkätundersökning. Urval: Kvinnor som gick på barnmorskekontroller i fem norska kommuner mellan februari och september 2002 inbjöds, 283 tackade ja. En kontrollgrupp på Akers sjukhus i Oslo på 271 nyförlösta kvinnor. Bortfall: 33% i intervention-gruppen, 59% i kontrollgruppen.	Förlossningsplan gav effekten minskad upplevelse av trygghet under förlossningen, speciellt hos förstföderskor. Omföderskor fick en motsvarande effekt av minskad trygghet under graviditeten,	Grad 1

Publika-tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vete ns- kaplig kvalitet
2010 Taiwan Cinahl	Kuo S., Lin K., Hsu C., Yang C., Chang M., Tsao C., Lin L.	Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's child- birth expe- riences, control and expecta- tions fulfill- ment: a rando- mized con- trolled trial	Att värdera effekten av förlossningsplaner med avseende på kvinnors för- väntningar på för- lossningen, deras upplevelse av kon- troll under förloss- ningen och deras övergripande för- lossningsupplevel- se.	Metod: En randomiserad enkel-blind kontrollerad interventionsstudie. Ur- val: Normalgravida förstföderskor med en graviditetslängd av minst 32 veck- or, och över 18 år, vid sju sjukhus och vårdade av någon av tio obstetriker som ingick i studien i Taiwan. Bortfall: 6,3% i interventionsgruppen och 14,5% i kontrollgruppen.	Resultatet indikerade att förloss- ningsplanen kan ha positiva ef- fekter när det gäller uppfyllandet av förlossningsförväntningar, upplevelsen av kontroll under förlossningen och den övergri- pande förlossningsupplevelsen.	Grad 1
2003 Sverige Cinahl	Lundgren I., Berg M., Lind- mark G.	Is the childbirth experience im- proved by a birth plan?	Att bedöma vilken effekt interventio- nen att kvinnan fyllde i en enkät och upprättade en för- lossningsplan under slutet av gravidite- ten hade på förloss- ningsupplevelsen, utifrån socioeko- nomisk status.	Metod: Interventionsstudie. Urval: Interventionsgruppen; alla inskrivna gravida vid sju mödravårdscentraler i Göteborgsområdet inbjöds att delta november 2000–juli 2001. Kontroll- gruppen; ett konsekutivt urval av för- lösta patienter vid två förlossningsav- delningar i Göteborg april–augusti 2000 och som var förvårdade vid nå- gon av de aktuella mödravårdscentra- lerna.	Det fanns inget belegg för att en förlossningsplan förbättrade kvinns upplevelse av förloss- ningen När man jämförde kvinnor med förlossningsplan och inte, be- dömde kvinnorna med förloss- ningsplan att relationen med barnmorskan var sämre.	Grad 1

<b>Publika- tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval Bortfall</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Vete ns- kaplig kvalite t</b>
2011 USA Cinahl	Pennell A., Salo- Coombs V., Her- ring A., Spiel- man F., Fecho K	Anesthesia and Analgesia- Related Prefe- rences and Out- comes of Women Who Have Birth Plans	Att beskriva aneste- si- och analgesirela- terade önskemål och resultat hos kvinnor med för- lossningsplan.	Metod: Prospektiv kohort-studie. Ur- val: Kvinnor med förlossningsplan vid ett universitetssjukhus i North Caroli- na, USA. Exklusionskriterier: <34 ful- la veckor, planerat kejsarsnitt, ej eng- elsktalande, långt framskridet förloss- ningsarbete. 63 kvinnor tackade ja. Bortfall: 40% I uppföljningsenkäten	En majoritet av kvinnorna var nöjda med användandet av en förlossningsplan, oavsett om önskemålen blev uppfyllda eller om komplikationer tillstötte un- der förlossningen.	Grad 2