
BARSELKVINNERS TILFREDSHET MED OMSORGEN VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS, ULLEVÅL

En brukerundersøkelse

Av: Stud. med. Anne Stine Garnes og Beate Skogen

Veileder: Professor Dr. med. Stein Opjordsmoen Ilner



Universitetet i Oslo/Medisinsk Fakultet
Institutt for Psykiatri/April 2009

INNHALDSFORTEGNELSE:

	Side
1. Abstract / Sammendrag	3
2. Forkortelser og ordforklaringer	4
3. Innledning	5
3.1 Hensikten med prosjektet	5
3.2 Bakgrunn – hva vet vi?	5
3.2.1 Utviklingstrekk i barselomsorgen i Norge	5
3.2.2 Oversikt over barseltilbudet i Norge	6
3.2.3 Mål for barselomsorgen i Norge	7
4. Litteraturgjennomgang	7
4.1 Betydningen av barselomsorg	7
4.2 Bruk av barselhotell – erfaringer	9
5. Problemstillinger	9
6. Materiale og metode	10
7. Brukerundersøkelse – resultater/funn	12
7.1 Utvalget – presentasjon	12
7.2 Forhold omkring fødselen	14
7.3 Barseloppholdet	16
7.3.1 Overflytting etter fødsel	16
7.3.2 Informasjon/opplæring i spedbarnsstell og amming	17
7.3.3 Omsorgsnivå	20
7.3.4 Søvn og hvile	20
7.3.5 Oppholdstid – faktisk og ønsket	21
7.3.6 Barselopphold – hotell versus barselavdeling	22
7.4 Totalopplevelse av føde- og barseloppholdet	23
7.4.1 Kvalitative funn	25
8. Diskusjon	27
8.1 Tolkning av funn	27
8.2 Metodiske vurderinger	32
8.2.1 Svakheter/ metodiske begrensninger	32
8.2.2 Styrker ved metoden	33
8.3 Konklusjon	34
8.3.1 Kliniske implikasjoner	34
8.3.2 Implikasjoner for forskning	35
Referanser/Litteraturliste	36
Vedlegg: Spørreskjema og samtykkeerklæring	

1. Abstract

In Norway the length of hospital stays after childbirth has been reduced in the last decades, and the use of patient hotels has increased. We assume this development requires better ability to self care among the women. The consequences have not been widely studied.

To detect whether todays postnatal care is satisfying regarding the women's needs, we interviewed 100 postpartum women at the largest delivery ward in Norway. The aim of the study was also to investigate if there are any differences in content among the woman staying in the delivery ward compared to those staying at the hotel. In addition we have included literature on the association between postnatal care and mental health.

The results of our study shows a large degree of content and feeling of being cared for during delivery and after, both at the maternity ward and at the hotel. There is still potential for improvement regarding breast-feeding, availability among the health personnel, sleep, rest and relief, information, and costs and service at the hotel.

Most women prefer the post partum period spent at the hotel, due to privacy, flexibility and the opportunity for the partner to be present with mother and child.

Regarding breast-feeding, personal guidance and standardised information is important.

The literature shows that women in general are vulnerable in the postpartum period, and by pointing the care towards women at risk we can achieve health outcomes in the sense of lower prevalence of postpartum depression.

Sammendrag

Barselomsorgen i Norge har gått i retning av kortere liggetid på sykehus og økt bruk av pasienthotell med lavere bemanning, noe som forutsetter økt evne til egenomsorg hos de fødende kvinnene. Konsekvensene av denne utviklingen er i liten grad studert.

Ved å intervju 100 barselkvinner ved landets største fødeavdeling har vi ønsket å finne svar på om dagens barselomsorg er tilfredsstillende, og om det er forskjell i tilfredshet blant de som oppholder seg på barselavdeling og barselhotell. I tillegg har vi benyttet litteraturstudier for å se på sammenheng mellom barselomsorg og mental helse.

Undersøkelsen viser stor grad av tilfredshet og følelse av ivaretagelse både under fødsel og barselopphold. Dette gjelder både for hotell og barselavdeling. Det avdekkes likevel forbedringspotensialer knyttet til ammeveiledning, tilgjengelighet til helsepersonell, søvn, hvile og avlastning, informasjon, samt pris- og servicenivå på hotellet.

De fleste kvinnene foretrekker barselopphold på hotell, på grunn av privatliv, fleksibilitet, og mulighet for partner å være tilstede sammen med mor og barn.

Personlig ammeveiledning er viktig, og flere uttrykker frustrasjon over ulik ammeinformasjon. Det etterlyses enhetlig og standardisert informasjon og veiledning.

Vi finner belegg i litteraturen som viser at kvinner generelt er sårbare i barseltiden, og at man ved å rette omsorgen mot spesielt risikoutsatte kvinner, kan oppnå helsegevinst i form av lavere forekomst av depresjon i tiden etter fødselen.

2. Forkortelser og ordforklaringer

UUS:	Oslo Universitetssykehus, Ullevål
KK:	Kvinneklinikken ved UUS
UIO:	Universitetet i Oslo
ABC (Alternative birth clinic) :	en fødeavdeling som tilbyr personlig oppfølging under svangerskapet, fødselen og barseltiden på samme sted med samme personale. Det benyttes kun naturlige hjelpemidler til smertelindring, som akupunktur og vann. Dette er et fødetilbud til friske gravide kvinner som tilfredsstiller visse medisinske kriterier.
Obstetrikk :	fødselshjelp.(Obstetrikk kommer av navnet til de romerske jordmødre, obstetrices, betyr ”å stå rett foran”).
Prevalens :	forekomst på et gitt tidspunkt
Post partum :	etter fødsel
Intervensjonsgruppe:	gruppe som får behandling (medisinsk eller annen) og der evt effekt av tiltak sammenlignes mot kontrollgruppe som ikke har fått behandling eller som har fått placebo.
Standardavvik :	et mål for spredning rundt senteret for datamengde. Sier noe om det er godt sentrert eller fordelt over et større område.
Elektive sectio :	planlagte keisersnitt
Sutur :	syng, gjensyng av sår.
Epidural/Spinal anestesi :	bedøvelse som settes i henholdsvis epidural/spinalkanalen i ryggen for å lamme visse segmenter og dermed bryte smerteimpulsen
Opioid :	samlenavn for naturlige og syntetiske stoffer med morfinlignende virkning
Opiat:	morfin, kodein og andre stoff med lignende virkning, fremstilt fra opium

3. Innledning

Som en del av profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Oslo skal det skrives en prosjektoppgave, der studentene skal fordype seg i et selvvalgt tema. Under studiet har vi begge vært utplassert i praksis ved gynekologisk avdeling på sykehus, samt i psykiatrisk praksis. Vi har på bakgrunn av interesse valgt å skrive en oppgave innenfor fagområdene obstetikk og psykiatri, der vi ved hjelp av en brukerundersøkelse har sett på fødende kvinners tilfredshet med barselomsorgen på henholdsvis barselavdeling og sykehus hotell ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

3.1 Hensikten med prosjektet

Barselomsorgen i Norge har den senere tid gått i retning av kortere liggetid på sykehus og økt bruk av pasienthotell med lavere bemanning, noe som trolig forutsetter økt evne til egenomsorg hos de fødende kvinnene. Bakgrunnen for dette antar vi er en kombinasjon av ønske om samfunnsøkonomiske besparelser, og et endret syn på fødsel og barseltid som en naturlig del av en kvinnes liv, og ikke en sykelig tilstand. Det er imidlertid gjort lite undersøkelser av hvilke konsekvenser denne utviklingen har i forhold til de fødende kvinnenes behov for hvile, søvn, avlastning og omsorg, informasjon, ammehjelp og opplæring i spedbarnsstell.

Vi ønsker derfor gjennom en begrenset brukerundersøkelse ved landets største føde- og barselklinikk å danne oss et bilde av kvinners opplevelse av tilfredshet med dagens barselomsorg, og i hvilken grad de opplever at tilbudet imøtekommer deres individuelle ønsker og behov. Vi ønsker også å undersøke helseforetakenes bruk av barselhotellordninger i dag, og om det er forskjeller i tilfredshet mellom dem som oppholder seg på barselavdeling versus barselhotell.

Hvorvidt kvaliteten på barselomsorgen påvirker kvinnens, barnets og videre familiens helse og velferd på lengre sikt vil også være et sentralt spørsmål å stille dersom man ønsker en optimal samfunnsøkonomisk ressursbruk totalt sett. Vi ønsker derfor ved litteratursøk å belyse eventuelle sammenhenger mellom kvinners opplevelse av fødsels- og barseltid og hvordan det påvirker senere mental helse og velferd.

3.2 Bakgrunn – hva vet vi?

3.2.1 Utviklingstrekk i barselomsorgen i Norge

I henhold til den nylig fremlagte Stortingsmeldingen om fremtidig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Norge (1), er det vanlig å definere barseltiden som de første seks til åtte uker etter fødsel.

Mens de aller fleste fødsler for 100 år siden skjedde i hjemmene fødes de fleste barn i Norge i dag på sykehus, og det har vært vanlig at mor og barn tilbringer de første dagene av barseltiden på sykehus, selv etter normale fødsler. Denne praksisen har delvis vært medisinsk begrunnet, ut i fra et ønske om å observere mor og barn etter fødselen med tanke på komplikasjoner, men også ut fra et forebyggende og sosialt perspektiv om at mor trenger å hvile ut og komme i gang med amming. Hensikten med organiseringen av barselperioden er å ivareta både mor og barns helse og støtte den nye familien (1).

De siste årene har man sett en reduksjon av varigheten av barseltiden i sykehus, ned mot 2-3 dager for kvinner som har født ukomplisert. Bakgrunnen for dette er at synet på normal fødsel som en naturlig prosess har blitt mer fremtredende, samt at medisinsk kunnskap og erfaring tilsier at det ikke er nødvendig med et langt sykeleie etter en normal fødsel. Reduksjon i liggetid har imidlertid også sammenheng med helsetjenestens prioriteringer, der sengekapasitet og ressurser styres mot pasienter med mer alvorlige lidelser. Liggetid på i høyden 2-3 dager innebærer at kvinner i en del tilfeller reiser hjem før ammingen er kommet godt i gang. Gjennomsnittlig oppholdstid på sykehus/barselhotell i forbindelse med vanlig fødsel var i 2008 på landsbasis 3 døgn, med en variasjon fra 1 døgn til 6-7 døgn. Ved UUS har man kuttet ned barseloppholdet fra 3 til 2 dager for kvinner som har fått barn tidligere og som har ukompliserte fødsler (2), mens barseloppholdet for førstegangsfødende og de som har hatt keisersnitt vanligvis er 3 døgn. På de mindre fødestuene i distriktene kan kvinnene i stor grad selv bestemme hvor lenge de ønsker å være, og gjennomsnittlig liggetid er der om lag 4 døgn. (1)

I tillegg til kortere liggetid er det flere steder i økende grad tatt i bruk pasienthotell/barselhotell til erstatning for tradisjonelle barselavdelinger på sykehus. Dette ble i Norge etablert som et nytt helsetjenestetilbud til kvinner med ukompliserte fødsler fra 1998. Barselhotellene har mindre bemanning og pleietilbud enn barselavdelingene, og barselkvinnene er i større grad forventet å klare seg på egenhånd.

3.2.2 Oversikt over barseltilbudet i Norge

I Norge er det i dag 15 kvinneklinikker, 26 fødeavdelinger og 12 fødestuer. Rundt 2/3 av barnefødsle skje ved de store fødeavdelingene, og det har skjedd en betydelig sentralisering av fødestedene. Det er stor variasjon i de lokale tilbud når det gjelder barselopphold. Flere steder er det tilbud om å tilbringe barseltiden på såkalte barselhotell i stedet for tradisjonelle barselavdelinger på sykehus, men det er stor variasjon i hva man legger i begrepet barselhotell.

En gjennomgang av barseltilbudet viser at rene barselhotell som er fysisk adskilt fra barselavdeling på sykehus og med eget hotellpersonale foreløpig først og fremst er et tilbud ved de store sykehusene. Ved flere av de andre sykehusene er det opprettet tilbud om familierom i tilknytning til de tradisjonelle barselavdelingene, og flere av sykehusene omtaler dette som barselhotell. I de fleste tilfellene dreier dette seg om tilbud om enerom/familierom der barnefar kan være tilstede, men med mulighet for å benytte seg av tilnærmet samme service og personale som på barselavdelingen.

I dag finnes barselhotell som fysisk er atskilt fra sykehusenes barselavdelinger på følgende steder: Oslo Universitetssykehus, Ullevål der 2 etasjer av pasienthotellet med plass til 40 kvinner er avsatt til barselkvinner og deres barn, "Barselloftet" ved sykehuset tilknyttet Haukeland sykehus, med plass til 19 barselkvinner, Barselhotellet ved St.Olavs Hospital i Trondheim med plass til 15 barselkvinner, i Tromsø (plass til 12 barselkvinner), Stavanger (24 plasser, hvorav 10 enkeltrom og 14 dobbeltrom), Ålesund (10 plasser), Elverum (4 rom i etasjen under barselavdelingen), og fra 5.januar 2009 åpnet barselhotell med plass til 6 barselkvinner i Bodø. *(Tilbudet om barselhotell ved Haukeland vil etter det vi er kjent med bli nedlagt fra mai 2009 pga økonomiske nedskjæringer).*

I tillegg finnes tilbud om ”barselhotell” i form av familierom på/i tilknytning til barselavdelingene ved Akershus Universitetssykehus og sykehusene i Arendal, Kristiansand, Førde, Haugesund, Levanger og Namsos.

3.2.3 Mål for barselomsorgen i Norge

Stortingsmelding nr 12 (2008-2009) - Regjeringens målsetninger og ambisjoner
Ifølge Nasjonalt råd for fødselsomsorg er barselomsorgen det området av den samlede svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen som mange brukere uttrykker misnøye med. Det er heller ikke klart definert ansvar for oppfølging av familien i barseltiden i gjeldende regelverk. Det er derfor behov for systematisk innhenting av brukererfaringer og informasjon fra fagpersonell for å få kunnskap om hvilke områder av barselomsorgen som bør forbedres og hvordan. I stortingsmeldingen signaliseres en differensiert og brukertilpasset fremtidig barselomsorg, som må organiseres slik at kvinner med helseproblemer etter fødsel, samt barn med medisinske behov, fanges opp og tilbys individuell oppfølging (1).

De regionale helseforetakene pålegges å utarbeide en flerårig og lokalt tilpasset plan for svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet sammen med kommunene. Det tas også sikte på å gjennomføre en nasjonal undersøkelse for å innhente brukererfaringer (1).

4. Litteraturgjennomgang

4.1 Betydning av barselomsorg

Barseltiden blir i de fleste kulturer definert til omtrent 40 dager og blir i de fleste samfunn sett på som en periode med økt sårbarhet for mor og barn. Det er påfallende store likheter mellom ulike kulturer når det gjelder bestemte skikker knyttet til denne perioden. Det dreier seg om kosthold, isolasjon, hvile og avlastning.

I vår tid er de fleste av barselskikkene som var alminnelige i bondesamfunnet, blitt så godt som borte. I 1950 årene var liggetiden i barselavdelingen lang – 14 dager var ikke uvanlig, og i tillegg fikk mange kvinner husmorvikar. I 1960 årene skulle ikke liggetiden være under 8 døgn. Det fantes mange regler for kvinnen og barnet. Kvinnen måtte hvile i sengen for å bli sterk. Hun fikk kun se barnet hver 4. time når det var tid for amming. Som en reaksjon på dette noe stivbeinte systemet kom ”rooming in” på slutten av 70 tallet, i betydningen mor og barn sammen på rommet hele døgnet.

Til tross for en økt ammefrekvens de siste årene har det skjedd en gradvis svekkelse av tilbudet til barselkvinner. De offentlige omsorgsordningene er blitt stadig færre, i form av kortere liggetid i barselavdelingene uten at tilbud om hjemmeoppfølging har økt tilsvarende. Husmorvikaren er nesten borte. I tillegg er sannsynligvis det sosiale nettverket blitt svekket. De rituelle seremonier omkring barseltiden er også borte. Disse forandringene har ført til økende krav til farens omsorgsevne (3).

Tiden etter en fødsel er en risikoperiode for kvinners psykiske helse. Det er godt dokumentert at risikoen for å rammes av en psykose i barselperioden er flere ganger forhøyet sett i forhold til andre perioder i livet (4).

En dansk studie konkluderer med at risikoen for innleggelse i sykehus pga alvorlig mental lidelse var syvdoblet 10-19 dager post partum for førstegangsfødende. Risikoen ble gradvis redusert med tid etter fødsel, men var signifikant økt inntil tre måneder etterpå (5).

En norsk studie har identifisert prevalens og risikofaktorer for å utvikle depresjon post partum. Studiens mål var å sammenligne forekomsten av post partum depresjon med en kontrollgruppe i samme alder og identifisere og sammenligne risikofaktorer i begge grupper. Et screening instrument, EPDS (The Edinburgh Postnatal Depression Scale) samt The Hopkins Symptom Check List (25-items versjonen) ble inkludert i studien for å kunne identifisere post partum depresjon. EPDS score > 10 var signifikant lavere blant barselkvinner (8,9 %) enn blant kvinner i kontrollgruppen (13,6 %). Imidlertid, ved å kontrollere for andre kjente risikofaktorer var odds – ratio for depresjon blant barselkvinner signifikant høyere enn i kontrollgruppen. Høy skåre med hensyn til tidligere negative livshendelser, tidligere sykehistorie med depresjon og et dårlig forhold til livspartner var assosiert med depresjon i begge gruppene. Blant barselkvinnene fremkom det å ikke amme barnet og det å være førstegangsfødende som en risikofaktor for utvikling av depresjon (6).

I den samme studien fra kommunene Nes og Sørumsund ble det også sett på om kvinner får tilstrekkelig søvn og hvile og hvilke faktorer som er knyttet til lite søvn og hvile i barseltiden. Det har vært lite systematisk forskning om hvilke konsekvenser mangel på søvn og hvile har for kvinnens psykiske velvære og for hennes omsorgsevne for barnet. Det har vist seg at lengden på sykehusoppholdet kan virke noe inn på kvinnens psykiske velvære (7, 8), og at kvinner som opplever høyt stressnivå i forbindelse med svangerskapet eller fødselen, kan være spesielt sårbare for utvikling av depresjon post partum (9).

Etter en fødsel er de fleste kvinner trøtte og slitne, men sover mindre og lettere enn vanlig. Det forsterker seg ved avbrutt søvn grunnet amming. Den type søvn som reduseres mest hos barselkvinner, er stadium fire- søvn, men også REM søvnen blir redusert (10). Dette fører etter hvert til irritabilitet, og en depressiv reaksjon kan utløses. Dersom kvinnen ikke klarer å reetablere den vanlige søvnrytmen i tide, kan tilstanden forverres og hun kan utvikle en mer dyptgående depressiv tilstand (10).

I studien oppgav nesten halvparten av kvinnene at de ikke fikk nok søvn og hvile i sykehuset. Den faktoren som var sterkest assosiert med mangel på søvn og hvile, var å ligge på flersengsrom versus enerom. Andre faktorer av betydning var varighet av fødselen, kvinnens alder og ved hvilket sykehus fødselen fant sted. I tolkningen av resultatene av studien stilles det spørsmål ved uregulert fri amming 24 timer i døgnet så lenge barselkvinner ligger på flersengsrom (11).

Det er få studier som har sett på hvordan ulike former for barselomsorg virker inn på kvinners psykiske helse. Resultatene fra de studiene som foreligger, tyder imidlertid på at tilrettelagt omsorg har en positiv betydning og reduserer depresjon (12).

En britisk randomisert kontrollert studie konkluderer med mindre depresjon når barselomsorgen ble endret til å imøtekomme individuelle behov i intervensjonsgruppen. I alt 36 tilfeldig valgte legekontor (allmennpraksis) ble plukket ut til studien, hvor jordmødre knyttet til praksisstedet rekrutterte deltagere til en intervensjons- og kontrollgruppe. Omsorgen ble gitt av jordmødre og utvidet til 3 måneder. Det ble benyttet symptom sjekklistene og EPDS for å identifisere spesielle behov og risikofaktorer. Et mål på mental helse 4 måneder post partum viste seg å gi signifikant bedre resultat i intervensjonsgruppen. Dette viser at en omlegging av barselomsorgen, til en mer individuelt rettet og fleksibel

omsorg ledet av jordmødre, kan bedre kvinners mentale helse og redusere muligheten for depresjon etter fødselen (13).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet i 2005 laget en rapport om kvinners psykiske helse i forbindelse med svangerskap og første året etter fødsel. Grunnlaget for rapporten er systematisk innhenting, kritisk vurdering og sammenstilling av forskning fra oversikter der enkeltstudier er kritisk vurdert. Rapporten er ingen veileder eller retningslinje. Målet med oppsummeringen var å besvare spørsmålet - finnes det tiltak som kan påvirke psykisk sykdom hos kvinner i svangerskapet, i forbindelse med fødsel og/eller i det første året etter fødselen? Rapporten bygger på 12 systematiske oversikter. De fleste inkluderte primærstudiene er gjort i den vestlige verden, men ingen i Norge.

Oppsummeringen viser at det er lite hensiktsmessig med generelle forebyggende psykososiale tiltak for alle gravide og nybakte mødre. Derimot har man funnet gunstig effekt av tiltak rettet mot kvinner med økt risiko for å utvikle depressive symptomer etter fødsel.

Intensive og fleksible hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor, tilpasset den enkelte kvinnes behov, kan fremme mental helse og gi lavere forekomst av depresjon etter fødsel (14).

4.2 Bruk av barselhotell – erfaringer

Bruk av barselhotell i stedet for tradisjonelt opphold på barselavdeling er en relativt ny ordning, og det er begrenset med studier som viser erfaringer med bruk av barselhotell i Norge. Carl Lindgren beskriver erfaringer fra Sverige, der han konkluderer med at barselhotell tilbyr et medisinsk forsvarlig alternativ til barselpleie for friske fullbårne barn og friske kvinner, under forutsetning av korrekte utvalgskriterier for hvem som kan overflyttes til barselhotell (15). En evaluering fra de første års drift av barselhotellet i Bergen våren 2000 viste stor grad av tilfredshet med tilbudet (16).

5. Problemstillinger:

Vi har i hovedsak ønsket å finne svar på følgende spørsmål:

I hvilken grad er barselkvinner fornøyd med dagens barselomsorg på sykehus/sykehushotell?

- Er det spesielle grupper/ fellestrekk blant de som er henholdsvis mest fornøyd og minst fornøyd?
- Er det forskjell i tilfredshet mellom de som oppholder seg på barselavdeling versus barselhotell?
- Er det forskjell i tilfredshet mellom de som oppholder seg på enerom vs flersengsrom?

I hvilken grad føler kvinnene seg ivaretatt under fødselen og barseloppholdet?

- Er det spesielle grupper/fellestrekk som peker seg ut som minst/mest ivaretatt?

Får kvinnene den veiledning og opplæring i amming og spedbarnsstell som de har behov for den første tiden etter fødselen?

- Er det forskjeller i tilfredshet med opplæring mellom førstegangsfødende og flergangsfødende, og eventuelt mellom de som oppholder seg på hotell versus barselavdeling?

Får kvinnene nok søvn og hvile under oppholdet på barselavdeling/hotell?

- Er det forskjeller når det gjelder søvn og hvile mellom de som ligger på barselavdeling og hotell, eller enerom versus flersengsrom?

Er det samsvar mellom faktisk og ønsket oppholdstid på barselavdeling/hotell?

Hva foretrekker kvinnene hvis de selv kan velge fritt - barselavdeling eller barselhotell?

- Hvilke faktorer er avgjørende for valget av det ene fremfor det andre?

Barselomsorgens betydning for kvinnens, barnets og familiens helse og velferd på lengre sikt

6. Materiale og metode

For å belyse disse spørsmålene har vi benyttet oss av litteraturstudier og en brukerundersøkelse blant barselkvinner ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

Litteratursøk

Gjennomgang av aktuell litteratur som belyser betydningen av barselomsorg ble foretatt ved hjelp av søk i databasene Cochrane og Pubmed. Vi har også benyttet referanser i relevante artikler og studier som litteraturkilde. Vi har ikke gjennomført fullstendige systematiske litteratursøk, men har blant annet benyttet oss av funn i rapport nr 02-2005 fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (14), som oppsummerer forskning om effekten av ulike tiltak for å forebygge psykiske plager hos kvinner i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid.

Metode for brukerundersøkelse:

Hoveddelen av vår oppgave består av en brukerundersøkelse basert på intervjuer med 100 barselkvinner som fødte på Oslo Universitetssykehus, Ullevål, en tilfeldig valgt periode i mars 2009, og en deskriptiv gjennomgang av funnene fra denne. I utgangspunktet ønsket vi å intervjuer 100 barselkvinner, for å sikre et tilstrekkelig bredt utvalg, og fordi det ville gi et godt tallmateriale for videre analyser.

I følge sykehusets statistikk/opplysninger fra sykehuset er det i gjennomsnitt 20 fødsler per døgn på Ullevål. Tanken var derfor å samle inn data fra 100 barselkvinner i løpet av en tilfeldig valgt uke i mars 2009. Intensjonen var å få med så mange som mulig, helst alle, fødende kvinner som var innom sykehuset i den aktuelle perioden, slik at utvalget ble mest mulig tilfeldig og representativt.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført f.o.m. en mandag t.o.m. en søndag. I løpet av disse dagene, dvs en uke, intervjuet vi 89 kvinner med partnere. For å oppnå målet om totalt antall intervjuobjekter lik 100 utvidet vi studieperioden med en ekstra dag som av praktiske grunner ble påfølgende lørdag.

Instrumenter

Brukerundersøkelsen ble utført i form av personlig intervju med tilnærmet alle kvinner som fødte på kvinneklinikken på Ullevål sykehus, med unntak av ABC-avdelingen. ABC står for Alternative Birth Clinic, og er et tilbud til friske gravide kvinner uten noen form for komplikasjoner som ønsker naturlig fødsel uten bruk av smertestillende medikamenter. Kvinnene ved ABC-avdelingen får spesiell oppfølging gjennom svangerskapet, fødselen og barseltiden, og vi har av denne grunn valgt å utelate ABC-avdelingen fra vår studie (iflg sykehusets statistikk ca 10 fødsler i uken).

Som utgangspunkt for intervjuene ble det utformet et standard spørreskjema med svaralternativer. Intervjuene ble foretatt i løpet av kvinnenens opphold på sykehuset/sykehushotellet, fortrinnsvis så nært opp til hjemreise som mulig.

Datainnsamling

Praktisk gjennomføring ble bestemt i samråd med representanter fra Kvinneklinikken, som var svært imøtekommende og kom med anbefalinger og nyttige innspill. Seksjonssjef (Jordmorfag føde/barsel) Hanne Knutsen var hovedkoordinator på klinikken, og sammen med avdelingsjordmødrene på hotellet og begge barselavdelingene ansvarlig for tilrettelegging og fremskaffing av daglige lister over utreiseklare barselkvinner. Listene vi fikk utlevert var anonymisert og inneholdt kun rom/ sengenumre. På bakgrunn av listene kontaktet vi kvinnene på hotellet og de 2 barselavdelingene.

Etiske forhold

Deltakelse i studien var frivillig, og alle data er anonymisert av personvern hensyn. Det ble innhentet skriftlig samtykkeerklæring fra alle deltakere. Spørreundersøkelsen og det benyttede spørreskjemaet ble på forhånd klarert med personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål, og spørsmålene som er benyttet er valgt ut og utformet med tanke på størst mulig grad av personvern.

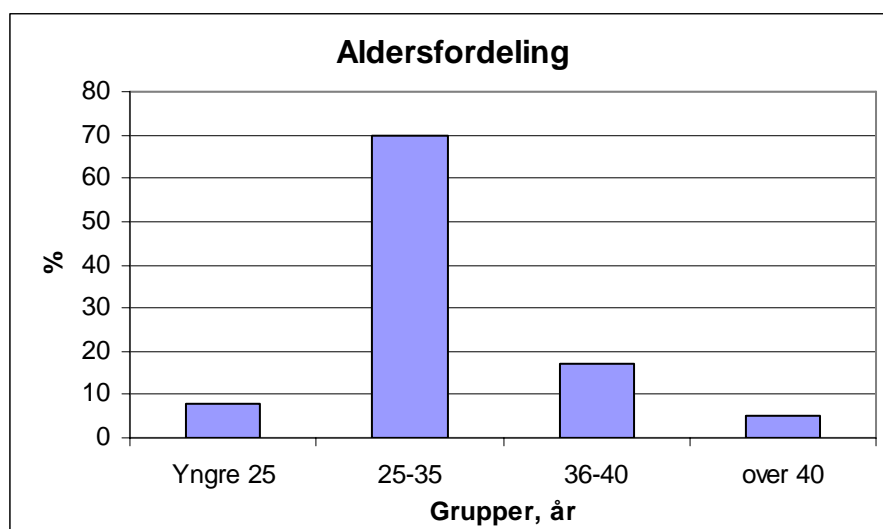
Undersøkelsen ble også på forhånd diskutert og klarert med avdelingsledelsen og forskningsansvarlig ved Kvinneklinikken på sykehuset, og vil inngå som en del av/et ledd i avdelingens interne kvalitetssikring. Undersøkelsen anses å falle innenfor rammen av ordinær klinisk virksomhet, og inneholder ikke psykometriske instrumenter som for eksempel depresjonsskaleringer eller mål for livskvalitet. Ut i fra medisinsk fakultet ved UiO sine retningslinjer for studentoppgaver, samt samråd med personvernrådgiver ved UUS, har vi på denne bakgrunn vurdert at studien ikke er av en slik karakter at den krever behandling i regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK).

7. Brukerundersøkelse blant barselkvinner ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål - Resultater:

I spørreundersøkelsen inngår en del bakgrunnsvariabler som kan fortelle oss litt om hvem som er undersøkt, og hvorvidt disse er representative for gjennomsnittsbefolkningen av barselkvinner i Norge.

7.1 Utvalget – presentasjon av kvinnene som har deltatt i undersøkelsen

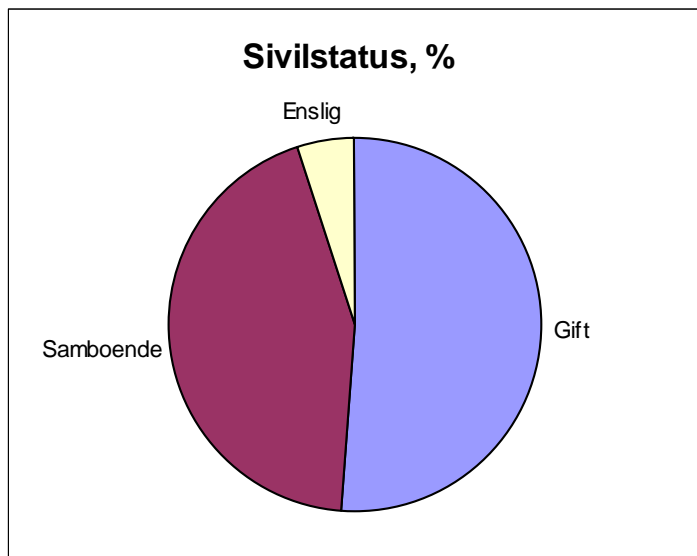
Aldersfordeling:



Figur 1

70 % av de fødende kvinnene i vår undersøkelse var i aldersgruppen 25-35 år, 17 % 36-40 år, 8 % over 40 år og 5% under 25 år. Aldersfordelingen ser ut til å samsvare godt med SSBs oversikter over aldersfordeling blant norske kvinner som føder barn, som viser at gjennomsnittlig fødealder blant norske kvinner er 30,2 år, og 28,1 år for førstegangsfødende. Dette fremkommer ikke klart av vårt materiale, ettersom vi av personverngrunner har operert med alderskategorier fremfor eksakt alder. Ved UUS var ifølge sykehusets statistikk gjennomsnittlig fødealder i 2007 31,6 år.

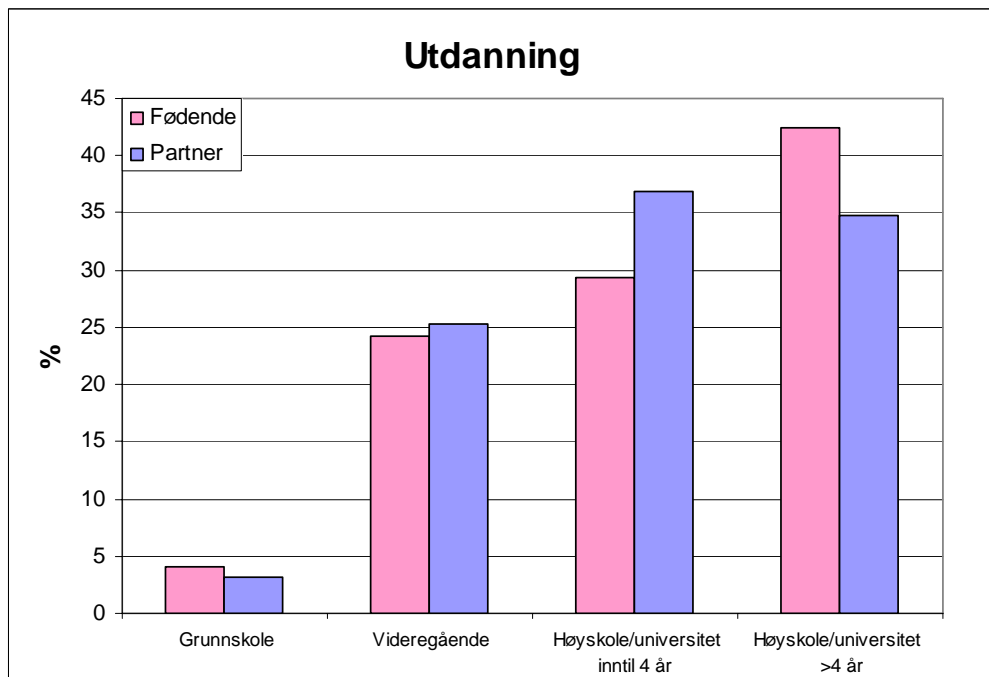
Sivilstatus:



Figur 2

I vårt utvalg er 51 % av kvinnene gift, 44 % samboende, og 5 % enslige. Også dette samsvarer relativt godt med tall fra SSB, som viser at 50 % av norske barn fødes ”utenfor ekteskap”. I vårt materiale er denne andelen 49 %. Imidlertid har vi kun 5 % enslige mødre, mens det på landsbasis er 10 % som fødes av enslige mødre. Det er flest enslige mødre i de nordligste fylkene, og dette trekker tallet for landet som helhet opp.

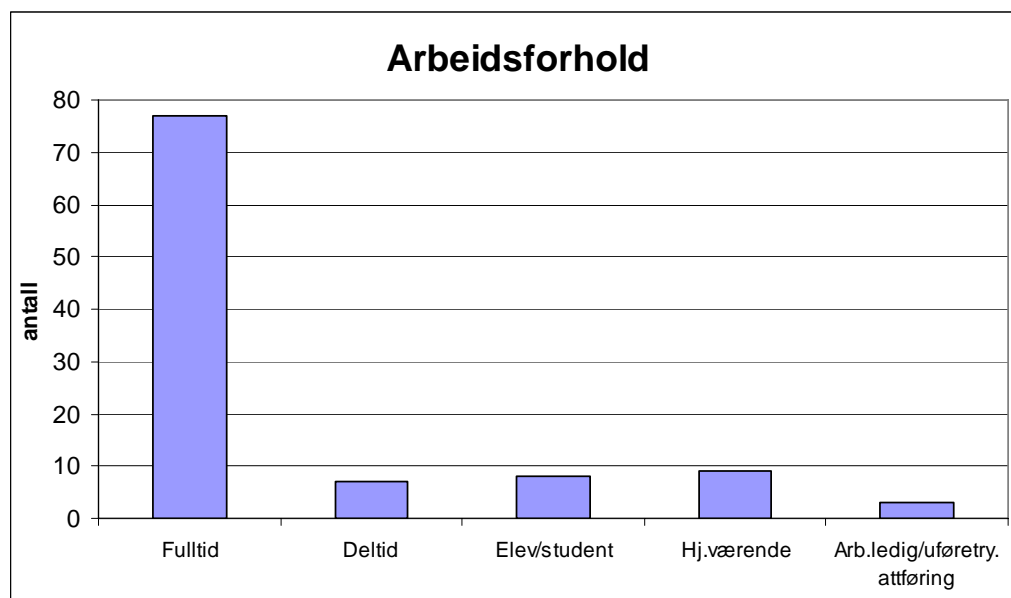
Utdanning:



Figur 3

Som det fremgår av figuren har 71 % av de fødende kvinnene i vår studie utdanning utover videregående skole. Hele 42 % har mer enn 4 års høyskole/universitetsutdanning. 24 % har videregående skole som høyeste utdanning, mens kun 4 % har grunnskole som høyeste utdanning. Også barnefedrene har et relativt høyt utdanningsnivå.

Arbeidsforhold:



Figur 4

En svært stor andel av kvinnene i vår undersøkelse var i lønnet arbeidsforhold på tidspunkt for fødselen. 77 % av de intervjuede kvinnene er i lønnet fulltidsarbeid, mens 7 % er i lønnet deltidsarbeid. 9 % av kvinnene er hjemmeværende, og 8 % er heltids eller deltids skoleelever/studenter. 3 % av de spurte er i kategorien arbeidsledig/uføretrygdet/attføring. Av de som er i lønnet deltidsarbeid er 3 % studenter/skoleelever ved siden av, dvs kun 4 % er skoleelever/studenter på heltid. 87 % av kvinnenes partnere var i lønnet fulltidsarbeid.

7.2 Forhold omkring fødselen

Ettersom vi ønsket å se på hvorvidt de fødende kvinnenes behov og ønsker ble påvirket av blant annet totalbelastning under fødsel med mer, har vi i spørreskjemaet inkludert en del spørsmål knyttet til forhold omkring selve fødselen og fødselsforløpet.

Førstegangsfødende versus flergangsfødende:

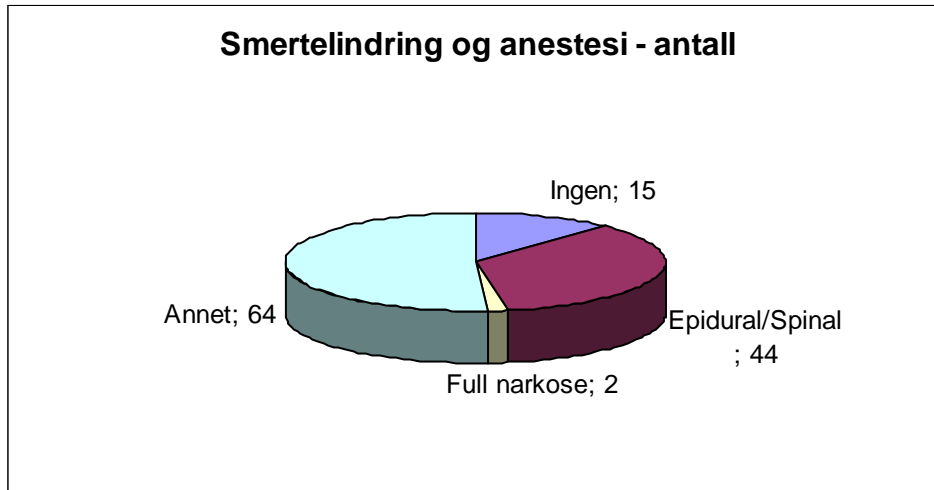
I utvalget viste fordelingen seg å være eksakt likt fordelt på 50/50 for henholdsvis førstegangsfødende og flergangsfødende. Fordelingen ved sykehuset som helhet i 2007 var 53,4 % førstegangsfødende og 46,6 % flergangsfødende.

Type fødsel:

73 % av forløsningene var normale vaginale fødsler uten komplikasjoner. 14 % av kvinnene ble forløst med keisersnitt, hvorav 8 elektive og 6 akutte. Dette er noe lavere andel enn gjennomsnittet ved Ullevål, der ca 20 % av fødslene er keisersnitt (10 % akutte og 10 %

planlagte keisersnitt)(2). I 13 % av de vaginale fødslene i vårt materiale tilkom komplikasjoner, som forløsning med tang, vakuum, postpartumblødning eller rifter som måtte sutureres på operasjonsstuen.

Smertelindring og anestesi



Figur 5

Når det gjelder smertelindring/anestesi har vi skilt mellom de som har fått full narkose, epidural/spinalanestesi, annen smertelindring eller ingen smertelindring. Under kategorien annet har vi inkludert akupunktur, lystgass, opiater, pudendalblokkade, saltvannspapler og evt massasje eller annet.

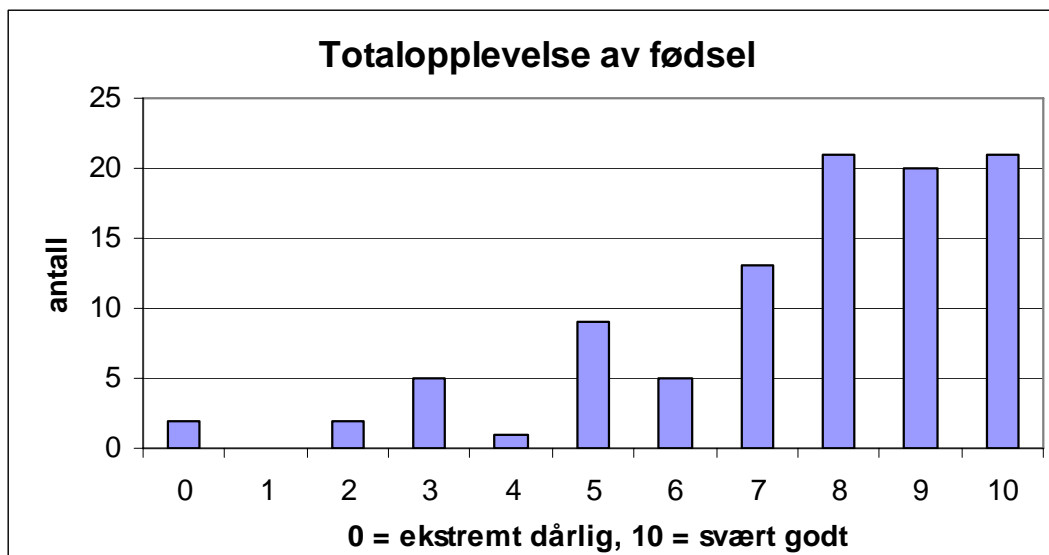
15 % av de fødende fikk ingen bedøvelse. 44 % av de fødende fikk epidural/spinalbedøvelse, hvorav 24 i tillegg fikk annen smertelindring. 40 % fikk utelukkende annen smertelindring, mens 1 fikk full narkose, og 1 kvinne fikk full narkose etter først å ha fått annen smertelindring. Begge kvinnene som fikk full narkose fikk dette i forbindelse med operativ behandling post partum, men ettersom dette skjedde umiddelbart etter fødsel og i forbindelse med /forlengelse av denne har vi valgt å inkludere dette.

Fødselsvarighet

Kvinnene ble bedt om å oppgi varighet av fødselen fra de første ordentlige veene startet. 60 av kvinnene oppga et tidsintervall fra 0-10 timer, 20 kvinner oppga en fødselsvarighet på mellom 11 og 20 timer, og 10 personer hadde langvarige fødsler over 20 timer. For kvinnene som var satt opp til elektivt keisersnitt var dette spørsmålet ikke relevant, og det forklarer hvorfor det kun er 90 % som har besvart spørsmålet. Også noen av dem som ble forløst med akutt keisersnitt har unnlatt å svare på fødselsvarighet.

Kvinnenes totalopplevelse av fødselen

Kvinnene ble bedt om å oppgi en tallverdi for sin totalopplevelse av fødselen på en skala fra 0 (ekstremt dårlig) til 10 (veldig bra). Som figuren viser har en stor andel av kvinnene en positiv totalopplevelse av fødselen, og hele 75 % av kvinnene har angitt verdien 5 eller bedre. Det er likevel verdt å merke seg at 2 % av kvinnene har gradert opplevelsen til 0 (ekstremt dårlig). Resultatet fordelte seg som figuren viser, med et gjennomsnitt på 7,6 og median lik 8. (Standardavvik: 2,33)



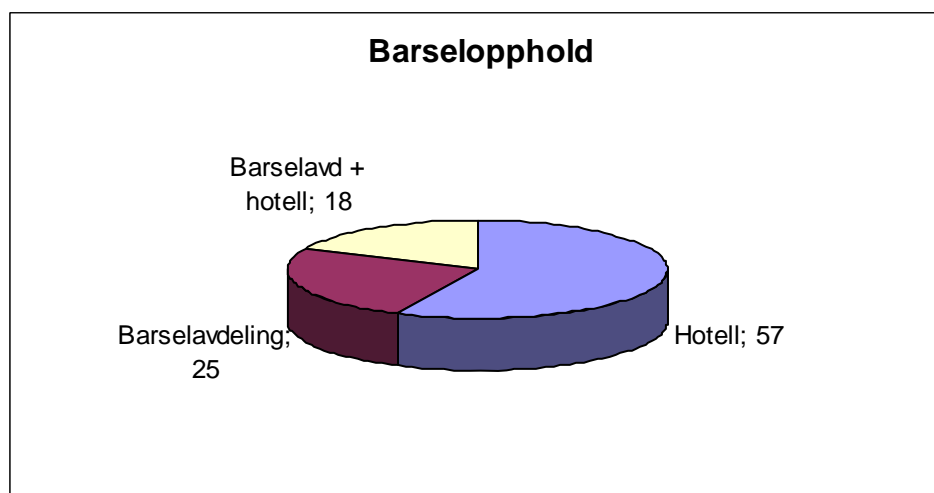
Figur 6

Når vi går inn i materialet og ser på de kvinnene som oppgir å ha hatt en dårlig fødselopplevelse (skåre mindre eller lik 4) finner vi at halvparten har hatt en normal vaginal fødsel, 2 har hatt akutte keisersnitt og 3 fødsel med andre komplikasjoner. 7 av de 10 kvinnene har fått epidural/spinalbedøvelse, 2 annen type bedøvelse, mens 1 ikke hadde fått noen bedøvelse. Alle disse kvinnene med unntak av 1 hadde barnefaren til stede under fødselen.

7.3 Barseloppholdet

7.3.1 Overflytting etter fødsel

Figuren under viser fordelingen av kvinnene på henholdsvis barselavdeling og barselhotell etter fødselen:



Figur 7

57 % av kvinnene ble overflyttet direkte til barselhotellet, 25 % til barselavdelingen og 18 % var på barselavdeling og deretter barselhotell. Hvor lenge kvinnene i sistnevnte gruppe

oppholdt seg på barselavdeling før de ble overflyttet til barselhotell fremkommer ikke direkte av materialet.

Barselhotellet er fortrinnsvis et tilbud til friske kvinner med normale ukompliserte fødsler, mens kvinnene som legges inn på barselavdelingen i hovedsak utgjøres av kvinner som har hatt operative forløsninger og/eller andre komplikasjoner i forbindelse med svangerskap/fødsel, samt kvinner som av ulike årsaker er spesielt risikoutsatt. Gruppen som overflyttes til hotell etter et opphold på barselavdelingen består av kvinner som har hatt keisersnitt eller andre komplikasjoner, og som av ulike grunner har behov for et lengre opphold, men ikke nødvendigvis på barselavdelingen.

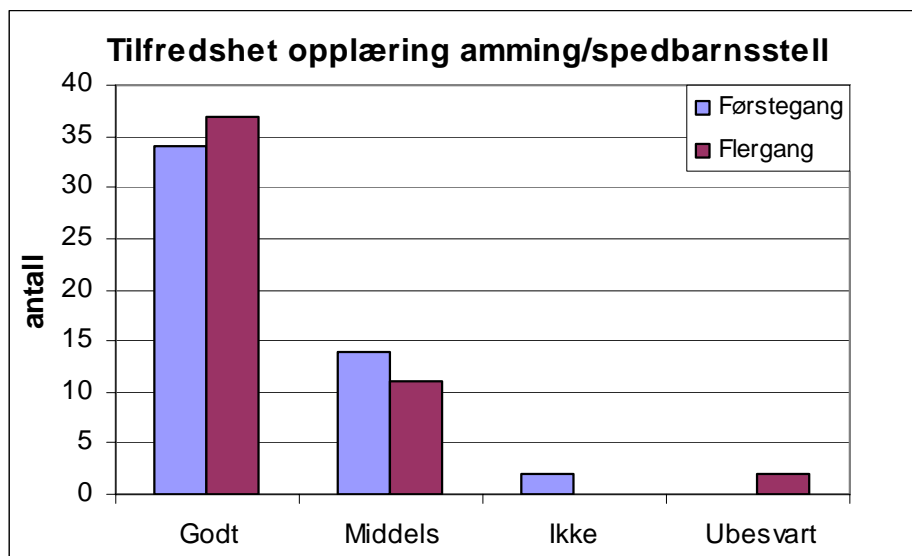
7.3.2 Hva har kvinnene fått av informasjon og opplæring i spedbarnstell og amming?

Kvinnene ble bedt om å oppgi om og på hvilken måte/i hvilken form de hadde mottatt opplæring og veiledning i henholdsvis spedbarnstell og amming. 49 av kvinnene oppgir at de har fått personlig veiledning i spedbarnstell, 49 har fått brosjyremateriell, og 11 har fått veiledning i form av video. 29 av kvinnene oppgir at de ikke har mottatt noen informasjon eller veiledning i spedbarnstell.

Når det gjelder amming oppgir hele 84 kvinner at de har fått personlig veiledning. 48 har fått brosjyrer, 45 har sett ammevideo og 3 kvinner sier de ikke har mottatt noen form for ammeveiledning.

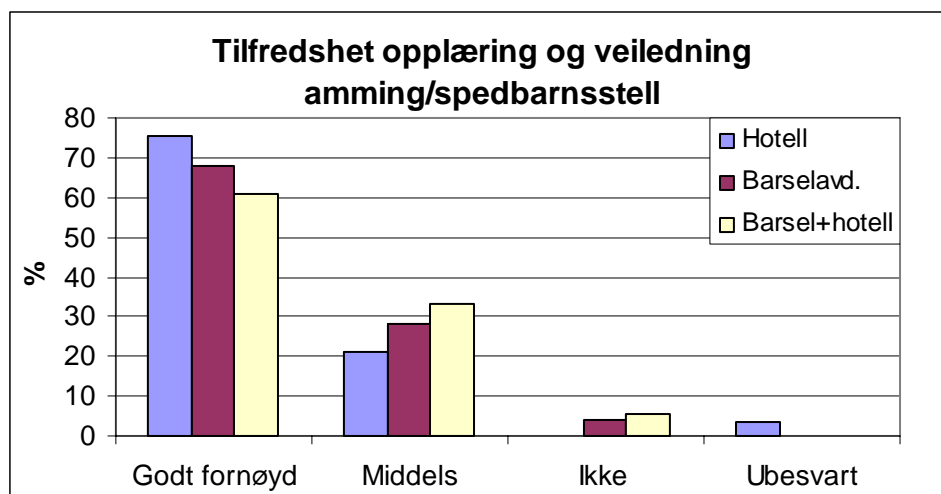
På spørsmål om tilfredshet med veiledningen / opplæringen oppgir totalt 71 % at de er godt fornøyd, 25 % er middels fornøyd, og 2 % er ikke fornøyd. 2 % har ikke svart på spørsmålet. Gruppen som angir å være godt fornøyd inkluderer også de som oppgir ikke å ha mottatt veiledning, men som opplever at tilbudet har vært tilgjengelig ved eventuelt behov/ønske, og opplever dette som tilfredsstillende.

Vi har videre sett på hvorvidt det er forskjell på førstegangsfødende og flergangsfødende når det gjelder tilfredshet med informasjon/veiledning i amming og spedbarnstell. Som figuren under viser er det relativt liten forskjell mellom de to gruppene, men førstegangsfødende ser ut til å være noe mindre fornøyd enn flergangsfødende.



Figur 8

Vi har også sett på om det er forskjeller i tilfredshet med informasjon og opplæring i amming og spedbarnsstell mellom kvinnene som har hatt barseloppholdet på barselavdeling og de som har vært på barselhotell.



Figur 9

Figuren viser at de som har vært på barselhotell er noe mer fornøyd enn de som har tilbragt barseloppholdet på barselavdeling.

Kvalitative svar i forbindelse med opplæring i spedbarnsstell og amming:

Når kvinnene blir bedt om å oppgi hva de er misfornøyd med, eventuelt hva de ville endret på, er det noen temaer som gjentas. Svært mange er opptatt av amming og ammeveiledning, hvor flere poengterer viktigheten av kontinuitet/ensartet informasjon og en standard. Det oppleves svært frustrerende med ulik og til dels motstridende informasjon fra ulike jordmødre. Videre kommenterer relativt mange at det på hotellet er lite rutinemessig tilbud om informasjon og veiledning dersom en ikke selv etterspør dette aktivt. De opplever at det er veldig opp til en selv å ta initiativ og be om hjelp og veiledning, og flere hadde ønsket en litt mer aktiv holdning fra personalets side, som en del av det rutinemessige opplegget. Flere etterlyser også bedre tid og mer ressurser på personalsiden.

Vi har også fått en del kommentarer vedrørende innkomstsamtalen. Flere har ikke fått tilbud om en slik samtale, og av de som har deltatt på denne er flere kritiske til at den foregår i plenum sammen med andre par. Mange ønsker en mer individuell samtale/veiledning. Når det gjelder spedbarnsstell er det færre som har kommet med kommentarer, men også her er det enkelte som hadde ønsket mer informasjon og veiledning.

Nedenfor har vi samlet noen kommentarer som er representative for flere:

Amming:

”Selv om ikke førstegangsfødende kunne det vært fint med en ”obligatorisk”/rutinemessig gjennomgang av amming med mer, man trenger litt info likevel, glemmer fra forrige gang”

”Ønsker at personalet på barselavdelingen ikke tar for gitt at man kan det med amming på egen hånd, ønsker mer veiledning og hjelp”

”Amming, litt problematisk, litt skremselspropaganda; opplevde personalet først lite lydhøre når man uttrykker bekymring/problemer (bla pga vanskelig å komme seg opp fra senga pga

keisersnitt, babyen hoster opp pga fostervann osv) – følte at ikke ble tatt på alvor, så plutselig krise, superviktig at man får til å amme...”

”Litt forskjellig/motstridende beskjeder/praksis fra de ulike jordmødrene mht ammeteknikk; forvirrende og frustrerende, gjør at man blir usikker. Hadde ønsket klarere og mer samstemte/ensartete råd”

”Savnet bedre informasjon og bedre opplæring i å amme.”

”Brosjyrene gir ikke god veiledning mht amming; gir inntrykk av at hvis ulike komplikasjoner oppstår (sårhet, barnet vil ikke suge osv) så gjør du det feil.”

”Erfaring fra barselavdeling og hotell, stressopplevelse i forbindelse med amming på barsel. Assistanse fra flere jordmødre, alle med ulike råd. Ikke nok tid til oppfølging. Føler det er viktig med kontinuitet. Mer ro og bedre oppfølging på hotell. Ammevideo oppleves frustrerende når man har problemer med å få det til. Forsterker en følelse av utilstrekkelighet.”

”Opplevde også frustrasjon i forhold til amming, måtte vente 30 minutter mens barnet gråt og mor ble veldig fortvilet. Tiden følte veldig lang. Savner lik informasjon, en standard for amming. Mange ulike råd. Noen jordmødre har vært direkte uhøflige og frekke i tonen”.

”Erfaring fra barselavdeling og hotell, stressopplevelse i forbindelse med amming på barsel. Assistanse fra flere jordmødre, alle med ulike råd. Ikke nok tid til oppfølging. Føler det er viktig med kontinuitet. Mer ro og bedre oppfølging på hotell. Ammevideo oppleves frustrerende når man har problemer med å få det til. Forsterker en følelse av utilstrekkelighet”.

Innkomstsamtale på barselhotellet:

- Ønsket et lukket forum bare for kvinnene, det føles unaturlig å utlevere seg for andres menn.
- Fikk ikke gruppesamtale/innkomstsamtale. Hadde ønsket en kort samtale med personlig veiledning og demonstrasjon, ikke helt i starten, men etter en stund
- Innkomstsamtale; alt skjer så fort, hadde ønsket en mer individuell samtale
- Innkomstsamtalen ble holdt av en jordmor som snakket dårlig norsk; vanskelig å forstå hva som ble sagt.

Generelt vedrørende informasjon og veiledning

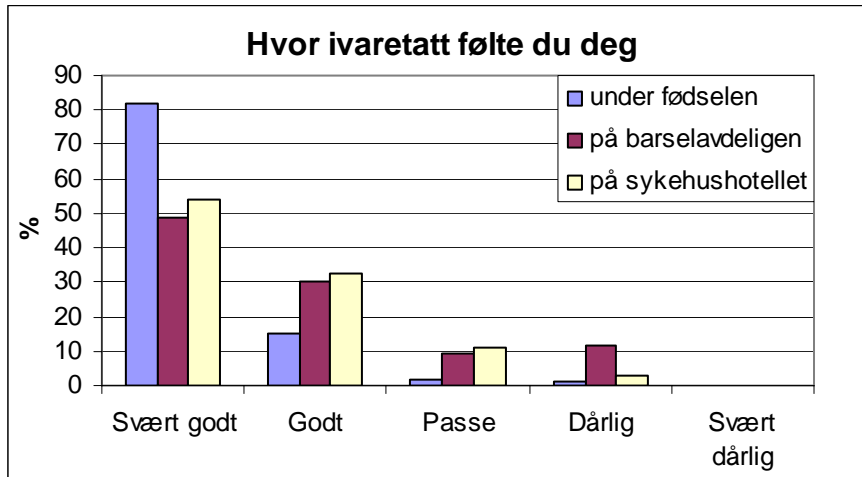
- Ønsket litt mer personlig veiledning i amming/spedbarnsstell
- Mye opp til en selv å spørre etter info/veiledning, kunne ønsket litt mer initiativ/opplegg
- Føler at det er litt knapp tid, ting går fort, må lære fort..
- Hadde ønsket at personalet hadde mer ressurser/tid til hjelp og veiledning, må vente lenge på hjelp; situasjonen ”går litt over”, hadde trengt hjelp der og da..
- Hvis førstegangsfødende hadde jeg følt meg veldig usikker og overlatt til meg selv.
- Veiledning/opplæring veldig varierende avhengig av jordmor, noen veldig flinke, andre mindre bra
- Ønsker mer assistanse / veiledning selv om hun har barn fra før

Spedbarnsstell

- Hadde ønsket litt mer informasjon om stell etter fødsel, bla av den fødende selv
- Savnet litt videosnutter om spedbarnsstell, eventuelt en oversikt med informasjon/råd om vanlige spørsmål og svar (hotellet)
- Ønsket mer direkte, personlig veiledning om spedbarnsstell
- Savnet litt mer informasjon om navlestell
- Savner informasjon /veiledning om barnstell/bading på barselavdelingen.

7.3.3 Omsorgsnivå

Vi har ønsket å finne ut hvor ivaretatt kvinnene har følt seg under fødselen og barseloppholdet, og om omsorgsnivået oppleves ulikt på de forskjellige avdelinger.



Figur 10

Under selve fødselen sier 82 % at de har blitt svært godt ivaretatt, 15 % godt fornøyd, 2 % passe og 1 % dårlig ivaretatt.

På barselavdelingen og barselhotellet er fordelingen henholdsvis 49 % og 54 % som har følt seg svært godt ivaretatt, og 30 % og 32 % godt, 9 % og 11 % passe, og 12 og 3 % dårlig.

7.3.4 Søvn og hvile

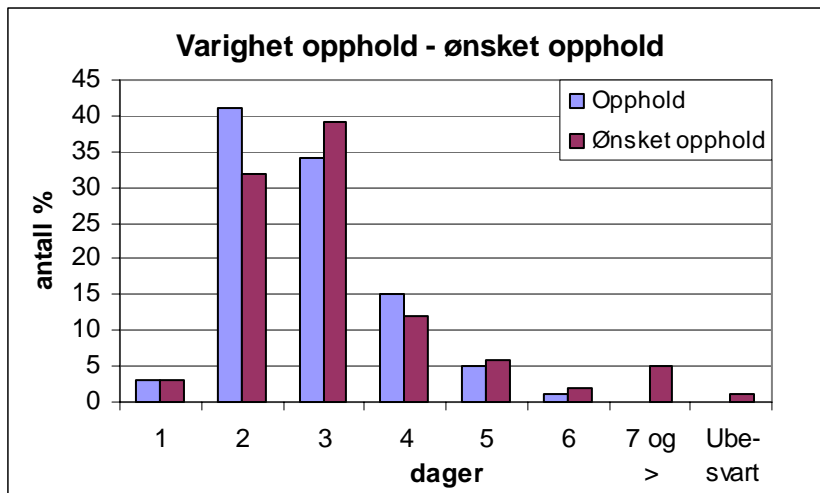
En overvekt av kvinnene i vår undersøkelse (62 %) opplever at de ikke har fått nok søvn og hvile under barseloppholdet. 36 % av kvinnene oppgir at de har fått nok søvn og hvile under oppholdet. 2 % har ikke gitt noe svar på spørsmålet.

Vi har også sett på sammenhengen mellom opphold på enerom versus flersengsrom i forhold til søvn og hvile.

Av de som har bodd på hotell (enerom) oppgir 29 av 57 kvinner at de ikke har fått nok søvn og hvile, dvs ca 50 %. De som har bodd på enerom på barselavdelingen utgjør en liten gruppe på 6 personer. Av disse sier hele 5, dvs ca 83 %, at de ikke har fått nok søvn og hvile, mens 1 ikke har svart. Av de som har bodd på flersengsrom på barsel oppgir 27 av 36 kvinner at de ikke har fått nok søvn og hvile, dvs 75 %. Svarene viser at det er flere av de som har oppholdt seg på barselavdeling som ikke har fått nok søvn og hvile i forhold til de som har oppholdt seg på barselhotell.

7.3.5 Faktisk og ønsket liggetid

Kvinnene ble bedt om å oppgi varighet av barseloppholdet (i antall netter), samt hvor lenge de ideelt sett hadde ønsket å oppholde seg på sykehuset/barselhotellet.

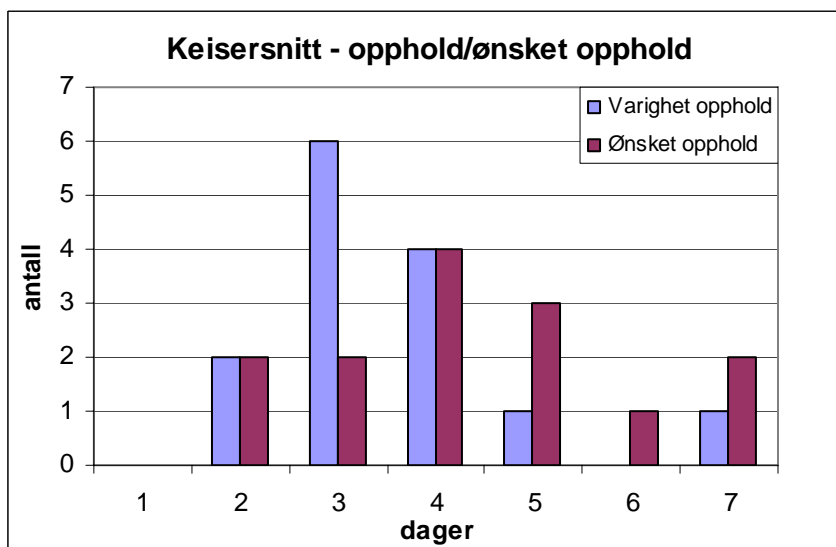


Figur 11

	<u>Faktisk opphold:</u>	<u>Ønsket opphold:</u>
Gjennomsnitt:	2,9	3,1
Median:	3	3
Standardavvik:	1,10	1,40

Av 100 spurte er det hos 31 av kvinnene ikke samsvar mellom faktisk og ønsket liggetid, 7 ønsket kortere opphold mens 24 ideelt sett hadde ønsket flere liggedøgn. Av de som ønsket lengst opphold (6 dager eller mer) var det stor andel med keisersnitt eller spesielle omstendigheter knyttet til fødselen.

Ut i fra en hypotese om at man ved operativ forløsning ved keisersnitt har behov for lengre rekonvalesenstid og mer ro og avlastning enn ved en ukomplisert vaginal fødsel har vi sett spesielt på gruppen som ble forløst med keisersnitt.



Figur 12

	<u>Faktisk opphold:</u>	<u>Ønsket opphold:</u>
Gjennomsnitt:	3,6	4,4
Median:	3	4
Standardavvik:	1,50	1,74

6 av 14 som har fått utført keisersnitt har ønsket å bli lengre, 5 av disse ønsket 2 netter mer enn det de har fått tilbudt.

7.3.6 Foretrukket barselopphold – Hotell versus barselavdeling

80 % foretrekker barselhotell, 18 % barselavdeling og 2 % har ikke valgt.

Når vi stiller spørsmål om hvorfor de foretrekker det ene fremfor det andre er det en del kvaliteter ved avdelingene som fremheves og som ser ut til å imøtekomme kvinnenes individuelle behov.

Sentrale argumenter for å velge hotell:

I særlig grad nevnes mulighet for at barnefar (eventuelt andre nærstående) kan være med. Dette er ganske entydig. Flere opplever at ektefelle gir vel så god avlastning og omsorg som pleiepersonell. Enerom og mulighet for privatliv hvor man regulerer besøkstider selv, er et annet sterkt moment, samt det å kunne ha besøk fra andre enn barnefar (søsken/annen familie). Mulighet for hvile og ro fremheves også. Andre kvaliteter som nevnes av flere er fleksibilitet, mulighet for hjelp og veiledning, jordmødre som er tilgjengelige, og at det å ha mulighet for å være alene med barnet/som familie og ta ansvar selv styrker selvtillit og øker mestringfølelse. Komfort og hygienehensyn er andre momenter som ble nevnt.

Sentrale argumenter for å velge barselavdeling:

Her nevnes særlig at det oppleves tryggere på barselavdeling, med mer personell med god kunnskap, flere jordmødre/sykepleiere til stede, videre nevnes det å føle seg godt ivaretatt, og at det er lett å få den hjelp og oppfølging man trenger, samt at terskelen for å be om hjelp er lavere enn på sykehushotellet. Også muligheten for avlastning med barnepass nevnes som argument for barselavdelingen.

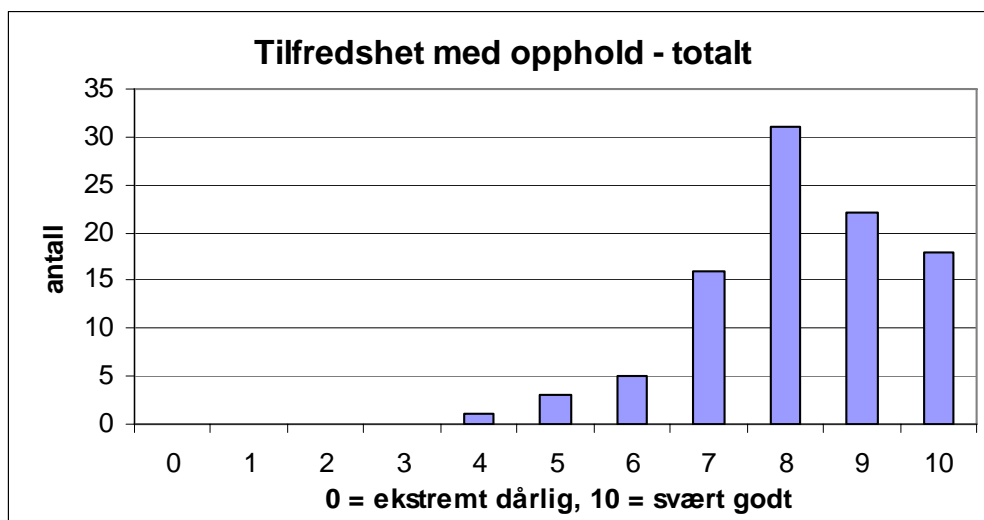
Flere oppgir keisersnitt eller andre operative inngrep som medfører behov for mer oppfølging, pleie og hjelp som argument for å foretrekke barselavdeling: Det føles tryggere i en slik situasjon, med flere jordmødre/sykepleiere tilstede. Flere av disse understreker imidlertid at det ideelle hadde vært en kombinasjon, det vil si enerom med mulighet for privatliv (slitsomt med nye romkamerater hele tiden) og partner/barnefar tilstede, men med den oppfølging og trygghet en har på en barselavdeling. Blant de som foretrekker barselavdeling er 7 kvinner som er forløst ved keisersnitt, og som oppgir behov for mer oppfølging og avlastning.

Noen av kvinnene har fått enerom under oppholdet på barselavdelingen som følge av ledig kapasitet, og også disse fremhever dette som ideelt, med trygghet og god oppfølging kombinert med mulighet for at far kan være tilstede. Disse kvinnene utmerker seg med å gi topp skåre på tilfredshet med barseloppholdet.

En av kvinnene som hadde en fødsel med komplikasjoner fremhevet det som en positiv opplevelse å komme på rom med en annen kvinne med lignende opplevelse. Dette fungerte som en slags ”debriefing”, og ga en opplevelse av fellesskap, godt å se at det er flere i samme situasjon, noen å dele erfaringer med.

Noen av kvinnene har følt seg overlatt til seg selv på hotellet og opplevd det som ensomt, og har oppgitt dette som grunn for å foretrekke barselavdeling. Blant disse er både enslige kvinner og kvinner som av ulike grunner ikke har hatt anledning til å ha barnefar hos seg under oppholdet.

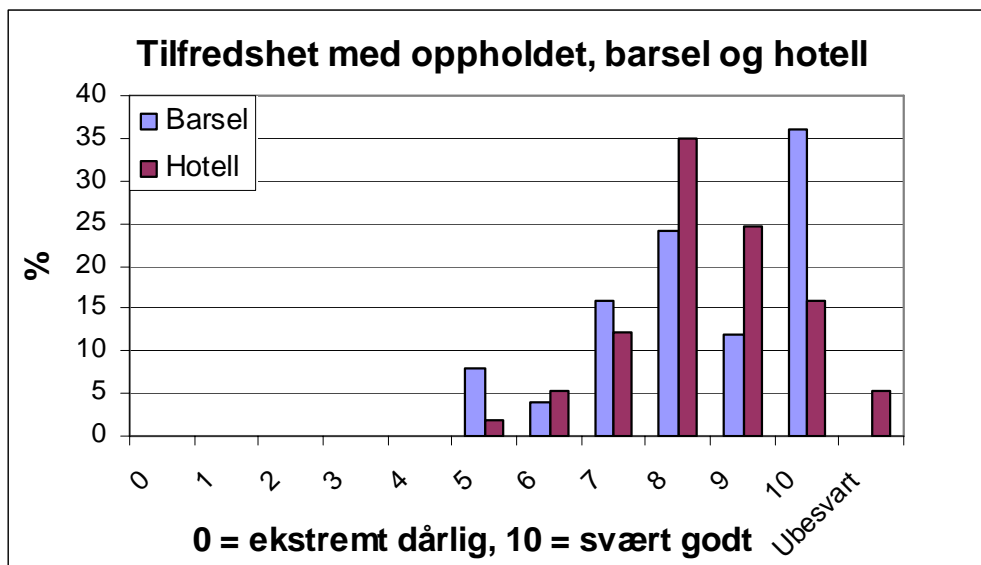
7.4 Totalopplevelse av føde- og barseloppholdet



Figur 13

Figuren viser at det er gjennomgående stor grad av tilfredshet med føde- og barseloppholdet, med en gjennomsnittsverdi på 8,2 og en median på 8. (Standardavvik er 1,33). Kun 4 av 100 kvinner oppgir en skåre på 5 eller lavere. For 2 av disse er det forhold knyttet til fødselen som trekker ned totalopplevelsen. En var svært misfornøyd med oppfølging og service på hotellet, mens den siste var svært skuffet over å måtte være på barselavdeling i stedet for hotell pga medisinske forhold, og hadde en negativ opplevelse av oppholdet der pga mye uro og mangel på søvn og hvile.

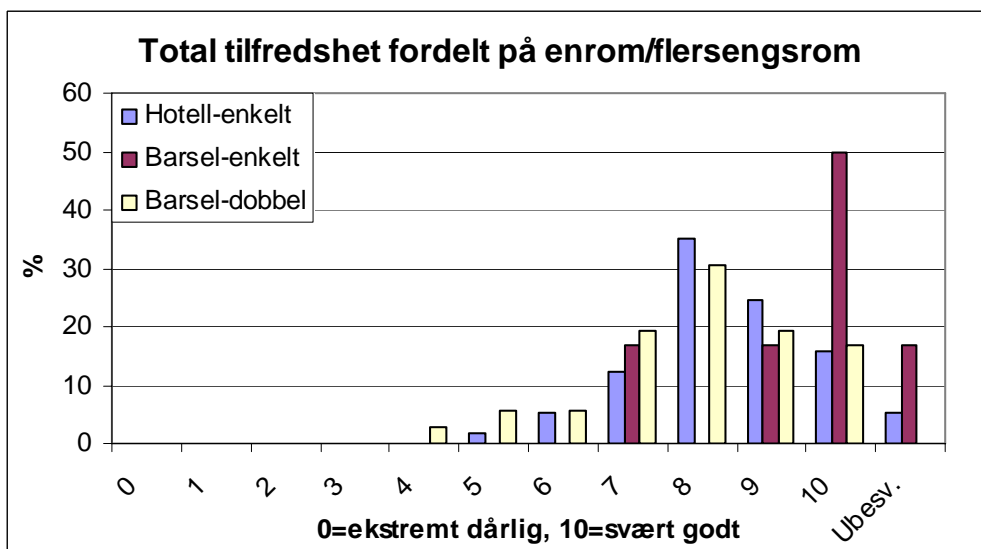
Når vi ser på totalopplevelse av oppholdet blant de som har oppholdt seg på hotell versus barselavdeling får vi følgende resultat:



Figur 14

Ser vi på gjennomsnitt og median er det relativt liten forskjell i tilfredshet mellom de som har ligget på barseiavdeling (gjn.snitt 8,36, median 8, std.avvik 1,60) og barseihotell (gjn.snitt 8,3, median 8, std.avvik 1,18), men søylediagrammet viser at det er en forskjell blant de som har gitt toppkarakteren 10, hvor de som har ligget på barseiavdelingen er overrepresentert.

Vi har også sett på om det å bo på enerom versus flersengsrom påvirker total tilfredshet.



Figur 15

Her er gjennomsnittsverdier for hotell (enkeltrom) 8,3, enerom på barseiavdeling 9,2 og flersengsrom på barseiavdeling 8,0.

Dette kan tyde på at de som har oppholdt seg på enerom på barseiavdeling har en høyere tilfredshet enn de som har oppholdt seg på hotell eller flersengsrom på barseiavdelingen. Imidlertid dreier dette seg om en svært liten gruppe, kun 6 personer, og det er således for lite materiale til å kunne tillegges vesentlig betydning.

7.4.1 Kvalitative funn:

For å få et inntrykk av hva barselkvinnene er misfornøyd med eller hadde ønsket endret ved barseloppholdet har vi stilt et konkret og åpent spørsmål om dette. Svarene viste stor variasjon, men enkelte forhold gikk igjen i mange av svarene. Av de mest sentrale temaene som ble påpekt var forhold knyttet til hotellservice, priser på hotellet, for korte/rigide spisetider og få måltider i hotellrestauranten, varierende og til dels motstridende ammeveiledning, sårbarhet i forhold til ammevideo, manglende informasjon om når og hva som skulle skje i løpet av oppholdet på barselhotellet, tilgjengelighet hos personalet/høy terskel for å be om hjelp på hotellet, uro og savn av privatliv/mulighet for besøk og barnefars tilstedeværelse på barselavdelingen. Også forhold rundt innkomst/mottak på fødeavdelingen ble nevnt av en del. Flere følte seg avvist i fødemottaket og følte engstelse pga dette, og også kvinner som var satt opp til planlagt induksjon følte seg overlatt til seg selv og i liten grad ivaretatt når de møtte til avtalt tid. Når det gjelder kommentarer knyttet til amming viser vi til svarene under 7.3.2. Nedenfor følger noen hovedmomenter og utdrag av svar knyttet til de øvrige forholdene:

Oppfølging fra personalet:

- *Ønsket mer uoppfordret personlig oppfølging på hotellet, føler at ikke har blitt sett, overlatt til seg selv, løpebåndsfølelse.*
- *Gjerne mer personlig oppfølging/samtaler. Terskelen for å ringe etter hjelp litt høy. Hadde en skremmende opplevelse og ble redd og engstelig for barnet – følte at personalet hadde lite tid og rom for oppfølging/samtale.*
- *Tar lang tid før de som er på vakt kommer innom, føler seg litt alene, vet ikke hvem som har ansvar.*
- *Savnet avlastningsmulighet mht barnepass - barnefar måtte være hjemme med andre barn.*
- *Har hatt mann hos seg på hotell som har hjulpet til, hun hadde likevel ønsket mer assistanse og avlastning, spesielt om natten. Følte hun ble overlatt til seg selv. Flergangsfødende, mange barn hjemme. Hadde behov for mer hvile for å gjenvinne krefter.*
- *1 natt på barsel, fikk sovet 2 timer pga uro fra pas hun måtte dele rom med. 3 -4 timer søvn sist natt på hotell, godt å ha mannen sin hos seg. Ønsker ikke reise hjem, føler seg ikke uthvilt. 3.gangsfødende. Angående rutiner på hotell - vet ikke helt når personalet kommer innom, kan medføre at informasjon "glipper"*
- *Flergangsfødende, ville foretrukket å være på barselavdeling. Opplever det som tryggere. Laver terskel for å be om hjelp, ønsker mer assistanse / veiledning selv om hun har barn fra før. Føler seg innelukket på hotell.*
- *Opplever at det er dårlig kontinuitet på barselhotellet, at jordmødre /barnepleiere er "nye" på hvert skift, at de ikke er informert om hva man trenger av oppfølging, hva som er problematisk osv. Man må orientere hver "nye" som kommer innom på vakt.*
- *Svært misfornøyd med oppholdet på barselavdelingen. Hun hadde store smerter og var svimmel og hadde trengt mer hjelp, veiledning og avlastning med barnet enn det hun fikk.*
- *Trenger mye hjelp etter sectioforløsning . Føler seg hjelpeløs, mye smerter, ble bedt om å hente seg mat selv, noe hun ikke greide pga smerter. Har fått beskjed om at hun skal reise hjem nå etter 3. døgnet, men hun føler seg ikke i stand til å ta vare på verken seg selv eller barnet og hadde ønsket mer omsorg og ikke minst flere liggedøgn på barsel.*

Forhold knyttet til hotellet:

Informasjon på hotellet:

"Savnet informasjon om hva som skal skje i løpet av oppholdet, og når ting skal skje (hvilke undersøkelser, barnelege, hørselstest osv) – sånn som det er nå kommer det litt brått på uten forvarsel, uforutsigbart. Hadde ønsket en plan ved ankomst eller like etter"

"Dårlig informasjon om hva som skal skje i forkant, får ofte litt kort varsel. Hadde ønsket litt mer informasjon i forkant, program for oppholdet"

"Informasjonsarket som ligger på hotellet er dårlig, og lite tiltalende"

Økonomiske forhold:

Mange påpeker prisnivået, og bemerker at totalkostnadene for partners overnatting, mat og parkering blir relativt høye. Dette gjør at det for en del kan bli et kostnadsspørsmål om og evt hvor lenge barnefar kan bli på hotellet sammen med mor og barn. Kommentarene under illustrerer dette:

"Hadde ønsket det var gratis for pårørende å overnatte; økonomi blir en begrensende faktor i forhold til hvor lenge man ideelt sett hadde ønsket/hatt behov for å være her"

"Dyrt; ganske høye totalkostnader (mat, parkering, overnatting), oppfordrer ikke fedre til å bli her, får en sterk følelse av "business". "

"Burde være gratis opphold for far, viktig å kunne få være alene og få tid til å etablere kontakt med det nye barnet før man skal hjem til de andre barna. Dette gjelder også far".

Hotellservice:

Mange savnet bedre service på hotellet, og bemerket forhold som lite utstyr på rommene, mangelfull påfylling av håndklær, dyner/sengetøy, med mer. Eksempler på kommentarer:

"Lenge å vente på dyner/sengetøy osv (flere timer) - forsøkte å hente selv, ikke mulig"

"Litt lite utstyr på rommene, hotellet er minimalt utstyrt, kalles og prises som et hotell, men her mangler såpe, shampo, glass på rommene, room-service osv"

"Mangler litt babyklær/barneutstyr, og utstyr til navlestell/annet babystell på hotellet (hadde ikke med – lite/manglende info om dette)"

"Litt vanskelig med vask av babyen pga ingen baljer el lign"

"Internett på rommet hadde vært ok"

Måltidbud, hotellrestauranten og måltider

"Måltidene i restauranten, altfor kort tidsrom, tidene passer dårlig ifht legetimer osv, stressende"

"For korte tider i spisesal/måltidstider /rigide spisetider, og maten ryddet bort før tiden; stressmoment å måtte rekke måltidene innenfor oppsatt tid"

"Bare 3 måltider i helgen; lite"

"Må hente maten selv, problematisk når alene, savner mulighet for rom-service (evt døgnåpen kantine)"

Forhold knyttet til barselavdelingen:

- Litt mye støy/uro, savner litt mer avlastningsmulighet, barnetilsyn på natten, slik at mødrene kan få mer ro

- Erfaring fra barselavdeling og hotell. Poengterer hvor viktig det er med hvile, ro og nattesøvn. Dette kan oppnås på hotell. Mye uro på barsel, stressende med mye mennesker inn og ut av rommet til enhver tid.

- Lite privatliv, må dele rom med flere. Ideelt sett ønsket enerom, slitsomt med nye romkamerater hele tiden
- Har hatt et lengre opphold på barsel pga ekstra oppfølging etter fødsel. Savner å ha ektemann hos seg, mye uro i forbindelse med det å dele rom.
- Dårlig tilrettelagt for fedre, far ble overlatt til seg selv med den nyfødte babyen i mange timer (8-9 timer) mens mor var til operasjon/på postoperativ avdeling, uten noe rom/sted å være/sette fra seg tingene
- Ønsker mulighet for at far kan bo sammen med mor og baby
- Savner mulighet for besøk av andre enn far

Fødselsopplevelse/innkomst:

- Hadde et veldig dårlig førsteinntrykk, hadde fått beskjed om å møte for igangsetting kl 08.00 om morgenen, måtte vente til kl 16:00 i uvisshet, ingen informasjon om når, ingen sted å gjøre av seg, dette var slitsomt og frustrerende. Når først ble tatt imot; fantastisk ivaretakelse på føden, bra på hotellet.
- Treghet på fødeavdeling, skulle induseres, ble sittende veldig lenge og vente i uvisshet. Veldig slitsomt, i en situasjon hvor man trenger energi til forestående fødsel. – en ekstra belastning.
- Føler at det er vanskelig å få lov til å komme inn på føden, de holder igjen, oppfordrer til å være hjemme så lenge som mulig, får en følelse av at de bare vil ha deg der akkurat under fødselsøyeblikket, raskt ut igjen. Føles utrygt når førstegangsfødende
- Hun ble sendt hjem fra føden, følte at fødsel var godt i gang i taxi hjem. Hun dro likevel hjem fordi hun opplevde at det var kapasitetsmangel på føden, hjemme ventet hun på mannen for å reise til føden for 2. gang. Sterke rier, barnet født raskt etter ankomst. Denne første avvisningen trekker ned totalopplevelsen.
- Føler at personalet på fødeavdelingen pusher veldig for å få folk over fra fødeavdeling til hotellet, i den grad at en kan lure på om de fanger opp de som ikke burde over/de som burde blitt bedre ivaretatt. Får litt samlebandsfølelse.

Til tross for en del forbedringspotensiale er kvinnene gjennomgående fornøyd, som disse kommentarene illustrerer:

- ”Fantastisk personale, omsorgsfulle, får en til å føle seg unik og enestående!”
- ”Tusen takk for alle de flinke jordmødrene, barnepleierne, sykepleierne og legene!”

8. Diskusjon

8.1 Tolkning av funn:

Utvalget:

En stor andel av kvinnene vi har intervjuet er høyt utdannede, i full jobb, i etablerte samlivsforhold med partnere som også er relativt velutdannede og i full jobb. De fleste av kvinnene er i aldersgruppen 25-35 år. Halvparten av kvinnene var førstegangsfødende. Dette kan tyde på at kvinnene i Norge føder barn når de er i en stabil fase av livet, i etablerte samlivsforhold og i fullt lønnet arbeid. Ifølge tall fra SSB ser det ut til at vårt utvalg er rimelig

representativt for norske fødende kvinner i sin helhet, bortsett fra utdanningsnivået. Disse funnene samsvarer godt med tidligere studier (12).

Tilfredshet:

Totalopplevelse av fødsel:

Kvinnene i vår studie oppgir gjennomgående en svært høy skåre på totalopplevelse av fødselen. Spørsmålet vi stilte innebar at kvinnene måtte vekte negative og positive erfaringer, inkludert smerteopplevelse, ivaretagelse, omsorg, støtte, eventuell redsel/utrygghet, mestring med mer, og mange kvinner ga uttrykk for at dette var vanskelig. Det er grunn til å tro at kvinnene har vektet og tolket spørsmålet noe ulikt. For noen har smerteopplevelsen ved fødselen vært så voldsom at dette har overskygget andre forhold, mens en del av kvinnene har regnet smerte som en nødvendig og uunngåelig del av en fødsel som de har valgt å se litt bort ifra, og heller vektlagt omstendighetene rundt, som god omsorg og støtte fra jordmødre. Disse ulikhetene blir i noen grad korrigert i et senere spørsmål, der kvinnene er bedt om å oppgi hvor ivaretatt de følte seg under fødselen. Her har hele 82 % svart at de har følt seg svært godt ivaretatt. På denne bakgrunn tolker vi det slik at fødselsopplevelsen i stor grad har sammenheng med hvordan kvinnene har følt seg ivaretatt under fødselen. Mange fremhever jordmødrenes innsats og kan ikke få fullrost disse nok.

Når det gjelder de som har en dårlig totalopplevelse av fødselen kan det være nærliggende å tenke seg at de kvinnene som har hatt langvarige fødsler eller fødsler med komplikasjoner og eventuelt akutt keisersnitt/operativ forløsning har en dårligere fødselsopplevelse enn de øvrige. Ved analyser opp mot slike bakgrunnsvariable finner vi at halvparten av de som har oppgitt en dårlig fødselsopplevelse har hatt akutt keisersnitt eller fødsel med andre komplikasjoner. Utover dette finner vi ingen spesielle fellestrekk eller sammenhenger.

Opplæring og veiledning i spedbarnstell og amming:

Når det gjelder barseloppholdet og tilfredshet med opplæring og veiledning i barnstell og amming oppgir også de fleste at de er godt fornøyd med tilbudet. Type opplæring som oppgis varierer noe i spedbarnsstell versus amming, der personlig veiledning er den dominerende veiledningsform når det gjelder amming, mens brosjyrer og personlig veiledning oppgis like hyppig som kilde til informasjon om spedbarnsstell.

Kvinnene har likevel en god del kommentarer og merknader til opplæringen /veiledningen i barnstell/ammig. Flere gir uttrykk for at det oppleves svært frustrerende med ulik informasjon om amming, og her mener vi å ha avdekket et forbedringspotensial. Særlig etterlyses personlig veiledning og en ensartet, standardisert informasjon uten angstprovoserende press. I følge tidligere studier er amming helsefremmende (6). Mange etterlyser også mer informasjon og veiledning i forhold til stell av barnet, men dette synes å være mer sekundært.

En del flergangsfødende gir uttrykk for at de kunne ønsket mer veiledning enn det de blir tilbudt. Flere føler at det blir tatt for gitt at flergangsfødende har mindre behov for veiledning og oppfølging ettersom de har erfaring fra tidligere, og at de derfor i stor grad blir overlatt til seg selv.

Omsorgsnivå

Når det gjelder i hvilken grad kvinnene føler seg ivaretatt viser våre resultater ikke vesens forskjell mellom barselavdeling og barselhotell, selv om det er noen flere som oppgir at de følte seg dårlig ivaretatt på barselavdelingen. Dette dreier seg imidlertid om en svært liten gruppe. Svarene viser at kvinnene stort sett føler seg godt ivaretatt både på barselavdeling og hotell. Ettersom det er ulike grupper kvinner med ulike behov som havner på hhv hotell og barselavdeling, tolker vi funnene dit hen at man langt på vei har lyktes i å møte individuelle behov.

De kvinnene som har oppgitt lav grad av ivaretagelse (dårlig eller passe) på barselavdeling og hotell, skiller seg ikke vesentlig fra resten av utvalget på ulike bakgrunnsvariabler. Dette kan bety at det er opplevelser under oppholdet i seg selv som gir grunnlaget for misnøyen, og ikke spesielle fellestrekk ved kvinnene og deres bakgrunn.

Søvn og hvile

Godt over halvparten angir å ikke ha fått nok søvn og hvile under barseloppholdet. På barselavdeling angir flere av kvinnene uro som følge av å måtte dele rom som en årsak til mangelfull søvn og hvile. Flere av kvinnene som sier at de ikke har fått nok søvn og hvile, presiserer at dette er en naturlig følge av situasjonen etter fødsel og med et lite spedbarn, og ikke skyldes forhold ved hotell/barselavdelingen.

I studien fra kommunene Nes og Sørum oppga nesten halvparten av kvinnene at de ikke fikk nok søvn og hvile på sykehuset. Den faktoren som var sterkest assosiert med mangel på søvn og hvile, var å ligge på flersengsrom versus enerom(11). Også i vår undersøkelse oppgir en overvekt av kvinnene, hele 62 %, at de ikke har fått nok søvn og hvile under barseloppholdet, til tross for at 63 % av kvinnene har bodd på enerom, enten på hotell eller barselavdeling, under hele oppholdet. Andelen som oppgir å ikke ha fått nok søvn og hvile er også i vårt materiale større blant de som har ligget på flersengsrom på barselavdeling (ca 75 %) enn blant dem som har ligget på enerom på hotell (ca 50 %). Dette kan tyde på at flere kvinner på rommet og mer uro på barselavdeling er faktorer som bidrar til redusert søvn og hvile også i vår undersøkelse. Et avvik fra dette i vårt materiale er kvinnene som har bodd på enerom på barselavdeling. Blant disse sier hele 5 av 6 at de ikke har fått nok søvn og hvile. Dette dreier seg imidlertid om en så liten gruppe at det vanskelig kan tillegges vekt. Vår undersøkelse tyder imidlertid på at enerom alene ikke er et tilstrekkelig virkemiddel for at kvinnene skal få nok søvn og hvile under barseloppholdet. Tidligere ble kvinnene mer oppvartet og avlastet i barseltiden. De fikk ”ligge på stas” for å gjenvinne krefter. Som følge av internasjonale og nasjonale mål om å fremme amming har prosjektet Mor-barn-vennlig initiativ blitt innført ved mange barselavdelinger i Norge. Dette legger opp til at mor og barn skal adskilles minst mulig etter fødselen, og ammingen skal skje etter barnets behov (17).

Flere av kvinnene i vår studie sier at de hadde ønsket seg mer avlastning med barnet for å kunne få mer søvn og hvile. Hvorvidt de har oppholdt seg på hotell eller barselavdeling synes ikke å ha noen betydning med hensyn til dette. Vi mener at det kan det være behov for å se nærmere på sammenhengen mellom avlastning, amming, søvn og hvile, og hvorvidt muligheten for avlastning og behovet for søvn og hvile kan tilfredsstilles bedre uten at andelen kvinner som ammer reduseres.

Det er verdt å merke seg at mange av kvinnene i vår studie oppgir svært høy tilfredshet med oppholdet til tross for at de ikke opplever å ha fått nok søvn og hvile. Dette samsvarer med funnene i ovennevnte studie fra kommunene Nes og Sørumsund (11).

Faktisk og ønsket liggetid

I utvalget totalt sett fremkommer det ingen forskjell i faktisk og ønsket opphold på sykehuset. Antall liggedøgn for ukomplisert sectio er i løpet av den senere tid blitt redusert fra 5 til 3 døgn. Hos disse fremkommer en forskjell i gjennomsnittlig faktisk og ønsket opphold som kan tyde på at tilbudt liggetid ikke er lang nok for alle i denne gruppen. Det må tas i betraktning at dette er en liten gruppe kvinner, men funnene kan tyde på at dette er en sårbar gruppe hvor individuelle behov kan tilsi et utvidet antall liggedøgn for en del.

En sveitsisk randomisert kontrollert studie inkluderte 459 kvinner med såkalte lavrisikosvangerskap. De ble randomisert til enten å motta tradisjonell barselomsorg på sykehuset i fire-fem dager eller tidlig hjemreise 24-48 timer etter fødselen og hjemmebesøk av jordmor. Prevalensen av amming etter 28 dager var lik i begge gruppene, men kvinnene i hjemmegruppen rapporterte færre problemer med amming og større tilfredshet med hjelpen de hadde fått. Det var ingen forskjell når det gjaldt tilfredshet med omsorgen, antall reinnleggelser, barseldepresjon eller helsestatus for øvrig. Forfatterne konkluderte med at tidlig hjemreise og oppfølging av jordmor i hjemmet kan være et akseptabelt alternativ ved lavrisiko svangerskap og fødsler. Imidlertid fremheves at mors totalsituasjon og ønsker bør tas med i vurderingen (18). Denne studien viser at når friske kvinner med normale fødsler ønsker det, er tidlig hjemreise fullt forsvarlig. I en norsk artikkel stilles det spørsmål om hvorfor liggetiden ved barselavdelingene har blitt kraftig redusert de siste 50 årene. Skyldes det kunnskap om sengeleiets komplikasjoner, ønsker fra kvinnene, trender i tiden eller dreier det seg om et ønske om økonomiske besparelser? Det er begrenset med forskning om barselomsorgen, og det kan tyde på at redusert liggetid ikke bygger på kunnskap, men er innført som et økonomisk insitament. Forfatteren tar til orde for at mer hjemmebasert barselomsorg bør være mulig, men spørsmålet er om vi er gode nok til å differensiere mellom de som ønsker og kan reise hjem tidlig og de som faktisk bør og skal ha ett eller flere døgn ekstra (19).

Generell diskusjon

Barselhotell

På vegne av organisasjon for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skriver Liv Iaga en kritisk artikkel om bruk av barselhotell. Bakgrunnen for artikkelen er to spørreundersøkelser som ble gjennomført i samarbeid med magasinene Foreldre & Barn og Gravid høsten 2007. Det stilles spørsmål ved manglende kontrollmekanismer på et barselhotell. Den nye familien blir overlatt til seg selv på godt og vondt allerede få timer etter forløsningen med et nytt og stort ansvar. Forfatteren spør om utviklingen har gått for langt når barselkvinnen forventes å være selvstendig kun få timer etter fødselen. På barselhotellet er det stor avstand mellom helsearbeider og pasient. Den nybakte familien forventes å kunne klare seg selv, og dette formidles direkte eller subtilt. Den jevnlike kontakten med personalet som man får på en vanlig barselavdeling opphører, og det er pasienten selv som må si ifra om noe ikke stemmer. Sjansen for at helsearbeideren skal oppdage uheldige faktorer som kan føre til alvorlige problemer er mindre enn på en vanlig barselavdeling, og det vil alltid finnes pasienter som har for høy terskel til å si ifra. Pasienter som i utgangspunktet er for flinke til å bite tennene

sammen blir enda mer opptatt av ikke å være til bry. Av kvinnene som medvirket og som var bosatt på Østlandet og som lå på barselhotell, mente 1/3 at de ikke fikk god nok oppfølging på sykehuset. Det som gikk igjen som negativt var dårlig tid, personale som ikke gir informasjon og veiledning, beskjeder som ikke viderefremmes, motstridende informasjon om amming, og et system som i sin effektivitet forutsetter økt evne til egenomsorg samt nødvendig hjelp fra ektefelle/partner. For å effektivisere praktiseres det ved enkelte pasienthotell en felles utskrivningssamtale med jordmor. Individuell informasjon erstattes så langt som mulig av gruppeinformasjon, noe som i beste fall beveger seg på grensen til brudd på taushetsplikten. Dette er en sikkerhetsventil som mister noe av sin funksjon siden det er grenser for hva man drøfter i plenum med andre (20).

I artikkelen hevdes det videre at dersom barselhotell være mer enn sparetiltak, må de som skal følge opp pasientene få ressurser til å yte den omsorgen som trengs. Det å føle seg trygg og ivaretatt, bli møtt med respekt og omsorg, bli lyttet til og forstått, er like viktig som den medisinske behandlingen. Dette er videre forutsetninger som fremmer amming (20).

Dette sammenfaller med flere funn fra vår spørreundersøkelse. Til tross for at kvinnene synes å være godt fornøyd med barseloppholdet totalt sett, er det enkelte ting som bør forbedres. Mange ønsker å være på barselhotell pga muligheter for fleksibilitet og privatliv og ikke minst at ektefelle/ partner kan være til stede. Imidlertid kan det synes som om manglende tilgjengelighet på profesjonelle omsorgsarbeidere erstattes med utstrakt bruk av partner som omsorgsperson. Flere av kvinnene gir uttrykk for en sårbarhet i den første tiden etter forløsningen, og velger å støtte seg til partner for å få den omsorg som er nødvendig i en ny livssituasjon. De opplever at jordmødrene har liten tid, og at terskelen for å be om hjelp er høy. Mange gir uttrykk for at motstridende informasjon angående amming øker frustrasjonen når de ikke føler at de mestrer dette godt nok på egen hånd. Videre opplever flere at informasjon glipper, og at det er vanskelig å finne ut av rutiner. Informasjon som gis i plenum er det flere som takker nei til. Om de har spørsmål og utrygghet som de gjerne ville drøftet med jordmødrene, er ikke et felles forum riktig arena for alle. Dersom barselhotell skal være et trygt og rimelig alternativ til tradisjonell barselomsorg, bør uheldige rutiner forlates samtidig som man ivaretar gode tradisjoner. Det vil kreve tilstrekkelig dyktig, omsorgsfullt personell og utradisjonelle metoder for veiledning og opplæring av nye mødre (21).

Kvinnene i vårt utvalg synes å være velutdannede, i trygge rammer når det gjelder jobb og samlivsformer, og dette synes sammenfallende med at norske kvinner velger å få barn i en trygg og stabil livsfase. Vi mener like fullt å finne belegg i litteraturen for at de er sårbare, spesielt tyder studier på at det å være førstegangs fødende, og det å ikke amme er risikofaktorer som i seg selv er en trussel for videre mental helse.

I Stortingsmelding nr 12 (2008-2009) fremkommer at ansvar for oppfølging av familien i barseltiden ikke er klart og tydelig definert i gjeldende regelverk. Det konkluderes med at det er behov for systematisk innhenting av informasjon og brukererfaringer. Det signaliseres en brukertilpasset og differensiert barselomsorg, og de regionale helseforetakene pålegges å utarbeide en flerårig og lokal tilpasset plan for bl.a. barselomsorgen i samarbeid med kommunene (1).

Den Norske Jordmorforening har gjennom flere år tatt til orde for en mer helhetlig svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg. Det vises til erfaringer fra utlandet, særlig England, hvor det er det bygget opp tverrfaglige team som har spesialkunnskap om psykiske lidelser i forbindelse med svangerskap og fødsel. I Norge er dette mangelvare. Det etterlyses en

grundig diskusjon om hva fremtidens barselomsorg skal romme, slik at vi ikke står igjen med en omsorg uten innhold (22).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fant gunstig effekt av tiltak rettet mot kvinner med økt risiko for å utvikle depressive symptomer etter fødsel, og konkluderer med at intensive og fleksible hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor, tilpasset den enkelte kvinnes behov kan fremme mental helse og gi lavere forekomst av depresjon etter fødsel (14).

8.2 Metodiske vurderinger

8.2.1 Svakheter ved undersøkelsen - metodiske begrensninger

Rekruttering av kvinnene

For at barselkvinnene skulle ha bredest mulig erfaringsgrunnlag når de besvarte spørsmålene ønsket vi å gjennomføre intervjuene så tett opp til avreisetidspunktet som mulig. Vi fikk derfor hver morgen/formiddag oversikt over hvilke barselkvinner som skulle forlate barselavdelingene og barselhotellet den aktuelle dagen. Hotellet og barselavdelingene har imidlertid ikke alltid full oversikt på morgenen over hvem som reiser hjem, da dette kan endres utover dagen avhengig av barselkvinnenes ønsker og andre forhold vedrørende mor og barns form og helsetilstand. Enkelte kvinner reiste av denne grunn hjem uten at vi fikk fanget dem opp i undersøkelsen.

Antall fødsler og hjemreiser varierer fra dag til dag. Dette gjør at det enkelte dager blir relativt mange kvinner som reiser innenfor et kort tidsintervall. Etter som vi kun har vært 2 personer til å gjennomføre intervjuene, har dette medført at enkelte kvinner reiste hjem før vi rakk å intervju dem. For å imøtekomme personvern hensyn har vi ikke hatt tilgang til identifiserbare lister over barselkvinnene i den aktuelle perioden. Dette innebærer at det ikke har vært mulig for oss å tallfeste eksakt hvor mange vi ikke har fått intervjuet. På forespørsel har det heller ikke latt seg gjøre å få oversikt over antall barselkvinner som har reist fra sykehuset/hotellet i den aktuelle perioden. Av kvinnene som ble forespurt om å delta i undersøkelsen har kun et par stykker av ulike årsaker takket nei. Dette innebærer at nesten alle som har blitt forespurt har takket ja til å delta i undersøkelsen. Alt i alt vil vi anta at vi har fått med nesten alle kvinnene som fødte på det angjeldende tidspunkt, og det er ingen grunn til å anta at de få vi ikke fikk med, skiller seg ut på noen viktige punkter.

Forhold knyttet til intervjusituasjonen

En annen begrensning ved den benyttede metoden er muligheten for påvirkning i intervju-situasjonen. Det kan tenkes å føre til overdrevent positiv respons fra deltakernes side. For å redusere denne muligheten er det benyttet et felles spørreskjema som utgangspunkt for intervjuene, og det ble presisert at deltagelse var frivillig og at alle svar ville bli anonymisert, samt at intervjuerne ikke hadde tilknytning til Kvinneklubben. Det ble også presisert at svarene ikke ville få konsekvenser for deltakernes videre opphold og behandling ved kvinneklubben.

I forhold til barselkvinner som ikke er etnisk norske, og som er engelskspråklige eller fremmedspråklige er det også en svakhet at spørreskjemaet ikke var oversatt til kvinnenes morsmål, samt at det ikke ble benyttet profesjonell tolk under intervjuene. Dette kan medføre

språklige misforståelser og feiltolkninger. Ifølge avdelingsjordmødrene er i snitt ca 20 % av de fødende ved sykehuset fremmedspråklige. Av personvern hensyn fremgår ikke etnisitet i våre spørreskjemaer, og vi har dermed ikke eksakte tall for andelen fremmedspråklige. I det angjeldende tidsrom vet vi imidlertid at de var få, og vi opplevde svært få tilfeller hvor språkproblemer antas å ha forstyrret svarene.

Andre forhold

Det må også nevnes at en del av de fødende kvinnene har valgt seg til Ullevål sykehus på grunn av tilbudet med pasienthotell, og dermed i utgangspunktet har en positiv preferanse for dette tilbudet.

En ytterligere svakhet ved undersøkelsen kan være at intervjuene ble foretatt av 2 forskjellige personer, hvilket gir mulighet for ulik påvirkning av intervjuobjektene, og også ulik tolkning og vektlegging av svarene.

I tillegg kommer at det er ulik størrelse på gruppene som sammenlignes mot hverandre.

For flere av spørsmålene er det benyttet grove, subjektive mål, og målene har ikke vært validerte. Det er i stor grad brukt opplevelsesmål, som ideelt sett burde vært komplettert med objektive mål. Dette gjelder blant annet søvn og hvile, der det er spurt om kvinnen føler at hun har fått nok søvn og hvile i stedet for å angi faktisk antall timer søvn.

Det er også mulig at kvinnene som deltok i vår studie, og som er bosatt i et urbant strøk, ikke er representative for hele landet på en del punkter (for eksempel utdanningsnivå og alder).

En svakhet ved bruken av litteratur (kunnskapsoppsummering) er at vi ikke har gjort fullstendige systematiske litteratursøk, og at det ikke er foretatt kritiske vurderinger av artiklene og studiene det er henvisning til, bla med hensyn på representativitet, utvalgsstørrelse, kvalitet på studiene med mer (materiale og metode).

8.2.2 Styrker ved metoden

Spørreundersøkelsen omfatter en relativt stor gruppe kvinner (n = 100) fra en tilfeldig valgt tidsperiode på i overkant av en uke våren 2009. Nesten alle de forespurte kvinnene ble med, hvilket er en styrke. Analyser av bakgrunnsvariabler for vårt utvalg samsvarer godt med SSBs tall for den gjennomsnittlige populasjonen av fødende kvinner i Norge. Samlet tyder dette på god representativitet.

Utarbeidelse av et standard spørreskjema som utgangspunkt for intervjuene bidrar til mindre variasjon i intervjusituasjonen. Det at 2 ulike personer foretok intervjuene kan også betraktes som en styrke, ettersom fortolkningen av funnene/resultatene i større grad blir gjenstand for drøfting og konsensus. Individuell forutinntatthet vil dermed bli mindre fremtredende og få mindre gjennomslag i fortolkningen.

8.3 Konklusjon

Vår undersøkelse viser i hovedsak en stor grad av tilfredshet med barselomsorgen, både på barselavdeling og barselhotell.

Den viser videre at behovet for søvn og hvile ikke er dekket til tross for utbredt bruk av enerom. Funnene kan tyde på at kvinnene som har oppholdt seg på hotell i noe større grad føler å ha fått nok søvn og hvile enn de som har vært på barselavdeling. Svarene tyder på at enerom gir større mulighet for at behovene for søvn og hvile imøtekommes. Våre funn tilsier imidlertid at enerom ikke er et tilstrekkelig virkemiddel dersom en ønsker å bidra til at barselkvinner skal få mer søvn og hvile, ettersom mange av de som har bodd på enerom heller ikke oppgir å ha fått nok søvn og hvile.

De fleste ønsker enerom, med mulighet for partner å være tilstede. Mange understreker betydningen av å få være sammen som familie og partneren/barnefarens rolle som omsorgsperson.

Personlig oppfølging og hjelp ved amming er av vesentlig betydning, og flere gir uttrykk for sårbarhet i forhold til amming. Flere kvinner opplever frustrasjon som følge av ulik informasjon, og etterlyser enhetlig informasjon, felles retningslinjer og en standard for ammeveiledning.

Når det gjelder lengde på oppholdet er det godt samsvar mellom faktisk og ønsket liggetid, med unntak av sectiopasienter, der flere har svart at de ideelt sett hadde ønsket flere liggedøgn enn det de faktisk fikk.

Kvinner ønsker barselhotell fremfor barselavdeling. Privatliv og ro, fleksibilitet og mulighet for ektefelle/ partners tilstedeværelse er hovedmoment som nevnes, i tillegg til mulighet for besøk av andre enn barnefar. Svarene viser likevel at det er en del forbedringspotensial for at barselhotellet skal kunne gi en tilfredsstillende barselomsorg. Dette gjelder særlig ønske om bedre tilgjengelighet til fagpersonell, mer individuell oppfølging, mulighet for avlastning nattetid ved behov, og bedre informasjon og en tidsplan for hva som skal skje i løpet av oppholdet. Prisene på hotellet ble også nevnt av mange som en begrensende faktor i forhold til partners mulighet for tilstedeværelse. Dette er etter vår oppfatning et viktig moment med tanke på at barselhotell i økende grad blir benyttet som standardtilbud ved normale fødsler, og at barselavdeling i mindre grad blir et reelt alternativ etter normale fødsler, ettersom disse blir forbeholdt kvinner med komplikasjoner eller som er spesielt sårbare.

Vi finner belegg i litteraturen som viser at kvinner generelt er sårbare i denne livsfasen, og at man ved å rette omsorgen mot spesielt risikoutsatte kvinner, kan oppnå helsegevinst i form av lavere forekomst av depresjon i tiden etter fødselen.

8.3.1 Kliniske implikasjoner

Ut fra funnene i vår undersøkelse mener vi det kan være grunn til å vurdere en del tiltak knyttet til den kliniske barselomsorgen:

Amming;

- Behov for å videreføre og styrke arbeidet for å gi ensartet informasjon/ammeveiledning, felles retningslinjer, satse på og videreføre arbeidet med internopplæring av jordmødre.

- Flere av brukerne angir at terskelen for å be om hjelp er høy, spesielt på hotellet, og det uttrykkes ønske om at personalet i større grad skal tilby hjelp uoppfordret, og ikke avvente at barselkvinnene selv skal etterspørre hjelp.

Informasjon:

- Utarbeidelse av lettfattelig, oppdatert og tiltalende informasjonsark på hotellet
- Bedre informasjon om oppholdet på barselhotellet med program for hva som skal skje i løpet av oppholdet.
- Vurdere større grad av individuell informasjon fremfor gruppeinformasjon på barselhotellet.

Oppholdstid:

- Utvide muligheten for flere liggedøgn for sectiopasienter etter individuelle behov og ønsker.

8.3.2 Implikasjoner for forskning

- Flere brukerundersøkelser som grunnlag for fremtidig barselomsorg, jfr St.meld nr 12 (2008-2009).
- Intervensjonsstudier på effekt av brukertilpasset barselomsorg, deriblant økt bruk av hjemmebasert omsorg for de som ønsker tidlig hjemreise.
- Betydning av søvn og hvile. Hvor viktig er uregulert fri amming sett i forhold til hvile og avlastning? Norge ligger i verdenstoppen når det gjelder amming, er det mulig å opprettholde dette, samtidig som kvinnenes behov for søvn og hvile i større grad kan ivaretas?

Litteraturliste/referanser:

1. Helse- og omsorgsdepartementet. En gledelig begivenhet - Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. 2009. St.meld. nr. 12 (2008-2009).
2. Ullevål Nytt nr 4, 2008.
3. Eberhard-Gran M, Nordhagen R, Heiberg E, Bergsjø P, Eskild A. Barselomsorg i et tverrkulturelt og historisk perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3553-6.
4. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. Br J Psychiatry 1987; 150: 662-73.
5. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB et al. New parents and mental disorders: a population- based register study. JAMA 2006; 296: 2582-9.
6. Eberhard-Gran M, Eskild A; Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen SI. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. Acta Psychiatr Scand 2002; 106: 426-433.
7. Hickey AR, Boyce PM, Ellwood D, Morris-Yates AD. Early discharge and risk for postnatal deression. Med J Aust 1997; 167: 244-7.
8. Dowswell T, Piercy J, Hirst J, Hewison J, Lilford L. Short postnatal hospital stay: implications for women and service providers. J Puplic Health Med 1997; 19: 132-6.
9. O'Hara MW. The nature of postpartum depressive disorders, I: Murray L, Cooper PJ, red. Postpartum depression and child development, New York: The Guilford Press, 1997:3-31.
10. Brockington I. Motherhood and mental health. Oxford: Oxford University Press, 1996: 137-8.
11. Eberhard-Gran M, Eskild A, Opjordsmoen S, Schei B: Barselomsorg – søvn, hvile og tilfredshet. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1405 – 9.
12. Eberhard-Gran M, Slinning K, Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel, Folkehelseinstituttet 2007
13. MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, et al. Effects of redesigned community postnatal care on womens` health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. Lancet 2002; 359: 378-85.
14. Larun L, Lyngstadaas A, Wiik IN, Mørland B: Svangerskap og psykisk helse. Kvinneres psykiske helse i forbindelse med svangerskap og første året etter fødsel.

Rapport fra Kunnskapssenteret / Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten nr 02 - 2005; ISBN 82-8121-0273 ISSN 1503-9544.

15. Lindgren C: Eftervård av nyfødde barn på patienthotell. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1409-11.
16. Aase T: Evaluering av Barselloftet, Haukeland sykehus. Infoweb rapport nr. 2000: 19-2.
17. Mor-barn-vennlig initiativ i Norge. Prosjektrapport 1993-1996. Oslo: Statens helsetilsyn, 1996.
18. Heiberg M: Barselomsorg gjennom tidene. Temanummer "Barselomsorgen - en salderingspost?", Tidsskrift for jordmødre 2008; nr. 4
19. Boulvain M, Perneger TV, Othenin-Girard V, Petrou S, Berner M, Irion O. Home based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial, BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology August 2004;Vol.111:807-813.
20. Iaga Liv: Barselhotell – luksus eller sparetiltak? Temanummer "Barselomsorgen - en salderingspost?", Tidsskrift for jordmødre 2008; nr. 4.
21. Nylander G: Barseltid på pasienthotell. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:1400.
22. Schmidt, Nina: Omsorg uten innhold? Temanummer "Barselomsorgen - en salderingspost?", Tidsskrift for jordmødre 2008; nr. 4.

Vedlegg

Spørreskjema om barselopphold

Dette er et spørreskjema som skal brukes i en studie av kvinners tilfredshet med barseloppholdet på Oslo universitetssykehus, Ullevål. Hensikten er å kartlegge om dagens barselomsorg ved sykehuset, med kortere opphold og mer bruk av barselhotell enn tidligere, samsvarer med de fødende kvinners ønsker og behov. Deltakelse i undersøkelsen er frivillig, og det vises til skjema for samtykkeerklæring for nærmere informasjon. Opplysningene som gis vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert.

Bakgrunnsinformasjon

1. Alder: Yngre enn 25 år 25-35 år 35-40 år Over 40 år

2. Sivilstatus: Gift Blitt alene under svangerskapet
 Samboende Annet
 Enslig

3. Hvem bor du sammen med?

Barn under 3 år Ektefelle/samboer
Barn 3-12 år Andre voksne personer
Barn over 12 år Bor alene

4. Hvor mange års utdanning har du? Hvis du har ektefelle/samboer/partner, hva slags utdanning har han/hun?

	Du selv	Partner
Grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videregående skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitet/høyskole inntil 4 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitet/høyskole mer enn 4 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen utdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hva slags arbeidsforhold har du?

	Du selv	Partner
Lønnet arbeid/lønnsinntaker/Selvstendig næringsdrivende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fulltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skoleelev/student	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmeværende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsledig/Uføretrygdet/Attføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Siste fødsel

7. Er du Førstegangsfødende Flergangsfødende

8. Hadde du en vanlig fødsel?

Vanlig fødsel Planlagt keisersnitt Akutt keisersnitt
Tvillingfødsel Setefødsel Forløst med tang/vakuum
Annet

9. Hva slags bedøvelse fikk du under fødselen?

Ingen
Akupunktur
Lystgass
Petidin/Morfin
Epidural/Spinal (bedøvelse i ryggen)
Full narkose
Annet
Vet ikke

10. Hvor mange timer varte den fra de første ordentlige veene?

11. Var noen av dine nærmeste med på fødselen?

I tilfelle hvem?

12. Hvor lenge lå du på fødeavdelingen etter fødselen før overflytting til annen avdeling?

13. Hvordan var din opplevelse av denne siste fødselen, i det store og det hele?

Oppgi en tallverdi på en skala fra 0 (ekstremt dårlig) til 10 (veldig god)

14. Hvor ble du overflyttet etter oppholdet på fødeavdelingen/forløsningen?

Barselhotell Barselavdeling Hjem Observasjonspost for gravide
Postoperativ avdeling

15. Ble du senere overflyttet til annen avdeling? Ja Nei

I tilfelle hvor?

16. Hvor mange delte du rom med på barselavdelingen (når dere var flest)?

17. Hva slags informasjon og opplæring har du fått under sykehus/hotelloppholdet om spedbarnsstell?

Video Internett Brosjyrer Personlig veiledning Annet Ingen

18. Hva slags informasjon og opplæring har du fått under sykehus/hotelloppholdet om amming?

Video Internett Brosjyrer Personlig veiledning Annet Ingen

19. Hvor fornøyd er du med opplæringen/veiledningen i amming og spedbarnsstell?

Godt fornøyd Middels Ikke fornøyd

20. Hvis du ikke er fornøyd, hva ville du endret eller hatt mer av?

21. Hvor ivaretatt følte du deg?

	Svært godt	Godt	Passe	Dårlig	Svært dårlig
Under fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På barselavdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På sykehotellet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Følte du at du fikk nok søvn og hvile på sykehuset/sykehushotellet? Ja Nei

23. Hvor lenge har du vært/blir du på sykehuset/hotellet til sammen i forbindelse med denne fødselen? (antall overnattinger)

24. Hvor lenge ville du ideelt sett ha vært her? (antall overnattinger)

25. Hvis du kunne velge, hva ville du foretrekke?

Barselhotell

Barselavdeling

Hvorfor?

26. Hvor fornøyd var du med oppholdet på sykehuset/hotellet i det store og hele?

Oppgi en tallverdi på en skala fra 0 (ekstremt dårlig) til 10 (veldig god)

27. Hvis du ikke var fornøyd med oppholdet, hva var du misfornøyd med?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Kvinnens tilfredshet med barselomsorgen ved Oslo universitetssykehus, Ullevål”

Bakgrunn

Det er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å evaluere fødende kvinners tilfredshet med barseltilbudet ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Tilbudet til de fødende har gått i retning av økt bruk av pasienthotell til erstatning for barselavdelinger og kortere liggetid ved sykehus etter fødselen. Hensikten med prosjektet er å finne ut om de fødende kvinnene er fornøyd med tilbudet/i hvilken grad tilbudet ivaretar de fødende kvinnenes ønsker og behov. For å finne ut av dette gjennomføres det en spørreundersøkelse blant alle fødende kvinner på Oslo Universitetssykehus, Ullevål, en tilfeldig valgt uke i mars 2009. Studien skjer i regi av 2 medisinstudenter ved Universitetet i Oslo.

Hva innebærer studien?

Deltakelse i studien innebærer at du vil bli kontaktet for et personlig intervju mens du er på sykehuset eller sykehushotellet. Det er utformet et spørreskjema som vil bli brukt under intervjuene. Intervjuene vil bli foretatt av 2 medisinstudenter ved Universitetet i Oslo.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe andre fødende ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål, og dine erfaringer vil kunne komme til nytte ved vurdering av fremtidig barselomsorg.

Hva skjer med informasjonen om deg

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer/direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på denne siden. Dersom du senere ønsker informasjon om undersøkelsen, kan du kontakte medisinstudent Anne S Garnes, tlf 41 90 77 03, eller medisinstudent Beate Skogen, tlf 45 46 33 46.

Samtykkeerklæring: Jeg er villig til å delta i studien	Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:
-----	-----
(Signert av prosjektdeltaker, dato)	(Signert, rolle i studien, dato)