



2018



National rapport

LUP Fødende



Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

Udarbejdet af Kompetencecenter for Patientoplevelser på vegne af regionerne

LUP Fødende 2018 - National rapport

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

Udarbejdet af Kompetencecenter for Patientoplevelser på vegne af regionerne

Enhedschef Marlene Willemann Würzler

© Kompetencecenter for Patientoplevelser, Region Hovedstaden, marts 2019

ISBN: 978-87-93048-51-5

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Rapporten kan findes på www.patientoplevelser.dk

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til: Cathrine Ørskov Kølbæk

Kompetencecenter for Patientoplevelser

Nordre Fasanvej 57

Hovedvejen indgang 13, 1. sal

2000 Frederiksberg

Telefon: 38649966

E-mail: lup@patientoplevelser.dk

Fotograf: Klaus Sletting og Colourbox

FORORD

Fødendes vurdering af sundhedsvæsenet er i betydelig fremgang. Det viser den nye tilfredsundersøgelse blandt fødende, hvor flere end 7500 kvinder har beskrevet deres oplevelser på landets fødesteder. Der er nemlig sket en fremgang på stort set alle parametre i undersøgelsen siden 2017.

Kvinderne oplever i højere grad, at jordemoderen har sat sig ind i deres graviditetsforløb ved konsultationerne, at personalet er venligt og imødekommende, når kvinderne ankommer til fødeafdelingen, og ikke mindst at personalet er støttende under fødslen.

Samtidigt viser undersøgelsen, at særligt ét område skal opprioriteres: Næsten hver tiende kvinde synes ikke, at fødsels- og forældreforberedelsen er brugbar. Det er det eneste område i de fødendes oplevelser, hvor der er sket en tilbagegang siden 2017.

Det er positivt, at vi på fødselsområdet på næsten alle parametre lykkes med at skabe bedre og bedre vilkår for fødende i Danmark. Trygge og sikre rammer for fødende og deres fødselsoplevelser har da også været vores klare hovedfokus i de seneste tiltag og udspil på fødselsområdet. Her skal fx flere individuelle forløb og en ny tilgang til fødselsforberedelse, så det kommer til at foregå i mindre hold med målrettede informationer, være med til at sikre, at endnu flere forældre får et godt og trygt fødselsforløb.

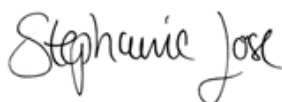
Samtidigt stiger travlheden på fødeklivkerne i Danmark. Det udfordrer kapaciteten, og øger presset på det i forvejen travle personale. I de kommende år vil vi se en stigning på op mod 20 procent i antallet af fødsler.

Der kommer også flere og flere gravide, der har en kronisk sygdom eller andre problematikker, som gør, at de kan have brug for øget støtte og vejledning. Det giver anledning til at nytænke den omsorg, vi tilbyder nye familier.

Netop derfor er nærværende undersøgelse et afgørende værktøj i arbejdet med at forbedre og kvalitetssikre fødselsforløbene, så både gravide og deres familier møder sundhedsvæsenet i forløb, der er karakteriseret af kvalitet, sikkerhed og tryghed.

Alle besvarelsener er med til at sætte retningen for, hvor det regionale sundhedsvæsen på fødselsområdet skal hen i fremtiden. Der lyder derfor en stor tak fra os til alle de fødende, som med deres besvarelsener har bidraget til, at vi forsat kan udvikle og forbedre fødselsområdet, så alle nye familier kan komme godt fra start.

Med venlig hilsen



Stephanie Lose
Formand, Danske Regioner



Ulla Astman
1. næstformand, Danske Regioner

INDHOLD

Nationale tendenser	7
De bedste og de dårligste resultater	8
Udvikling fra 2017-2018	10
Graviditeten	13
Fødslen	14
Efter fødslen	17
Temaspørgsmål for LUP Fødende 2018	18
Forskelle på afdelings- og regionsniveau	21
Forskelle mellem afdelinger	22
Forskelle mellem regioner	23
TEMA: Telefonrådgivning når fødslen går i gang	25
Kvinder har blandede oplevelser af telefonrådgivningen før fødslen	27
CASE: Organisering af telefonpasningen og fokus på kommunikation	30
TEMA: Akut kejsersnit	34
Kvindes oplevelser ved akut kejsersnit	35
CASE: Fokus på godt teamsamarbejde om akut kejsersnit og at inddrage kvindes oplevelser	43
Sådan kan I arbejde med resultaterne	47
Forbedringer på baggrund af resultaterne	48
Værktøjer til vurdering af resultater	48
Fakta om undersøgelsen	51
Om LUP Fødende	52
Det tidsmæssige forløb af undersøgelsen	54
Vil du vide mere om LUP Fødende 2018	54

RESUMÉ

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende (LUP Fødende) er en årlig spørgeskemaundersøgelse, der belyser kvinders oplevelser af graviditet, fødsel og den tidlige barselsperiode. Undersøgelsen gennemføres på vegne af de fem regioner. Resultaterne af LUP Fødende 2018 er baseret på spørgeskema-svar fra 7.545 kvinder, der har født i perioden august-oktober 2018. Svarprocenten er 52 %. Resultaterne af undersøgelsen bliver opgjort på lands-, regions- og hospitalsplan, samt for de enkelte fødesteder. Denne rapport præsenterer de overordnede resultater på landsplan for 2018.

Overordnet tendens og samlet tilfredshed med fødselsforløbet

87 % af kvinderne er i meget høj grad (61 %) eller i høj grad (26 %) tilfredse med fødselsforløbet alt i alt. Selve fødslen bliver vurderet godt på alle delparametre, mens der er større variation i oplevelserne under graviditeten og efter fødslen. Det er en tendens, som de tidligere undersøgelser af fødende også har vist. Det største spænd i vurderinger er under graviditeten, hvor gennemsnitsscoren går fra 3,2-4,5 for de områder, der bliver spurgt ind til.

De bedste og de dårligste resultater

Tre af de fem spørgsmål i undersøgelsen, der scorer højest handler om dele af fødselsoplevelsen. De handler om, at personalet er venligt og imødekommende ved ankomsten til hospitalet, at der er en jordemoder til stede på fødestuen i det omfang, kvinderne har behov for det, og at kvinderne får god støtte fra personalet under fødslen. Efter fødslen er kvinderne særligt glade for, at der er plads til partneren på hospitalet. I

graviditetsforløbet er det forklaringen af resultatet af 1. trimester-scanningen, som kvinderne giver en god vurdering.

Graviditetsforløbet står for tre af de fem dårligst vurderede spørgsmål i undersøgelsen. Det står klart, at mange kvinder også i 2018 føler sig utilstrækkeligt forberedt på håndtering af opstart af amning, selvom resultatet for spørgsmålet er bedre end i 2017. Forberedelsen på håndtering af fødselsforløbet ligger også blandt de dårligste resultater. Derudover får brugbarheden af fødsels- og forældreforberedelsestilbud under graviditeten en dårlig vurdering af kvinderne. To spørgsmål fra tiden efter fødslen havner også i bunden. De handler om, hvorvidt kvinderne får den hjælp, de har behov for for at kunne amme på hospitalet, og om kvinderne efter fødslen får talt med personalet om fødslen i det omfang, de har behov for det.

Udvikling fra 2017-2018

I 2018 er der 17 spørgsmål, der har fået bedre vurderinger af kvinderne sammenlignet med 2017. Ni af spørgsmålene vedrører graviditeten, hvor flere kvinder blandt andet oplever, at jordemoderen har sat sig ind i kvindernes graviditetsforløb ved konsultationerne. Det spørgsmål lå i 2017 blandt de fem dårligst vurderede spørgsmål.

Både i forløbet under fødslen og forløbet efter fødslen er der sket fremgang i resultaterne på fire spørgsmål siden 2017. Det handler blandt andet om, at personalet er forberedte på kvindernes ankomst, når de skal føde, og at flere kvinder oplever, at få den hjælp, de har behov for til at passe deres nyfødte på hospitalet.

Kun ét spørgsmål har tilbagegang fra 2017 til 2018. Her vurderer kvinderne i lavere grad, at fødsels- og forældreforberedelsen er brugbar.

Forskelle mellem afdelinger

For nogle spørgsmål i undersøgelsen er der store forskelle mellem de enkelte fødeafdelingers resultater. Fødeafdelinger med lave gennemsnitsscorer kan søge inspiration hos de fødeafdelinger, der klarer sig bedst i undersøgelsen.

Den største forskel mellem fødeafdelinger går på, om der er tilstrækkelig med ro til hvile og søvn, mens kvinderne er på hospitalet. Derudover er forskellene størst, når det handler om, hvorvidt kvinderne under graviditeten bliver tilstrækkeligt forberedt på opstart af amning, samt om kvinderne får talt med personalet om fødslen i det omfang, de har behov for efter fødslen. Begge spørgsmål ligger også blandt de fem spørgsmål, der scorer lavest i undersøgelsen.

Forskelle mellem regioner

Region Midtjylland har overvejende resultater over landsresultatet, mens de fleste af Region Hovedstadens resultater ligger under landsresultatet.

Udviklingen fra 2017-2018 viser, at Region Hovedstaden og Region Midtjylland har fremgang i resultaterne på flest spørgsmål.

Temaafsnit i rapporten

Rapporten indeholder to temaafsnit. Det ene tema "Telefonrådgivning når fødslen går i gang" undersøger, hvordan kvinderne oplever telefonrådgivningen, når de ringer ind til fødeafdelingen i forbindelse med, at fødslen går i gang. Temaet bygger på interview med kvinder samt en analyse af kommentarer i LUP Fødende 2018. Derudover indgår cases fra Sydvestjysk Sygehus og Regionshospitalet Horsens, hvor de fødende har særdeles positive oplevelser af telefonrådgivningen. Nogle af de tiltag, som gør en forskel, er at organisere telefonrådgivningen, så kvinderne oplever kontinuitet i samtalerne, samt at have fokus på god kommunikation med kvinderne, så de er trygge ved telefonrådgivningen.

Det andet tema "Akut kejsersnit" belyser kvindernes oplevelser af akut kejsersnit, og gode råd til, hvad sundhedspersonalet skal være opmærksomme på både før, under og efter det akutte kejsersnit. Her er det blandt andet vigtigt for kvinderne at blive tilstrækkeligt informeret om akut kejsersnit under den sidste del af graviditeten, samt at personalet løbende informerer kvinderne om, hvad der sker under fødslen, og hvordan fødslen kan udvikle sig. Derudover indgår en case fra fødeafdelingen på Nordsjællands Hospital, hvor de har fokus på godt teamsamarbejde om akut kejsersnit og at inddrage kvindens oplevelser i kvalitetsudviklingen.

1

Nationale tendenser

Den overordnede tendens i resultaterne for LUP Fødende 2018 er, at kvinderne vurderer oplevelser under selve fødselsforløbet bedst, mens der er større udfordringer med flere af de undersøgte områder under graviditeten og i perioden efter fødslen. Det er det samme mønster, vi ser i de tidligere års undersøgelser (LUP Fødende 2012-2017).

De bedste og de dårligste resultater

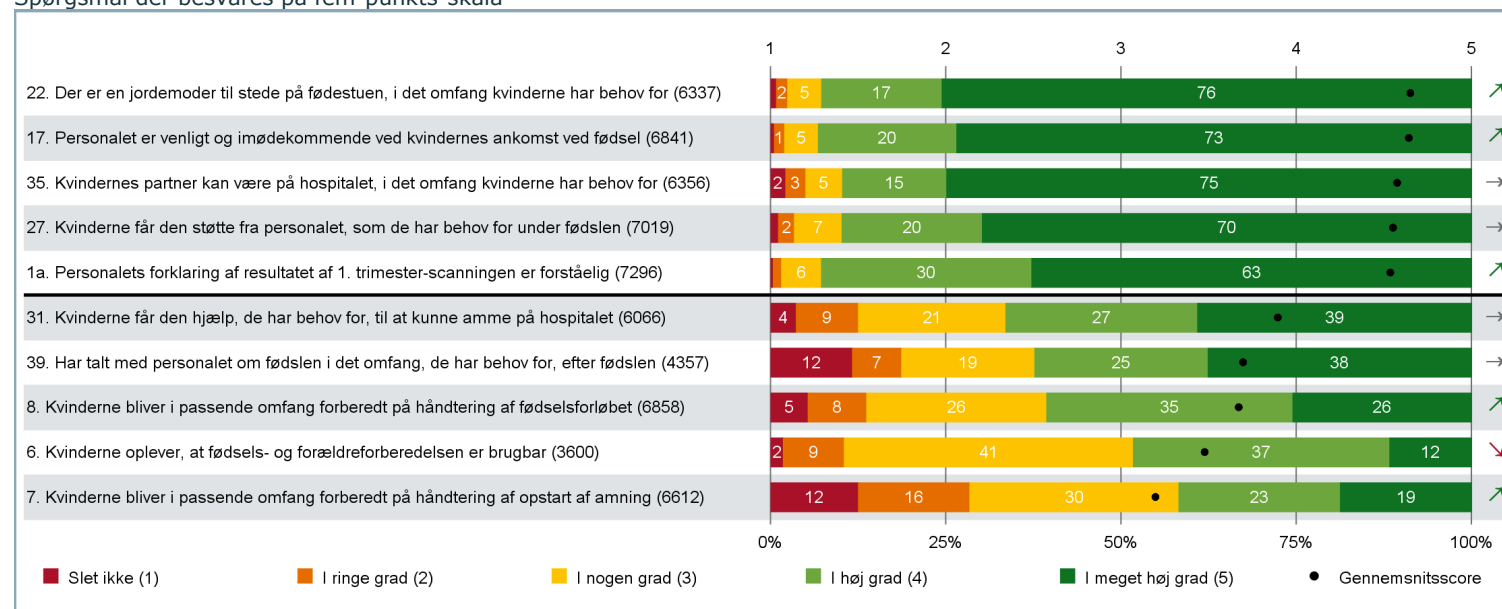
Der er store forskelle i kvindernes oplevelser undervejs i forløbet med graviditet, fødslen og i den første tid efter fødslen. Figur 1.1 viser de fem spørgsmål i undersøgelsen med de højeste gennemsnitsscorer på skalaen fra 1 til 5 samt de fem spørgsmål med de laveste gennemsnitsscorer

Kort om undersøgelsen

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende (LUP Fødende) er en årlig spørgeskemaundersøgelse, der belyser kvinders oplevelser under graviditet, fødsel og den tidligere barselsperiode. Resultaterne i 2018 er baseret på svar fra 7.545 kvinder, der har født i perioden august til oktober 2018. Svarprocenten er 52 %. Se kapitel 6 for mere information om undersøgelsen. Spørgeskemaet for LUP Fødende 2018 findes her:

www.patientoplevelser.dk/lupfod18/materiale

Figur 1.1
De fem bedst og fem dårligst vurderede spørgsmål
Spørgsmål der besvares på fem-punkts-skala



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringerne i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af [spørgeskemaet](#). Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene i figuren viser, om resultatet i 2018 er bedre (↗), dårligere (↘) eller ikke statistisk signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

De fem bedst vurderede spørgsmål har en gennemsnitsscore på 4,5-4,6. Samtlige fem spørgsmål var også de bedst vurderede i 2017. Tre af spørgsmålene handler om fødslen. Det bedst vurderede spørgsmål (spørgsmål 22) handler om tilstedeværelse af jordemoder på fødestuen, i det omfang kvinderne har behov for. Modtagelse ved ankomst til fødeafdelingen (spørgsmål 17) og støtte fra personale under fødslen (spørgsmål 27) vurderes også godt. Efter fødslen oplever kvinderne, at deres partner kan være på hospitalet i det omfang, de har behov for (spørgsmål 35), og under graviditeten er personalet gode til at forklare resultaterne af 1. trimester-scanningen (spørgsmål 1a).

Der er større variation i gennemsnitsscorerne blandt de fem dårligst vurderede spørgsmål i undersøgelsen, som ligger på 3,2-3,9. Fire af spørgsmålene havde også de laveste vurderinger i 2017. Tre spørgsmål handler om forberedelse under graviditeten.

Det dårligst vurderede spørgsmål i undersøgelsen handler igen i år om utilstrækkelig forberedelse på håndtering af opstart af amning under graviditeten (spørgsmål 7). Selvom spørgsmålet har det dårligste resultat i undersøgelsen, er det værd at bemærke, at kvindernes vurdering af spørgsmålet er bedre end i 2017. Forberedelse på håndtering af fødselsforløb (spørgsmål 8) og vurdering af fødsels- og forældreforberedelse under graviditeten (spørgsmål 6) har også lave gennemsnitsscorer.

De to øvrige spørgsmål med lave gennemsnitsscorer handler om, hvorvidt kvinderne får den hjælp, de har behov for for at kunne amme på hospitalet (spørgsmål 31), og om kvinderne efter fødslen får talt med personalet om fødslen i det omfang, de har behov for det (spørgsmål 39).

Det var særligt godt for mig, at vi under indlæggelsen efter fødslen havde en stue selv. Det betød rigtig meget, at min bedre halvdel også fik en plads på stuen. Jeg fik akut kejsersnit, og havde svært ved at komme op af sengen og løfte osv., så han løftede vores barn, skiftede ham, lagde ham ved mig og tog ham igen, hentede mad og væske. Han var min hjælper, og hvis ikke der havde været plads til ham, var det personalet der skulle have hjulpet. Jeg er sikker på, at det var en stor hjælp både for mig og vores søn, men også for personalet!

**Fødende kvinde
(kommentarfelt)**

Udvikling fra 2017-2018

I 2018 er der en fremgang i resultaterne på 17 spørgsmål og tilbagegang på et enkelt spørgsmål ud af 39 spørgsmål, når resultaterne sammenlignes med 2017.

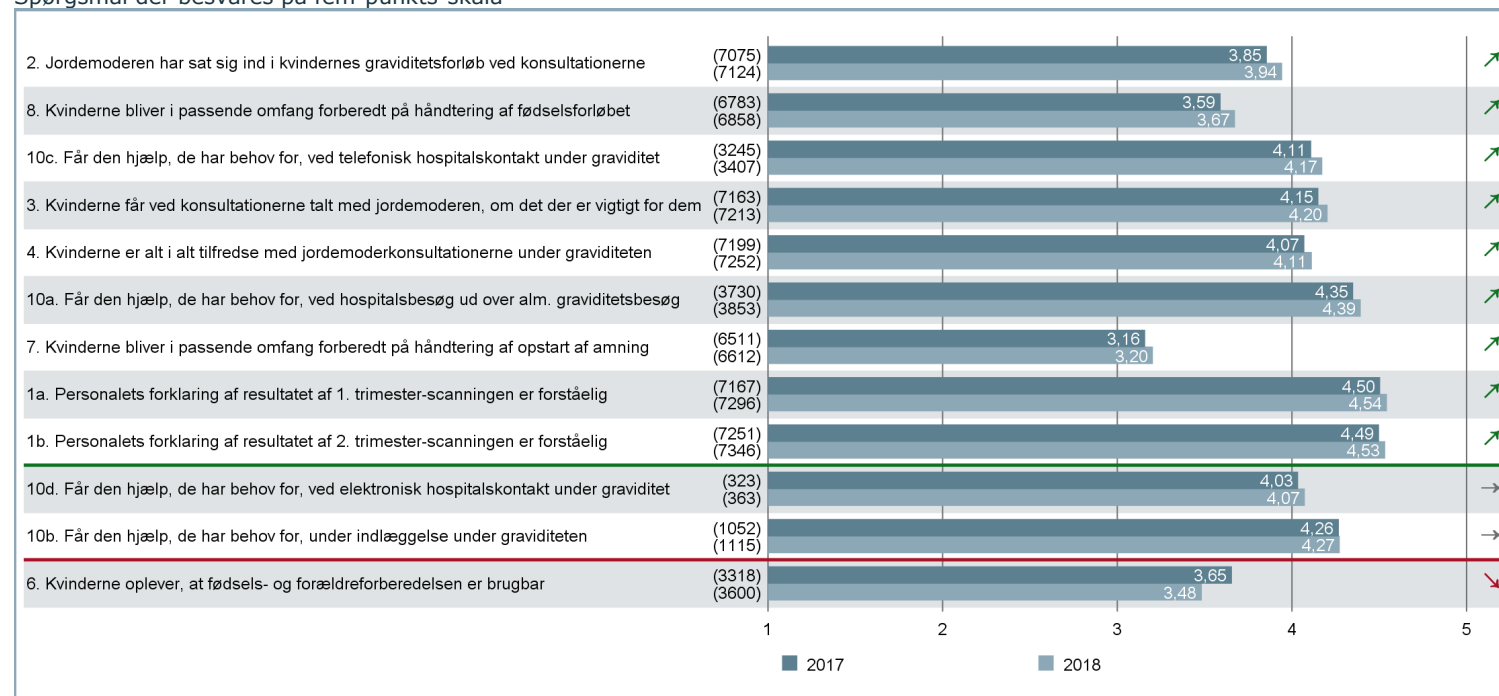
Det er under graviditeten, der er flest spørgsmål med fremgang (se Figur 1.2). Resultatet er forbedret på ni spørgsmål sammenlignet med 2017.

Spørgsmålet med størst fremgang handler om, at jordmoderen har sat sig ind i kvindernes graviditetsforløb ved konsultationerne (spørgsmål 2). Sidste år lå det blandt de fem dårligst vurderede spørgsmål.

Spørgsmålet med næststørst fremgang handler om, at kvinderne i passende omfang bliver forberedt på håndteringen af fødselsforløbet (spørgsmål 8). Dette spørgsmål ligger samtidig blandt de fem dårligst vurderede spørgsmål i undersøgelsen.

Både under fødslen og efter fødslen er der sket en fremgang i resultaterne på fire spørgsmål siden 2017 (se Figur 1.3, Figur 1.4 og Figur 1.5).

Figur 1.2
Graviditeten – tidssammenligning 2017-2018
 Spørgsmål der besvares på fem-punkts-skala



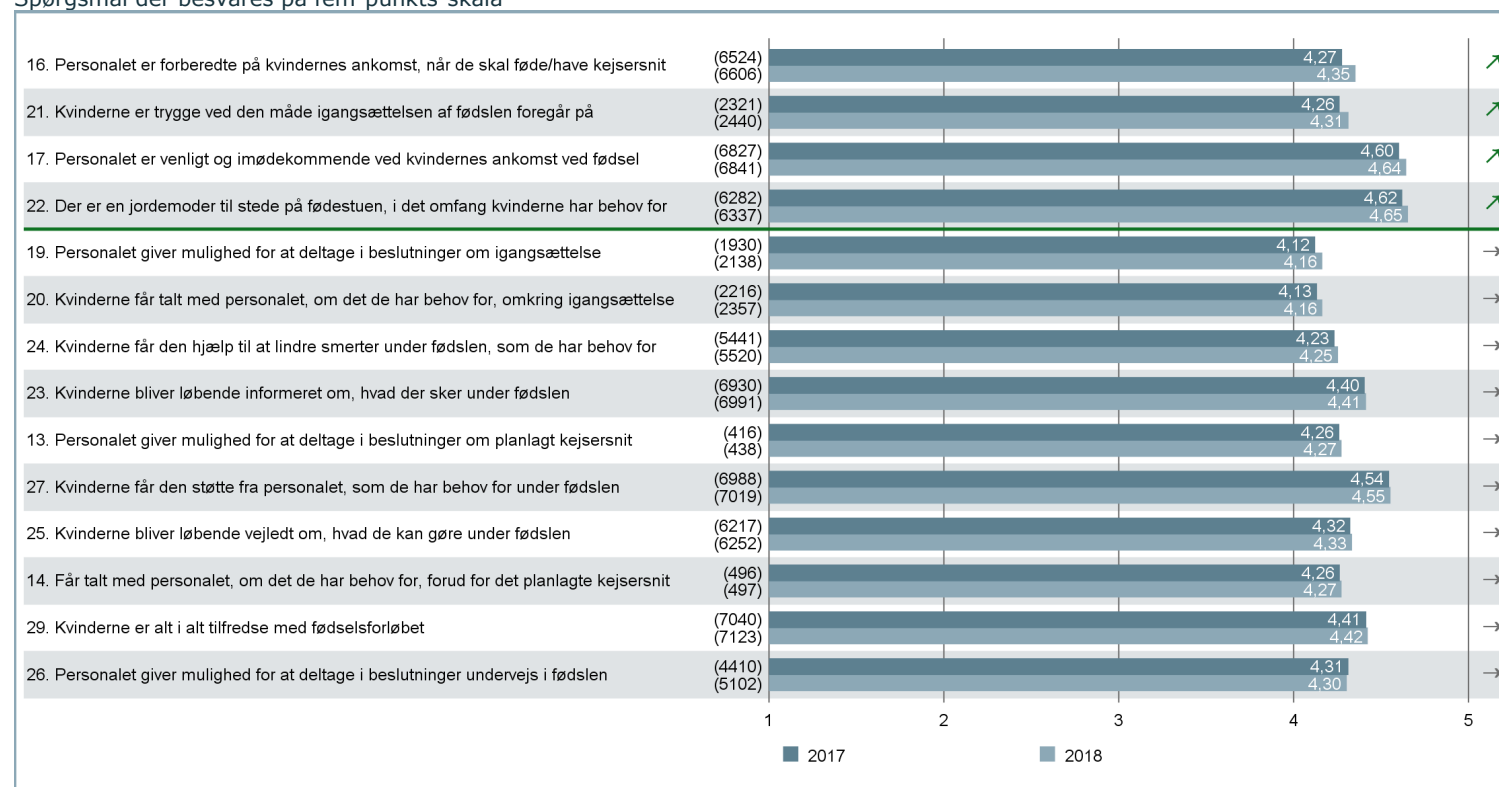
Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af [spørgeskemaet](#). Spørgsmålene er besvaret på en skala fra 1 til 5, hvor 1 svarer til "slet ikke" og 5 svarer til "i meget høj grad". Søjlerne viser gennemsnittet af, hvad patienterne har svaret. Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene yderst til højre viser, om resultatet i 2018 er bedre (↗), dårligere (↘) eller ikke statistisk signifikant forskellig (→) fra resultatet i 2017.

Under fødslen er det resultaterne på spørgsmålet om, hvorvidt personalet er forberedte på kvindernes ankomst, når de skal føde/have kejsersnit, der har størst fremgang (spørgsmål 16).

I forløbet efter fødslen er der størst fremgang på spørgsmålet, om kvinderne får den hjælp, de har behov for, til at passe deres nyfødte på hospitalet (spørgsmål 32).

Det eneste spørgsmål i 2018, der har tilbagegang sammenlignet med 2017, handler om, hvorvidt kvinderne oplever, at fødsels- og forældreforberedelsen er brugbar (spørgsmål 6). Her er gennemsnitsscoren faldet fra 3,7 i 2017 til 3,5 i 2018.

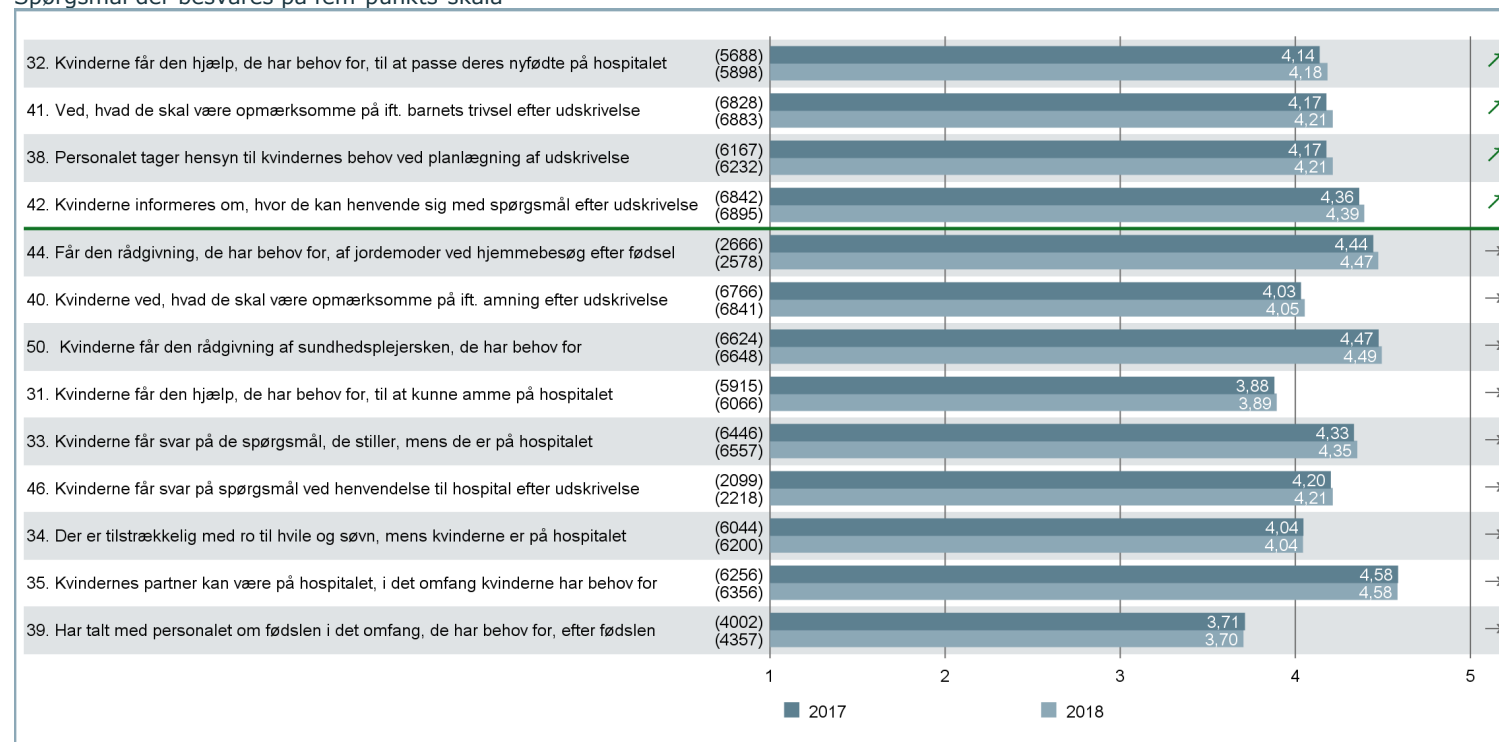
Figur 1.3
Fødslen – tidssammenligning 2017-2018
 Spørgsmål der besvares på fem-punkts-skala



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af [spørgeskemaet](#). Spørgsmålene er besvaret på en skala fra 1 til 5, hvor 1 svarer til "slet ikke" og 5 svarer til "i meget høj grad". Søjlerne viser gennemsnittet af, hvad patienterne har svaret. Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene yderst til højre viser, om resultatet i 2018 er bedre (↗), dårligere (↘) eller ikke statistisk signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

Figur 1.4
Efter fødslen – tidssammenligning 2017-2018

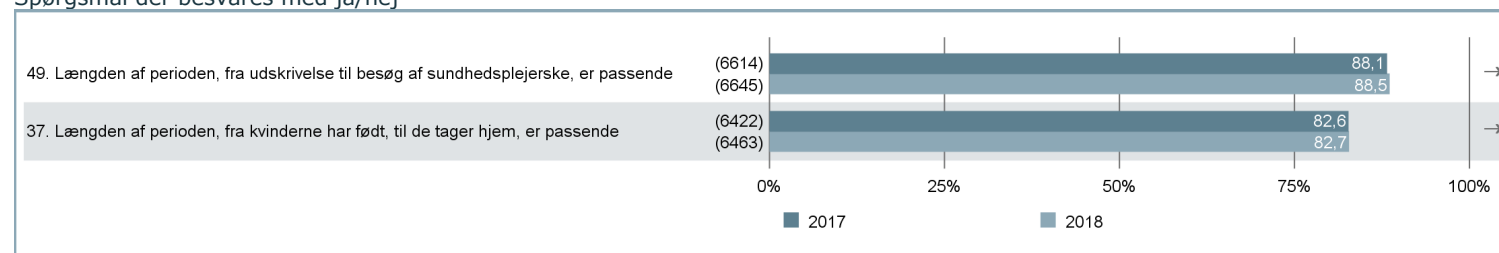
Spørgsmål der besvares på fem-punkts-skala



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af [spørgeskemaet](#). Spørgsmålene er besvaret på en skala fra 1 til 5, hvor 1 svarer til "slet ikke" og 5 svarer til "i meget høj grad". Søjlerne viser gennemsnittet af, hvad patienterne har svaret. Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene yderst til højre viser, om resultatet i 2018 er bedre (↗), dårligere (↘) eller ikke statistisk signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

Figur 1.5
Efter fødslen – tidssammenligning 2017-2018

Spørgsmål der besvares med ja/nej



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af [spørgeskemaet](#). Søjlen viser andelen af patienter, der har svaret ja. Pilene yderst til højre viser, om resultatet i 2018 er bedre (↗), dårligere (↘) eller ikke statistisk signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

Graviditeten

I 2018 er der fremgang i resultaterne på flest spørgsmål om graviditetsforløbet. Samtidig er det under graviditeten, der er det største spænd i kvindernes vurderinger af de forskellige spørgsmål, hvilket også var tilfældet i sidste års undersøgelse. Gennemsnitsscorerne ligger mellem 3,2-4,5.

Figur 1.6 viser resultaterne for spørgsmål om graviditeten. Spørgsmålene handler om kontakt med

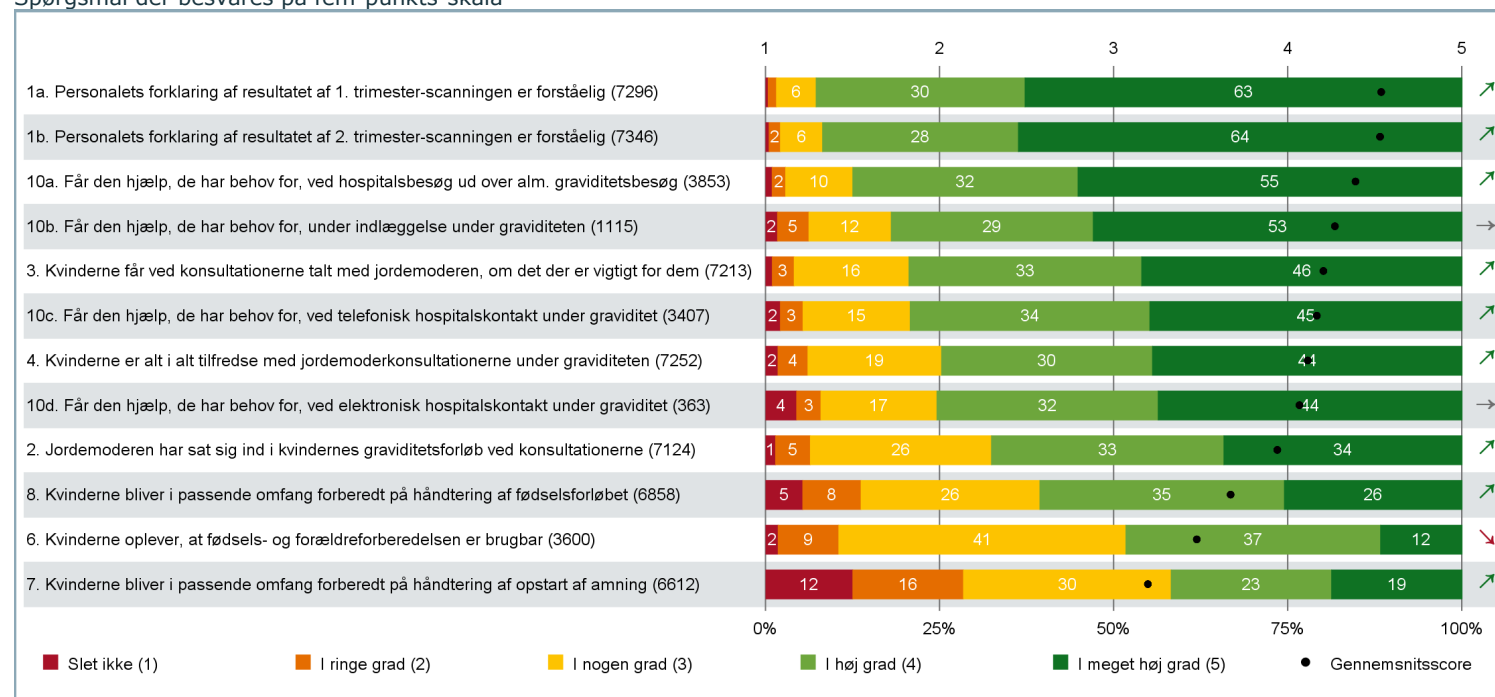
jordemoder og hospital samt fødsels- og forældreforberedelse.

Fremgang i kvindernes oplevelser af personalets forklaring af scanningsresultater

Som i sidste års undersøgelse handler de to bedst vurderede spørgsmål under graviditeten om, at personalet er gode til at forklare resultaterne af både 1. og 2. trimester-scanningen¹ (spørgsmål 1a og 1b). Resultaterne for begge spørgsmål er gået frem siden 2017. 93-92 % af kvinderne oplever i meget høj grad

Figur 1.6
Graviditeten

Spørgsmål der besvares på fem-punkts-skala



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringerne i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af [spørgeskemaet](#). Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene i figuren viser, om resultatet i 2018 er bedre (↑), dårligere (↓) eller ikke statistisk signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

¹1. trimester-scanningen er i uge 11-13 (nakkefoldsscanning). 2. trimester-scanningen er i uge 18-21 (misdannelsesscanning).

eller i høj grad, at personalets forklaring af resultaterne er forståelig.

Fortsat god hjælp ved ikke-planlagte hospitalsbesøg og indlæggelse under graviditet

De næstbedst vurderede områder under graviditeten handler om hjælp ved besøg på hospitalet, ud over de almindelige planlagte konsultationer/besøg, eller ved indlæggelse under graviditeten. Over halvdelen af kvinderne har under graviditeten et ikke-planlagt besøg på hospitalet. Ved disse hospitalsbesøg oplever 55 % i meget høj grad og 32 % i høj grad, at de får den hjælp, de har behov for (spørgsmål 10a). Det er en forbedring i forhold til 2017. Lige under en femtedel af kvinderne har været indlagt i forbindelse med graviditeten, og her oplever størstedelen ligeledes, at de i meget høj grad (53 %) eller i høj grad (29 %) får den hjælp, de har behov for (spørgsmål 10b).

Stadig utilstrækkelig forberedelse på opstart af amning

Som i 2017 er forberedelse på opstart af amning (spørgsmål 7) det dårligst vurderede spørgsmål i hele undersøgelsen, selvom resultatet er forbedret i 2018. Lige under en tredjedel af kvinderne oplever, at de slet ikke (12 %) eller i ringe grad (16 %) bliver forberedt på håndtering af opstart af amning under graviditeten. Flere (13 %) oplever også, at forberedelse på håndtering af fødselsforløbet under graviditeten er utilstrækkelig (spørgsmål 8).

Fald i andel deltagere i fødsels- og forældreforberedelse i mindre grupper

Over halvdelen af kvinderne har deltaget i offentlige tilbud om fødsels- og forældreforberedelse. Gennemsnitsscoren for kvindernes vurdering af tilbuddenes brugbarhed er på 3,5, hvilket er den anden laveste score i undersøgelsen. Det er samtidig det eneste spørgsmål i undersøgelsen, der har tilbagegang i resultaterne sammenlignet med 2017. Kvinder, der

deltager i fødsels- og forældreforberedelse i mindre grupper, oplever, at forberedelsen er mere brugbar end kvinder, der deltager i fødsels- og forældreforberedelse i en større forsamling eller anden form. Det ser ud til, at der fortsat sker et fald i andelen af kvinder, der deltager i fødsels- og forældreforberedelse i mindre grupper og en stigning i andelen, som deltager i en større forsamling siden 2016 (se Tabel 1.1).

Tabel 1.1
Kvindernes deltagelse i offentlige tilbud om fødsels- og forældreforberedelse fra 2016-2018

År	Deltagelse i mindre grupper	Deltagelse i større grupper
2016	60 %	28 %
2017	46 %	47 %
2018	43 %	51 %

Fødslen

Kvindernes oplevelser under fødslen er overvejende positive (se Figur 1.7) og er igen i år blandt de bedst vurderede områder i undersøgelsen med gennemsnitsscorer fra 4,1-4,7. Der er fortsat ikke nær så stor variation i vurderingerne af de forskellige dele af fødselsforløbet som under graviditeten og efter fødslen.

Jordemoder er til stede på fødestuen i tilstrækkeligt omfang

Et af de bedst vurderede spørgsmål i hele undersøgelsen med en gennemsnitsscore på 4,7 handler om, at jordemoderen er til stede på fødestuen i det omfang, kvinden har behov for (spørgsmål 22).

*Fødselsforberedelsen var spild af tid. Vi var alt for mange, og oplægget var for generelt. Der manglede fokus på selve fødslen med vejrtrækningsøvelser og en dybere snak om selve fødselsforløbet - især når det går stærkt. For meget teori og for lidt praksis var det gennemgående tema for fødselsforberedelsen. Det bør der kigges på. **Fødende kvinde (kommentarfelt)***

Resultatet er bedre end i 2017, hvor kvinderne også vurderede spørgsmålet højt. De to næstbedst vurderede spørgsmål handler om, at personalet er venligt og imødekomende ved ankomst til fødeafdelingen (spørgsmål 17), og at kvinderne får den støtte fra personalet, som de har behov for under fødslen (spørgsmål 27).

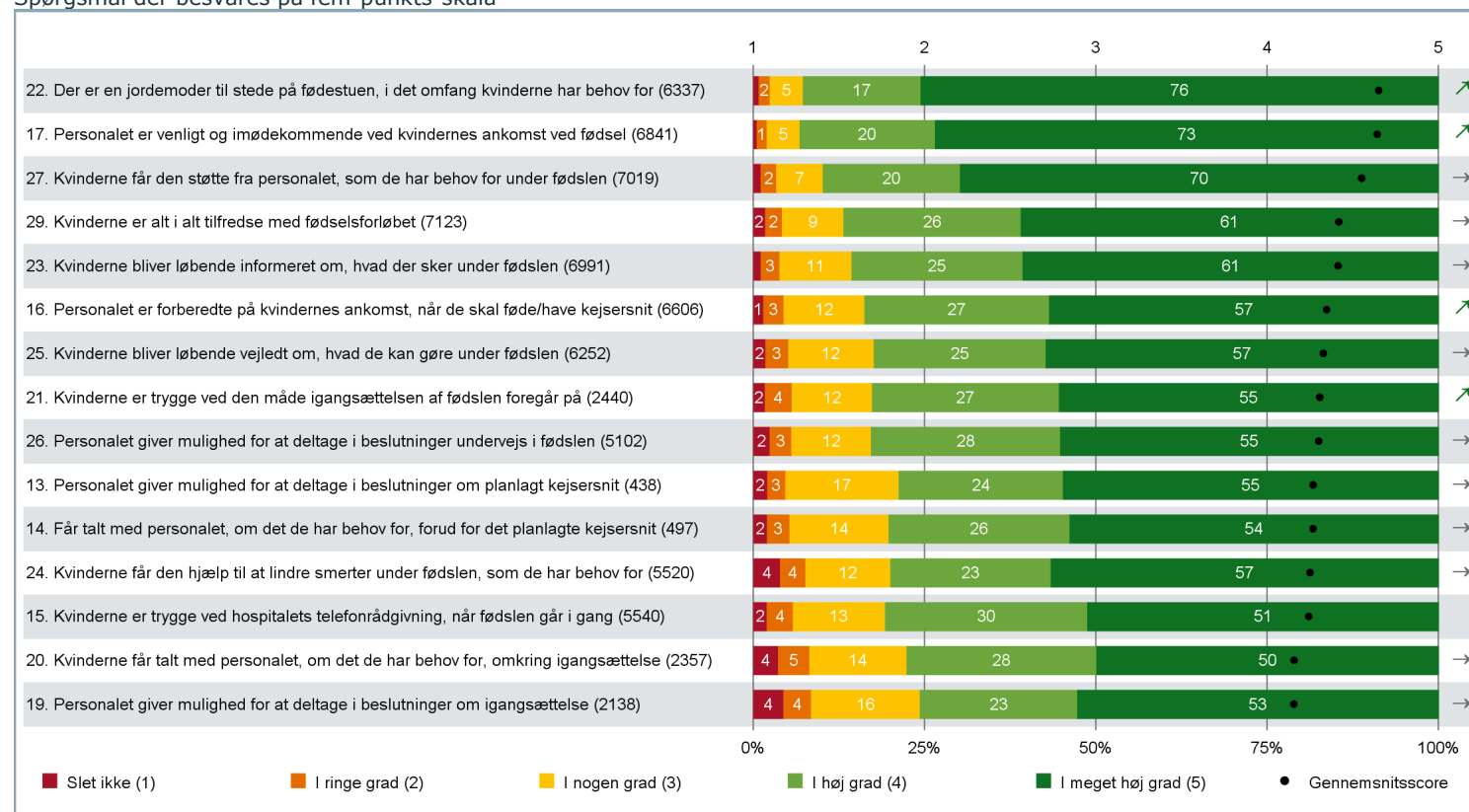
Samlet tilfredshed med fødselsforløbet

87% af kvinderne er i meget høj grad eller i høj grad tilfredse med fødselsforløbet alt i alt (spørgsmål 29). Kvindernes samlede tilfredshed er uændret siden 2017.

Kvindernes vurderinger er forskellige alt efter, *hvordan* og *hvor* kvinderne føder. 11 % af kvinderne i

Figur 1.7
Fødslen

Spørgsmål der besvares på fem-punkts-skala

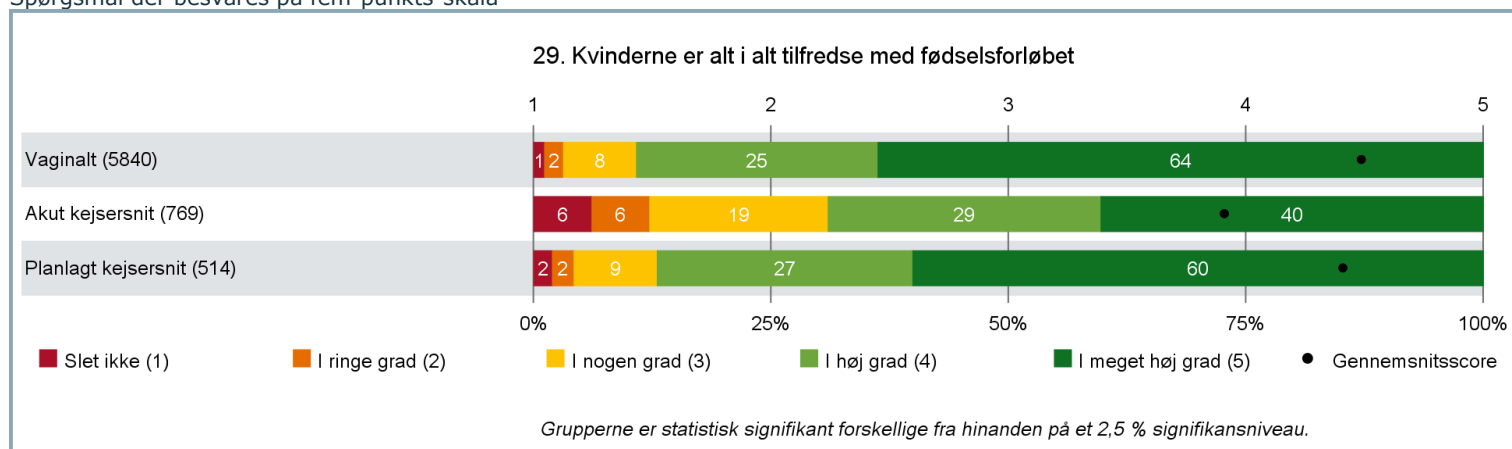


Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringerne i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af [spørgeskemaet](#). Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene i figuren viser, om resultatet i 2018 er bedre (↗), dårligere (↘) eller ikke statistisk signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

undersøgelsen har født ved akut kejsersnit og 7 % ved planlagt kejsersnit. Figur 1.8 viser, at kvinder, der føder vaginalt eller ved planlagt kejsersnit, er mere tilfredse med fødselsforløbet end kvinder, der føder ved akut kejsersnit. Læs mere om kvinders oplevelser og erfaringer med akut kejsersnit i temaafsnittet (Se kapitel 4).

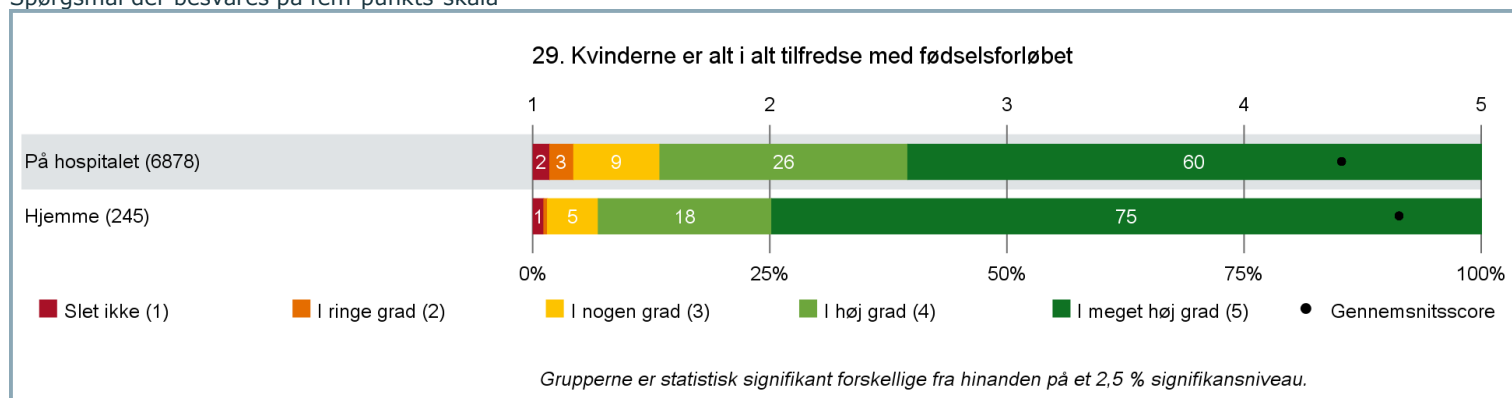
Igen i år er de hjemmefødende mere tilfredse med fødselsforløbet alt i alt end de kvinder, der føder på hospitalet. (se Figur 1.9).

Figur 1.8
Fødselsmåde og samlet fødselsoplevelse
 Spørgsmål der besvares på fem-punkts-skala



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringerne i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af [spørgeskemaet](#). Antal besvarelser er angivet i parentes.

Figur 1.9
Fødselslokation og samlet fødselsoplevelse
 Spørgsmål der besvares på fem-punkts-skala



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringerne i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af [spørgeskemaet](#). Antal besvarelser er angivet i parentes.

Efter fødslen

Variationen i kvindernes oplevelser under den første del af barselsperioden er større end i forløbet under fødslen. Spændet i gennemsnitsscorer går fra 3,7-4,6. Figur 1.10 og Figur 1.11² viser resultaterne for perioden umiddelbart efter fødslen.

Der er plads til partneren på hospitalet

Et af de bedste resultater i undersøgelsen handler igen i 2018 om, at partneren kan være til stede hos kvinden og

barnet på hospitalet efter fødslen, i det omfang kvinden har behov for (spørgsmål 35).

Sundhedsplejersken giver god rådgivning

Ni ud af ti kvinder oplever, at de i meget høj grad eller i høj grad får den rådgivning af sundhedsplejersken, som de har behov for (spørgsmål 50). Som det fremgår i Figur 1.11, finder størstedelen af kvinderne også perioden fra udskrivelse til første sundhedsplejerskebesøg passende (spørgsmål 49).

Figur 1.10
Efter fødslen

Spørgsmål der besvares på fem-punkts-skala



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringerne i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af [spørgeskemaet](#). Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene i figuren viser, om resultatet i 2018 er bedre (↗), dårligere (↘) eller ikke statistisk signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

Figur 1.11 viser to spørgsmål, der ikke er på en fempunktsskala. Derfor er de opstillet i en figur for sig.

Tidspunktet for udskrivelse fra hospitalet er der til gengæld lidt flere, som er utilfredse med. 9 % af kvinderne oplever, at perioden fra fødsel til udskrivelse er for kort, mens 8 % oplever, at den er for lang (spørgsmål 37).

Kvinderne har stadig behov for bedre hjælp til amning og mulighed for at få talt om fødslen

For perioden efter fødslen handler spørgsmålet med den laveste gennemsnitsscore om, hvorvidt kvinderne får talt med personalet om fødslen i det omfang, de har behov for³ (spørgsmål 39). Det var også tilfældet sidste år. Der ser også stadig ud til at være et behov for bedre hjælp til amning efter fødslen. 4 % af kvinderne får slet ikke, og 9 % kun i ringe grad, den hjælp, de har behov for til at kunne amme på hospitalet (spørgsmål 31).

Temaspørgsmål for LUP Fødende 2018

Hvert år indgår der temaspørgsmål i LUP Fødende, som afdækker aktuelle temaer eller uddyber eksisterende temaer i undersøgelsen. Disse spørgsmål indgår som udgangspunkt kun ét år og kan derfor ikke sammenlignes over tid som de øvrige spørgsmål.

I 2018 er der to temaspørgsmål om jordemoderkonsultationer (spørgsmål 51 og 52). Det ene er et kommentarfelt om, hvad kvinderne mener er særligt godt eller kan gøres bedre i forbindelse med indholdet af deres jordemoderkonsultationer.

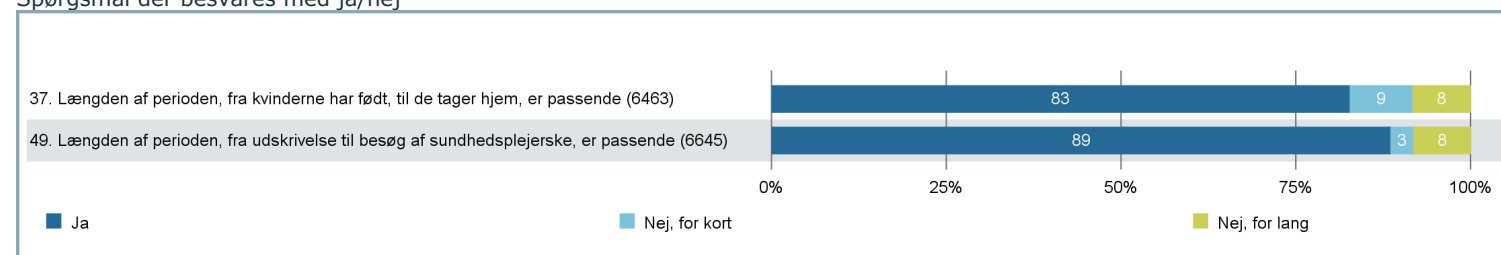
Derudover er der tre temaspørgsmål om telefonrådgivningen, når fødslen går i gang (spørgsmål 53-55). Det ene spørgsmål er ligeledes et kommentarfelt om, hvad kvinderne mener er særligt godt eller kan gøres bedre, når de ringer til fødeafdelingen, når fødslen går i gang.

Telefonrådgivning når fødslen går i gang

Et af de faste spørgsmål i spørgeskemaet handler om kvindernes oplevelse af tryghed ved telefonrådgivningen, når fødslen går i gang (spørgsmål 15). Spørgsmålet ligger blandt de tre dårligst vurderede spørgsmål under fødselsforløbet (Se Figur 1.7). I årets temaspørgsmål om telefonrådgivningen fremgår det, at næsten hver tiende kvinde oplever, at de slet ikke eller i ringe grad har fået mulighed for at deltage i beslutningen om, hvornår de skal ind på fødeafdelingen. 88 % af kvinderne vurderer dog, at personalet i høj grad eller i meget høj grad lytter

Figur 1.11
Efter fødslen

Spørgsmål der besvares med ja/nej



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringen i afkortet form. Spørgsmålets fulde formulering fremgår af [spørgeskemaet](#). Antal besvarelser er angivet i parentes.

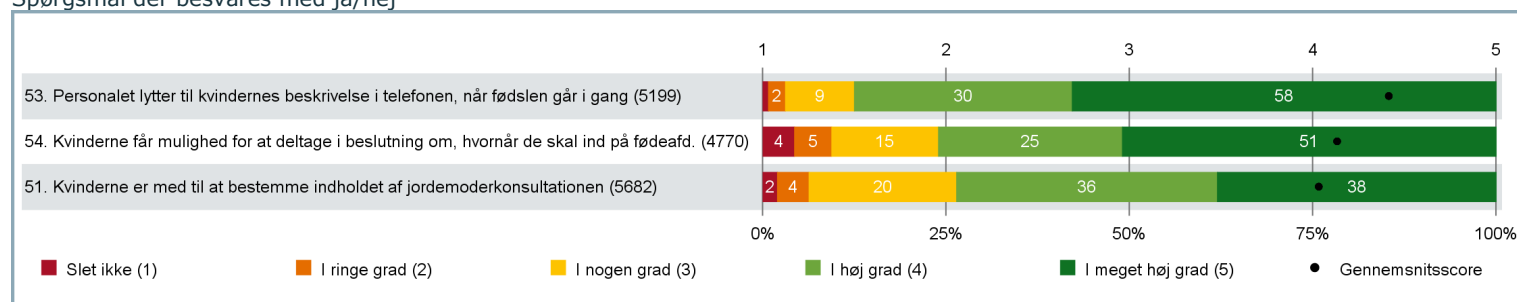
³ 36 % af kvinderne svarer "Ikke relevant" til spørgsmålet, enten fordi de ikke har behov for at tale med personalet om fødslen, eller fordi de har planlagt en samtale senere end tidspunktet for udfyldelse af spørgeskemaet.

til beskrivelsen af deres tilstand, når de ringer ind til fødeafdelingen, når fødslen går i gang (spørgsmål 53 og 54 i Figur 1.12). Læs mere om kvinders oplevelse af telefonrådgivningen, når fødslen går i gang i årets tema (se kapitel 3).

Jordemoderkonsultationer

74 % af kvinderne oplever i høj grad eller i meget høj grad, at de er med til at bestemme indholdet af jordemoderkonsultationerne (spørgsmål 51⁴ i Figur 1.12). Vi har analyseret 500 udfyldte kommentarer om, hvad kvinderne mener er særligt godt, eller kan gøres bedre i forbindelse med jordemoderkonsultationerne. I Figur 1.13 fremgår de to overordnede temaer, som træder frem i analysen. For kvinderne er noget af det vigtigst i forbindelse med konsultationerne at blive "set og hørt" af jordemoderen samt at opleve kontinuitet. Et gennemgående træk i kvindernes kommentarer er, at det er vigtigt, at jordemoderkonsultationerne er tilpasset kvindernes individuelle situation og behov.

Figur 1.12
Temaspørgsmål om telefonrådgivning, da fødslen gik i gang og jordemoderkonsultationer
 Spørgsmål der besvares med ja/nej



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringen i afkortet form. Spørgsmålets fulde formulering fremgår af [spørgeskemaet](#). Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilen i figuren viser, om resultatet i 2018 er bedre (↗), dårligere (↘) eller ikke statistisk signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

⁴15 % af kvinderne svarer "Ikke relevant" til spørgsmålet, fordi de ikke har behov for at være med til at bestemme indholdet af jordemoderkonsultationen.

Figur 1.13
Kvindens oplevelser af indholdet af jordemoderkonsultationerne

"Alle jordemødre har været meget omsorgsfulde og lyttet til mine behov. Det har været en fantastisk støtte og skabt den fornødne tryghed."

DET ER VIGTIGT AT BLIVE "SET OG HØRT" AF JORDEMODEREN

Kvinder, der oplever, at jordemoderen ikke tager højde for deres behov i jordemoderkonsultationerne kommenterer, at de føler sig forvirrede og utrygge, og oplever at samtalerne er formålsløse. For at kvinderne får et positivt udbytte af jordemoderkonsultationernes indhold, er det vigtigt at jordemoderen:

- **Tilrettelægger konsultationen efter kvindens behov**
 Det er vigtigt for kvinderne, at jordemoderen forventningsafstemmer indholdet af jordemoderkonsultationen med dem ved konsultationens start. Nogle kvinder kommenterer, at de har brug for en samtale, hvor der er fokus på deres egne spørgsmål. Andre kvinder har brug for, at jordemoderen selv tilrettelægger indholdet af konsultationen. Kvindernes forskellige behov kalder derfor på en individuel tilrettelæggelse af konsultationerne.
- **Tager højde for kvindens situation**
 Det er afgørende for kvinderne, at jordemoderen tager højde for deres specifikke situation i konsultationerne. Jordemoderen kan eksempelvis spørge ind til/lytte til oplevelser fra tidligere graviditeter, samspillet mellem kronisk sygdom og graviditet eller oplevelser med partner og familie.
- **Giver information og gode råd**
 Kvinderne kommenterer, at de værdsætter at modtage gode råd og information fra deres jordemoder. Flere kvinder efterspørger eksempelvis rådgivning om amning, selve fødslen og de tilbud, der findes for gravide.

"Der har været godt styr på min situation, og jeg har følelsen af, at jordemoderen inden min konsultation har læst op på, hvad de andre jordemødre har fået oplyst fra mig."

DET ER VIGTIGT, AT DER ER KONTINUITET I FORLØBET HOS JORDEMODEREN

Kvinder, der ikke oplever kontinuitet i deres jordemoderkonsultationer, udtrykker forvirring og frustration over forløbet. For at kvinderne får et trykt og sammenhængende forløb hos jordemoderen, er det vigtigt at jordemoderen:

- **Sætter sig ind i den gravides historie**
 Det er vigtigt for kvinderne, at jordemoderen kender deres graviditetsforløb, så de ikke skal "starte forfra" ved hver konsultation. Når jordemoderen er velinformeret om kvindernes forløb, oplever kvinderne ro og sammenhæng i forløbet.
- **Giver enslydende faglige vurderinger**
 Kvinder, som ser flere forskellige jordemødre gennem deres forløb, kommenterer, at de nogle gange får modstridende faglige vurderinger. Det skaber forvirring og usikkerhed hos kvinderne, og derfor er det afgørende, at der er overensstemmelse mellem de informationer, som de får af de forskellige jordemødre.
- **Følger op på tidligere konsultationer**
 Flere kvinder fremhæver, at det skaber tryghed, når der bliver fulgt op på konsultationerne. Fx når jordemoderen følger op på rådgivning fra tidligere konsultationer, så kvinderne kan vende med jordemoderen, hvordan det er gået siden da.

2

Forskelle på afdelings- og regionsniveau

Forskelle mellem afdelinger

LUP Fødende 2018 dækker over store forskelle i resultater mellem de enkelte fødeafdelinger. Gennemsnitsscorer bliver beregnet for de fleste spørgsmål. Spørgsmål med store forskelle i scorerne mellem fødeafdelinger indikerer, at der er et udviklingspotentiale for fødeafdelinger med lave gennemsnitsscorer, og at de kan hente inspiration blandt fødeafdelinger med høje gennemsnitsscorer på samme spørgsmål.

Figur 2.1 viser de fem spørgsmål, hvor der er størst forskel mellem fødeafdelinger med henholdsvis den laveste og højeste gennemsnitsscore. Tre af spørgsmålene i Figur 2.1 (spørgsmål 7, 31 og 39), er også blandt de spørgsmål, der på landsplan har nogle af de laveste gennemsnitsscorer (se Figur 1.1).

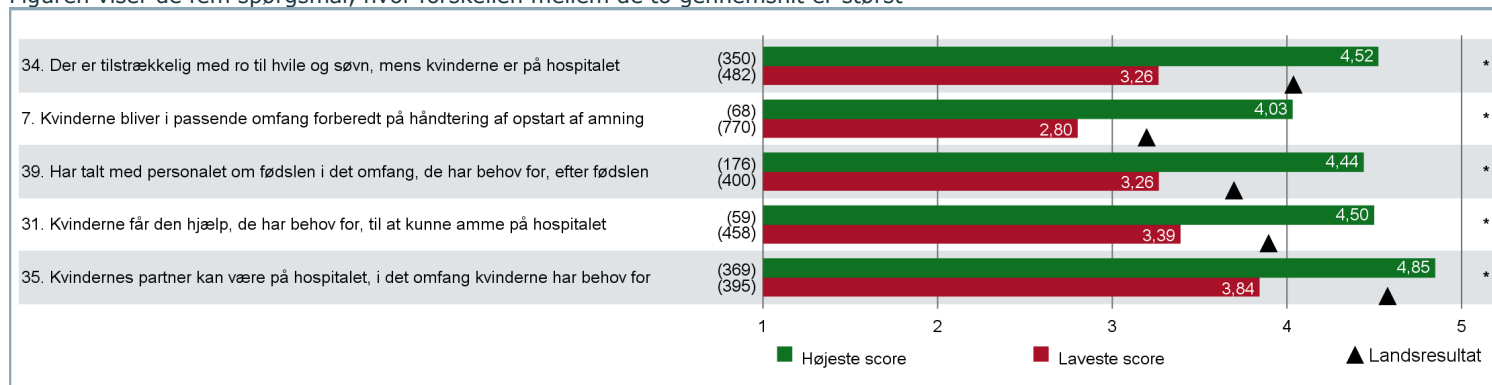
Selvom nogle af spørgsmålene er blandt de spørgsmål, der scorer lavest i undersøgelsen, er der afdelinger, som formår at få høje gennemsnitsscorer.

Et eksempel er spørgsmål 7 - at kvinderne i passende omfang bliver forberedt på håndtering af opstart af amning under graviditeten. Her er landsresultatet 3,2, mens resultatet på Fællesklinik Thisted i Region Nordjylland er 4. Det er også Fællesklinik Thisted, der med en gennemsnitsscore på 4,5 ligger højest på spørgsmålet om kvinderne får den hjælp, de har behov for, til at kunne amme på hospitalet (spørgsmål 31).

Hvad angår spørgsmål 34 - at der er tilstrækkelig med ro til hvile og søvn, mens kvinderne er på hospitalet, ligger landsresultatet på 4. Her er Hospitalsenheden Vest i Region Midtjylland med til at trække landsresultatet op med en score på 4,5.

Figur 2.1
Forskelle mellem fødeafdelinger med højst og lavest score

Figuren viser de fem spørgsmål, hvor forskellen mellem de to gennemsnit er størst



Note: Figuren er sorteret efter forskellen i gennemsnitsscore for den højest og lavest scorende afdeling. Spørgsmålet med størst forskel ligger derfor øverst i figuren. I figuren indgår afdelinger med minimum 15 svar. Teksterne angiver spørgsmålsformuleringerne i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af [spørgeskemaet](#). Spørgsmålene er besvaret på en skala fra 1 til 5, hvor 1 svarer til "slet ikke" og 5 svarer til "i meget høj grad". Søjlerne viser gennemsnittet af, hvad kvinderne har svaret. En '*' angiver, at forskellen mellem de to afdelinger er statistisk signifikant.

Forskelle mellem regioner

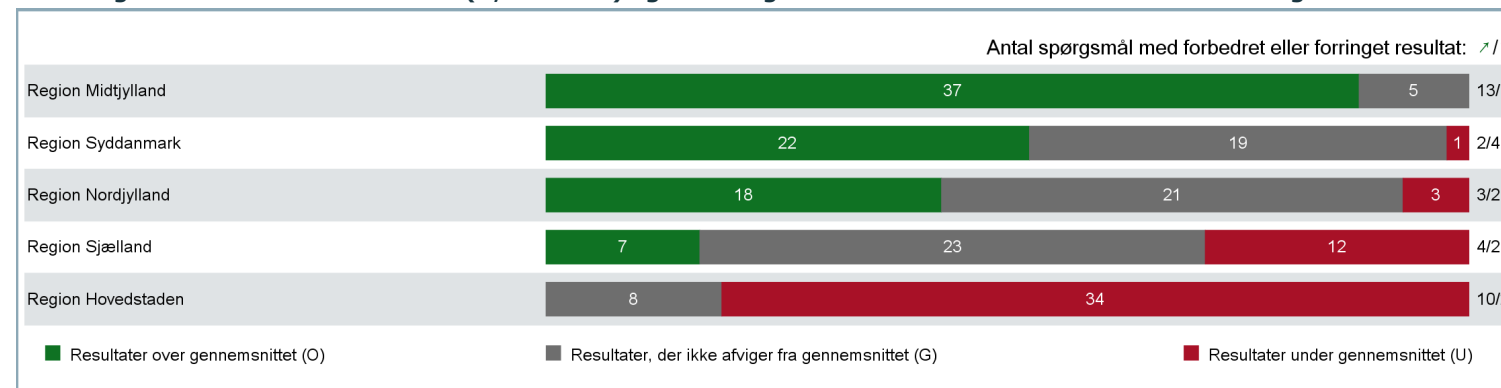
På regionalt niveau er der også forskelle i resultater, som kan give anledning til inspiration og læring regionerne imellem. Figur 2.2 viser, hvordan de enkelte regioner overordnet placerer sig for de spørgsmål i undersøgelsen, som er sammenlignet med landsresultatet. I figuren er angivet, hvor mange spørgsmål der er over (O), under (U) eller ikke statistisk signifikant forskelligt fra landsresultatet (G) ⁵

Som i 2017 ligger hovedparten af Region Midtjyllands og Region Syddanmarks resultater over landsresultatet, mens Region Hovedstaden overvejende har resultater under landsresultatet. Region Sjælland og Region Nordjylland har flest resultater, der ikke adskiller sig fra landsresultatet.

Selvom Region Hovedstaden klarer sig dårligst på landsplan, har regionen sammen med Region Midtjylland i 2018 fremgang på flest spørgsmål sammenlignet med

sidste år. Region Hovedstaden har forbedrede resultater på 10 spørgsmål, mens Region Midtjylland har forbedrede resultater på 13 spørgsmål.

Figur 2.2
Placering i forhold til landsresultatet (O, U eller G) og udvikling i resultater fra 2017 til 2018 for de fem regioner



Note: O og U angiver, at regionsresultatet for et spørgsmål ligger henholdsvis over (O) eller under (U) landsresultatet, mens G angiver, at regionsresultatet for et spørgsmål ikke afviger statistisk signifikant fra landsresultatet. Bemærk at regionernes resultater ikke er testet parvis (indbyrdes) op imod hinanden. Et resultat for én region, der har en O-placering i forhold til landsresultatet, er således ikke nødvendigvis bedre end et resultat fra en anden region, som har en G-placering i forhold til landsresultatet. Optælling af antal spørgsmål med henholdsvis forbedret (↗) eller forringet (↘) resultat siden 2017 fremgår yderst til højre.

⁵ I bilagstabellen for LUP Fødende 2018 fremgår alle spørgsmål med både regioners og afdelingers placering i forhold til landsresultatet.



3

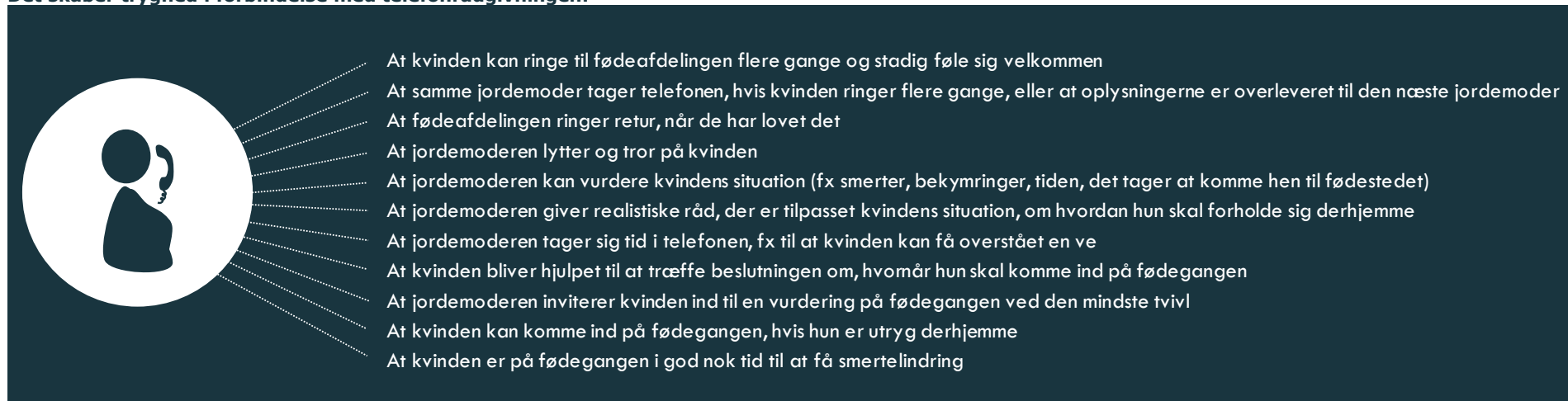
TEMA:

**Telefonrådgivning når
fødslen går i gang**

En fødsel er en uvant situation, og den telefonrådgivning, der finder sted ved begyndelsen af kvindens fødsel, er vigtig for at skabe tryghed og give den fornødne ro for kvinden i forbindelse med fødslen. Telefonrådgivningen er også vigtig for at finde det rette tidspunkt, hvor kvinden skal komme ind på fødegangen. Samtidig er telefonsamtalen kvindens første kontakt med fødegangen, og den har betydning for kvindens samlede fødselsoplevelse.

I dette tema får du kvindernes perspektiv på telefonrådgivningen, når fødslen går i gang. KOPA har opsamlet hovedpointer fra spørgeskemaets kommentarfelt om telefonrådgivningen og udfoldet disse med dybdegående interview med 10 kvinder, der har besvaret LUP spørgeskemaet. Du kan ligeledes hente inspiration fra to hospitaler, hvor de fødende har særdeles positive oplevelser af telefonrådgivningen.

Figur 3.1
Det skaber tryghed i forbindelse med telefonrådgivningen:



Kvinder har blandede oplevelser af telefonrådgivningen før fødslen

KOPA har analyseret ca. 500 kommentarfelter, som kvinderne har udfyldt om telefonrådgivningen. Analysen peger på en række temaer. Med udgangspunkt i disse temaer har KOPA gennemført dybdegående telefoninterview med 10 kvinder fordelt på alle regioner (seks førstegangs- og fire flergangsfødende)⁶.

Kvinderne er ofte i tvivl om, hvornår de skal ringe

De interviewede kvinder føler sig generelt godt forberedte på, hvordan de skal forholde sig derhjemme op til fødslen. Nogle har erfaring fra en tidligere fødsel, andre har viden fra bøger, veninder, internettet, orienteringsmøder på hospitalet, privat fødselsforberedelse/foredrag og fra konsultationsjordemoderen. Dog er særligt de førstegangsfødende i tvivl om, hvornår de skal ringe. Flere af de interviewede kvinder fortæller, at de ikke vil trænge sig på og derfor tøver med at ringe. De flergangsfødende kommer i tvivl om, hvornår de skal ringe, hvis fødselsforløbet er anderledes end ved tidligere fødsler. En anden slags tvivl opstår, hvis kvinden har fået udleveret mange forskellige telefonnumre i forbindelse med deres graviditet, og derfor bliver i tvivl om, hvilket nummer der er til fødegangen.

Vigtigt at føle sig hørt i telefonen i en sårbar situation

Flere af kvinderne beskriver sig selv som sårbare og stressede i fødselssituationen, og de fremhæver, at de har brug for at blive mødt med omsorg i telefonen, når de ringer til hospitalet op til fødslen.

” Den måde jeg blev mødt første gang var ikke varm og tryk. Hun sagde: ”jeg skal lige høre dig have en ve”. Så jeg tænkte, om jeg skulle ”fake” den, fordi det lød som om, de ellers ikke ville tage imod mig, og jeg var meget utryk ved at være derhjemme. **Fødende kvinde**

Nogle kvinder oplever, at jordemoderen ikke tror, at de er så langt i fødslen, som de er, fordi de kan tale igennem deres veer eller er for fattede:

” Grundlaget for at jeg ikke skulle komme ind var, at jeg lød for fattet, selvom jeg beskrev, hvordan jeg havde det. Jeg lever af at være fattet, og jeg kunne have løst et regnestykke mellem veerne, hvis det skulle være. **Fødende kvinde**

En del kvinder fortæller eller skriver i kommentarfelterne, at de har fået besked på, at de skal lægge sig til at sove eller hvile sig, men kvinderne oplever det som et standardsvar, som de ikke har mulighed for at følge i deres konkrete situation.

” Tag et par Panodil og læg dig til at sove.” Der følte jeg ikke, at hun lyttede til, hvad jeg sagde. Jeg kunne selvfølgelig ikke sove. Jeg kunne kun stå op. **Fødende kvinde**

⁶ De ti interviewede kvinder har født i august 2018 og har besvaret spørgeskemaet til LUP Fødende 2018. Kvinderne er udvalgt tilfældigt efter følgende kriterier: har født på forskellige fødesteder fordelt i de fem regioner. Der indgår både kvinder med positiv og negativ vurdering af telefonrådgivningen.

En del kvinder skriver i kommentarfeltet, at de ringer ind og får at vide, at hospitalet vil ringe retur, men at dette aldrig sker - eller først sker flere timer senere. Kvinderne efterlyser, at jordemoderen sikrer sig, at kvindens henvendelse ikke er akut.

” *Jeg nåede kun at sige mit navn, og så spurgte jordemoderen, om jeg ville ringe igen om 10 minutter, fordi de var i gang med et vagtskifte. Hun spurgte ikke, om jeg var ok. Jeg ville have foretrukket, at hun havde spurgt, om det var noget akut. **Fødende kvinde (kommentarfelt)***

Flere kvinder beskriver dog, at jordemoderen, de taler med i telefonen, er imødekommende, tager sig god tid og siger, at kvinden bare skal ringe igen, og det er noget, de værdsætter, da det giver dem ro.

” *Jeg fik ikke indtryk af, at hun var træt af at tale med mig. Hun var glad og smilende at høre på, hver gang jeg ringede. Det var virkelig vigtigt og gav noget ro. **Fødende kvinde***

Afvigende forløb skaber tvivl hos den fødende og jordemoderen

En del kvinder beskriver deres fødselsforløb som afvigende fx i forhold til veernes regelmæssighed eller tiden mellem veerne. Nogle oplever, at den smerte, der er beskrevet i det skriftlige materiale, er værre, end den de selv oplever, og derfor tror de ikke, at de skal ringe, selvom de er tæt på selve fødslen.

” *Vi havde fået at vide, at veerne skal være regelmæssige, at der skal være fem minutter imellem dem, og de skal være lige stærke, og de skal vare en time, før man skal ringe. Da jeg ringede, fik jeg at vide, at det skulle være med tre minutters varighed, og de skulle være kraftigere, men de blev ikke kraftigere, og de blev mere uregelmæssige. **Fødende kvinde***

Forskellige jordemødre i telefonen kræver overlevering

Hovedparten af de interviewede kvinder ringer til fødegangen to eller flere gange. Flere kvinder taler med den samme jordemoder, men ikke alle. Nogle er glade for at tale med den samme, mens andre siger, at det ikke har den store betydning, så længe der er en god overlevering mellem jordemødrene.

” *Det betød ikke noget, at det var to forskellige. Det er meget betryggende, at de skriver journalnotater, så de let kan finde frem til den tidligere samtale, jeg havde med den anden jordemoder. **Fødende kvinde***

En kvinde, der taler med to forskellige jordemødre, oplever at få modstridende råd og får følelsen af, at hun har gjort noget galt, da hun følger den første jordemoders råd.

”

Den første jordemoder sagde, at jeg skulle stoppe med pillerne, og så sagde den anden: "du skulle aldrig være stoppet med pillerne". De modsagde hinanden, og det irriterede mig egentlig lidt. Jeg havde jo bare lyttet til den ene jordemoders anvisninger, og så følte jeg, at den anden bebrejdede mig. **Fødende kvinde**

Vigtigt at være med til at beslutte tidspunktet for ankomst til fødeafdelingen

En del af kvinderne vil gerne ind på hospitalet tidligere, end de kommer. Nogle kommer så sent ind, at de ikke kan nå at få smertestillende behandling under fødslen, hvilket de ærgrer sig over.

”

Jeg måtte ikke komme ind, før der var 4-5 minutter imellem [veerne]. Til sidst var det uudholdeligt, og jeg ringede og sagde, at nu kan jeg ikke holde det ud mere. Og lige da jeg kom ind på fødegangen kom den første presseve, og jeg fik at vide, at jeg ikke måtte presse, fordi stuen ikke var klar endnu. **Fødende kvinde**

”

I fødselsforberedelsen gav de udtryk for, at hvis man var utryk, skulle man bare komme derind, men det var ikke det indtryk, jeg fik, da jeg ringede derind. De var ikke "så large", det hele handlede om, hvorvidt der var plads. **Fødende kvinde (kommentarfelt)**

For de kvinder der har oplevet at komme for sent på hospitalet, trækker det ned på deres samlede vurdering af fødselsforløbet. De fleste kvinder oplever dog, at det er rart at være hjemme så længe som muligt, og de oplever, at de kommer ind på fødegangen på det rette tidspunkt.

”

Når jeg bliver taget seriøst, føler jeg mig tryk, og at det er hende, der er den kompetente og tager beslutningen om, at jeg skal komme ind. Det er rart, at det ikke er mig, der skal ind og overtale dem til at måtte komme ind. **Fødende kvinde**

De kvinder, der har lang vej til hospitalet, opfordrer til, at fødeafdelingerne er opmærksomme på dette i vurderingen af tidspunktet for, hvornår kvinderne skal køre afsted til hospitalet.

Telefonrådgivningen har stor betydning for trygheden hjemme

Alle kvinderne oplever, at telefonrådgivningen har stor betydning som første kontakt med fødegangen, og at den kan være med til at give ro og tryghed i en sårbar situation.

”

Den [telefonrådgivningen] tillægger jeg ret stor værdi, for den gjorde mig tryk i den spæde start af fødslen. Det hjalp mig rigtig meget, at der sad nogle kompetente mennesker i den anden ende, der har prøvet det mange gange før, for man er enormt usikker på, hvordan ting skal føles. **Fødende kvinde**



CASE: Organisering af telefonpasningen og fokus på kommunikation

Kvinderne på Sydvestjysk Sygehus er trygge ved den telefonsamtale, de har med fødeafdelingen, når fødslen går i gang. Men sådan har det ikke altid været. Afdelingen har rykket sig fra ikke at adskille sig fra landsresultatet til at ligge helt i top på landsplan i LUP 2017. Afdelingen mener selv, at det kan tilskrives en ny organisering af telefonpasningen og fokus på kommunikationen med kvinderne i telefonrådgivningen. Regionshospitalet Horsens har altid haft gode LUP resultater i forhold til telefonrådgivningen. KOPA har derfor talt med begge afdelinger for at høre, hvordan de griber telefonrådgivningen an.

Der er én, der tager telefonen

På Regionshospitalet Horsens udpeger de dagligt én jordemoder på fødegangen, som tager telefonen. Det bevirker, at de kvinder, der ringer til fødegangen flere gange, taler med den samme jordemoder, som derved kender kvindens historie og let kan følge op.

”

Vi forsøger at holde telefonen på en enkelt person. Det er fordi, det er rart at komme til at tale med den samme, så man ikke skal starte fra Adam og Eva.

**Kvalitetsjordemoder Vibeke Visti,
Regionshospitalet Horsens**

På Sydvestjysk Sygehus har de en "ressourcejordemoder", der har overblik og erfaring. Hun er på arbejde fra kl. 7.30 til kl. 19.30 og tager telefonen i denne tidsperiode. Det giver noget kontinuitet i samtalerne og giver en god oplevelse for både den gravide og for jordemoderen, der ikke skal bruge tid på at finde kvindens journal igen, fortæller jordemoderleder Liselotte Holst. Hospitalet har i alt seks jordemødre, der har denne funktion fast, så disse er rutinerede telefonrådgivere.

På begge hospitaler går jordemoderen med telefonen til hænde ved fødslerne på afdelingen, men hun har ikke ansvaret for selve fødslerne og har dermed den fornødne tid til telefonsamtalerne.

”

Man kan tage lidt bedre tid og give lidt ekstra opmærksomhed i og med, at man ikke skal stå med en fødsel samtidig, for så kan det godt være svært.

**Kvalitetsjordemoder Vibeke Visti,
Regionshospitalet Horsens**

Bruger den fornødne tid i telefonen

På Sydvestjysk Sygehus har de en uskreven regel om, at kvinden aldrig afvises. Det betyder ikke nødvendigvis, at kvinderne kommer ind, hver gang de har haft telefonisk kontakt, men det at de bliver hørt, giver dem tryghed.

”

Vi har respekt for, at hun er bekymret. Selvom vi umiddelbart vurderer, at hun endnu ikke er i aktiv fødsel, så inviterer vi hende ind.

**Jordemoderleder Liselotte Holst,
Sydvestjysk Sygehus**

På Regionshospitalet Horsens prioriterer de at bruge tid på at afklare, om kvinderne er trygge ved at vente derhjemme, eller om de har behov for at komme ind på fødegangen til en vurdering. Før kvinderne kommer ind på fødegangen, forsøger personalet at forventningsafstemme ved at forberede kvinderne på, at der kan være travlt, men at de bliver tilset så hurtigt som muligt.

Har fokus på kommunikation

På Sydvestjysk sygehus er tilgangen, at kvinderne ringer, fordi de har et behov. Er der tvivl fra jordemoderens side om, hvorvidt kvinden er i fødsel, får det ikke lov til at skinne igennem. De har generelt meget fokus på deres kommunikation med de fødende, og de sørger for at afslutte en samtale med at sikre, at kvinden

har forstået det, som jordemoderen har informeret om, og at hun er tryk ved det aftalte.

”

Det er afsenderen, der har ansvaret for, at budskabet bliver forstået. Det er ikke kvinden, der har en forpligtelse til at forstå det, vi siger.

**Jordemoderleder Liselotte Holst,
Sydvestjysk Sygehus**

Det er ikke kun i forhold til telefonrådgivningen, at afdelingen har et fokus på kommunikationen. De har også fokus på at sarkasme og ironi opfattes forskelligt, så det undgår de - særligt i telefonen, fortæller Jordemoderleder Liselotte Holst.

Beslutter ankomsttidspunktet sammen

På begge hospitaler træffer jordemoder og den fødende kvinde i fællesskab beslutningen om, hvad der videre skal ske. Jordemoderen spørger ind til kvindens situation/tilstand og fortæller, hvad hun tror, der er bedst for kvinden, men spørger samtidig også ind til kvindens mening og behov. De siger aldrig til kvinden, at hun ikke må komme ind til en vurdering, hvis hun har behov for det.

”

Vi prioriterer tiden til at snakke med kvinderne. Hvad er din historie? Hvordan ser det ud nu? Og hvad tænker du selv? Vi forsøger at holde det åbent og positivt og bruger måske to minutter længere. Det betyder, at kvinden føler, at hun er tryk ved at blive hjemme lidt tid endnu. Vi har meget vide grænser for, hvad vi vil gøre for dem. Hvis vi kan mærke på dem, at de har et stort behov for at komme ind til os, så beder vi dem om at komme ind. Vi forsøger ikke holde dem

hjemme så længe som muligt.

**Kvalitetsjordemoder Vibeke Visti
Regionshospitalet Horsens**

Vigtigt at være tryk hjemme

Begge hospitaler fortæller, at de har fødselsforberedende tilbud, hvor de informerer kvinderne om, hvad der sker i tiden op til selve fødslen. Derudover bruger de også meget tid på at tale med kvinderne om, hvad der kan være godt at gøre hjemme inden selve fødslen.

”

Vi taler med dem om, at det ikke altid er lykken at komme ind på sygehuset, for det kan godt tage lang tid før de føder, og så føles det som om, at selve fødslen har taget lang tid.

**Kvalitetsjordemoder Vibeke Visti,
Regionshospitalet Horsens**

Begge hospitaler pointerer dog, at det er vigtigt for dem, at kvinderne ikke føler sig afvist, og at de "lader døren stå åben" for kvinder, der har behov for at komme ind på fødegangen og blive tilset, og det er vigtigt for dem, at kvinderne ikke er bange for at sidde derhjemme eller på landevejen, når de føder.

Den første kontakt er afgørende

Begge hospitaler tillægger telefonrådgivningen stor værdi, da det er kvindens første kontakt med fødeafdelingen, og de vurderer, at halvdelen af arbejdet er gjort, hvis hospitalet formår at skabe tillid til kvinden ved den første kontakt.

”

Hvis vi siger i telefonen, "der er ventetider, og vi har enormt travlt", så skaber det utryghed fra starten, så det gør vi ikke. Vi tager hende ind, og hvis der er travlt, og vi kan se, at hun godt kan sidde lidt, så sidder hun lidt. Så tager vi imod hende. Men det er vigtigt at skabe tilliden fra starten og signalere, at vi vil dig gerne, og vi tror på, at du har brug for at komme ind og blive talt med og vurderet

**Jordemoderleder Liselotte Holst,
Sydvestjysk Sygehus**

Liselotte Holst fra Sydvestjysk sygehus slutter af med at slå fast, at det rykker noget at handle på sine LUP resultater og have fokus på kommunikation og organisering.

”

Når man sætter fokus på noget, så har det en effekt. Jeg tror på det med den første kontakt, og at kvinden har tillid til os, når hun kommer ind til os.

**Jordemoderleder Liselotte Holst,
Sydvestjysk Sygehus**

For yderligere oplysninger kontakt:

- Sydvestjysk Sygehus, Afdelingsjordemoder Liselotte Holst. E-mail: liselotte.holst@rsyd.dk
- Hospitalsenheden Horsens, Kvalitetsjordemoder Vibeke Visti. E-mail: vibeke.visti@horsens.rm.dk



4

TEMA: Akut kejsersnit

Omkring 11-12 % af alle fødsler ender i akut kejsersnit⁷. Den årlige LUP Fødende undersøgelse viser, at kvinder, der føder ved akut kejsersnit, har dårligere oplevelser end kvinder, der føder vaginalt eller ved planlagt kejsersnit. Det gælder både for forhold vedrørende fødslen (bl.a. information, vejledning og deltagelse i beslutninger under fødslen) og efter fødslen (bl.a. at få svar på spørgsmål og hjælp til at passe deres nyfødte på hospitalet, at få talt med personalet om fødslen og at have viden om amning og barnets trivsel efter udskrivelse). Det er derfor vigtigt at få mere viden om, hvad sundhedspersonalet kan gøre for at sikre, at kvinder, der får akut kejsersnit, får de bedst mulige oplevelser.

I dette tema får du indblik i kvinders oplevelser i forbindelse med akut kejsersnit, og hvad de mener, at sundhedspersonalet skal være opmærksomme på både før, under og efter det akutte kejsersnit. KOPA har gennemført og analyseret ni individuelle telefoninterview med kvinder, der har født ved akut kejsersnit⁸. Derudover indgår en case fra fødeafdelingen på Nordsjællands Hospital, hvor de har fokus på godt teamsamarbejde om akut kejsersnit og at inddrage kvindernes oplevelser i kvalitetsudviklingen.

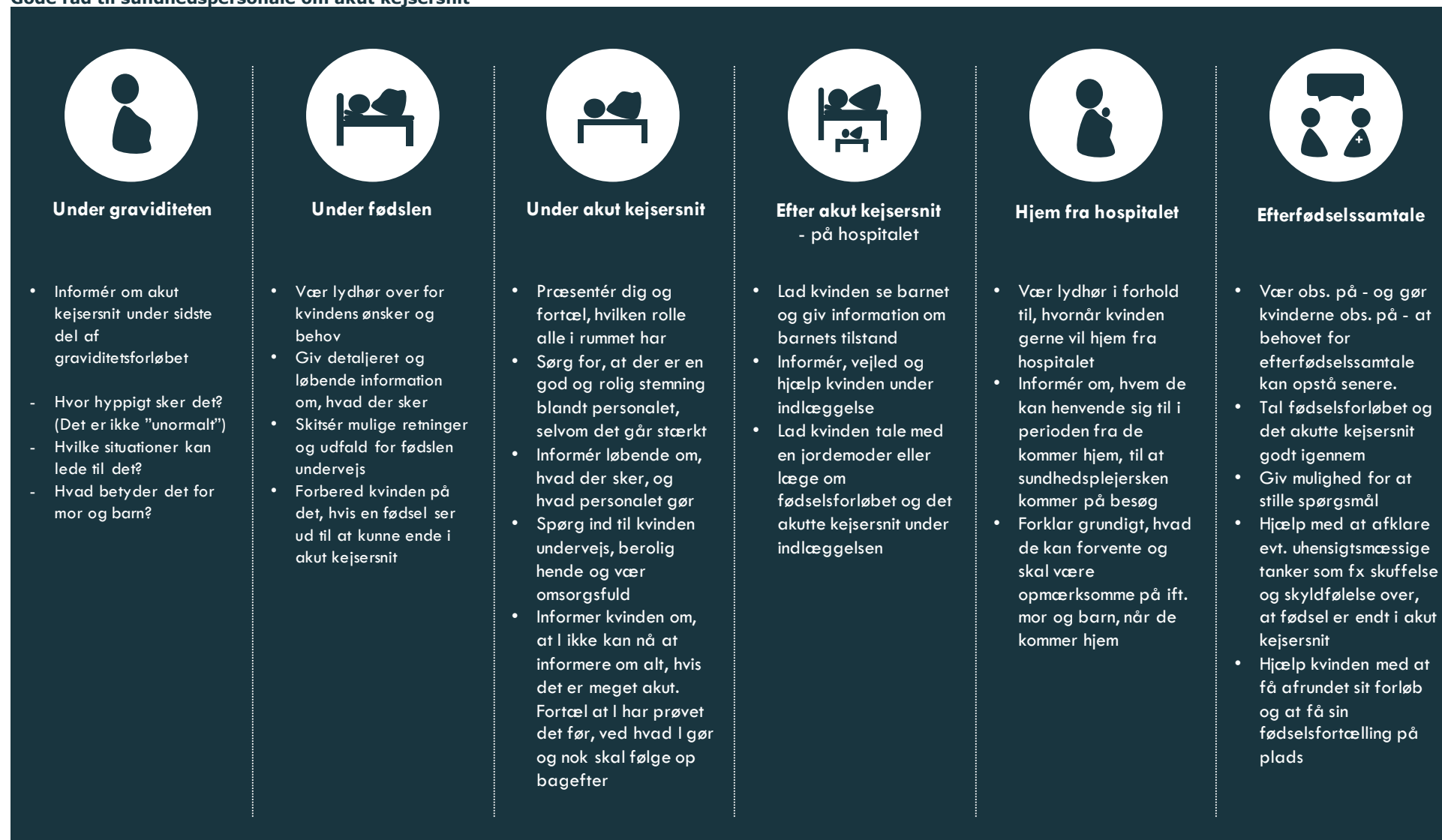
Kvinders oplevelser ved akut kejsersnit

Figur 4.1 opsummerer de interviewede kvinders gode råd til, hvad sundhedspersonalet kan gøre, for at give kvinderne en bedre oplevelse både før, under og efter det akutte kejsersnit. Rådene er baseret på de ni interview med kvinderne.

⁷Læs mere på Det Medicinske Fødselsregisters (MFR) hjemmeside: <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/MFR/Sider/MFR06A.aspx>

⁸De ni interviewede kvinder har født ved akut kejsersnit i august 2018 og har besvaret spørgeskemaet til LUP Fødende 2018. Kvinderne har født på forskellige fødesteder, som er fordelt i de fem regioner. Der indgår både kvinder med positiv og negativ vurdering af den samlede fødselsoplevelse.

Figur 4.1
Gode råd til sundhedspersonale om akut kejsersnit



Informér om akut kejsersnit under graviditet

De fleste interviewede fortæller, at de gerne vil have information om akut kejsersnit under graviditeten, så de kan være bedre forberedt. De efterlyser noget grundlæggende viden om, hvilke forskellige situationer, der kan føre til akut kejsersnit, hvordan det kan forløbe, og hvad det betyder for kvinden og barnet efterfølgende. En kvinde undrer sig over, at der ikke informeres mere om akut kejsersnit, når hver tiende fødsel ender med det, og det dermed ikke er så usædvanligt.

”

*Jeg ville gerne have været forberedt på noget af det praktiske omkring et akut kejsersnit, altså hvad der sker. På operationsstuen ligger jeg jo bag det blå lærred og er rimelig afskåret fra, hvad der sker, og hvad der sker med baby under kejsersnittet. **Kvinde der har født ved akut kejsersnit***

Kvinderne mener, at informationen skal gives sidst i graviditeten, hvor kvinderne forberedes på fødslen. Nogle vil gerne have det i form af en folder samt noget mundtlig information i forbindelse med fødsels- og forældreforberedelse. Andre ser gerne, at det indgår ved de individuelle jordemoderkonsultationer. En kvinde fortæller, at hun er ked af, at hendes spørgsmål om, hvilke problematikker der kan ske under fødslen, bliver affejet med: "vi må se det an, hvis det sker". En anden understreger, at partneren også har behov for noget information om, hvad der sker i tilfælde af akut kejsersnit, da det også er overvældende for ham.

Enkelte af de interviewede oplever ikke et behov for at blive informeret om det under graviditeten, da de ikke vil bekymre sig under graviditeten og understreger, at det er vigtigere, at der bliver fulgt op efterfølgende, hvis fødslen ikke går som forventet.

Vær lydhør under fødslen frem til det akutte kejsersnit

Fødselsforløbet op til det akutte kejsersnit har for størstedelen af de interviewede kvinder været langvarigt, og det fylder meget i deres bevidsthed og samlede fødselsoplevelse. Forløbene er også meget forskelligartede. Nogle får fødslen sat i gang, andre oplever, at fødslen går i stå undervejs, nogle får ve-storm, uden at det sætter skub i fødslen, og hos andre viser det sig sent i forløbet, at barnet ligger skævt i bækkenet.

Et gennemgående træk i beretningerne er, at lydhørhed fra personalet er noget af det mest centrale for kvinderne. Det har stor betydning for, om kvinderne føler sig trygge i fødselsforløbet. En kvinde fortæller, at hun er lettet over, at personalet lytter til, at hun ikke orker mere under fødslen, og at de når frem til en beslutning om at foretage et akut kejsersnit.

Flere af de interviewede har et stort ønske om at føde vaginalt og oplever, at personalet er lydhøre og forsøger at imødekomme ønsket på alle tænkelige måder og trækker fødslen så længe som muligt. Det har stor betydning for dem, selvom fødslen ender med et akut kejsersnit.

”

*Jeg følte, at de lyttede til, at jeg ville gøre alt, hvad man overhovedet kunne for at føde normalt, og de trak det så længe, som det kunne lade sig gøre. Og jeg var selvfølgelig ked af, at det skulle ende i den beslutning [akut kejsersnit], men jeg kunne godt se, at der ikke var andre udveje. Jeg har det også godt med, at jeg fik lov til at prøve hele vejen igennem og ikke tænke, at man gav op for tidligt. **Kvinde der har født ved akut kejsersnit***

Løbende information under fødslen

Et andet gennemgående emne er vigtigheden af at blive informeret løbende under fødslen om, hvad der sker lige nu, men også hvad der kan ske senere i forløbet. Det er vigtigt for kvinderne at få skitseret flere forskellige scenarier for fødselens forløb og udfald, så de føler sig bedre forberedt på, hvad det akutte kejsersnit indebærer og lettere kan forholde sig til det, når der skal træffes beslutninger. Det har stor betydning for, om de føler sig trygge i situationen, og at de selv - enten i situationen eller efterfølgende - opnår en accept af det akutte kejsersnit.

” Da de tog blodprøve på hendes [barnets] hoved, var fødselslægen inde at fortælle, hvad der kunne komme til at ske. De forklarede begge scenarier: ”Vi venter et kvarter og ser, om hun arter sig, og hvis det stadigvæk er godt, kan vi fortsætte. Hvis det ikke er godt, så sker der det og det, og så bliver det et kejsersnit.” De gik også meget op i at fortælle mig, at jeg nok ville føle, at det blev hektisk. Det er jeg rigtig glad for, for det blev virkelig hektisk. Lige pludseligt står der bare mega mange mennesker, og man bliver bare hurtigt hevet over på operationsstuen. Det er voldsomt. **Kvinde der har født ved akut kejsersnit**

Andre kvinder har dårlige oplevelser af fødselsforløbet frem til det akutte kejsersnit, og beskriver det som et hårdt og utrygt forløb. Flere beskrivelser handler om at opleve et ”smertehelvede”, at føle sig magtesløs og uden kontrol, at personalet ikke er lydhøre, at de mangler information og oplever et ”tomrum af kommunikation” frem til beslutningen om kejsersnittet. Nogle oplever, at der er personalemangel og meget travlt på fødeafdelingen. De ligger meget alene på fødestuen i

uvished, føler sig glemt og er utrygge i forhold til, hvem der har styr på dem, hvad de kan forvente mv. En kvinde, som oplever, at hendes smerter under fødslen ikke bliver taget alvorligt, understreger, at det er utrolig vigtigt, at personalet lytter til den fødende, for:

” Man har ikke ordet i sin magt, når man har så mange smerter. Jeg følte mig ladt i stikken. At ligge der og føle, at de personer, som jeg har valgt at have tillid til, ikke kunne hjælpe mig. (...) Jeg var så meget ude af kontrol. Det var som om, at de ikke lyttede til mig, men havde den indstilling: ”nå men det må du lige holde ud det her.” **Kvinde der har født ved akut kejsersnit**

Nogle af de kvinder, hvis fødsel bliver igangsat, mangler information om, hvad det indebærer, bl.a. at de ikke kan føde i vand, og at der er øget risiko for en kompliceret fødsel og dermed også akut kejsersnit.

Det akutte kejsersnit går stærkt og er overvældende

Overgangen fra fødestuen til operationsstuen for at få akut kejsersnit er overvældende for kvinderne. Det går meget stærkt, og der er mange mennesker. Flere understreger, at det er vigtigt, at de bliver forberedt på, at det forholder sig sådan, inden de bliver flyttet fra fødestuen. Flere betegner det dog også som et positivt scenskift fra et langstrakt fødselsforløb uden fremgang til et effektivt forløb, hvor der endelig sker noget, og hvor der kommer styr på smerterne.

” Det var så overvældende at komme ind på en operationsstue med så meget lys og så mange mennesker. Det gik så stærkt, så jeg blev bange for første gang i forløbet. Samtidig kunne jeg se, at personalet var

rolige i det, de gjorde. De havde hver deres opgave, og selvom det gik stærkt, virkede det som om, at der var styr på det. Det beroligede mig. Man bliver også forskrækket over at skulle igennem en operation. Det havde man jo ikke regnet med. (...) De kom hele tiden og forklarede mig, hvad der skulle ske næste gang. På den måde følte jeg, at de tog hånd om mig og fornemmede, hvad det var, jeg havde brug for at høre. **Kvinde der har født ved akut kejsersnit**

Til trods for at det går stærkt, er de fleste interviewede kvinder trygge i forløbet med det akutte kejsersnit og oplever, at personalet er professionelle, og at der er styr på det. Ligesom under fødselsforløbet, er det væsentligt for kvinderne, at personalet løbende informerer om, hvad der sker lige nu, og hvad der skal ske lige om lidt.

Flere er imponerede over, hvor dygtige personalet er til at fortælle, hvad de gør under kejsersnittet. Derudover betoner de, at det beroliger dem, når personalet er opmærksomme på, hvordan de har det, holder dem i hånden, stiller dem åbne spørgsmål, og de dermed får en oplevelse af at blive inddraget.

Noget af det, som også medvirker til at skabe tryghed i forbindelse med kejsersnittet, er, når personalet præsenterer sig og forklarer, hvilken rolle de har på stuen. En kvinde fortæller, at operationslægen kom ind på fødestuen og præsenterede sig og så hende i øjnene, hvilket gjorde hende tryk. Flere beskriver også, at selvom det går stærkt på operationsstuen, så oplever de en god og rolig stemning på selve operationsstuen samt en god omgangstone blandt personalet. Det smitter af på kvinderne og beroliger dem.

”

Der var så god stemning, og de var så søde. De fortalte, hvad de ville gøre, og der var "small talk". Det var sådan en god blanding af meget effektiv seriøsitet og medmenneskelighed og at prøve at løfte humøret lidt. Det var simpelthen altsåtgørende. Der var masser af energi, og der blev snakket med mig, og jeg følte mig bare rigtig godt behandlet.

Kvinde der har født ved akut kejsersnit

Der er forskel på, hvor akut kejsersnittet er, og hvor hurtigt det skal gå med at få barnet ud. Det betyder også, at det er forskelligt, hvor meget tid der er til at informere kvinderne og parrene. Selvom et kejsersnit er meget akut, understreger de interviewede kvinder vigtigheden af at blive informeret i stil med:

”

"Nu går det stærkt, så vi kan ikke nå at informere om alt, men vi skal nok informere om det bagefter, hvad der skete, og vi skal nok sige til dig, hvis der er noget, vi tænker, at det er vigtigt, at du ved lige nu." **Kvinde der har født ved akut kejsersnit**

Efter det akutte kejsersnit på hospitalet

Se barnet og få besked om dets tilstand

Enkelte kvinder oplever, at der går lang tid fra det akutte kejsersnit, til de får lov til at se barnet, fordi barnet skal tilses, og kvinden selv kan have nogle komplikationer, der skal tages hånd om. Det er meget hårdt, og de er urolige for, hvordan barnet har det. Det ville have beroliget kvinderne, hvis de kort kunne få lov til at se barnet, eller at personalet kunne informere dem om barnets tilstand.

Få information, vejledning og hjælp fra personalet

De fleste interviewede har gode oplevelser med opholdet på hospitalet efter det akutte kejsersnit. De oplever, at personalet er gode til at være opmærksomme på dem og tage hånd om dem under indlæggelsen. Det har stor betydning for, at de føler sig trygge. Det betyder også meget at føle sig hørt af personalet, og at personalet har forståelse for kvindens smerter, samt at det både kan være fysisk og psykisk hårdt for kvinderne efter et akut kejsersnit. Det er vigtigt for kvinderne at få vejledning og hjælp til, hvordan de kan klare det praktiske omkring sig selv og barnet, når de har smerter og er immobile efter det akutte kejsersnit. Eksempelvis hvordan de kan komme ud af sengen og komme rundt uden at belaste såret, at de skal være opmærksomme på at få gang i maven, at få information om deres kateter, og hvornår det vil blive fjernet, og at få hjælp og vejledning til amning og pleje af barnet.

” *Jeg havde brug for alt den guidning, jeg overhovedet kunne få, for det var en situationen, jeg ikke havde forventet at havne i. Hvis ikke de havde været der til at guide mig, havde jeg været "lost", selvom jeg havde min partner. Han vidste jo heller ikke, hvordan man skulle håndtere tingene.*

Kvinde der har født ved akut kejsersnit

En af de interviewede har oplevet at ligge meget alene på hospitalet uden at få støtte og vejledning. Hun foreslår, at der er en fast indlæggelsessamtale efter et akut kejsersnit, så kvinderne får basal information og vejledning. Alternativt bør der være en skriftlig vejledning, hvis personalet har travlt til at videregive informationen mundtligt.

Snak om fødselsforløbet og det akutte kejsersnit på hospitalet

Samtlige af de interviewede kvinder mener, at det er meget vigtigt, at en læge eller jordemoder kommer og taler fødselsforløbet og det akutte kejsersnit igennem med dem, mens de stadigvæk er indlagt. Enkelte af de interviewede har ikke oplevet det og fortæller, at de efterfølgende har haft mange unødige tanker og bekymringer. Det betyder meget for dem at få talt deres forløb og oplevelse igennem, at få nogle professionelles øjne på, hvordan det foregik og få forklaret, hvorfor fødslen endte med et akut kejsersnit. Nogle har oplevet meget langstrakte fødselsforløb og har været afkræftede. De kan derfor ikke selv huske dele af forløbet. For dem er det vigtigt at få skitseret et samlet billede af forløbet med hjælp fra de professionelle og at få mulighed for at stille spørgsmål.

Derudover er det betydningsfuldt for kvinderne at få udvist omsorg og forståelse for, at de har været igennem et hårdt forløb og at få at vide, at det ikke er deres skyld, at fødslen ender med et akut kejsersnit. (Se hvilke tanker kvinderne typisk gør sig efter det akutte kejsersnit i Figur 4.2).

” *Jeg savnede, at der var kommet nogen ind og havde snakket med os om, hvorfor det blev akut kejsersnit. Jeg fik bare stukket sådan et papir i hånden, hvor der står, at du kan læse om din fødsel inde på sundhed.dk. Det er i hvert fald ikke nok for mig. Jeg tror helt klart, at en snak om fødslen inden udskrivelsen, kunne have sparret mig for en hel del tårer. Så havde der været nogen til at fortælle mig helt rationelt: "sådan her foregik det, og du har gjort alt det du kunne. Du kunne ikke tåle medicinen, så derfor fik du ve-storm". Så havde jeg fået en forklaring i stedet for, at jeg bare skulle sidde*

herhjemme og tænke: "hvad søren skete der? Det er nok bare mig, der ikke kan føde, og jeg er nok bare en pivskid, som ikke kan tåle smerte". **Kvinde der har født ved akut kejsersnit**

Tryghed ved at skulle hjem

Nogle af kvinderne understreger, at det er vigtigt at have mulighed for at være indlagt i flere dage efter et akut kejsersnit, så de har tid til at komme lidt til hæfterne og at få hjælp, da de har smerter og er immobile. Det har også betydning, at partneren kan være der sammen med familien.

Samtlige interviewede kvinder har følt sig trygge ved at skulle hjem fra hospitalet. Det er noget flere ser frem til og føler sig klar til. De oplever også, at personalet er lydhøre i forhold til deres eget ønske om at komme hjem, hvor nogle ønsker at komme hurtigt hjem, mens andre gerne vil blive lidt længere på hospitalet. Nogle fortæller, at det er trygt, at personalet fortæller, at de kan henvende sig til barselsafdelingen, hvis de får behov for det, før de får besøg af sundhedsplejersken.

Efter kvinderne kommer hjem, er flere overrasket over, hvor hårdt det er at være hjemme med smerter efter operationen, og de bliver i tvivl om flere ting relateret til kejsersnittet. De vil derfor gerne inden udskrivelsen have grundig information om, hvad de skal være opmærksomme på hjemme, og hvad de kan forvente. Fx hvad de kan forvente af smerter, og hvordan operationssåret skal se ud og føles. De mangler også information om, at maven kan føles anderledes, fordi nerver bliver beskadiget ved et kejsersnit.

”

De kunne godt have fortalt lidt mere om, hvad man kan forvente i forhold til at komme sig over det akutte kejsersnit. Fx hvad man

kan forvente af smerter, hvor længe kan jeg egentlige blive ved med at tage smertestillende. Jeg blev ved med at have ondt, så jeg synes, at jeg blev nødt til at blive ved med at tage de her smertestillende. Men hvad så efter amningen kom op at køre, er det okay at blive ved med at tage det her og sådan noget? **Kvinde der har født ved akut kejsersnit**

Efterfødselssamtale er vigtig

På nær en enkelt kvinde er alle interviewede blevet tilbudt en efterfødselssamtale. Flere har været til en efterfødselssamtale ca. en måneds tid efter fødslen, og enkelte har en aftale kort tid efter interviewtidspunktet. De synes, det er betydningsfuldt og positivt at have god tid til at få talt om og afrundet fødselsforløbet. Her kan de stille spørgsmål og få nogle professionelle øjne på forløbet. Nogle beskriver det som et vendepunkt i forhold til den måde, de tænker om fødselsforløbet og det akutte kejsersnit.

”

Inden efterfødselssamtalen kunne jeg faktisk ikke huske særlig meget. Jeg troede, at detaljerne var helt anderledes, og at det var mig selv, der bare havde givet op og ville have kejsersnit. Jeg var frustreret og lidt skuffet over mig selv, da jeg følte, at jeg ikke kunne føde normalt, og at jeg var svag. I starten var der også lidt forsinkelser med amningen, og jeg var sikker på, at det var fordi, jeg havde fået kejsersnit. Så jeg bebrejdede mig selv. Men det ændrede sig, efter jeg var til efterfødselssamtalen. De forklarede mig, at det var det rigtige at få et kejsersnit, inden det gik galt.

Kvinde der har født ved akut kejsersnit

Nogle kvinder takker nej til tilbuddet om efterfødselssamtale, da de føler, at det er tilstrækkeligt for dem at få vendt fødselsforløbet med personalet på hospitalet under deres indlæggelse.

”

Det var fint, at jordemoderen spurgte ind til fødselsforløbet efter fødslen. Jeg følte ikke, at jeg havde behov for mere samtale end det. Jeg har ikke fået nogen traumer. Det vigtigste var, at det endte godt. Pyt med at det lige var lidt hårdt midt i fødselsforløbet. Hellere det end at det havde været en traumatisk oplevelse at få kejsersnittet. For mig var det bestemt ikke et nederlag at nå til at skulle have kejsersnit. Det var bare en kæmpe befrielse.

Kvinde der har født ved akut kejsersnit

Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at det kan være svært for kvinderne umiddelbart efter fødslen at vurdere, om tilbuddet om efterfødselssamtale vil være relevant for dem. Det fortæller en kvinde, som fravalgte tilbuddet, men senere oplevede et behov for at få vendt fødselsforløbet.

Figur 4.2

Tanker og følelser der kan fylde efter et akut kejsersnit



- Tanker om hvorvidt det akutte kejsersnit kunne være undgået
- Tanker om hvorvidt det langstrakte og hårde fødselsforløb op til det akutte kejsersnit kunne være undgået, når det alligevel endte med kejsersnit
- Følelse af at have gennemgået et voldsomt forløb
- Skyldfølelse over at fødslen endte med et akut kejsersnit
- Skyldfølelse over at tid efter akut kejsersnit er svær
- Sorg over ikke at have født som forventet
- Forskellige tanker og blandede følelser om evt. at skulle føde igen



CASE: Fokus på godt teamsamarbejde om akut kejsersnit og at inddrage kvinders oplevelser

På fødeafdelingen på Nordsjællands Hospital arbejder de med studier om akut kejsersnit. KOPA har interviewet overlæge og ph.d.-studerende Betina Ristorp Andersen, der har igangsat studierne som led i sin ph.d. I det følgende omtaler vi hendes foreløbige erfaringer fra to af studierne.

To studier om akut kejsersnit som led i overlæge Betina Ristorp Andersens ph.d.:

- Undersøgelse af oplevelser med akut kejsersnit blandt kvinder og deres partnere på Nordsjællands Hospital. Studiet indeholder otte kvalitative interview og en spørgeskemaundersøgelse med svar fra 119 kvinder og 95 partnere.
- Simulationsprojekt på Nordsjællands Hospital med simulationsøvelser for personalet. Forskellige faggrupper fra fødeafdelingen og operationsgangen samles i et team for at træne nogle situationer med akut kejsersnit. Problemstillingerne fra undersøgelsen af kvinders og partners oplevelser er indarbejdet i øvelserne.

Artikler om de to studier er under publikation. Et tredje databasestudie er i gang. Betina Ristorp Andersen forventer at forsvare sin ph.d. ultimo 2019.

Vigtigt at inddrage kvindernes oplevelser

På Nordsjællands Hospital følger de nøje resultaterne fra LUP Fødende. Af tallene fremgår det, at kvinder, der får akut kejsersnit, er den gruppe af fødende, som er mindst tilfredse. Betine Ristorp Andersen har derfor fokus på, hvordan de kan forbedre kvinders oplevelser ved akut kejsersnit. Første trin på vejen har været at undersøge, hvad kvinderne og deres partnere mener er vigtigt i forbindelse med et akut kejsersnit, da det ikke nødvendigvis er det samme, som personalet tror, siger Betina Ristorp Andersen. I den forbindelse har de fundet ud af, at det er vigtigt for kvinden og partneren:

- At blive forberedt på fødestuen, hvis det trækker op mod et kejsersnit, og at det bliver sagt højt
- At jordemoderen er til stede og nærværende på fødestuen og følger med over på operationsstuen
- At kvinden kan høre jordemoderens stemme i overgangen til og på operationsstuen
- At personalet kommunikerer med hinanden og den fødende på operationsstuen
- At parret fornemmer, at det kører efter en plan, og at der er en leder af situationen
- At parret føler, at der er styr på tingene, og at stemningen ikke virker kaotisk
- At personalet fortæller, at barnet har det godt, når det bliver tjekket og ikke kan være ved kvinden/parret med det samme
- At kvinden, partneren og barnet som ny familie er samlet efter det akutte kejsersnit

Betina Ristorp Andersen fortæller, at undersøgelsen af kvinders og partners oplevelser gav dem flere "aha-oplevelser", eksempelvis at det er vigtigt for kvinden at kunne høre jordemoderens stemme i overgangen til og på operationsstuen. De forsøger at indarbejde fundene i deres praksis.



Vi har fx fokus på, at personalet opfører sig professionelt, kender deres roller, kommunikerer direkte og i en god tone med hinanden, og at de ikke pisker en stemning op eller dramatiserer ting under kejsersnittet.

Overlæge og ph.d.-studerende Betina Ristorp Andersen

Simulationsøvelser kan styrke samarbejdsrelationer

Hospitalet arbejder generelt med simulationsøvelser blandt personalet med det formål at træne personalet i forskellige situationer. Som led i ph.d.'en indgår et simulationsprojekt, hvor de laver simulationsøvelser af fødsler, som ender i et akut kejsersnit. Personalet samles inden øvelsen og undervises i formelle forhold i relation til et akut kejsersnit, hvilke opgaver de forskellige personalegrupper har, og hvordan de skal agere fra start til slut i forløbet. Hvert team (jordemoder, læger, sygeplejersker, SOSU-assistent, anæstesilæge) samles herefter og får udleveret to cases om akut kejsersnit, som de skal simulere. En jordemoder har rollen som den fødende. Teamet interagerer med hende i første del på en fødestue, derefter ved overgang til og ophold på operationsgangen.

Problemstillingerne fra studiet af kvindernes og partners oplevelser indgår i simulationsøvelserne, så de ikke kun bygger på personalets forforståelse af, hvad der er vigtigt for kvinden og partneren ved det akutte kejsersnit. Inden simulationsøvelsen informeres personalet om, hvordan de bedst kommunikerer med hinanden og den fødende. De taler om lederskab, hvem er leder på stuen, og hvilke opgaver har lederen.

”

*Der er mange lederskift undervejs i et fødselsforløb ved akut kejserskift, så det er vigtigt at have fokus på, hvordan vi får overleveret i skiftet mellem personalet og også får formidlet det til kvinden og partneren. **Overlæge og ph.d.-studerende Betina Ristorp Andersen***

En del af simulationsprojektet handler om at undersøge en hypotese om, at relationerne blandt personalet i teamet har betydning for kvindens oplevelse af det akutte kejsersnit. Inden hver simulationstræning skal personalet give hinanden en score i forhold til tre parametre: professionelle relationer (hvor tit arbejder vi sammen), kendskab til hinanden og om de kan lide hinanden. "Den fødende" (den jordemoder, der har rollen som fødende) skal efter hver case-øvelse vurdere oplevelsen.

Effekten af gode relationer blandt personalet er ikke evalueret blandt de fødende kvinder. Betina Ristorp Andersen mener imidlertid, at der generelt bør arbejdes på, at personalet på tværs af fag og afdelinger får kendskab til hinanden og hinandens arbejde bl.a. via fælles simulationstræning, så samarbejdsrelationerne styrkes. Simulationsøvelserne viste eksempelvis, at sygeplejersken havde mange opgaver i forbindelse med kejsersnit. Derfor er nogle opgaver efterfølgende blevet delt ud til andre fagpersoner.

For yderligere oplysninger kontakt:

Overlæge og Ph.d. Betina Ristorp Andersen
Mail: Betina.Ristorp.Andersen@regionh.dk
Telefon: 48297413.



5

**Sådan kan I arbejde
med resultaterne**

Forbedringer på baggrund af resultaterne

Resultaterne af LUP Fødende giver input til at arbejde med den patientoplevede kvalitet af kvinders forløb i sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditet, fødsel og første del af barselsperioden. LUP Fødende er en tilbagevendende undersøgelse, hvor mange spørgsmål går igen fra år til år. Herved er det muligt at følge udviklingen over tid på en række forskellige områder og få systematiske input til arbejdet med kvalitetsudvikling. Hvis kvaliteten skal udvikles, skal målingerne imidlertid følges op af handling. Målinger alene gør ingen forskel.

Forbedringscirklen (se Figur 5.1) viser, hvordan LUP-resultaterne kan indgå i en løbende proces med at forbedre kvinders oplevelser. Inderst i cirklen er der stillet tre spørgsmål, der sammen med LUP-resultaterne kan guide en prioritering af resultaterne og dermed valg af retning for et givent tiltag.

Værktøjer til vurdering af resultater

På fødestederne kan der være forskellige emner, som kvinderne vurderer mere eller mindre positivt. Derfor vil de primære indsatsområder givetvis også variere fra afdeling til afdeling. En af styrkerne ved LUP Fødende er, at der ud over de nationale og regionale resultater også afrapporteres resultater særskilt for den enkelte afdeling, hvilket giver mulighed for at vurdere den patientoplevede kvalitet så tæt på de involverede kvinder som muligt og derved give ledelsesmæssige enheder relevante resultater.

Når det enkelte fødested eller region skal vurdere, om LUP-resultaterne er tilfredsstillende, eller om der er områder, hvor de ønsker at forbedre deres resultater, stiller afrapporteringen i LUP Fødende flere redskaber til rådighed. Vurderingen af kvindernes oplevelser, kan tage udgangspunkt i følgende:

Figur 5.1
LUP forbedringscirkel



Gennemsnitsscorer og andelen af besvarelser

I resultaterne på fødesteds- og regionsniveau indgår en oversigtsfigur for graviditeten, fødslen og efter fødslen, hvor alle spørgsmål er sorteret efter spørgsmålenes gennemsnitsscorer. Andelene af besvarelser i hver af svarkategorierne vises også i oversigtsfigurerne. Gennemsnitsscorerne kan bruges til at rangordne spørgsmålene og kan anvendes til at identificere de spørgsmål, som kvinderne har vurderet mest positivt eller mest negativt. De identificerede spørgsmål kan være med til at pege på områder, hvor der er mulighed for forbedring.

Sammenligning med sidste års resultater

I fødestedernes egne resultater er der en markering af, om resultatet er bedre (↗), uændret (→) eller ringere (↘) end i 2017. Da samtlige spørgsmål i spørgeskemaet for 2018, på nær spørgsmål 15⁹, er identiske med dem fra 2017, er det muligt for det enkelte fødested at følge udviklingen i kvindernes oplevelser og vurderinger systematisk over tid.

Sammenligning af egne resultater med landsresultatet

Hvert enkelt fødested har fået deres egne resultater, hvor det for hvert enkelt spørgsmål er angivet, om afdelingens resultat placerer sig statistisk signifikant over (O), under (U) eller ikke forskelligt fra landsresultatet (G). På den måde kan fødestedet vurdere, om der er flere eller færre positive tilbagemeldinger fra kvinder, der har været tilknyttet deres fødested set i forhold til landsresultatet. Det kan give en pejling på områder, der kan udgøre indsatsområder for det enkelte fødested. Fødestederne kan også søge inspiration hos hinanden. Et fødested, der klarer sig godt på et område, har måske gjort en særlig indsats, som andre fødesteder kan lade sig inspirere af. Resultaterne fra de enkelte fødesteder

kan ses i bilagsmaterialet på

www.patientoplevelser.dk/lupfod18

Udfyldte kommentarfelter

I spørgeskemaet er der en række åbne svarfelter, hvor kvinderne har mulighed for at uddybe deres svar og skrive kommentarer til forskellige dele af deres forløb. I kommentarfelterne ligger værdifuld viden, som de enkelte fødesteder kan lære af og handle på. Her er både positive og negative oplevelser beskrevet, og der kan også være givet begrundelser for, hvorfor noget blev oplevet positivt eller negativt, ligesom der også kan være beskrevet forslag til forbedringer og anvisninger til, hvad der kunne have gjort oplevelsen bedre. Fødestederne har herved en unik mulighed for at få indblik i nuancer i kvindernes svar samt at få inspiration til eventuelle indsatsområder. Det er kun hospitalerne selv, der modtager kvindernes kommentarer, da de holdes fortrolige i forhold til den brede offentlighed.

Sammenligning med fastsatte mål/kvalitetsstandarder

Hvilke mål eller kvalitetsstandarder ønsker fødeafdelingen at leve op til? Det kan være mål, der er fastsat af regionen, hospitalet eller fødeafdelingen selv. Afdelingen kan fx have fokus på at nå et specifikt mål om, hvor stor en andel af deres fødende, der skal opleve at få den støtte fra personalet, de har behov for under fødslen. Hvis LUP Fødende resultaterne viser, at en stor andel af kvinderne vurderer, at de ikke får den støtte, de har behov for, er det et oplagt forbedringsområde.

Yderligere inddragelse af kvinder

Resultaterne for LUP Fødende kan sjældent stå alene. Ofte vil der være behov for at komme tættere på baggrunden for de svar, kvinderne har givet, når der skal findes løsninger på de udfordringer, som resultaterne har

⁹ I LUP Fødende 2018 er der tilføjet en følgetekst til spørgsmål 15, der handler om, hvorvidt kvinderne er trygge ved den rådgivning, de fik, da de ringede til fødeafdelingen, da fødslen gik i gang. Derfor kan spørgsmålet ikke tidssammenlignes med resultaterne fra 2017.

været med til at udpege. Derfor kan det være nødvendigt at inddrage kvindernes perspektiv yderligere ved hjælp af andre metoder. Hvilke metoder I kan anvende, og hvordan I konkret kan anvende dem, kan I finde viden om i Patientinddragelsesguiden (www.patientinddragelsesguiden.dk) og i metodebogen "[Spørg Brugerne](#)" (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2015). Nedenfor er givet et par eksempler.

I kan blive klogere på jeres resultater ved at gå i dialog med kvinder og evt. partnere om fødeafdelingens konkrete resultater fx ved at:

- Afholde et [feedbackmøde](#), hvor kvinder har mulighed for at fortælle om deres oplevelser i forhold til de områder, som I ønsker udfoldet, alt imens I lytter på. Desuden kan I få dem til at prioritere de forhold, som de mener, er de vigtigste for jer at arbejde med.
- Afholde [individuelle interview](#) eller [gruppeinterview](#) med kvinder og evt. deres partner, hvor I kan få yderligere information om udvalgte temaer.
- Gennemføre en mindre [spørgeskemaundersøgelse](#), der fokuserer på udvalgte temaer, hvor der kan stilles flere og uddybende spørgsmål.
- Gennemføre [observation](#) af personale, gravide og kvinder, der har født, hvor I får mulighed for at følge forskellige dele af forløbet for bl.a. at observere vedkommendes kontakter, ventetid mv.
- Drøfte resultaterne i afdelingens eller hospitalets [brugerråd](#).

6

Fakta om undersøgelsen

Om LUP Fødende

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende (LUP Fødende) er en årlig spørgeskemaundersøgelse af kvinders oplevelser i forbindelse med graviditet, fødsel og den første del af barselsperioden. Undersøgelsen gennemføres på vegne af de fem regioner i Danmark. LUP Fødende blev iværksat i 2012 ud fra ønsket om at få mere systematisk viden om kvinders oplevelser under graviditet, fødsel og første del af barselsperioden.

I 2018 blev der født 61.476¹⁰ levendefødte børn i Danmark. Fødende kvinder udgør en stor – og i disse år voksende – gruppe, som gennem deres graviditet, fødsel og barselsperiode har mange kontakter med

Formålet med LUP Fødende

Formålet med LUP Fødende er at få en samlet evaluering af fødende kvinders oplevelser gennem deres forløb fra graviditet til barsel, hvor de er i kontakt med flere sektorer og faggrupper. Undersøgelsen skal belyse og sammenligne kvinders oplevelser i forbindelse med graviditet, fødsel og første del af barselsperioden med det formål:

- At identificere forskelle i kvinders oplevelser inden for udvalgte temaer
- At give input til at arbejde med forbedring af kvaliteten på landets fødesteder og i overgangen til sundhedsplejen
- At kunne sammenligne fødestedernes resultater og regionsresultater med landsresultaterne
- At kunne følge udviklingen i fødende kvinders oplevelser og vurderinger systematisk over tid

sundhedsvæsenet både i primær og sekundær sektor. Kvinden er i forløbet i kontakt med flere fagpersoner i sundhedsvæsenet fx jordemoder og sundhedsplejerske. Kvinden er den eneste, der følger hele forløbet tæt, og som dermed har særlige forudsætninger for at kunne udpege kvalitetsproblemer i forløbet.

Spørgeskema

Det elektroniske spørgeskema indeholder spørgsmål om kvinders oplevelser med sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditeten, fødslen og efter fødslen. Der er 48 faste spørgsmål og 4 åbne kommentarfelder i spørgeskemaet. [Spørgeskemaet findes her](#). Nogle spørgsmål er af faktuel karakter, som leder videre til et vurderingsspørgsmål. I og med at spørgeskemaet er elektronisk, får kvinderne kun vist de spørgsmål, som er relevante for dem ud fra deres forudgående svar (fx fødselsmåde, igangsættelse af fødsel og lignende). Det kan derfor variere, hvor mange spørgsmål, kvinderne bliver stillet. De fleste spørgsmål besvares på en fempunkts svarskala, der afrapporteres som et gennemsnit, som anvendes ved formidling af forskelle på tværs af resultater og udviklingen over tid. Der er mulighed for at svare "ikke relevant for mig" eller "ved ikke" ved de fleste spørgsmål. Andelen af kvinder, der har svaret "ikke relevant" eller "ved ikke", fremgår ikke af resultaterne. [Se oversigter for antal og svarfordeling inden for disse svarkategorier her](#).

Årlige temaspørgsmål

Ud over de faste spørgsmål i spørgeskemaet, er der hvert år op til fem temaspørgsmål i LUP Fødende, som afdækker aktuelle temaer eller uddyber eksisterende temaer i undersøgelsen. Temaspørgsmålene indgår som udgangspunkt kun ét år og kan derfor ikke sammenlignes over tid som de øvrige spørgsmål i spørgeskemaet.

¹⁰ Se tallet på Danmarks Statistik: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/foedsler/foedsler>

Resultater opgøres på forskellige niveauer

Resultaterne af undersøgelsen bliver opgjort på landsplan samt for de enkelte hospitaler, regioner og fødesteder. Hvert enkelt niveau kan dermed bruge LUP Fødende til at få et overblik over kvindernes oplevelser og udpege, hvilke indsatsområder de har behov for at arbejde videre med for at forbedre den oplevede kvalitet. Resultaterne bliver sammenlignet med landsresultaterne, og med resultaterne for 2017, så det er muligt at følge udviklingen over tid.

Fødestederne og hospitalerne får desuden de kommentarer, som kvinder tilknyttet deres fødested har skrevet i de åbne svarfelter i spørgeskemaerne.

Deltagere i undersøgelsen

Undersøgelsen er baseret på et udtræk fra Landspatientregistret (LPR). Undersøgelsen omfatter alle kvinder i LPR, der har født et levendefødt barn hjemme eller på et af landets offentlige hospitaler i inklusionsperioden august - oktober 2018) med mindre:

- de ved flerfoldsfødsel¹¹ har et eller flere dødfødte børn
- de ikke er koblet sammen med et nyfødt barn i det Centrale Personregister (CPR) (fx bortadoption/tvangsfjernelse)
- de ikke har et dansk cpr-nummer
- de står opført med navne- og adressebeskyttelse i Det Centrale Personregister (CPR)¹²

I perioden august - oktober 2018 var der registreret 15.252 fødsler i LPR. 4 % heraf frafaldt undersøgelsen af forskellige årsager (adressebeskyttelse, udtrukket til anden LUP-undersøgelse, ukendt modtager på adressen

og frasortering, hvis enten mor eller barn var registreret som døde). I alt har 14.634 kvinder modtaget et brev enten via fysisk post (1 %) eller digital post (99 %) med invitation til at besvare spørgeskemaet på internettet ved hjælp af et personligt login/et digitalt link, hvor kvinden bliver ledt direkte til det elektroniske spørgeskema.

¹¹ Flerfoldsfødsel betyder, at kvinden ved den aktuelle fødsel føder mere end ét barn, eksempelvis tvillinger eller trillinger. Enfoldsfødsel betyder, at der kun fødes ét barn ved den aktuelle fødsel.

¹² Læs mere om navne- og adressebeskyttelse her: <https://cpr.dk/borgere/beskyttelser-i-cpr>

Det tidsmæssige forløb af undersøgelsen

Figur 6.1 viser undersøgelsens tidsmæssige forløb. I efteråret har kvinderne fået tilsendt invitationer til at deltage i den elektroniske spørgeskemaundersøgelse. Invitationerne udsendes af tre omgange for at sikre, at der ikke går for lang tid, fra kvinderne har født, til de bliver inviteret til at deltage i undersøgelsen. Dvs. der har været en udsendelse til kvinder, der har født i henholdsvis august, september og oktober. Der kan gå to til seks uger fra kvinderne har født, til de modtager invitationen til undersøgelsen. Kvinderne kan efterfølgende modtage op til to påmindelsesbreve. Der går syv uger fra dataindsamlingen slutter, til fødeafdelinger, hospitaler og regioner har resultaterne af undersøgelsen. Den samlede tidsperiode, fra kvinderne har født, til fødeafdelinger, hospitaler og regioner modtager resultaterne af undersøgelsen, er på mellem 16-29 uger, afhængig af hvornår i inklusionsperioden kvinderne har født (1. august- 31. oktober 2018).

Vil du vide mere om LUP Fødende 2018

I publikationen "Faktarapport LUP Fødende 2018" er det muligt at finde uddybende information om undersøgelsen og metoderne bag LUP Fødende. Her findes blandt andet mere information om udvikling og validering af spørgeskema, udsendelsespraksis, respondenternes repræsentativitet og organisering af undersøgelsen.

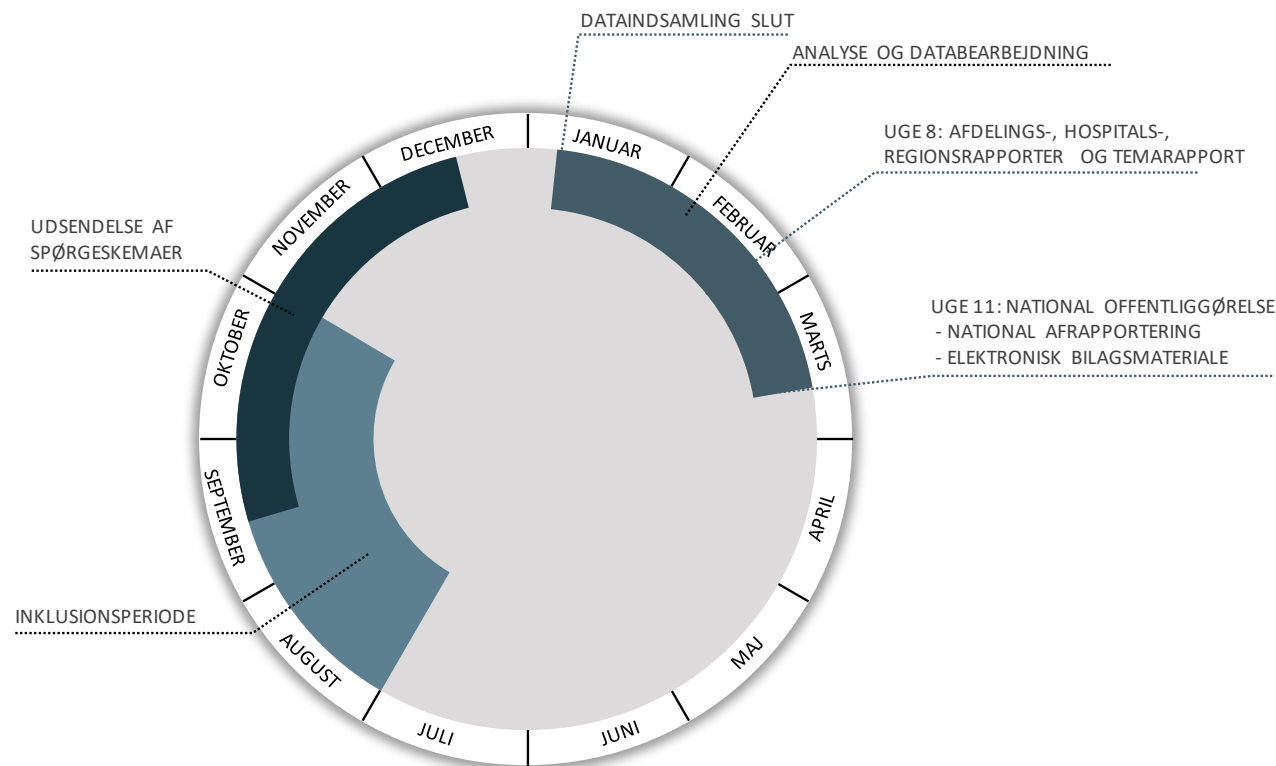
Publikationen kan findes her:

<http://www.patientoplevelser.dk/lupfod18/materiale>

I tillæg til resultaterne i denne nationale rapport for LUP Fødende 2018 findes også:

- En bilagstabel med alle resultater og baggrundsoplysninger på lands-, regions-, hospitals- og fødestedsniveau
- Enhedsmateriale – mappestrukturen, der er sendt ud i uge 8 til alle hospitalerne. Her ligger resultaterne for hvert enkelt fødested (her ligger både LUP og LUP Fødende resultater).

Figur 6.1
Årshjul for LUP Fødende



- Tabel med svarprocenter for lands-, regions-, hospitals- og fødestedsniveau

Derudover kan du også finde:

- [Spørgeskemaet](#) for LUP Fødende 2018.
- En [læsevejledning](#) til rapporter på regions-, hospitals- og fødestedsniveau

Materialet findes på:

<http://www.patientoplevelser.dk/lupfod18>



