

MASTEROPPGAVE

Mastergrad i organisasjon og ledelse

Er tilbudet til de fødende kvinnene tilknyttet Nordfjordeid Sjukehus kvalitetsmessig bra etter omorganiseringen?

«Fremdeles en God Start? En studie av fødetilbudet til kvinner i Nordfjord etter
nedleggingen av fødeavdelingen.»

av

Beathe Salbu Håkonsen

Februar 2016

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgave i: Organisasjon og ledelse

Tittel:

Er tilbudet til de fødende kvinnene tilknyttet Nordfjordeid Sjukehus kvalitetsmessig bra etter omorganiseringen?

«Fremdeles en God Start? En studie av fødetilbudet til kvinner i Nordfjord etter nedleggingen av fødeavdelingen.»

Engelsk tittel:

Are the maternity care services for the woman giving birth in the Nordfjordeid Hospital region of good quality after the reorganization?

"Still a Good Start? A research study of maternity care for woman in Nordfjord after the closure of the labour ward?"

Forfatter: Beathe Salbu Håkonsen

Emnekode og emnenavn: MR 690 Masteroppgave i organisasjon og ledelse

Kandidatnummer: 3

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (sett kryss):

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven i Brage.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett

JA Nei

Dato for innlevering:

12.02.2016

Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF

Emneord (minst fire):

Barselomsorg

Kvalitet

Kompetanse

Trygghet

Omorganisering

Tittel og sammendrag:

Er tilbudet til de fødende kvinnene tilknyttet Nordfjordeid Sjukehus kvalitetsmessig bra etter omorganiseringen?

«Fremdeles en God Start? En studie av fødetilbudet til kvinner i Nordfjord etter nedleggningen av fødeavdelingen.»

De nye kvalitetskravene til fødselsomsorgen førte til en omorganisering av fødetilbudet til kvinnene i Nordfjord. Fødeavdelingen ble nedlagt og God Start avdelingen opprettet for å ivareta kvinnenes behov i forbindelse med svangerskapet, fødselen og barseltiden. God Start avdelingen tilbyr kvinnene i dag følge av jordmor til fødestedet, svangerskapskontroller, ultralyd og barselopphold.

Formålet med evalueringsprosjektet var å få et innblikk i om kvinnene opplevde tilbudet som kvalitetsmessig bra etter omorganiseringen.

Det ble brukt en kvantitativ metode med spørreskjema til kvinner som hadde født fra Nordfjord og Sunnfjord. Undersøkelsen ble supplert med en kvalitativ metode der seks jordmødre ble intervjuet. Dataanalysen viste i gjennomsnitt at kvinnene i stor grad er fornøyd med tilbudet de mottar under svangerskapet, fødselen og i barseltiden. I barseltiden var det forskjeller på kvinnenes opplevelse av tilbudet de mottok, der det var gjennomgående de kvinnene med barselopphold på God Start som var mest fornøyd.

Title and Abstract:

Are the maternity care services for the women giving birth in the Nordfjordeid Hospital region of good quality after the reorganization?

“Still a Good Start? A research study of maternity care for woman in Nordfjord after the closure of the labour ward.”

The new quality standards for maternity care in Norway, led to a reorganization of maternity care for woman in Nordfjord. The labour ward was discontinued and the “Good Start” ward established to safeguard women`s needs during pregnancy, birth and postnatal period. The “Good Start” ward offers woman today prenatal care, ultrasound, to be accompanied by a midwife in the ambulance to the labour ward in Førde, and the possibility to return for postnatal care the first few days following the birth.

The purpose of the evaluation project was to gain an insight into if the women perceived the service of good quality after the reorganization.

A quantitative method was used, with questionnaires to woman who gave birth from both the Nordfjord and Sunnfjord region. The survey was supplemented with a qualitative method in which six midwives were interviewed. Data analysis showed that on average woman are largely satisfied with the offer they receive during pregnancy, birth and puerperium. In the puerperium there were differences on women`s experience of the service they received, where it was generally the women with their postnatal stay at “Good Start” being most satisfied.

Førord

Denne oppgaven er det avsluttende arbeidet ved masterstudiet i organisasjon og ledelse ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Masterstudiet er på totalt 120 poeng, og denne oppgaven utgjør 30 av disse studiepoengene. Utgangspunktet for denne masteroppgaven var utlysningen av et prosjekt der en ønsket å evaluere omorganiseringen av fødetilbudet til kvinnene fra Nordfjord, og som også kunne være tema for min masteroppgave.

For å kunne realisere denne oppgaven er det flere som bør takkes. En stor takk må rettes til min veileder professor Oddbjørn Bukve for god og konstruktiv rettleiding. Takk for oppmuntringen til å fortsette prosjektet når det buttet i mot og jeg ville gi meg. Det bør også rettes takk til de som har vært ansvarlig for studiet og lagt til rette for et interessant læringsopplegg. Medstudentene er også viktige i forhold til faglige diskusjoner og innspill.

Lederne på Kvinneklinikken i Førde fortjener også en stor takk for for tilrettelegging, støtte og oppmuntring i prosessen. De ansatte på bibliotekene til Høgskolen i Sogn og Fjordane og Helse Førde fortjener også en takk for god hjelp under prosessen med å finne fagstoff.

Uten informantene mine hadde det ikke blitt noe av prosjektet mitt. Takk til alle de kvinnene som svarte på spørreskjemaet mitt og skrev tilleggs kommentarer, og dermed gjorde prosjektet gjennomførbart. Takk også til jordmødrene som stilte til intervju for å gi supplerende opplysninger om temaet.

Til slutt må jeg takke familien min for tålmodighet under oppgaveskrivingen. Tror de er glad for at jeg er ferdig nå.

Førde, Februar 2016

Beathe Salbu Håkonsen

Innholdsliste

Forord.....	1
Innholdsliste	2
1,0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
2.0 TIDLIGERE FORSKNING	8
2.1 Prehospital fødselsomsorg	8
2.2 Differensiert fødselsomsorg	9
2.3 Brukerundersøkelse	9
2.4 Kompetanseutvikling.....	10
3.0 BAKGRUNNSKAPITTEL	11
4.0 TEORI	16
4.1 Kvalitet i ulike perspektiv.....	16
4.2 Måling av kvalitet.....	17
4.3 Kvalitetskjenne­tegn	18
4.4 Evaluering.....	20
4.5 Brukerorienterte modeller.....	21
4.6 Interessentmodeller.....	22
4.7 Oppsummering	23
5.0 DESIGN OG METODE.....	24
5.1 Valg av design	24
5.1.1 Populasjon og inklusjonskriterier	26
5.2 Valg av metode.....	27
5.2.1 Kvantitativ metode	27
5.2.2 Spørreskjema.....	27
5.2.3 Kvalitativ metode	28
5.3. Tilgang til forskningsfelt og tidsrom for undersøkelsen	28
5.4 Validitet og reliabilitet.....	29
5.5 Analyse av data.....	30
5.5.1 Frekvensanalyse	30
5.5.2 Bivariate analyser (krysstabeller).....	30
5.5.3 Variansanalyse (ANOVA).....	31
5.5.4 Manglende verdier.....	32

5.6 Etiske vurderinger.....	32
6,0 RESULTATER FOR SVANGERSKAP OG FØDSEL.....	34
6.1 Svangerskapet.....	34
6.2 Fødsel.....	36
6.3 Oppsummering svangerskap og fødsel.....	38
7.0 RESULTATER FOR BARSEL OG PARTNER	39
7.1 Kompetanse	39
7.1.1 Oppsummering kompetanse	42
7.2 Informasjon.....	42
7.2.1 Informasjon gitt under barseloppholdet.....	42
7.2.2 Motstridende informasjon	44
7.2.3 Nok informasjon om amming.....	46
7.2.4 Nok informasjon om barnestell	48
7.2.5 Informasjon om følelsesmessige forandringer og egen helse.....	50
7.2.6 Nytte av samtale med jordmor	52
7.2.7 Informasjon om oppfølging etter utskrivelse	54
7.2.8 Oppsummering informasjon.....	56
7.3 Respekt	57
7.3.1 Oppsummering respekt.....	59
7.4 Ivaretagelse.....	59
7.4.1 Opplevelsen av et tilfredsstillende tilbud	59
7.4.2 Nok tid fra personalet.....	61
7.4.3 Oppsummering ivaretagelse	63
7.5 Partner.....	64
7.5.1 Viktig med partner til stede i barseltiden	64
7.5.2 Lagt til rette for tilstedeværelse av partner.....	65
7.5.3 Ivaretagelse av partner.....	67
7.5.4 Tilfredsstillende muligheter for deltagelse.....	69
7.5.5 Oppsummering partner.....	71
7,6 Oppsummering barsel.....	72
8.0 DRØFTING.....	73
8.1 Svangerskap og fødsel	73
8.2 Barseltiden	74
8.2.1 Utførelse	76

8.2.1 Kompetansen på barsel.....	76
8.2.3 Informasjon på barsel	77
8.2.4 Fasilitetene.....	78
8.2.5 Pasientens opplevelse	78
8.2.6 Tilgjengelige tjenester	79
8.3 Partneren i barselomsorgen	80
8.4 Å reise tidlig hjem	81
8.5 Hvorfor evaluere.....	81
8.6 Oppsummering barsel og partner.	82
9,0 KONKLUSJON.....	84
LITTERATUR	86
VEDLEGG	89
Vedlegg 1. Spørreskjema til kvinnene.....	89
Vedlegg 2. Intervjuguide til jordmødrene	93
Vedlegg 3. Informasjon om spørreundersøkelsen til kvinnene	95
Vedlegg 4. Informasjon om spørreundersøkelsen til jordmødrene	96
Vedlegg 5. Informert samtykke	97

1,0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Samhandling, innovasjon og styring i offentlig sektor som tema til en masteroppgave ga meg assosiasjoner til «God start eininga» på Nordfjordeid. Styringen i offentlig sektor førte til nedlegging av fødeavdelingen i Nordfjord. Med innovasjon må en tenke nye måter å organisere på og God Start ble opprettet for å gi kvinnene et faglig godt tilbud i nærmiljøet. Veilederne og retningslinjene innenfor fødselsomsorgen skal sikre en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg der samarbeidsavtaler mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal avklare ansvar og roller. I følge kvalitetskravene til fødselsomsorgen, (2010) skal helsehjelp til gravide og fødende være desentralisert, differensiert og ha god faglig standard. Risikofødende selekteres og sentraliseres derfor til enheter med tilstrekkelig kompetanse. Fra 1971 til 2009 er antall fødesteder redusert fra 71 til 53, noe som medfører økt behov for følgetjeneste og fødende med reisetid over 1,5 time til fødestedet har rett til følgetjeneste. Kvinnene har i dag kortere opphold på barselavdelingen noe som stiller nye krav til organiseringen av tilbudet. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har fått større betydning for å ivareta kvinnene etter utreise fra sykehuset. For å løse oppgavene må en tenke nye måter å organisere på og spesielt kan det gi utfordringer i små kommuner og områder med spredt bebyggelse.

God Start er et tilbud til de gravide og barselkvinnene i Nordfjord. Ved avdelingen får kvinnene utført ultralyd og det blir utført selektering i forhold til hvor kvinnen kan føde. Avdelingen har også følgetjenesten, mulighet for nød fødsler og tilbud om barselopphold. Kvinnene kan ikke føde ved avdelingen lengre. Kvinner med risikosvangerskap blir selektert til å føde i Førde som er en kvinneklinikk. Gravide med ukompliserte svangerskap kan bruke sin medbestemmelsesrett og velge om de vil føde i Førde eller Volda. Reiseavstand kan være en medvirkende årsak til at noen velger å føde i Volda, samtidig som det for andre vil være av betydning å føde på et sykehus som har barnelege. Når det gjelder barseltiden er det ulike alternativ som kan velges. Er det forsvarlig vurdert ut ifra gynekologens og barnelegens synspunkt kan barseltiden gjennomføres på God Start i Nordfjord. Når ingen risikofaktorer er til stede kan kvinnene velge fritt om de vil ta barseloppholdet i Førde, Volda, Nordfjord eller reise tidlig hjem og få oppfølging der.

I forbindelse med omorganiseringen var det protester fra folket og mange medieoppslag både nasjonalt og lokalt. Nå er tiltaket gjennomført og opprøret har roet seg. I følge Heggheim, (2013) sin artikkel uttaler overjordmor Linda Grotle Hauge at de fødende kvinnene i

Nordfjord har fått et faglig bra tilbud som fungere, og dermed har de fødende et godt tilbud med jordmortjeneste, følgetjeneste og tilbud om barselopphold til nybakte mødre etter fødselen. Politikerne og ledelsen har dermed gitt uttrykk for at God Start er et kvalitetsmessig bra tilbud. Jeg ønsker derfor gjennom min problemstilling å se nærmere på hvordan kvinnene og profesjonen opplever at tilbudet er kvalitetsmessig bra. Hovedtema for oppgaven vil være å se nærmere på hvordan kvaliteten oppleves for de gruppene som er mest berørt av omorganiseringen som da kan deles i et kvinneperspektiv og et profesjonsperspektiv. Ser en på omorganiseringen som en del av en reform som har vært iverksatt vil målet mitt med denne oppgaven være å evaluere hvordan kvaliteten oppleves for kvinnene i dag for å kunne bruke den til å se på hvilke tiltak som bør fortsette å eksistere og hvor det er behov for å gjøre eventuelle endringer.

Jeg har formulert følgende problemstilling:

«Er tilbudet til de fødende kvinnene tilknyttet Nordfjordeid sjukehus kvalitetsmessig bra etter omorganiseringen?»

«Fremdeles en God Start? En studie av fødetilbudet til kvinner i Nordfjord etter nedleggningen av fødeavdelingen?»

For å belyse problemstillingen min ønsker jeg å evaluere tilbudet ut fra et kvinne- og et profesjonsperspektiv. Fra kvinneperspektivet fordi de er brukere av tjenesten og derfor vil ha verdifull informasjon om deres opplevelse av kvaliteten. Perspektivet fra profesjonens side har jeg tatt med for å belyse problemstillingen ut i fra deres profesjonelle ståsted. Kvinnene som brukere er den viktigste gruppen, men det er profesjonen som står for utførelsen av kvaliteten, og som i følge Donabedian, (1988) er selve fundamentet i kvalitetsutviklingen og dermed en viktig bidragsyter. Kvalitet er et omfattende og komplekst begrep. Når tilbudet til de fødende er endret vil det sannsynligvis ha ført til en kvalitetsendring. Kvalitetsendringen kan være både god og dårlig vurdert ut ifra ulike faktorer. Ved å bruke komparativ design vil jeg prøve å finne svar på problemstillingen min samtidig som jeg kan gjøre sammenlikninger av ulike grupper av de fødende. Ifølge Ringdal, (2013) kan en i et komparativ design bruke kvantitative og kvalitative data. Data kan samles inn på ulike måter som fra historiske kilder, registerdata, intervju, feltarbeid eller ved bruk av spørreskjema. For å få svar på problemstillingen min vil jeg bruke en kvantitativ metode med spørreskjema til kvinnene og en kvalitativ metode med intervju av profesjonsutøverne. Ved å bruke variabelperspektivet vil jeg kunne finne om det er noen korrelasjon mellom variablene. Ved å se på sammenhengen

mellom utvalgene kan det si noe om tilbudet i dag og hva som eventuelt kan påvirker utfallet. Svarene vil kunne variere ut i fra ulike kategorier som om kvinnene tilhører Nordfjord eller Sunnfjord, og hvor de har hatt barseltiden sin, og årsakene til valget som er tatt. Svarene kan også variere ut i fra om kvinnen er førstegangsfødende eller flergangsfødende.

2.0 TIDLIGERE FORSKNING

For å plassere oppgaven min i forskningsfeltet har jeg funnet noen forskningsartikler som kan være med på å belyse mitt tema. Det første jeg har sett på er risikoen ved prehospital fødsler fordi nedlegging av fødeinstitusjoner fører til at en del kvinner får lengre reisevei til fødeinstitusjonen. Moen, Tollefsrud, Rosenberg & Rolland (2009) påpeker også i sin forskningsartikkel vanskeligheter med å innføre en differensiert fødselsomsorg ved større avdelinger, og at små forhold kan ivareta omsorgen for pasientene på en god måte. I forhold til å sikre en god kvalitet i omsorgen er kompetanseutvikling et viktig begrep som Naustdal, (2010) har sett nærmere på i sin forskningsartikkel. For første gang ble det i 2011 gjennomført en nasjonal brukerundersøkelse av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, (2013) innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge, så slik sett vil det ikke være noe nytt i forhold til mitt prosjekt. Det som er nytt er omstruktureringen i fødetilbudet i Sogn og Fjordane som er blitt mer sentralisert og differensiert.

2.1 Prehospital fødselsomsorg

En av bekymringene i forhold til redusert antall fødesteder er om forekomsten av prehospital fødsler øker når flere kvinner får lengre reisevei. I følge Egenberg, Puntervoll & Øian, (2011) og Aladdin, Jacobsen & Sandberg, (2004) viser undersøkelser fra Norge og Sverige at det ikke er økt perinatal dødelighet for barn født under transport. I 2011 var det en forskningsartikkel i Tidsskrift for legeforeningen som omhandlet den prehospital fødselsomsorgen i Norge. I denne artikkelen definerer Egenberg, et al (2011) prehospital fødselsomsorg som den tjenesten som blir tilbudt den gravide fra hun melder sitt behov for hjelp og til hun mottar hjelp på fødeinstitusjonen. I begrepet prehospital fødselsomsorg inngår vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel, vurdering av transportmåte og behov for følge av kvalifisert personale. Hastegrad og transportmåte blir vurdert samtidig med å yte nødvendig helsehjelp ved ikke planlagt hjemmefødsel eller under transport. Undersøkelsen til Egenberg et al (2011) viste et akseptabelt resultat for barn født ikke planlagt utenfor institusjon i 2008 der det var ingen dødsfall ved fødsler ved levedyktig svangerskapsalder. En medvirkende årsak til det gode resultatet kan i følge artikkelen være at ved 75 % av fødslene var det jordmor til stede. Undersøkelsen slår videre fast at det er urealistisk med en nullvisjon for ikke planlagte prehospital fødsler og nesten halvparten av fødslene skjer der reisetiden er under en time til fødeinstitusjonen. Tall hentet fra medisinsk fødselsregister, nasjonalt folkehelseinstitutt viser at i prosent ligger Sogn og Fjordane som et av de fylkene med flest ikke planlagte fødsler utenfor institusjon. Denne statistikken viser også at antall

transportfødsler holder seg stabilt over tid, og at det er i de fylkene med spredt bosetning at kvinnene har flest uplanlagte fødsler prehospitalt. Størst risiko for å føde prehospitalt har dermed kvinnene i fylkene med spredt bosetting, men i antall er det flere kvinner nær de store fødeinstitusjonene som opplever å føde utenfor institusjon. Aladdin, Jacobsen & Sandberg, (2004) konkluderte i sin studie fra Gøteborg at 89 % av de som fødte prehospitalt var flergangsfødende med kort fødselsforløp og ingen økt forekomst av komplikasjoner. Det samme viser Daltveit, Irgens & Vollseth, (1991) artikkel om utfallet ved transportfødsler etter sentraliseringen av fødselsomsorgen i perioden 1967-88. Data hentet fra medisinsk fødselsregister, nasjonalt folkehelseinstitutt i denne perioden viste at det var i hovedsak friske flergangsfødende kvinner som fødte friske barn, og at det ikke var økt perinatal dødelighet for barn født under transport.

2.2 Differensiert fødselsomsorg

Moen, Tollefsrud, Rosenberg & Rolland (2009) har i sin forskningsartikkel sett på utfallet av komplikasjoner etter innføringen av differensiert fødselsomsorg. Undersøkelsen viste at den instrumentelle fødselsraten var høyere på sykehus enn det som var rapportert fra jordmorstyrte fødestuer. Studien viste at bruk av det ristimulerende middelet oxytocin og EDA (epiduralbedøvelse) ga signifikante forskjeller i fødselsutfallet. Tolkningen deres var at innføringen av et differensiert fødetilbud ikke hadde ført til det ønskede resultatet for lavrisikofødende. Det påpekes også at travelheten på en større fødeavdeling er en medvirkende årsak til at det ikke er det best egnete stedet å føde for lavrisikofødende. Denne forskningsartikkelen stadfester at det er færre komplikasjoner ved fødsler på jordmorstyrte fødestuer enn på større fødeavdelinger

2.3 Brukerundersøkelse

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, (2013) har gjennomført en nasjonal brukerundersøkelse med fokus på brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge. Undersøkelsen viser at det stort sett er tilfredshet med omsorgen i svangerskapet og under selve fødselen. Dårligst erfaring er det med omsorgen etterpå, spesielt gjelder dette de få dagene de er på barsel. Ut ifra denne undersøkelsen kan en stille spørsmål om barseltilbudet er i samsvar med de politiske prinsippene om gode og likeverdige tjenester til gravide og fødende da det i følge kvinnene er store variasjoner i tjenesten som den enkelte mottar. Det er de samme utfordringene innenfor barselomsorgen som det var på 1970-tallet men kan forsterkes av kortere liggetid på sykehus i dag.

2.4 Kompetanseutvikling

Naustdal, (2010) har en forskningsartikkel der hun ser på kompetanseutviklingen til sykepleierne. Raske omstillinger og ny medisinsk utvikling gjør det nødvendig for sykepleierne og kontinuerlig å utvikle kompetanse. Selv om det er stort fokus på kompetanseutvikling som internundervisning, fagmøter og fagdager blir tiltakene lett nedprioritert ved hektisk aktivitet i avdelingen. På tross av gode intensjoner viste studien at sykepleielederne stod alene og uten myndighet i arbeidet med kompetanseutviklingen og at det var vanskelig å finne rom for å arbeide systematisk med å heve kompetansen.

3.0 BAKGRUNNSKAPITTEL

For å få en bakgrunn for hva som har skjedd med fødeavdelingen i Nordfjord har jeg valgt å ta utgangspunkt i politikksyklusen som en modell av en prosess. Politikksyklusen til Howlett, Ramesh & Perl (2007) deles i fem deler, agenda, politikktutforming, vedtak, implementering og evaluering. De hevder at det ikke alltid er like lett å forstå hvorfor et problem kommer på *agendaen* mens et annet ikke gjør det. Fra 80-tallet har det dukket opp en teori om ressursavhengighet som ser på de økonomiske og politiske faktorene som en integrert helhet. Hvorfor omorganiseringen i Nordfjord kom på dagsorden var med bakgrunn i kvalitetskravene til fødselsomsorgen. I følge Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen (2010) er rekrutteringen av et tilstrekkelig antall spesialister innen fødselshjelp og gynekologi bekymringsfullt, og ved kvinneklinikkene må det være et krav om døgnkontinuerlig tilstedevakt av spesialist med særlig vekt på fødselshjelp. Anbefalingene er å dele fødeinstitusjonene i tre nivåer, kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue. Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga i Helse Vest (2010) beskriver kravene til de tre ulike nivåene:

- Kvinneklinikkene skal kunne ivareta både normale fødsler og risikofødsler. Kvinneklinikker skal ha tilgang til kompetanse i nyfødtdmedisin og flere andre spesialiteter.
- Fødeavdelinger skal ha normale fødsler og moderat risiko tilpasset avdelingen sin kompetanse. Det forutsettes et nært samarbeid med kvinneklinikken for drøfting av tvilstilfeller i forhold til selektering. De minste fødeavdelingene bør vurderes å gjøres om til fødestuer. Avdelingen bør ha minst fire spesialister i fødselshjelp / kvinnesykdommer, mens tilrådingen er seks spesialister. Seleksjonen til fødested og krav til fødeavdelinger avhenger også av om der er barneavdeling ved sykehuset.
- Fødestuene er ledet av jordmor og skal ta imot kvinner med forventet normal fødsel av friskt barn. Det skal være skriftlige seleksjonskrav for fødende til fødestuer og skriftlige retningslinjer for overflytting til høyere nivå både under og etter fødselen for både mor og barn.

Med denne inndelingen ble det vanskelig å tilfredsstille kravene for bemanning ved de små fødeavdelingene. For å opprettholde en forsvarlig bemanning har vikarstafett vært brukt, noe som er en økonomisk belastning samtidig som kvaliteten kan være vanskeligere å ivareta. Et annet argument var muligheten for å skape mer robuste fagmiljøer ved å sentralisere til større

avdelinger. Endringen av fødetilbudet skapte debatter og medieoppslag både nasjonalt og lokalt. Noen innlegg var mer seriøse med bakgrunn i faglig kunnskap og andre mindre seriøse. For noen av motstanderne føltet endringen som når Jacobsen & Thorsvik (2008) sier at endringer i organisasjoner kan komme som et resultat av maktkamp. I dette perspektivet antas det at den sterkeste overlever, og gjennom dominans kan den organisasjonen med størst ressurser overta eller nedlegge de med mindre ressurser. Med tanke på hvem det er som tar bestemmelsene er det slik som Audun Offerdal, (1999) sier at politikerne er vanlige folk, og ikke eksperter som skal utforme målene i samfunnsutviklingen. Politikk er å fordele goder og byrder på en legitim måte, og folk skifter også meninger og standpunkt over tid. De valg som blir tatt er ikke nødvendigvis de beste, men det som er godt nok. Politikerne må ta ansvar for alle målene i samfunnsutviklingen og konsekvensene av de avgjørelsene de tar. Profesjonene kan konsentrere seg om konsekvensene på sitt fagområde, og brukerne ønsker et best mulig tilbud ut fra deres egne interesser. Gjennom helsedirektoratet utarbeides nasjonale faglige retningslinjer i samarbeid med brukerorganisasjoner og fagmiljøer som på den måten er med på å utforme resultatet.

Howlett et al (2007) sier at *politikkutforming* referer til den prosessen som generer alternativene rundt hva en skal gjøre med offentlige problemer. På dette stadiet gjøres det politiske valg som kan hjelpe til å løse problemene som kom på agendaen.

Politikkformuleringen innebærer å identifisere og vurdere mulige løsninger på et politisk problem, eller utforske de ulike handlingsalternativer for å løse problemet. Fødselsomsorgen vår i dag styres av Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet som omhandler organiseringen av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Målet var at gravide, fødende og familien skulle oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Intensjonen i Stortingsmelding nr. 12 følges videre opp i veilederen Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen (2010) der det gjennomgående er forståelsen av kvalitet som et sammensatt, men helhetlig begrep. Kvalitetsbegrepet omfatter krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, krav til kompetanse, system for oppfølging av kravene og krav til informasjon og kommunikasjon.

For barselomsorgen er det også kommet en ny veileder. Nytt liv og trygg barseltid for familien (2014) definerer barselomsorgen som en samlebetegnelse på tilbudet til familien i seks uker etter fødselen. Denne tjenesten skal være et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De siste 30 årene har det skjedd en endring innen barselomsorgen med kortere opphold i sykehuset og større

delaktighet og medbestemmelse for pasientene. Bosetting og familiestruktur er endret og stiller dermed større krav til organiseringen og tilretteleggingen av barselomsorgen. I høringsutkast – retningslinjer for barselomsorgen (2012) påpeker også helsetilsynet at tjenestetilbudet ikke har tatt tilstrekkelig høyde for den korte tiden kvinnene er på sykehuset og at det oppstår en kritisk periode mellom utreise fra sykehus og til det opprettes kontakt med helsestasjonen. St.meld. nr. 12 (2008-2009) skapte forventninger om at barselomsorgen skulle styrkes og nå ønsker retningslinjene å bidra til tydelige faglige anbefalinger slik at helsepersonell og pasienter vet hva innholdet i tjenesten bør være. I høringsutkast – retningslinjer for barselomsorgen, (2012) står det at kommunene har plikt til å tilby svangerskaps- og barselomsorgtjenester, helsestasjonstjeneste og fastlegeordning. Tjenesten er nå profesjonsnøytral men tjenestelovenes og helsepersonellovenes forsvarlighetskrav forutsetter at personer som skal yte tjenestene har den nødvendige faglige kompetansen. Når det gjelder oppfølging av mor og barn er det eksplisitt beskrevet som jordmors ansvarsområde. Kommunene og helseforetakene har etter den nye kommunale helse- og omsorgstjenesteloven plikt til å inngå avtaler som skal gi pasienter og brukere opplevelsen av at tjenestene er samordnet, og at det er bestemt hvem som skal yte de aktuelle tjenestene. Samhandlingsreformen virker også innenfor fødselsomsorgen og i følge St.meld. nr. 47 (2008-2009) skal samhandlingsreformen gi helsetjenesten en ny retning. Det skal forebygges framfor å repareres, og det skal være bedre samarbeid mellom de ulike leddene i helsetjenesten. Tjenesten skal være nærmere der folk bor, og dermed flere oppgaver til kommunene og penger til utføre oppgavene skal følge med. Spesialiserte fagmiljøer skal samles og være sterke nok til å møte utfordringene. Tiltakene skal være bedre for pasientene og gi en sterkere brukermedvirkning. Samhandlingsreformen startet offisielt 1. januar 2012 med en gradvis innføring fram til 2016 da tilbudet skal være etablert.

I følge Howlett et al (2007) er det i neste stadiet det blir gjort *vedtak* på hvilke alternativer som blir det offisielle satsingsområde. I en pressemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet, (2011) ble det lagt føringer for innføring av jordmorstyrt fødestue i Nordfjord. Dette alternativet ble avslått av jordmødrene på Nordfjordeid sykehus. I et debattinnlegg i Firda, (2011) sier Nesbakk, Melheim, Skjerdal, Tisthamar, Nordpoll, Ommedal, Kleppenes, Eikås, Stølen, Hauge & Andresen at det var deres faglige samvittighet som var avgjørende for å avvise en jordmorstyrt fødestue. Med bakgrunn i kvalitetskravene som kom i veilederen Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen (2010) ble

fødeavdelingen ved Nordfjordeid sykehus omorganisert fra 1. oktober 2012 og «God Start eininga» ble etablert.

I følge Howlett et al (2007) er *implementeringen* steget der innsats, kunnskap og ressurser avsatt til formålet blir iverksatt. Når omorganiseringen ble iverksatt var det etter mye protester og fortvilelse både fra befolkningen og de ansatte. I følge Røvik, (2007) og Jacobsen & Thorsvik (2008) vil implementering av reformideer ofte utløse motstand og konflikter. Ansatte har sine interesser og sin ære knyttet til organisasjonens beste og når reformideer oppfattes som dårlige løsninger kan det utløse motstand fra ansatte. Motstand kan også utløses når de ansattes kompetanse, og dermed deres anseelse og makt i organisasjonen er nært knyttet opp mot de arbeidsoppgavene som blir endret eller faller bort ved implementeringen av en ny reform. «God start eininga» ved Nordfjord sjukehus ble opprettet for å ivareta kvinnenes behov for oppfølging gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Kvinnene har sine svangerskapskontroller hos jordmor på en av de seks helsestasjonene som hører til distriktet. I svangerskapsuke 36 er kvinnene inne til en selekteringskontroll ved God Start avdelingen der kvinnen i samråd med jordmor får lagt en fødselsplan. Kvinnene kan føde i Volda eller i Førde avhengig av hva som er det nærmeste fødestedet, men medisinske kriterier gjør at noen av disse kvinnene ikke har noe valg og må til Førde. Når fødselen starter kontakter kvinnene God Start avdelingen og får da en vurdering. Med følgetjenesten vil kvinnene bli kjørt i ambulanse med følge av jordmor når det er behov for det. Noen kvinner er også innlagt på hotell i Førde i påvente av at fødselen skal starte fordi de føder svært raskt eller at de kan være engstelig av ulike årsaker. Etter fødselen kan kvinnene velge å ha barseltiden på den avdelingen hvor de har født, overflyttes til God Start eller reise tidlig hjem å få oppfølging der. Gynekolog og barnelege har ansvar for at det er medisinsk forsvarlig.

Howlett et al (2007) sier at etter politikken er iverksatt vil regjeringen ofte vite hvordan politikken har virket. Det dreier seg om *evaluering* av de midlene som er anvendt og formålet med vedtaket. Evaluering kan føre til et behov for reorganisering, og en kan komme tilbake til agendaen i den politiske sirkelen eller til ett av de andre stegene. Det kan da dreie seg om både små og store forandringer. Røvik, (2007) sier at ideer ofte oppfører seg som virus i moderne organisasjoner, og organisasjonsoppskrifter kan som virus ha lang inkubasjonstid og krever dermed tålmodighet. Nå har endringene modnet og de ansatte, samfunnet og kvinnene har prøvd ut den nye organisasjonsformen, og det vil derfor kunne være av interesse å gjøre en evaluering fordi synspunkt kan ha endret seg eller tiltaket kan ha blitt verre eller bedre enn forventet. Omorganiseringen var begrunnet i kvalitetskravene fra politikerne sin side, mens

noen kritikere mente den var av økonomiske årsaker og en maktdemonstrasjon. Etter modning av reformen kan det være at brukerne ser de kvalitetsmessige fordelene i et nytt lys.

4.0 TEORI

For å belyse problemstillingen min har jeg valgt teori om kvalitet og evaluering. Til begrepet kvalitet knyttes det stadig flere initiativ, tiltak og reformer innenfor helsesektoren. I styringsdokumenter, utredninger og rapporter brukes begreper som kvalitetsfremmende tiltak, systematisk kvalitetsarbeid og kontinuerlig kvalitetsforbedring. Når kvalitetsarbeid har vært et satsingsområde er det gjerne en medvirkende årsak til at det finnes mye litteratur som omhandler kvalitet og oppskrifter på hvordan en skal gjøre kvalitetsforbedringer. Litteraturen viser at kvalitet er et omfattende og komplekst begrep som kan belyses fra ulike sider. I min undersøkelse ønsker jeg å finne ut hvordan kvinnene og personalet i Nordfjord opplever kvaliteten på det tilbudet som blir gitt etter omorganiseringen til «God start eininga».

I følge Halvorsen, Madsen & Jentoft, (2013) er evalueringsbegrepet bredt og favner om mange ulike typer undersøkelser. Det finnes derfor mange definisjoner og forståelser av hva evaluering er og dermed vanskelig å avgrense og presisere begrepet. Thornes (2012) beskriver seks ulike evalueringsmodeller. Resultatmodeller, prosessmodeller, systemmodeller, økonomiske modeller, aktørmodeller og programteorimodeller. I min oppgave har jeg valgt aktørmodellen der fokus vil være på bruker og utøver. De to gruppene vil kunne utfylle hverandre ved å kunne gi utfyllende svar, men det vil også være naturlig å anta at de to gruppene kan ha ulike synspunkt på enkelte områder da de har ulik fagbakgrunn og kvaliteten kan dermed belyses fra to sider.

4.1 Kvalitet i ulike perspektiv

Donabedian, (1988) sier at før vi kan starte vurderingen av kvalitet må kvalitet defineres. Det kommer an på hvor bredt en definerer helse og ansvaret for helse, og om en vurderer bare ytelsen fra utøverne eller også fra pasientenes og helsevesenets side. Informasjon om årsaker og sammenhenger om de strukturelle egenskapene hvor omsorgen forekommer er også et behov sammen med prosessen av omsorg og utfallet av omsorgen. Bengoa, Kawar, Key, Leatherman, Massoud & Satumo, (2006) sier at mye kunnskap og erfaring for å forbedre kvaliteten innenfor helsevesenet har akkumulert globalt over flere tiår. På tross av dette har politikerne jevnlig problemer med å vite hvilke kvalitetsstrategier supplert og integrert med eksisterende strategier som vil ha størst innvirkning på utfallet i deres helsesystem. I følge Bengoa et al (2006) har helseutgiftene i industrialiserte land doblet seg de siste 30 årene uten at det nødvendigvis er de landene med høyest utgifter som har de beste resultatene. For å gjøre forbedringer i helsevesenet er det derfor viktig å ha en forståelse av hva kvalitet er og

fokus på helsevesenet som en helhet, og på resultatet av det som produseres både for den enkelte bruker og for samfunnet som en helhet. Batalden & Stoltz, (1993) sier at faglig kunnskap, forbedringskunnskap, ledelsespolitikk, strategier og metoder er uløselig knyttet sammen i det daglige arbeidet. Forbedringer innenfor helsevesenet er tradisjonelt et resultat av fremskritt innenfor emnet, disiplinene og de faglige verdiene. Kontinuerlige forbedringer blir resultatet når alle i organisasjonen forstår arbeidssystemet og samarbeider for å skape ny kunnskap og endringer i det daglige arbeidet.

4.2 Måling av kvalitet

Bengoa, et al.(2006) sier at en annen måte å tenke på kvalitet innenfor helsevesenet er å skille mellom roller og ansvar i de ulike delene av systemet. Politisk er det en stor oppgave å støtte strategi utviklingen for å gjøre kvalitetsforbedringer som hviler på et nasjonalt og regionalt nivå. Helsetjenesteleverandørene har en forpliktelse ovenfor strategimålene for kvalitetspolitikken, men deres hovedansvar er å sikre at den tjenesten de leverer er av høyeste mulig standard og møter behovene til hver enkelt bruker, deres familie og lokalsamfunn. Brukerne har avgjørende roller og ansvar i å identifisere deres egne behov og preferanser, og å handtere deres egen helse med støtte fra helsevesenet. Det er et stort samsvar mellom Bengoa et al og Donabedian sine perspektiver her. Noen elementer i kvaliteten er lett å måle sier Donabedian, (1988), mens andre fortsatt er et mysterium som vi ikke må bagatellisere. Når kvalitet skal defineres vil det være flere formuleringer som er både mulige og legitime avhengig av hvor vi er i systemet. De ulike formuleringene kan sammenlignes med trinnene i en stige. Vår makt, vårt ansvar og sårbarhet kommer av at vi er fundamentet for stigen og derfor må en starte med utførelsen fra leger og helsepersonell. Donabedian, (1988) deler utførelsen fra helsearbeiderne i to deler, en teknisk og en mellommenneskelig. Den tekniske utførelsen bygger på kunnskap og bedømmelsen for å komme fram til riktige strategier og dyktighet, og hvordan dette skal implementeres. Den tekniske utførelsen dømmes etter best praksis, som er kjent for å være det beste alternativet som den nåværende vitenskap og teknologi innenfor helse har framskaffet. Det andre viktige elementet som Donabedian, (1988) trekker fram er de mellommenneskelige relasjonene i utøvernes handling. Gjennom de mellommenneskelige utvekslingene kommuniserer pasienten informasjon som er nødvendig for å komme fram til den riktige diagnosen og de mest hensiktsmessige metodene for omsorg. Det er gjennom den mellommenneskelige prosessen redskapene som skal til for å lykkes blir skapt. Gjennomføringen av de mellommenneskelige prosessene må møte individuelle og sosiale forventninger og normer som kan både fremme og hemme ytelsene. Personvern,

konfidensialitet, informerte valg, bekymringer, empati, ærlighet og følsomhet er dyder som det er forventet at mellommenneskelige relasjonene skal inneholde. De mellommenneskelige prosessene er svært viktig men kan bli ignorert i bedømmelsen av kvalitet fordi denne informasjonen ofte er vanskelig tilgjengelig.

I neste steg beskriver Donabedian, (1988) fasilitetene som er de ønskelige forholdene for hvor behandlingen utføres. Disse inneholder bekvemmelighet, komfort, ro, privatliv og lignende. Når vi beveger oss opp til neste trinn inneholder det bidrag fra pasientene og deres familier. På dette området er vi opptatt av bedømmelsen av hvordan kvaliteten oppleves fra deres ståsted. Ansvarer blir nå delt mellom leverandør og forbruker. Her må pasient og familie ta noe av ansvaret for resultatet av omsorgen. Omsorgen mottatt fra samfunnet som en helhet er siste steget. Dette er en bedømmelse av nivået av de sosiale fordelingene i samfunnet. Dette avhenger av hvem som har større eller mindre tilgang til tjenestene, og etter å ha mottatt ytelsen opplever større eller mindre kvalitet i omsorgen. Dette kan påvirkes av den individuelle utøver og helseinstitusjonen. Men kvaliteten på omsorgen i samfunnet påvirkes også av mange faktorer som leverandørene har liten kontroll over, noe som er faktorer som de bør prøve å forstå og være bekymret over.

Definisjonen til Donabedian, (1988) av kvalitet går fra utøver til omsorg mottatt av pasienten, og til omsorgen mottatt fra samfunnet. Definisjonen av kvalitet blir smalere eller bredere avhengig av hvor smalt eller bredt vi definerer helsekonseptet og vårt ansvar for det. Oppfatningen av hva kvalitet er vil ikke kunne passe presist til alle pasienter. Et annet viktig element er om kostnader bør inngå i kvalitetsbegrepet. Det kan bedømmes som ineffektivitet i forhold til i hvilken grad de forventede forbedringene innenfor helse er oppnådd på en unødvendig kostnadskrevenende måte. Det er en oppfatning at når en øker omsorgen vil tilsvarende forbedring i helse bli progressiv mindre, mens kostnadene stiger med uforminsket styrke. Det vil derfor være et punkt der tilført omsorg vil ha så små forbedringer at det ikke vil være verdt de økte økonomiske kostnadene. Dette fører til et valg der vi kan ignorere kostnadene og si at vi vil ha det som representerer det beste i kvalitetsomsorgen. Det andre alternativet er at en må avgrense kostnadene ved å ikke inkludere tiltak som er uforholdsmessig kostbare i forhold til den gevinsten de gir.

4.3 Kvalitetskjennetegn

Øgar & Hovland (2004:17) sier at alle snakker om kvalitet og kvalitetsutvikling, og at alle er for det utenat en nødvendigvis vet hva vi snakker om. Kvalitet er et sammensatt fenomen som

består av flere elementer og dimensjoner. Kvalitetsbegrepet er ikke et entydig begrep men et produkt av ulike elementer som vektlegges og vurderes ulikt avhengig av ståsted og egne oppfatninger. Kvalitet handler om forholdet mellom hva som faktisk ytes, og hva som kreves eller forventes. Bukve, (2012:107) sier at det til slutt er i møtet mellom utøverne av tjenestene og brukerne at innholdet og kvaliteten i tjenesten kommer fram. Det kan skilles mellom ulike mål på kvalitet ut ifra hvem som produserer data og hvilke type data som blir produsert. Data kan produseres enten av brukerne av tjenesten eller av de som leverer og administrerer tjenestene. Kvalitet kan også måles gjennom kvantitative indikatorer der brukerskapte data som brukerundersøkelser, eller som produsentskapte data som kvalitetsmålinger og avviksmålinger. Kvalitative data kan gi svar på kvaliteten gjennom brukerskapte data som direkte tilbakemeldinger og mediasaker. Fagpersonenes erfaringer og vurderinger kan være mål på kvaliteten ved produsentskapte data.

Mange publikasjoner definerer helsetjenester med ulike dimensjoner som veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet, (2005) ... Og bedre skal det bli som sier at helsetjenester av høy kvalitet:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Det er et stort samsvar mellom disse dimensjonene og Bengoa`s publikasjon i WHO. Kvalitetsbegrepet omfatter det vi ser på som godt og ønskelig i denne sammenhengen.

I følge Øgar & Hovland (2012:19) er god faglig kvalitet kjerneelementet i enhver kvalitetsvurdering av helsetjenesten. Faglig kvalitet oppfattes ofte å være synonymt med kvalitetsbegrepet, og vi vil ikke akseptere en helsetjeneste som ikke er av god faglig kvalitet. Et problem er at det ikke alltid er enighet om hva som er det beste, men også at ressursmessige og geografiske forhold gjør at ikke alle kan få det antatt beste til enhver tid. En ny trend i dagens samfunn som Bukve (2012:107) nevner er den kunnskapen som pasientene har selv på grunn av utdanning og informasjon som er tilgjengelig på nettet. På denne måten

har helseprofesjonene mistet noe av sin autoritet og det stilles større krav til informasjon til pasientene.

Bengoa et al, (2006) sier at det er viktig å anerkjenne forskjellene mellom ulike roller og ansvar, men det er like viktig å se sammenhengen mellom dem. Beslutningstaker kan ikke håpe på å utvikle og implementere nye strategier for kvalitetsforbedring uten engasjerte helsearbeider, lokalsamfunn og brukere. Helsearbeiderne må operere innenfor et formålstjenlig politisk miljø for kvalitet, og med en riktig forståelse for behovene og forventningene til brukerne for å levere de beste tjenestene. Lokalsamfunn og brukere må ha innflytelse både på kvalitetspolitikken og på måten helsetjenesten blir gitt til dem på for å forbedre deres egen helse.

Batalden & Stoltz, (1993) sier at vi må vite hva vi gjør, hva vi produserer, hvordan vi produserer, hvem vi produserer for og hvilke leverandører vi er avhengig av. Kundernes kunnskap inneholder kunnskap om hvem kundene er, både nåværende og potensielle, og hvordan de bedømmer kvaliteten på det organisasjonen produserer. Det er kundene som har kunnskapen om hvordan de rangerer kvaliteten på tjenesten og produktet, og hvorfor. Forståelsen av hva som leder pasientene til å bedømme kvaliteten som de gjør er viktig for å finne og gjøre endringer som er til forbedring for pasientene. Dessuten vil dypere kunnskap om mottaker av helsetjenestene fremme innovasjon.

4.4 Evaluering

Howlett et al (2007) sier at foruten regjeringens interesse for en evaluering av effekten i forhold til intensjonen og resultatet kan andre også være interessert i en slik vurdering for enten å støtte det valgte alternativet, være i opposisjon eller for å få gjort forandringer. I følge Halvorsen, Madsen & Jentoft, (2013) er evalueringsbegrepet bredt og favner om mange ulike typer undersøkelser. Det finnes derfor mange definisjoner og forståelser av hva evaluering er og dermed vanskelig å avgrense og presisere begrepet. I finansdepartementet (2005:8) sin «Veileder til gjennomføring av evalueringer» definerer evaluering på følgende måte:

«En systematisk datainnsamling, analyse og vurdering av en planlagt, pågående eller avsluttet aktivitet, en virksomhet, et virkemiddel eller en sektor. Evalueringer kan gjennomføres før et tiltak iverksettes (ex ante), underveis i gjennomføringen, eller etter at tiltaket er avsluttet (ex post). Evalueringen kan utføres av interne eller eksterne fagmiljøer.»

I følge veilederen er et typisk formål med ex post-evaluering også kalt resultatevaluering å få svar på om tiltaket oppfyller målsettingen, og hva som er effekten av tiltaket. Evalueringen kan gi svar på om tiltaket bør fortsette, utvides eller gjøres permanent. I følge Tornes (2012:27) er utgangspunktet for evaluering et ønske om å få mer kunnskap for å kunne forbedre måten oppgaver gjennomføres på. Hun hevder at det i dag er en klar risiko for å overbetone nytten av kunnskapen som kommer fram under evalueringen. Evalueringer kan ofte gjennomføres for å vise at en følger med det andre gjør uten å ha vilje eller kompetanse til å følge opp og forbedre tiltaket. Det kan derfor være på sin plass å vurdere om behovet for å evaluere er tilstede før en starter evalueringsprosessen. Tornes (2012:44) skriver at det er motsetningsforhold mellom evalueringer initiert ut fra ønske om å kontrollere og evalueringer ut fra et ønske om læring eller utvikling. Halvorsen et al (2013:39) antyder at det er skapt et evidenshierarki der profesjonelle vurderinger og brukermedvirkning blir tillagt mindre vekt enn vitenskapelige eksperimenter.

I følge Thornes (2012:110) inneholder litteraturen et stort spekter av evalueringsmodeller som klassifiseres etter hvilke spørsmål og vurderingskriterier som kjennetegner dem. Jeg har i min masteroppgave valgt teorien om aktørmodeller som jeg mener vil være relevant for min problemstilling. Aktørmodeller kan deles i tre deler, enten med fokus på brukerne, interessentene eller fagfellene. Fra aktørmodellen velger jeg å fokusere på modellene om brukerne og interessentene fordi jeg ønsker å se hvordan kvaliteten som blir utført evalueres ut fra et kvinneperspektiv og profesjonsperspektiv.

I følge Tornes (2012:126) er aktørmodellene basert på aktørens egne kriterier for vurdering og de ulike aktørmodellene tar hensyn til ulike grupper av aktører. I brukerorienterte modeller er det brukeren som står i fokus, mens det i interessentmodellene er alle relevante parter det tas hensyn til. Aktørmodeller fokuserer på kommunikasjonen mellom den som evaluerer og respondentene. Evalueringen skaper en dialog hvor interessentene kan komme med sine synspunkter.

4.5 Brukerorienterte modeller

Tornes, (2012) sier at det i denne modellen søkes etter et svar på om et tiltak er tilfredsstillende ut fra brukernes ståsted. Brukermodeller representerer et viktig supplement til de andre modellene for å vurdere offentlige tjenester ut fra deres behov. Det er brukernes verdier, ønsker, bekymringer eller forventninger som er kriteriene for å vurdere om et tiltak er positivt eller negativt. Brukermodeller baserer seg på politiske ideologier som antar at

markedet er de som kjenner behovet best. Kundernes holdninger til tiltaket vil føre til en forbedring i offentlig og privat tjenesteyting og dermed en mer akseptabel utnytting av samfunnets ressurser. Deltagelsen er en del av demokratitenkingen der en ønsker å inkludere aktive kunder med medbestemmelsesrett. Tidligere var det politikernes privilegium i samarbeid med kompetente profesjoner å utarbeide tiltak som oftest ut fra måloppnåelsesmodeller. I motsetning til dette «ovenfra- og-ned»-perspektivet har brukermødelene et «nedenfra-og-opp»-perspektiv.

I følge Tornes, (2012) må hvem som er målgruppen for tiltaket avklares først, for at en ved innhenting av data kan evaluere om tiltaket har truffet målgruppen, er alle berørt eller bare noen og på hvilken måte er kundene berørt. Når det er brukernes meninger det fokuseres på kan det være uklart for forskeren hva som skal være i fokus. I utgangspunktet vil det ligge et ønske bak evalueringen om å finne ut om tiltaket har hatt den tilsiktede effekten. Dette vil kunne være utgangspunktet, men så vil brukernes meninger bestemme hvilke spørsmål evalueringen skal konsentrere seg om videre. Dette innebærer at det kan komme fram ulike og til dels motstridende svar fordi brukerne kan være uenig om hvordan tiltaket fungerer for dem. Når de ulike forventningene og ønskene knyttet til tiltaket kommer fram vil det gi en bedre forståelse av den komplekse konteksten som utgjør rammen for tiltaket og representerer dermed en mer realistisk tilbakemelding om tiltaket. Det negative med brukermødelene er at sterke grupper lett kan favoriseres og få fram sine spesielle interesser. Utdanning, økonomi og kjennskap til de rette kontaktene så vel som språklig evalueringsevne eller medlemsorganisasjoner kan ha betydning for hvilke meninger som er relevante. Brukerne kan også overdrive de negative aspektene ved tiltaket for å bli hørt.

4.6 Interessentmodeller

I denne varianten av aktørmodeller sier Tornes, (2012) at det er synspunktene og oppfatningene til de som har en interesse i eller blir berørt av tiltaket som kommer fram. Denne modellen tar utgangspunkt i et bredere spekter av grupper. Interessentene kan omfatte de som blir berørt av kostnader og bi-effekter av tiltaket. Likeså de som har en allmenn politisk interesse innenfor feltet, i tillegg politikere som vedtok å sette i verk tiltaket, profesjonsgrupper, de som er ansvarlig for gjennomføringen og målgruppen for tiltaket. Dette er en svært omfattende og kompleks modell. Her må en også starte med å finne en oversikt over hvem som kan betraktes som interessenter. Hvilke kriterier som skal legges til grunn defineres ut ifra interesser eller oppfattes som viktige for en eller flere av partene. Disse temaene kan være en påstand, et standpunkt eller et fokus som åpner for ulike synspunkter,

eller forslag som interessentene ikke er enige om. Datamaterialet må samles inn fra de ulike interessentene som igjen vil bestemme videre forløp. Denne modellen har som de brukerorienterte modellene sitt demokratiske utgangspunkt ved at samfunnsmedlemmene skal bli hørt i saker som angår dem. Interessentmodellene har som mål å kartlegge både intenderte og ikke intenderte følger av tiltaket. Denne modellen samler inn synspunkter fra flere involverte partnere og utgjør dermed et bredere og dermed mer realistisk og nyttig kunnskapsgrunnlag. Interessentmodeller er modeller som kan bidra til kompromiss og konsensus. Når ulike interesser presenteres og diskuteres er det større mulighet for brobygging mellom ulike grupper og på den måten skapes legitimitet for beslutninger. Det negative med disse modellene er at de er upraktiske og ressurskrevende når mange interessenter må kontaktes.

4.7 Oppsummering

Undersøkelsen min er en evaluering av fødselsomsorgen etter at de nye kvalitetskravene har ført til endringer innenfor fødselsomsorgen. Fødselsomsorgen deles i tre faser: svangerskap, fødsel og barselomsorg som er nært knyttet til hverandre. Min evalueringsmodell bygger på Tornes, (2012) sin aktørmodell med utgangspunkt i Donabedian, (1988) sitt perspektiv på kvalitet innenfor helsesektoren. Undersøkelsen tar ikke opp samfunnsperspektivet, men den brukerorienterte modellen ser på kvaliteten fra brukernes ståsted og interessent modellen fra profesjonens side. Synspunkter fra flere involverte partnere utgjør som Tornes, (2012) sier et bredere, og dermed et mer realistisk kunnskapsgrunnlag. Spørreskjemaet ble utformet med bakgrunn i teorien om hvordan kvalitet kan defineres. Donabedian, (1988) deler kvaliteten i to deler, en teknisk og en mellommenneskelig. Den tekniske utførelsen bygger på kunnskap som er framskaffet gjennom forskning, og den mellommenneskelige delen som kan være vanskeligere å måle inneholder dyder som empati, ærlighet, følsomhet og konfidensialitet. Med tanke på at kvaliteten er både teknisk og mellommenneskelig ble det utformet fem hovedtema som ble brukt i undersøkelsen for å få brukerne og de profesjonelles vurdering av fødselsomsorgen. Temaene som ble valgt med bakgrunn i teorien om kvalitet omhandlet kompetanse, informasjon og ivaretagelse. Hvordan kvinnene opplevde at de ble møtt med høflighet og respekt, og deres behov for trygghet.

5.0 DESIGN OG METODE

For å få svar på om det er et kvalitetsmessig godt tilbud ved «God start eininga» på Eid ønsker jeg å gjennomføre et evalueringsprosjekt med en kontrollgruppe. I dette kapittelet presenteres designet og metoden som er brukt. Først vil designet bli beskrevet før det blir gjort rede for metoden. Deretter vil utviklingen av spørreskjemaet, datainnsamlingen og valg av respondenter bli presentert. Til slutt drøftes validitet, reliabilitet og bruk av analysemodell før kapittelet avsluttes med etiske vurderinger.

5.1 Valg av design

Min forskning bygger på en komparativ design der jeg i min undersøkelse sammenlignet tilbudet kvinnene fra Nordfjord og Sunnfjord mottok i forbindelse med deres svangerskap, fødsel og barseltid. I følge Ringdal, (2013) kan en i en komparativ design bruke både kvantitative og kvalitative data. Undersøkelsen er en komparativ studie som i hovedsak er basert på kvantitative data av kvinner fra Nordfjord og Sunnfjord som har født barn i 2013 og 2014 ved Førde sentralsjukehus, og deres vurderinger av de tre fasene svangerskap, fødsel og barsel. Undersøkelsen er supplert med kvalitative data ved at tre jordmødre fra God Start og tre jordmødre fra Førde Sentralsjukehus er blitt intervjuet. Ringdal, (2013) påpeker at ved å bruke en komparativ design kan en finne en teoretiske interessant sammenligning mellom ulike analyseenheter. I min undersøkelse var kvinnene fra Nordfjordeid hovedgruppen og kvinnene fra Sunnfjord kontrollgruppen for å kunne si noe om kvaliteten i det tilbudet som kvinnene mottar etter omorganiseringen. Når det gjelder svangerskapet vil tilbudet også bli analysert ut i fra kvinnenes opplevelse av om de har valgt det tilbudet som de har mottatt selv, eller er blitt selektert. I forhold til fødselen er det også en gruppe av kvinnene som har valgt selv hvor de ville føde og en gruppe som ikke har fått velge fødested. I barseltiden er det tre ulike alternativer i forhold til hvor de har barseltiden sin. Kvinnen kan ha barseltiden sin i Førde, på God Start eller reise tidlig hjem. Noen av kvinnene har partneren med seg i barseltiden på såkalte familierom, mens andre ikke har mulighet til det av ulike årsaker. Ved å gjøre en komparativ undersøkelse ønsker jeg å se om det er noen forskjeller eller likheter i opplevelsen av kvaliteten i forhold til de ulike alternativene. Data kan i følge Ringdal, (2013) samles inn på ulike måter som fra historiske kilder, registerdata, intervju, feltarbeid eller ved bruk av spørreskjema. I min undersøkelse bruker jeg spørreskjema til kvinnene og intervju av jordmødrene.

Den kvantitative delen av undersøkelsen min er basert på en tverrsnittsundersøkelse. I følge Ringdal, (2013) er dette som oftest en spørreundersøkelse basert på et stort representativt utvalg, i et begrenset tidsrom og hvor hver respondent spørres en gang. Den kvalitative varianten av dette designet bygger på individuelle samtaleintervjuer. Ved å samle inn kvantitative data kan det gi en statistisk beskrivelse av populasjonen utvalget er trukket fra. Undersøkelsen vil kunne si noe om de uavhengige variablene, som om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord, om de har valgt tilbudet selv eller er blitt selektert, eller hvor de har barseitiden sin har noen effekt på deres opplevelse av kvaliteten på det tilbudet som de mottar. Tverrsnittsundersøkelser kan i følge Ringdal, (2013) bare gi et øyeblikksbilde og kan ikke brukes til å gjøre slutninger om prosesser som utfolder seg i tid. For meg betyr det at de svarene jeg får ved undersøkelsen min ikke kan brukes kategorisk i framtiden da respondentenes og informantenes meninger kan endres over tid.

Undersøkelsen vil være beskrivende i forhold til at jeg ønsker å se nærmere på det tilbudet kvinnene har fått etter omorganiseringen på Nordfjordeid. De svarene jeg får på min undersøkelse vil være deltakernes subjektive opplevelser og erfaringer av tilbudet de mottar. Når en underliggende antagelse er at realiteten er slik som folk oppfatter den så kan svarene fra kvinnene variere ut i fra deres ståsted. Kvinnenes opplevelse av realiteten kan påvirkes av om de tilhører Nordfjord og har fått gjennomført store endringer, eller fra Sunnfjord og har omtrent samme tilbudet som tidligere. Etter omorganiseringen av fødetilbudet med bakgrunn i kvalitetskravene, kan kvinnene oppleve kvaliteten ulikt i forhold til deres ståsted og dermed vil ikke nødvendigvis deltakernes synspunkter stemme overens med den bestemmende instans sine synspunkter når det gjelder omorganiseringen av fødetilbudet på Nordfjordeid. I følge Thagaard, (2013) blir det lagt vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. For å forstå deltakernes synspunkter må jeg forstå sammenhengen rundt dem. I sammenheng med konteksten vil jeg kunne forstå det datamaterialet som blir samlet inn. Konteksten i dette tilfellet er at gjennom omorganiseringen har et tilbud i nærmiljøet blitt erstattet med et tilbud som det er mye større avstand til. Klarer deltakerne i dag å se at de har et faglige godt tilbud eller overskygges det av tanken om at det er et økonomisk perspektiv som ligger til grunn. Denne konteksten gjør at datamaterialet ikke gir absolutte og objektive uttrykk for et fenomen.

5.1.1 Populasjon og inklusjonskriterier

I følge Thagaard, (2013) vil spørsmålet om hvem forskeren skal få informasjon fra innebære å definere det utvalget undersøkelsen baserer seg på. Min undersøkelse baserte seg på kvinner som hadde født barn ved Førde sentralsjukehus etter omorganiseringen av fødetilbudet i Sogn og Fjordane 01-10-12 og jordmor profesjonen.

Respondentene var kvinner som hadde født ved Førde Sentralsjukehus i perioden 2013 og 2014. Det ble sendt ut omtrent like mange spørreskjema til kvinner fra Nordfjord som til kvinner fra Sunnfjord. Fra Nordfjord var alle de syv kommunene representert. Fra Sunnfjord var utvalget to kommuner som naturlig sogner til Førde sentralsjukehus. Kvinnene fra den ene kommunen har betydelig lengre reisevei til sykehuset enn kvinnene fra den andre kommunen. Hovedgruppen var kvinnene fra Nordfjord, som kan deles i en gruppe som har valgt tilbudet selv, og en gruppe som er selektert til tilbudet. I utvalget var kontrollgruppen de kvinnene som naturlig hørte til Førde sentralsjukehus, De kvinnene som har valgt å føde ved sykehuset i Volda eller annet helseforetak er ikke med i undersøkelsen fordi respondentene er hentet fra Helse Førde sitt datasystem.

Utvalget av profesjonelle var basert på et strategisk utvalg. Thagaard, (2013) sier at ved et strategisk utvalg velges deltakere som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver. Aktuelle informanter i denne undersøkelsen var jordmødre ansatt ved fødeavdelingen i Førde og ved «God start eininga» på Nordfjordeid. Jordmødrene har kunnskaper om faget de arbeider innenfor og kjennskap til de ulike alternativene, og kan belyse problemstillingen fra profesjonens side. Framgangsmåten for å finne informanter var at profesjonen var tilgjengelig gjennom Helse Førde sitt kartotek over ansatte på de to avdelingene. Utvalget av informanter var tilfeldig ved at det ble gjennomført som loddtrekning. I samarbeid med seksjonsleder på avdelingen ble navnene på de ansatte lagt i to kopper for å få tre fra hver avdeling. Navnene på de utvalgte ble trukket av seksjonsleder og gitt anonymt til meg. Ved å trekke navnene på denne måten unngår en at ledelsen eller jeg kan påvirke resultatet med bakgrunn i kjennskap til den enkelte ansatte. Deltakerne ble deretter kontaktet med en formell forespørsel om deltakelse. Informantene skrev under på informert samtykke før intervjuene ble gjennomført over telefon. Intervjuene ble tatt opp på band, transkribert og kodet før de ble brukt til å supplere med i undersøkelsen.

5.2 Valg av metode

I dette evalueringsprosjektet valgte jeg å bruke både en kvantitativ og en kvalitativ metode. Den kvantitative metoden ble valgt for å belyse brukerperspektivet og den kvalitative for å få fram det profesjonelle perspektivet.

5.2.1 Kvantitativ metode

Ved å bruke spørreskjema til de som hadde født fikk jeg et større utvalg med mer distanse mellom meg og deltakerne. Et slikt spørreskjema er som Thagaard, (2013) sier preget av måten spørsmålene stilles på og hvilke svarkategorier de må forholde seg til. At kvinnene har mistet muligheten til å føde på Nordfjordeid kan påvirke dem i deres syn på hvilken kvalitet de synes det er på det tilbudet de har i dag. Sammenligninger ble utført i forhold til om kvinnene tilhørte Nordfjordeid eller Sunnfjord. Det ble også gjennomført sammenligninger i forhold til om kvinnene hadde barseloppholdet sitt i Førde, på God Start eller reiste tidlig hjem. Det ble også gjennomført sammenligninger for å se om det var ulik oppfatning av kvaliteten i forhold til kvinnene som født ved helseforetaket enten fordi det var naturlig for dem å føde der, de hadde valgt det selv, eller blitt selektert til fødestedet.

5.2.2 Spørreskjema

Spørsmålene ble formet med bakgrunn i teori, tidligere forskning og spørreundersøkelser, og min egen forforståelse som jordmor. Formål og problemstilling ble presentert i en invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen. Spørreskjemaet starter med spørsmål som ga bakgrunnsopplysninger om informantene. Deretter var spørreskjemaet delt opp etter de tre fasene: svangerskap, fødsel og barsel. Det ble også tatt med noen spørsmål i forhold til partner. Som avslutning på spørreskjemaet var det mulig for respondentene å komme med egne tilbakemeldinger om hvordan de generelt opplevde kvaliteten på tilbudet de hadde mottatt. Spørsmålene var lukket, det vil si spørsmål med faste svaralternativer. De demografiske variablene dreide seg om statistiske opplysninger som alder, paritet, utdanningsnivå, selektering og avstand til aktuelle helseforetak. Det ble brukt vurderingss spørsmål som i følge Ringdal, (2013) kan gå på påstander eller plassering på en underliggende dimensjon. Jeg brukte en skala med fire verdier fra «Ikke i det hele tatt» til «I svært stor grad». Spørreskjemaet ble først utformet skriftlig, godkjent av min veileder før det ble utformet i Excel og svarene lagt inn SPSS for gjennomføring av analysen. Det ble ikke gjennomført en pilottest på spørreskjemaet.

5.2.3 Kvalitativ metode

Thagaard, (2013) sier at kvalitative metoder søker å gå i dybden. De mest utbredte kvalitative metodene er deltakende observasjon og intervju. Forholdet mellom forsker og de som intervjues kan påvirke forskningsprosjektet. For meg vil det ha betydning for den tilliten jeg klarer å skape i forhold til hvilken informasjon jeg kan få. I min undersøkelse var formålet med å kombinere den kvantitative undersøkelsen med en kvalitativ undersøkelse å få fram profesjonens synspunkter på det tilbudet som blir tilbudt kvinnene i dag. Ved å velge tre jordmødre fra hver avdeling kunne jeg se om der var noen forskjeller i forhold til om jordmødrene var ansatt på God Start eller i Førde.

5.3. Tilgang til forskningsfelt og tidsrom for undersøkelsen

I forhold til min utdanning som jordmor har jeg kjennskap til de ulike tilbudene til kvinnene og også kjennskap til mange i profesjonen som kan gjøre tilgangen innenfor forskningsfeltet lettere for meg. Samtidig vil min bakgrunn påvirke min forforståelse for temaet.

Etter godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) ble navnene på respondentene hentet ut fra registrene i Helse Førde. Spørreskjemaene ble sendt til respondentene med en frankert svarkonvolutt. Kostnadene med utsendelsen ble ført på prosjektet tilhørende prosjektstillingen, og jeg dekket portoene på svarsendingene. Ved å bruke post ble det sikret full anonymitet, men det medførte også at jeg ikke hadde noen mulighet til å sende purringer ved lav svarprosent. Spørreundersøkelsen forgikk fra 08.06.15 til 27.07.15. I forhold til min ansettelse i Helse Førde har jeg taushetsplikt og tilgang på opplysninger. Hadde det kommet fram opplysninger som kunne ha blitt tilbakeført til en informant mener jeg at jeg med min bakgrunn hadde oppdaget dette og kunne ha anonymisert eller utelatt dette.

Populasjonen i denne undersøkelsen var kvinner som hadde født ved Førde Sentralsjukehus i løpet av 2013 og 2014. Utvalget ble foretatt ved å ta de fleste av kvinnene som hadde født fra de seks kommunene i Nordfjord, supplert med en kontrollgruppe fra Førde og Florø. Ved denne utvelgelsen fikk en representert de kvinnene som hadde fått omorganisert sitt fødselstilbud og kvinner som ikke var berørt av endringen. Kontrollgruppen bestod av fødende fra Florø med forholdsvis lang vei til sykehuset og egen jordmørvakt som ikke er tilknyttet sykehuset, og fødende fra Førde som er nær tilbudet. Gruppen av fødende som har valgt å føde andre steder er ikke med i undersøkelsen fordi min tilgang er begrenset til Førde Sentralsjukehus sitt register. Av økonomiske årsaker ble utvalget satt til 500. Det kom 157

svar til 27-07-15 da jeg valgte å avslutte. Dette er en svarprosent på 31,4 %. Kunne ha ønsket flere svar men uten mulighet til å purre begrenset det også svarprosenten. Av de 157 svarene var det en som ikke hadde svart på spørsmålene da hun ikke følte det var relevant for hennes situasjon. Dette svaret har jeg utelatt fra undersøkelsen min slik at de totale svarene der er 156 og svarprosenten blir da 31,2 %. I forhold til at det ble sendt ut omtrent like mange spørreskjemaer til hver av regionene var 65,2 % av svarene fra Nordfjord og 34,8 % av svarene fra Sunnfjord. Når det gjaldt de ulike barseltilbudene oppholdet Ut av de 156 svarene var det 101 med utfyllende svar som jeg har kodet og brukt til å supplere med som en kvalitativ del av undersøkelsen. Av de 156 svarene var det flere svar fra kvinnene tilhørende Nordfjord. Svarfordelingen var 65,2 % fra Nordfjord og 34,8 % fra Sunnfjord. I forhold til hvordan kvinnene hadde barseltiden sin hadde 62,6 % av kvinnene bare barseltiden sin i Førde, 32,3 % av kvinnene hadde mesteparten av barseltiden sin på God Start og 5,2 % av kvinnene reiste tidlig hjem fra Førde. I forhold til kvinnene som reiste tidlig hjem ble dette en liten gruppe som hadde en kort tid på fødeavdelingen i Førde. I forhold til at gruppen er så liten er dataene for denne gruppen svært usikre og kunne derfor gjerne vært slått sammen med den gruppen som hadde barseltiden sin i Førde. Gruppen tidlig hjem var tatt med i forhold til intensjonene etter samhandlingsformen og veilederen innenfor barselomsorgen der intensjonen er at brukerne skal tilbringe kortest mulig tid på sykehuset og at tilbudene skal bygges opp i kommunene. Fra de større avdelingene i norden reiser kvinner med normale svangerskap og fødsler tidlig hjem.

Navnene på jordmødrene ansatt på God Start og i Førde ble skrevet på lapper og trukket av seksjonsleder på avdelingen i Førde. Etter å ha trukket informanter til intervju ble de kontaktet per telefon om forespørsel om å delta. De fikk tilsendt informasjon om undersøkelsen, og skrev under på en erklæring om informert samtykke før intervjuet ble gjennomført på et av sykehusets kontorer. Intervjuet ble gjort over telefon og ble tatt opp, transkribert og kodet før de ble analysert og brukt til å supplere undersøkelsen med.

5.4 Validitet og reliabilitet

Ringdal, (2013:96) beskriver reliabilitet og validitet som egenskaper som kan benyttes til å vurdere kvaliteten til et mål. Reliabilitet (pålitelighet) sier noe om at gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat. Validitet (gyldighet) sier noe om vi måler det en faktisk vil måle. Tilfeldige målefeil påvirker reliabiliteten og systematiske målefeil går direkte ut over dataens validitet. Feil kan oppstå i forhold til at respondenten svarer i forhold til sosiale normer. Hvis kvinnene svarer i forhold til om de tror at svaret deres vil ha påvirkning i

forhold til å få beholde «God start eninga» kan det oppstå en systematisk målefeil som kan undergrave målingens validitet. Ringdal, (2013) påpeker at mål med høy reliabilitet har små tilfeldige målefeil. Det vil allikevel alltid være målefeil tilstede fordi informantene kan huske feil, det kan skrives feil og det kan oppstå feil under dataregistreringen. Ringdal, (2013) skiller mellom ulike måter å vurdere dataens reliabilitet på. Gjennom allmenn kildekritikk der en ser på hvordan dataen er samlet inn, og hvordan spørsmålene er formulert. Reliabiliteten vil bli påvirket av den kvalitetsmessige kontrollen av dataen gjennom nøyaktighet i dataregistreringen, leting etter feil og retting av disse.

5.5 Analyse av data

Før dataen kan analyseres sier Ringdal, (2013), må de registreres helst i elektronisk form. I min forskning brukte jeg programpakken SPSS som har et enkelt Windows-grensesnitt og der statistiske analyser kan utføres via menyer. Dataen ble registrert manuelt i statistikkprogrammets datafil. Resultatet ble en datamatrise lagret i en datafil. Hver nummererte linje i datafilen tilsvarer en person som er intervjuet og kolonnene er variabler som beskriver personen. For å kunne analysere om kvinnene hadde fått et kvalitetsmessig bra tilbud etter omorganiseringen ble det gjennomført en frekvensanalyse, gjennomført flere bivariate analyser (krystabeller) og variansanalyser (ANOVA).

5.5.1 Frekvensanalyse

For å få en oversikt over hvordan svarene fordelte seg på de ulike svaralternativene ble det gjennomført en frekvensanalyse. Før frekvensanalysen ble gjennomført ble noen av svaralternativene omkodet slik at for eksempel de ni kommunene ble sammensatt til to regioner, Nordfjord og Sunnfjord.

5.5.2 Bivariate analyser (krystabeller)

Krystabeller er i følge Ringdal, (2013) frekvens- eller prosentfordelinger etter to eller flere kategorivariabler, og er egnet når de uavhengige variablene er to eller tre. Hovedformålet med tabellen er å analysere sammenhengen mellom en avhengig variabel og en eller flere uavhengige variabler. I en krystabellanalyse kan styrken i de statistiske sammenhengene mellom variabler beskrives ved hjelp av korrelasjonsmål. For å få svar på om sammenhengen i utvalget er statistisk signifikant brukes kjikvadrattesten. Det vanligste valget av signifikansnivå er $p < 0,05$ eller 5 %. Det er alltid fare for feil konklusjon og dermed kan vi ikke si at den konklusjonen vi kommer fram til er bevist men at den konklusjonen en kommer fram til er sannsynliggjort. Desto lavere p-verdien er desto sikrere kan vi være på at

konklusjonen om at det er en forskjell mellom populasjonene er riktig. Nullhypotesen i evalueringen min er at det ikke er forskjeller mellom populasjonene og den alternative hypotesen det er forskjeller mellom populasjonene.

I gjennomføringen av evalueringen av kvaliteten i tilbudet som kvinnene i Nordfjordeid har etter omorganiseringen ble det brukt krystabeller for å gjennomføre analysene. De uavhengige variablene var kvinnene fra Nordfjordeid eller Sunnfjord som hadde født ved sentralsjukehuset i Førde. Kvinnene ble også delt i forhold til de som hadde valgt tilbudet selv eller var blitt selektert, hvor de hadde barseltiden sin og i forhold til tilstedeværelse av partneren. For å finne ut om korrelasjonen mellom variablene var statistisk signifikant ble kjiqvadrattesten brukt og signifikansnivået i min undersøkelse ble satt til $p < 0.05$. Ved å analysere datamaterialet vil jeg kunne se om det er noen korrelasjon mellom de ulike gruppene. Dette vil kunne gi svar på om kvinnene fra Nordfjordeid opplever kvaliteten likt eller ulikt med kvinnene fra Sunnfjord. Siden det er et evalueringsprosjekt vil en kunne ved å operasjonalisere de enkelte variablene kunne bruke de til å se hva som fungerer bra og eventuelt hvor en bør gjøre endringer.

For å kunne analysere de kvalitative intervjuene med jordmødrene må jeg som Thagaard, (2013) sier dele inn og klassifisere dataene. Dataene må kodes, noe som også omfatter en refleksjon over hvordan en kan forstå sammenhengene mellom de kodene som anvendes. Etter en systematisk gjennomgang av den transkriberte teksten vil innholdet bli kategorisert. Data som er relevant for problemstillingen blir registrert og systematisert. Funnene vil bli sammenlignet med funnene fra spørreundersøkelsen og sett opp mot problemstillingen.

5.5.3 Variansanalyse (ANOVA)

Variansanalysen kan i følge Ringdal, (2013) benyttes til å gi svar på om det er forskjeller i svarene mellom ulike grupper. Signifikansnivået settes også her til $p < 0,05$. For å finne ut i hvilke grupper forskjellene forekommer når det er flere en to grupper ble den enkleste post-hoc testen brukt som i følge Ringdal, (2013) er Bonferroni. Når nullhypotesen i evalueringen min er at det ikke er forskjeller mellom populasjonene i opplevelsen av kvaliteten på tilbudet vil Bonferroni testen kunne si noe om i hvilke grupper forskjellene forekommer. Når signifikanssannsynligheten er liten tyder det på forskjeller i de ulike gruppene i forhold til opplevelsen av kvaliteten kvinnene mottar i tilbudet sitt. Ved å bruke Bonferroni testen kan

det sannsynliggjøres forskjeller mellom gruppen som hadde barseltiden sin i Førde, de som hadde barseltiden sin på God Start og de som reiste tidlig hjem.

5.5.4 Manglende verdier

I forhold til det høye antallet av manglende verdier til spørsmål Q6 og Q7 var det mange av de som hadde svart hvor langt de var kommet i svangerskapet når de var til sin første kontroll og til ultralyd. Når det gjelder Q9 og Q36 kan forklaringen være at dette var et spørsmål som de ikke så på grunn av utformingen på spørreskjemaet. Når det gjelder Q18 hadde noen skrevet at de ikke følte det var relevant å svare på dette. Når det gjelder spørsmålene fra Q21 til Q 24 som omhandler fødselen tolker jeg det store antall av manglende verdier av alle spørsmålene på grunn av utformingen av spørreskjemaet. Disse spørsmålene stod på side to som var baksiden av side en og ble derfor oversett. Når det gjelder spørsmålene Q50 til Q55 kan kvinnene ha tolket spørsmålene litt ulikt i forhold til de tilleggsopplysningene som de har kommer med i sine utvidede kommentarer.

5.6 Etiske vurderinger

Før gjennomføringen av prosjektet ble det meldt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) på eget meldeskjema (www.nsd.uib.no).

I forhold til gjeldene forskningsetiske regler er det særlig tre prinsipper som blir brukt. Disse er regler om informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta i forskningsprosjektet.

I følge Thagaard, (2013) er prinsippet at forskeren må ha deltakernes informerte samtykke. Forskningsprosjekter som inkluderer personer skal bare settes i gang etter deltageres informerte og frie samtykke. Informantene har rett til å avbryte sin deltakelse uten at det får negative konsekvenser for dem. Informasjonen skal også i følge Ringdal, (2013) informere informanter og respondenter om prosjektets formål og metode. Informasjonen skal være gitt på en nøytral måte. Det skal også opplyses om hvem som er prosjektansvarlig med institusjonstilknytning og hvordan prosjektet blir finansiert.

Kravet om konfidensialitet innebærer som Thagaard, (2013) sier at all informasjon som blir mottatt av de som det forskes på skal behandles konfidensielt. Forskningsmaterialet må anonymiseres og oppbevares forsvarlig og makuleres etter bruk. Mitt forskningsmateriale vil bli oppbevart i en låst skuff på seksjonslederen ved kvinneklinikken i Førde sitt kontor. Datamaterialet vil bli anonymisert etter gjeldene retningslinjer for anonymisering av data.

I følge Thagaard, (2013) har forskeren også ansvar for de konsekvensene forskningen kan ha for deltakerne og må unngå at de det forskes på må utsettes for skade eller andre alvorlige belastninger.

6,0 RESULTATER FOR SVANGERSKAP OG FØDSEL

Datamaterialet ble operasjonalisert etter de tre fasene svangerskap, fødsel og barsel med partner. I dette kapittelet presenteres resultatene fra undersøkelsen i forhold til fasene svangerskap og fødsel. Under hvert tema hvor det er aktuelt er det supplert med kommentarene som kvinnene skrev i fritekst på spørreundersøkelsen og intervjuene med jordmødrene fra de to avdelingene. Først ble det gjennomført en frekvensanalyse som viser hvordan enhetene fordeler seg på en variabel. Deretter ble det gjennomført krysstabeller og sammenligning av gjennomsnitt for å se om det var signifikante forskjeller i forhold til de uavhengige variablene. Når det gjaldt svangerskapet og fødselen viste krysstabellene og den sammenlignende analysen få signifikante forskjeller i disse fasene, og derfor er det bare tatt med frekvensanalysen i forhold til disse temaene. Når det gjaldt barsel og partner viste krysstabellene og sammenligningen av gjennomsnitt flere signifikante forskjeller og derfor er det denne fasen som har fått størst plass i undersøkelsen min og blir presentert i neste kapittel.

6.1 Svangerskapet

Svangerskapsomsorgen er det området som er minst berørt av endringene som kom i forhold til de nye kvalitetskravene til fødselsomsorgen. Tabell 1 viser hvordan kvinnene har svart i forhold til hvordan de opplever tilbudet i svangerskapsomsorgen.

Tabell 1. Frekvenstabell for svangerskapsomsorgen.

Spørsmål	Svar	%	Median	N
Q10 Ble du møtt med høflighet og respekt?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	0,6 25,0 74,4	4	156
Q11 Hadde du tillit til personenes faglige dyktighet?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	26,3 73,7	4	156
Q12 Fikk du informasjon som du følte var relevant for deg i forhold til din helse?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	3,2 32,7 64,1	4	156
Q13 Fikk du informasjon om følelsesmessige forandringer i svangerskapet?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	3,9 30,5 37,0 28,6	3	154

Spørsmål	Svar	%	Median	N
Q14 Følte du at samtalen om fødsel var til nytte for deg?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	0,6 10,4 46,8 42,2	3	154
Q15 Følte du at du fikk nok informasjon om den smertelindringen du kunne få under fødselen?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	1,9 16,1 41,9 40,0	3	155
Q16 Var informasjonen du fikk om amming og stell av barnet tilfredsstillende?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	1,9 14,3 44,8 39,0	3	154
Q17 Var informasjonen om tiden etter fødselen til nytte for deg?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	3,2 21,4 44,8 30,5	3	154
Q18 Hvor fornøyd var du med samtalen om valg av fødested?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	5,5 11,0 48,3 35,2	3	145
Q19 Hvor fornøyd var du med informasjonen i forhold til dine valg i barseltiden?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	4,6 18,5 42,4 34,4	3	151
Q20 Alt i alt hvor fornøyd var du med tilbudet under svangerskapet?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	0,6 56,1 43,2	3	155

Frekvensanalysen viser generelt stor tilfredshet med svangerskapsomsorgen. I forhold til kvinnenes tillit til profesjonens faglige dyktighet, høflighet og respekt er kvinnene tydelig fornøyd med tilbudet de har mottatt og der det var 0,6 % som «i liten grad» var tilfreds. Når det gjelder spørsmålene som omhandler informasjonen som ble gitt i svangerskapet er meningene litt mer delte, men det er over 75 % av kvinnene som har svart at de «i stor grad» og «svært stor grad» er fornøyd med informasjonen. Informasjonen om følelsesmessige forandringer i svangerskapet var det temaet som kom dårligst ut der 3,9 % av kvinnene «ikke i det hele tatt» hadde fått informasjon og 30,5 % av kvinnene svarte at de «i liten grad» hadde fått tilfredsstillende informasjon. I kvinnenes fritekst var det ikke så mange kommentarer i forhold til svangerskapsomsorgen. De fleste skrev at de var fornøyd og noen benyttet anledningen til å gi en ekstra påskjønnelse til den jordmoren de hadde hatt svangerskapskontrollene sine hos. Noen få kvinner bemerket frustrasjonen over det de

opplevde som motstridende informasjon i svangerskapsomsorgen når de av ulike årsaker var til kontroll hos lege i spesialisthelsetjenesten. Ulik informasjon gjaldt som oftest i forhold til vikarlegene og skapte usikkerhet hos kvinnene. Det ble også bemerket fra noen av kvinnene som hadde oppfølging på Førde Sentralsjukehus på grunn komplikasjoner i svangerskapet at den lange reiseveien var en stor belastning. I intervjuene av jordmødrene kom det fram et litt mer nyansert syn på kompetansen i kommunehelsetjenesten. Stort sett var det enighet om at kompetansen hos kommunejordmødrene var god, men at det kunne være litt personavhengig i forhold til hvilken informasjon som ble gitt. Samlinger for kommunejordmødrene ble framhevet som et godt tiltak for å sikre informasjon fra fødeavdelingen ut i kommunene sammen med utsendelse av nye prosedyrer. I forhold til at det er mange små kommuner med en jordmor blir fagfellesskapet lite og derfor er det større behov for tiltak som er med på å heve kompetansen. Kommunejordmødrene i Nordfjord arbeider også ved God Start og det var derfor større enighet om lik kompetanse på disse helsestasjonene.

6.2 Fødsel

For kvinnene fra Nordfjordeid er den største forandringen innenfor fødselsomsorgen at ingen kan ha planlagte fødsler ved avdelingen på Nordfjordeid etter omorganiseringen. Kvinnene fra Sunnfjord har samme tilbudet som de hadde før de nye kvalitetskravene kom i forhold til fødested. Tabell 2 viser hvordan kvinnene svarte i forhold til hvordan de opplever tilbudet i forbindelse med fødselen.

Tabell 2. Frekvenstabell for fødselen.

Spørsmål	Svar	%	Median	N
Q21 Fikk du velge selv hvor du ville føde?	1. Ja 2. Nei	69,3 30,7	1	137
Q22 Hvor henvendte du deg når fødselen startet?	1. Førde 2. Nordfjordeid 3. Annen tjeneste	75,5 15,8 8,6	1	139
Q23 Hvordan foregikk transporten til fødeavdelingen?	1. Egen transport 2. Ambulanse 3. Ambulanse med jordmor	79,7 4,3 15,9	1	138
Q24 Følte du at du ble tatt på alvor når du tok kontakt ved fødselens start?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	2,3 9,0 29,3 59,4	4	133
Q25 Har tilbudet om jordmorfølge noe å si for din følelse av trygghet?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	7,0 10,1 22,5 58,5	4	129

Spørsmål	Svar	%	Median	N
Q26 Følte du deg trygg under transporten?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	2,3 3,1 42,6 51,9	4	129
Q27 Følte du avstanden til fødeinstitusjonen som en belastning?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	25,4 23,9 29,1 21,6	3	134
Q28 Ble du møtt med høflighet og respekt?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	5,1 31,6 63,2	4	136
Q29 Hadde du tillit til fagpersonenes faglige dyktighet?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	2,2 31,7 66,2	4	139
Q30 Følte du at du fikk være med å ta avgjørelser som angikk fødselen din?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	4,3 11,5 41,0 43,2	4	139
Q31 Er det viktig for deg at der er barnelege ved den institusjonen der du føder?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	5,8 20,1 74,1	4	139
Q32 Er det viktig for deg at det er fødselslege tilstede der du føder?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	0,7 9,4 22,5 67,4	4	138
Q33 Er det viktig for deg å ha mulighet for smertelindring som epiduralbedøvelse under fødselen?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	12,2 18,0 27,3 42,4	4	139
Q34 Alt i alt hvor fornøyd var du med tilbudet i forbindelse med din fødsel?	1. Ikke i det hele tatt 2. I liten grad 3. I stor grad 4. I svært stor grad	4,3 36,0 59,7	4	139

Når det gjelder fødselen har 69,3 % svart at de selv valgte hvor de ville føde og 75,5 % av kvinnene henvendte seg til Førde Sentralsjukehus ved fødselens start. Av de spurte har 79,7 % sørget for egen transport til sykehuset. Når det gjelder transporten til sykehuset er det en overvekt av kvinnene 81 % som mener at tilbudet om jordmorfølge har betydning for deres følelse av trygghet under transporten. Det er også en overvekt av kvinnene 94,5 % som følte seg trygg under transporten. Når det gjelder opplevelsen av avstanden til fødeinstitusjonen er

det 29,1 % av kvinnene som opplevde den i stor grad som belastende og 21,6 % som svært belastende. Når det gjelder spørsmålene om kompetanse hos personalet og det å bli møtt med høflighet og respekt har over 85 % av kvinnene svart at de i stor grad, eller svært stor grad er fornøyd med tilbudet. I samlespørsmålet oppgir 4,3 % av kvinnene at de i liten grad var fornøyd med tilbudet under fødselen. For kvinnene er det viktig at der er barnelege og fødselslege ved den institusjonen som de skal føde ved. Det er en liten overvekt i forhold til at noen kvinner mener det er viktigere med barnelege 94,2 % til stede ved institusjonen enn fødselslege 89,9 %. I friteksten fra kvinnene ble det bemerket at de hadde følt seg trygg og godt ivaretatt under fødselen. Kvinner med lang reisevei til sykehuset skrev at avstanden følte som en ekstra belastning og selv om transporten til sykehuset hadde gått fint var det noe som bekymret dem allikevel. Det å kunne ha jordmor med seg under transporten opplevdes betryggende for kvinnene. Betydningen av jordmorfølge ble også trukket fram i intervjuene fra jordmødrene som svært betryggende for kvinnene. Følgetjenesten kommer også andre kvinner til gode med kortere avstand til sykehuset. I forhold til belastningen på personalet med følgetjeneste var synspunktene mer delt i forhold til belastningen for de ansatte. Det ble bemerket økt arbeidsbelastning i forhold til flere arbeidshelger, mens andre opplevde det som en grei måte å arbeide på. I intervjuene med jordmødrene kom det også frem gode muligheter for kompetanseheving gjennom kurs og hospitering.

6.3 Oppsummering svangerskap og fødsel

Alt i alt var det lite å bemerke i forhold til svangerskapet og fødselen. Kvinnene var i hovedsak godt fornøyd med det tilbudet de mottok i svangerskapsomsorgen og under fødselen. Avstanden opplevdes mer belastende for de med lang reisevei i forhold til de med kort avstand til fødeavdelingen, både når det gjaldt kontroller på sykehuset under svangerskapet og i forbindelse med fødselen.

7.0 RESULTATER FOR BARSEL OG PARTNER

Datamaterialet ble operasjonalisert etter de tre fasene svangerskap, fødsel og barsel med partner. I dette kapittelet presenteres resultatene fra undersøkelsen i forhold til barsel og partner. Under hvert tema hvor det er aktuelt er det supplert med kommentarer som kvinnene skrev i fritext på spørreundersøkelsen og fra intervjuene med jordmødrene fra de to avdelingene. Først ble det gjennomført en frekvensanalyse som viste hvordan enhetene fordelte seg på en variabel. Deretter ble det gjennomført krysstabeller og sammenligning av gjennomsnitt for å se om det var signifikante forskjeller i forhold til de uavhengige variablene. For å finne ut hvilke grupper det var signifikante forskjeller mellom ble Bonferroni brukt. Når det gjaldt barsel og partner viste krysstabellene og sammenligningen av gjennomsnitt flere signifikante forskjeller og derfor er det denne fasen som har fått størst plass i undersøkelsen min.

For å evaluere barseltilbudet til kvinnene er det analysert i forhold til om kvinnene tilhører Nordfjordeid eller Sunnfjord. Det andre alternativet er hvor kvinnene hadde barseltiden sin, om den var i Førde, på God Start eller om kvinnene reiste tidlig hjem. Respondentene fra den gruppen av kvinner som reiste tidlig hjem var bare på 5,2 % og derfor er tallene for denne gruppen usikre. Med bakgrunn i teorien om kvalitet er analysen delt opp etter kvinnes opplevelse av personalets kompetanse og deres syn på den informasjonen de har mottatt. Deretter ble det gjennomført analyser i forhold til hvordan kvinnene opplevde å bli møtt med respekt og deres opplevelse av å ha blitt ivaretatt på barsel. Siste analysen er i forhold til hvordan partneren ble ivaretatt på barsel.

7.1 Kompetanse

For å evaluere kvinnes opplevelse av personalets kompetanse på barsel ble det analysert med bruk av krysstabeller, sammenlignende analyse og Bonferroni. Datamaterialet ble analysert i forhold til om kvinnene var fra Nordfjord eller Sunnfjord. Deretter ble det gjort samme sammenligningen i forhold til om kvinnene hadde barseloppholdet sitt i Førde, på God Start eller reiste tidlig hjem.

Tabell 3. Referanser i forhold til kvinnes tillit til personalets kompetanse.

	Ikke i det hele tatt %	I liten grad %	I stor grad %	I svært stor grad %	N
Nordfjord		3,0	35,0	62,0	100
Sunnfjord		1,9	46,3	51,9	54
Asymp. Sig. ,378					
Førde		2,1	50,0	47,9	96
God Start		0,0	16,0	84,0	50
Tidlig hjem		25,0	62,5	12,5	8
Asymp. Sig. ,000*					

*Signifikansnivå 0,05

Tabell 3 viser forskjellene i kvinnes tillit til personalets kompetanse i forhold til hvilken region de tilhører og hvor de hadde barseloppholdet sitt. Forskjellen er størst mellom de som reiste tidlig hjem og de som hadde institusjonsbarselopphold. Av kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start svarte 84 % at de «i svært stor grad» hadde tillit til personalets dyktighet, mens det av de kvinnene som reiste tidlig hjem var 12,5 % som svarte det samme. Forskjellen viser seg også ved at det av kvinnene med barselopphold på God Start var ingen som «i liten grad» hadde tillit til personalets dyktighet, mens 25 % av kvinnene som reiste tidlig hjem svarte det samme. Forskjellen mellom kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde var at kvinnene «i stor grad» hadde større tillit til personalets dyktighet enn de som reiste tidlig hjem, og færre som «i liten grad» hadde denne tilliten. Forskjellen mellom kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde og de som hadde den på God Start er at 47,9 % av kvinnene med barsel i Førde hadde «i svært stor grad» tillit til personalets dyktighet, mens 84 % av kvinnene som var på God Start mente det samme.

Tabell 4. Tilliten til personalets kompetanse ut ifra hvilken region kvinnene er fra.

Nordfjord		Sunnfjord		N	Sign.
Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik		
3,59	,552	3,50	,541	154	,333

*Signifikansnivå 0,05

I forhold til kvinnes vurdering av personalets kompetanse ser en av tabellen at kvinnene vurderer kompetansen til å være svært bra. Det er ingen signifikante forskjeller på om

kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnenes synspunkt på opplevelsen av personalets kompetanse.

Tabell 5. Tillit til personalets kompetanse i forhold til hvor kvinnene hadde barseloppholdet.

Førde		God Start		Tidlig hjem		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
3,46	,541	3,84	,370	2,88	,641	154	,000*

*Signifikansnivå 0,05

Tabell 5 viser signifikante forskjeller i forhold til det tilbudet kvinnene mottok i barseltiden. Tabellen viser at kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start hadde størst tillit til personalets kompetanse, mens de som reiste tidlig hjem var de som hadde minst tillit til personalets kompetanse. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnenes synspunkt på opplevelsen av personalets kompetanse. For å finne ut hvilke grupper det var signifikante forskjeller mellom, ble forskjellene regnet ut av Bonferroni tabellen.

Tabell 6. Forskjeller i forhold til tillit til personalets kompetanse i de ulike gruppene.

Kompetanse		Differanse	Sign.	N
1. Førde	2. God Start	-,382*	,000*	154
	3. Tidlig hjem	,583*	,005*	
2. God Start	1. Førde	,382*	,000*	
	3. Tidlig hjem	,965*	,000*	
3. Tidlig hjem	1. Førde	-,583*	,005*	
	2. God Start	-,965*	,000*	

*Signifikans 0,05

I tabell 6 sammenlignes først Førde mot God Start. Signifikansen er ,000* og det er derfor stor sannsynlighet for at det er en statistisk signifikant forskjell mellom populasjonen av kvinner som hadde barseltiden sin i Førde og kvinner som hadde barseltiden sin på God Start. Sammenlignes kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde mot de kvinnene som reiste tidlig hjem er signifikansen ,005* og det er sannsynliggjort statistisk signifikante forskjeller mellom disse to gruppene også. Det tredje alternativet der en sammenligner kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start og de som reiste tidlig hjem er signifikansen ,000* og det er dermed stor sannsynlighet for at det er statistisk signifikante forskjeller mellom disse gruppene også.

Det var ikke bemerket noe spesielt fra kvinnene i forhold til deres opplevelse av personalets kompetanse under barseloppholdet. I intervjuene med jordmødrene var det en oppfatning av at

kompetansen til personalet kunne variere noe i forhold til at avdelingen er mer sammensatt og med personale med ulik yrkesbakgrunn selv om en hadde prosedyrer å jobbe ut i fra. På God Start var det større enighet om et samkjørt personale selv om det også der kunne forekomme ulikheter.

7.1.1 Oppsummering kompetanse

Når det gjelder kvinnenes opplevelse av personalets kompetanse ser en kvinnene i stor grad opplever kompetansen som tilfredsstillende. Det er ingen forskjell på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord. I forhold til hvor kvinnene har hatt barseloppholdet ser en signifikante forskjeller der de kvinnene som har hatt barseloppholdet sitt på God Start er mest tilfreds med opplevelsen av personalets kompetanse. De kvinnene som har hatt barseloppholdet i Førde opplever kompetansen til personalet litt dårligere og de som reiste tidlig hjem er de som har den dårligste opplevelsen, men som også er en så liten gruppe at dataene er usikre.

7.2 Informasjon

Informasjonen gitt under barseloppholdet var delt opp i syv spørsmål. For å evaluere kvinnenes opplevelse om det var noen forskjeller i opplevelsen av informasjonen som ble gitt på barsel ble det analysert med bruk av krystabeller, sammenlignende analyse og Bonferroni. Datamaterialet ble analysert i forhold til om kvinnene var fra Nordfjord eller Sunnfjord. Deretter ble det gjort samme sammenligningen i forhold til om kvinnene hadde barseloppholdet sitt i Førde, på God Start eller reiste tidlig hjem.

7.2.1 Informasjon gitt under barseloppholdet

Tabell 7. Referanser i forhold til om kvinnene følte de fikk tilstrekkelig informasjon.

	Ikke i det hele tatt %	I liten grad %	I stor grad %	I svært stor grad %	N
Nordfjord	2,0	10,0	40,0	48,0	100
Sunnfjord	0,0	20,4	53,7	25,9	54
Asymp. Sig. ,023*					
Førde	1,0	17,7	56,3	25,0	96
God Start	0,0	2,0	22,0	76,0	50
Tidlig hjem	12,5	37,5	50,0	0,0	8
Asymp. Sig. ,000*					

*Signifikans 0,05

Tabell 7 viser forskjellene i kvinnenes opplevelse av å få tilstrekkelig informasjon i forhold til hvilken region de tilhører og hvor de hadde barseloppholdet sitt. Det er signifikante forskjeller

i begge gruppene. Tabellen viser at det er 48 % av kvinnene fra Nordfjordeid som «i svært stor grad» følte de fikk tilstrekkelig informasjon i forhold til 25,9 % av kvinnene fra Sunnfjord. I forhold til hvor de hadde barseloppholdet var forskjellen størst mellom de som reiste tidlig hjem og de som hadde institusjonsbarselopphold. Av kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start svarte 76 % at de «i svært stor grad» følte de fikk tilstrekkelig informasjon, mens det av de kvinnene som reiste tidlig hjem var 0 % som svarte det samme. Forskjellen viser seg også ved at det av kvinnene med barselopphold på God Start var ingen som «i liten grad» følte de fikk tilstrekkelig informasjon, mens 12,5 % av kvinnene som reiste tidlig hjem svarte det samme. Forskjellen mellom kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde var at kvinnene «i stor grad» følte de fikk tilstrekkelig informasjon enn de som reiste tidlig hjem, og færre som «i liten grad» hadde den opplevelsen. Forskjellen mellom kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde og de som hadde den på God Start var at 25 % av kvinnene med barsel i Førde følte «i svært stor grad» at de fikk tilstrekkelig informasjon, mens 76 % av kvinnene som var på God Start mente det samme.

Tabell 8. Tilstrekkelig informasjon ut ifra hvilken region kvinnene er fra.

Nordfjord		Sunnfjord		N	Sign.
Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik		
3,34	,742	3,06	,682	154	,021*

*Signifikansnivå 0,05

I forhold til kvinnes vurdering av om de fikk tilstrekkelig informasjon under barseloppholdet ser en av tabellen at kvinnene vurderer informasjonen til å være svært bra. Det er signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord og der det er kvinnene fra Nordfjord som er mest fornøyd. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på opplevelsen av å få tilstrekkelig informasjon.

Tabell 9. Tilstrekkelig informasjon i forhold til hvor kvinnene hadde barseloppholdet.

Førde		God Start		Tidlig hjem		N	Sign.
Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik		
3,05	,686	3,74	,487	2,38	,744	154	,000*

*Signifikansnivå 0,05

Tabell 9 viser signifikante forskjeller i forhold til opplevelsen av å få tilstrekkelig informasjon i barseltiden. Tabellen viser at kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start følte i størst

grad at de fikk tilstrekkelig informasjon i barseltiden, mens de som reiste tidlig hjem var de som opplevde å få minst informasjon. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnenes synspunkt på opplevelsen av å få tilstrekkelig informasjon. For å finne ut hvilke grupper det var signifikante forskjeller mellom, ble forskjellene regnet ut av Bonferroni tabellen.

Tabell 10. Forskjeller i forhold til om kvinnene følte de fikk tilstrekkelig informasjon.

		Differanse	Sign.	N
1. Førde	2. God Start	-,688*	,000*	154
	3. Tidlig hjem	,677*	,012*	
2. God Start	1. Førde	,688*	,000*	
	3. Tidlig hjem	1,365*	,000*	
3. Tidlig hjem	1. Førde	-,677*	,012*	
	2. God Start	-1,365*	,000*	

*Signifikans 0,05

I denne tabellen sammenlignes først Førde mot God Start. Signifikansen er ,000* og det er derfor stor sannsynlighet for at det er en statistisk signifikant forskjell mellom populasjonen av kvinner som hadde barseltiden sin i Førde og kvinner som hadde barseltiden sin på God Start. Sammenlignes kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde mot de kvinnene som reiste tidlig hjem er signifikansen ,012*, og det er sannsynliggjort statistisk signifikante forskjeller mellom disse to gruppene også. Det tredje alternativet der en sammenligner kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start og de som reiste tidlig hjem er signifikansen ,000*, og det er dermed stor sannsynlighet for at det er statistisk signifikante forskjeller mellom disse gruppene også.

7.2.2 Motstridende informasjon

Tabell 11. Referanser i forhold til om kvinnene følte de fikk motstridende informasjon.

	Ikke i det hele tatt %	I liten grad %	I stor grad %	I svært stor grad %	N
Nordfjord	62,4	30,7	4,0	3,0	101
Sunnfjord	40,7	31,5	20,4	7,4	54
Asymp. Sig. ,002*					
Førde	41,2	41,2	12,4	5,2	97
God Start	82,0	10,0	4,0	4,0	50
Tidlig hjem	37,5	50,0	12,5	0,0	8
Asymp. Sig. ,000*					

*Signifikans 0,05

Tabell 11 viser forskjellene i kvinnes opplevelse av å få motstridende informasjon i forhold til hvilken region de tilhører og hvor de hadde barseloppholdet sitt. Det er signifikante forskjeller i begge gruppene. Tabellen viser at det er 62,4 % av kvinnene fra Nordfjordeid som «ikke i det hele tatt» følte de fikk motstridende informasjon i forhold til 40,7 % av kvinnene fra Sunnfjord. Av kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start svarte 82 % at de «ikke i det hele tatt» følte de fikk motstridende informasjon, mens det av de kvinnene som reiste tidlig hjem var 37,5 % som svarte det samme og 41,2 % av kvinnene med barselopphold i Førde.

Tabell 12. Motstridende informasjon ut ifra hvilken region kvinnene er fra.

Nordfjord		Sunnfjord		N	Sign.
Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik		
1,48	,715	1,94	,960	155	,001*

*Signifikansnivå 0,05

I forhold til kvinnes vurdering av å få motstridende informasjon under barseloppholdet ser en av tabellen at kvinnene vurderer det å få motstridende informasjonen til å være i liten grad. Det er signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord og der det er kvinnene fra Nordfjord som opplever i minst grad å få motstridende informasjon. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på opplevelsen av å få motstridende informasjon.

Tabell 13. Motstridende informasjon i forhold til hvor kvinnene hadde barseloppholdet.

Førde		God Start		Tidlig hjem		N	Sign.
Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik		
1,81	,846	1,30	,725	1,75	,707	155	,001*

*Signifikansnivå 0,05

Tabell 13 viser signifikante forskjeller i forhold til opplevelsen av å få motstridende informasjon i barseltiden. Tabellen viser at kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start følte i minst grad at de fikk motstridende informasjon i barseltiden, mens de som hadde barseltiden sin i Førde var de som opplevde å få mest motstridende informasjon. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på opplevelsen av å få motstridende informasjon. For å finne ut hvilke grupper det var signifikante forskjeller mellom, ble forskjellene regnet ut av Bonferroni tabellen.

Tabell 14. Forskjeller i forhold til om kvinnene følte de fikk motstridende informasjon.

		Differanse	Sign.	N
1. Førde	2. God Start	-,514*	,001*	155
	3. Tidlig hjem	,064	1,000	
2. God Start	1. Førde	-,514*	,001*	
	3. Tidlig hjem	-,450	,433	
3. Tidlig hjem	1. Førde	-,064	1,000	
	2. God Start	,450	,433	

*Signifikans 0,05

I denne tabellen sammenlignes først Førde mot God Start. Signifikansen er ,001*, og det er derfor stor sannsynlighet for at det er en statistisk signifikant forskjell mellom populasjonen av kvinner som hadde barseltiden sin i Førde og kvinner som hadde barseltiden sin på God Start. Sammenlignes kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde mot de kvinnene som reiste tidlig hjem er signifikansen 1,000, og det er svært lite sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene. Det tredje alternativet der en sammenligner kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start og de som reiste tidlig hjem er signifikansen ,433, og derfor også her svært lite sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene.

7.2.3 Nok informasjon om amming

Tabell 15. Referanser i forhold til om kvinnene følte de fikk nok informasjon om amming.

	Ikke i det hele tatt %	I liten grad %	I stor grad %	I svært stor grad %	N
Nordfjord	2,0	10,9	34,7	52,5	101
Sunnfjord	0,0	20,4	46,3	33,3	54
Asymp. Sig.	,062				
Førde	2,1	17,5	46,4	34,0	97
God Start	0,0	2,0	22,0	76,0	50
Tidlig hjem	0,0	50,0	37,5	12,5	8
Asymp. Sig.	,000*				

*Signifikans 0,05

Tabell 15 viser forskjellene i kvinnes opplevelse av å få tilstrekkelig informasjon om amming i forhold til hvilken region de tilhører og hvor de hadde barseloppholdet sitt. Tabellen viser ingen signifikante forskjeller i forhold til om kvinnene er fra Nordfjordeid eller fra Sunnfjord, men signifikante forskjeller i forhold til hvor de hadde barseltiden. I forhold til hvor de hadde barseloppholdet var forskjellen størst mellom de som reiste tidlig hjem og de som hadde institusjonsbarselopphold. Av kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start svarte 76 % at de «i svært stor grad» følte de fikk tilstrekkelig informasjon om amming, mens

det av de kvinnene som reiste tidlig hjem var 12,5 % som svarte det samme og 34 % av kvinnene med barseltid i Førde. Forskjellen viser seg også ved at det av kvinnene med barselopphold på God Start var ingen som «i liten grad» følte de fikk tilstrekkelig informasjon om amming, mens 2,1 % av kvinnene med barselopphold i Førde svarte det samme.

Tabell 16. Nok informasjon om amming ut ifra hvilken region kvinnene er fra.

Nordfjord		Sunnfjord		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
3,38	,760	3,13	,728	155	,053

*Signifikansnivå 0,05

I forhold til kvinnenes vurdering av å få nok informasjon om amming under barseloppholdet ser en av tabellen at kvinnene vurderer det å få nok informasjon om amming til å være svært bra. Det er ingen signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord, men det er kvinnene fra Nordfjord som er mest fornøyd med informasjonen om amming. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnenes synspunkt på opplevelsen av å få nok informasjon om amming.

Tabell 17. Nok informasjon om amming i forhold til hvor kvinnene hadde barseloppholdet.

Førde		God Start		Tidlig hjem		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
3,12	,767	3,74	,487	2,62	,744	155	,000*

*Signifikansnivå 0,05

Tabell 17 viser signifikante forskjeller i forhold til opplevelsen av å få nok informasjon om amming i barseltiden. Tabellen viser at kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start følte i størst grad at de fikk nok informasjon om amming i barseltiden, mens de som reiste tidlig hjem var de som opplevde å få minst informasjon om amming. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnenes synspunkt på opplevelsen av å få nok informasjon om amming. For å finne ut hvilke grupper det var signifikante forskjeller mellom, ble forskjellene regnet ut av Bonferroni tabellen.

Tabell 18. Forskjeller i forhold til om kvinnene følte de fikk nok informasjon om amming.

		Differanse	Sign.	N
1. Førde	2. God Start	-,616*	,000*	155
	3. Tidlig hjem	,499	,152	
2. God Start	1. Førde	,616*	,000*	
	3. Tidlig hjem	1,115*	,000*	
3. Tidlig hjem	1. Førde	-,499	,152	
	2. God Start	-1,115*	,000*	

*Signifikans 0,05

I denne tabellen sammenlignes først Førde mot God Start. Signifikansen er ,000*, og det er derfor stor sannsynlighet for at det er en statistisk signifikant forskjell mellom populasjonen av kvinner som hadde barseltiden sin i Førde og kvinner som hadde barseltiden sin på God Start. Sammenlignes kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde mot de kvinnene som reiste tidlig hjem er signifikansen ,152, og det er svært lite sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene. Det tredje alternativet der en sammenligner kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start og de som reiste tidlig hjem er signifikansen ,000* og det er dermed stor sannsynlighet for at det er statistisk signifikante forskjeller mellom disse gruppene også.

7.2.4 Nok informasjon om barnestell

Tabell 19. Referanser i forhold til om kvinnene følte de fikk nok informasjon om barnestell.

	Ikke i det hele tatt %	I liten grad %	I stor grad %	I svært stor grad %	N
Nordfjord	0,0	10,9	30,7	58,4	101
Sunnfjord	1,9	18,9	45,3	34,0	53
Asymp. Sig. ,021*					
Førde	1,0	16,7	46,9	35,4	96
God Start	0,0	2,0	14,0	84,0	50
Tidlig hjem	0,0	50,0	37,5	12,5	8
Asymp. Sig. ,000*					

*Signifikans 0,05

Tabell 19 viser forskjellene i kvinnes opplevelse av å få tilstrekkelig informasjon i forhold til hvilken region de tilhører og hvor de hadde barseloppholdet sitt. Det er signifikante forskjeller i begge gruppene. Tabellen viser at det er 58,4 % av kvinnene fra Nordfjordeid som «i svært stor grad» følte de fikk tilstrekkelig informasjon om barnestell i forhold til 34 % av kvinnene fra Sunnfjord. I forhold til hvor de hadde barseloppholdet var forskjellen størst

mellom de som reiste tidlig hjem og de som hadde institusjonsbarselepphold. Av kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start svarte 84 % at de» i svært stor grad» følte de fikk tilstrekkelig informasjon om barnestell, mens det av de kvinnene som reiste tidlig hjem var 12,5 % som svarte det samme, og 35,4 % av kvinnene med barselepphold i Førde.

Tabell 20. Nok informasjon om barnestell ut ifra hvilken region kvinnene er fra.

Nordfjord		Sunnfjord		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
3,48	,687	3,11	,776	154	,003*

*Signifikansnivå 0,05

I forhold til kvinnenes vurdering av å få nok informasjon om barnestell under barseleppholdet ser en av tabellen at kvinnene vurderer det å få nok informasjon om barnestell til å være svært bra. Det er signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord, og det er kvinnene fra Nordfjord som er mest fornøyd med informasjonen om barnestell.

Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnenes synspunkt på opplevelsen av å få nok informasjon om barnestell.

Tabell 21. Nok informasjon om barnestell i forhold til hvor kvinnene hadde barseleppholdet.

Førde		God Start		Tidlig hjem		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
3,17	,735	3,82	,438	2,62	,744	154	,000*

*Signifikansnivå 0,05

Tabell 21 viser signifikante forskjeller i forhold til opplevelsen av å få nok informasjon om barnestell i barseltiden. Tabellen viser at kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start følte i størst grad at de fikk nok informasjon om barnestell i barseltiden, mens de som reiste tidlig hjem var de som opplevde å få minst informasjon om barnestell. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnenes synspunkt på opplevelsen av å få nok informasjon om barnestell. For å finne ut hvilke grupper det var signifikante forskjeller mellom, ble forskjellene regnet ut av Bonferroni tabellen.

Tabell 22. Forskjeller i forhold til om kvinnene følte de fikk nok informasjon om barnestell.

		Differanse	Sign.	N
1. Førde	2. God Start	-,653*	,000*	154
	3. Tidlig hjem	,542	,078	
2. God Start	1. Førde	,653*	,000*	
	3. Tidlig hjem	1,195*	,000*	
3. Tidlig hjem	1. Førde	-,542	,078	
	2. God Start	-1,195*	,000*	

*Signifikans 0,05

I denne tabellen sammenlignes først Førde mot God Start. Signifikansen er ,000*, og det er derfor stor sannsynlighet for at det er en statistisk signifikant forskjell mellom populasjonen av kvinner som hadde barseltiden sin i Førde og kvinner som hadde barseltiden sin på God Start. Sammenlignes kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde mot de kvinnene som reiste tidlig hjem er signifikansen ,078, og det er svært lite sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene. Det tredje alternativet der en sammenligner kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start og de som reiste tidlig hjem er signifikansen ,000*, og det er dermed stor sannsynlighet for at det er statistisk signifikante forskjeller mellom disse gruppene også.

7.2.5 Informasjon om følelsesmessige forandringer og egen helse

Tabell 23. Referanser i forhold til om kvinnene følte de fikk nok informasjon om følelsesmessige forandringer og deres helse.

	Ikke i det hele tatt %	I liten grad %	I stor grad %	I svært stor grad %	N
Nordfjord	6,9	38,6	24,8	29,7	101
Sunnfjord	7,4	33,3	44,4	14,8	54
Asymp. Sig. ,051					
Førde	6,2	45,4	32,0	16,5	97
God Start	6,0	22,0	28,0	44,0	50
Tidlig hjem	25,0	37,5	37,5	0,0	8
Asymp. Sig. ,002*					

*Signifikans 0,05

Tabell 23 viser forskjellene i kvinnenes opplevelse av å få tilstrekkelig informasjon om følelsesmessige forandringer og deres helse i forhold til hvilken region de tilhører og hvor de hadde barseloppholdet sitt. Tabellen viser ingen signifikante forskjeller i forhold til om kvinnene er fra Nordfjordeid eller fra Sunnfjord. I forhold til hvor de hadde barseloppholdet

var det signifikante forskjeller. Forskjellen var størst mellom de som reiste tidlig hjem og de som hadde institusjonsbarselepphold. Av kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start svarte 44 % at de «i svært stor grad» følte de fikk nok informasjon om følelsesmessige forandringer og deres helse, mens det av de kvinnene som reiste tidlig hjem var ingen som svarte det samme og 16,5 % av kvinnene med barseltid i Førde. Forskjellen viser seg også ved at det av kvinnene med barselepphold på God Start og i Førde var 6 % og 6,2 % som «i liten grad» følte de fikk nok informasjon om følelsesmessige forandringer og deres helse, mens det av de som reiste tidlig hjem var 25 % som mente det samme.

Tabell 24. Informasjon om følelsesmessige forandringer og deres helse ut ifra hvilken region kvinnene er fra.

Nordfjord		Sunnfjord		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
2,77	,958	2,67	,824	155	,494

*Signifikansnivå 0,05

I forhold til kvinnes vurdering av å få nok informasjon om følelsesmessige forandringer og deres helse under barseleppholdet ser en av tabellen at kvinnene vurderer det som nokså bra. Det er ingen signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord, og det er kvinnene fra Nordfjord som er mest fornøyd med informasjonen som er gitt. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på opplevelsen av å få nok informasjon om følelsesmessige forandringer og deres helse.

Tabell 25. Informasjon om følelsesmessige forandringer og deres helse i forhold til hvor kvinnene hadde barseleppholdet.

Førde		God Start		Tidlig hjem		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
2,59	,839	3,10	,953	2,13	,835	155	,001*

*Signifikansnivå 0,05

Tabell 25 viser signifikante forskjeller i forhold til opplevelsen av å få nok informasjon om følelsesmessige forandringer og deres helse i barseltiden. Tabellen viser at kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start følte i størst grad at de fikk nok informasjon om følelsesmessige forandringer og deres helse i barseltiden, mens de som reiste tidlig hjem var de som opplevde å få minst informasjon. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er

liten variasjon i kvinnenes synspunkt på opplevelsen av å få nok informasjon om følelsesmessige forandringer og deres helse. For å finne ut hvilke grupper det var signifikante forskjeller mellom, ble forskjellene regnet ut av Bonferroni tabellen.

Tabell 26. Forskjeller i forhold til om kvinnene følte de fikk nok informasjon om følelsesmessige forandringer og deres helse.

		Differanse	Sign.	N
1. Førde	2. God Start	-,512*	,003*	155
	3. Tidlig hjem	,463	,461	
2. God Start	1. Førde	,512*	,003*	
	3. Tidlig hjem	,975*	,012*	
3. Tidlig hjem	1. Førde	-,463	,461	
	2. God Start	-,975*	,012*	

*Signifikans 0,05

I denne tabellen sammenlignes først Førde mot God Start. Signifikansen er ,003*, og det er derfor stor sannsynlighet for at det er en statistisk signifikant forskjell mellom populasjonen av kvinner som hadde barseltiden sin i Førde og kvinner som hadde barseltiden sin på God Start. Sammenlignes kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde mot de kvinnene som reiste tidlig hjem er signifikansen ,461, og det er svært lite sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene. Det tredje alternativet der en sammenligner kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start og de som reiste tidlig hjem er signifikansen ,012*, og det er dermed stor sannsynlighet for at det er statistisk signifikante forskjeller mellom disse gruppene også.

7.2.6 Nytte av samtale med jordmor

Tabell 27. Referanser i forhold til om kvinnene følte de hadde nytte av samtale med jordmor.

	Ikke i det hele tatt %	I liten grad %	I stor grad %	I svært stor grad %	N
Nordfjord	2,0	16,0	32,0	50,0	100
Sunnfjord	0,0	11,1	44,4	44,4	54
Asymp. Sig. ,336					
Førde	2,1	19,6	35,1	43,3	97
God Start	0,0	6,1	34,7	59,2	49
Tidlig hjem	0,0	12,5	50,0	37,5	8
Asymp. Sig. ,273					

*Signifikans 0,05

Tabell 27 viser forskjellene i om kvinnene følte de hadde nytte av samtale med jordmor i forhold til hvilken region de tilhører og hvor de hadde barseloppholdet sitt. Tabellen viser ingen signifikante forskjeller i forhold til om kvinnene er fra Nordfjordeid eller fra Sunnfjord eller i forhold til hvor de hadde barseloppholdet sitt. Av kvinnene fra Nordfjord er det 2,0 % som svarte «ikke i det hele tatt» og ingen av kvinnene fra Sunnfjord svarte dette på hvilken nytte de hadde av samtale med jordmor. «I liten grad var det 16 % av kvinnene fra Nordfjord som svarte og 11,1 % av kvinnene fra Sunnfjord. Når en ser på hvor kvinnene hadde barseloppholdet sitt svarer 19,6 % av kvinnene med barselopphold i Førde at de «i liten grad» er fornøyd med samtalen med jordmor. Av de som reiste tidlig hjem er det 12,5 % som svarte det samme mens det av de som hadde barseltiden sin på God Start er 6,1 %.

Tabell 28. Nytt av samtale med jordmor ut ifra hvilken region kvinnene er fra.

Nordfjord		Sunnfjord		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
3,30	,810	3,33	,673	154	,797

*Signifikansnivå 0,05

I forhold til kvinnenes vurdering av å ha nytte av samtale med jordmor før hjemreise ser en av tabellen at kvinnene vurderer nyttet av samtalen med jordmor til å være svært god. Det er ingen signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord, og det er kvinnene fra Sunnfjord som er mest fornøyd med samtalen med jordmor. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnenes synspunkt på opplevelsen av å ha nytte av samtalen med jordmor før hjemreise.

Tabell 29. Nytt av samtale med jordmor i forhold til hvor kvinnene hadde barseloppholdet.

Førde		God Start		Tidlig hjem		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
3,20	,825	3,53	,616	3,25	,707	154	,044*

*Signifikansnivå 0,05

Tabell 29 viser signifikante forskjeller i forhold til opplevelsen av å ha nytte av samtale med jordmor i barseltiden. Tabellen viser at kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start følte i størst grad at de nytte av samtalen med jordmor, mens kvinnene som hadde barseltiden i

Førde var de som opplevde å ha minst nytte av samtalen med jordmor før hjemreise. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnenes synspunkt på opplevelsen av å ha nytte av samtalen. For å finne ut hvilke grupper det var signifikante forskjeller mellom, ble forskjellene regnet ut av Bonferroni tabellen.

Tabell 30. Forskjeller i forhold til om kvinnene følte de hadde nytte av samtale med jordmor.

Nytte av samtale	med jordmor	Differanse	Sign.	N
1. Førde	2. God Start	-,335*	,039*	154
	3. Tidlig hjem	-,054	1,000	
2. God Start	1. Førde	,335*	,039*	
	3. Tidlig hjem	,281	1,000	
3. Tidlig hjem	1. Førde	,054	1,000	
	2. God Start	-,281	1,000	

*Signifikans 0,05

I denne tabellen sammenlignes først Førde mot God Start. Signifikansen er ,039*, og det er derfor stor sannsynlighet for at det er en statistisk signifikant forskjell mellom populasjonen av kvinner som hadde barseltiden sin i Førde og kvinner som hadde barseltiden sin på God Start. Sammenlignes kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde mot de kvinnene som reiste tidlig hjem er signifikansen 1,000, og det er svært lite sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene. Det tredje alternativet der en sammenligner kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start og de som reiste tidlig hjem er signifikansen 1,000, og derfor også her svært lite sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene.

7.2.7 Informasjon om oppfølging etter utskrivelse

Tabell 31. Referanser i forhold til om kvinnene følte de fikk nok informasjon om oppfølging etter utskrivelse

	Ikke i det hele tatt %	I liten grad %	I stor grad %	I svært stor grad %	N
Nordfjord	3,0	15,0	28,0	54,0	100
Sunnfjord	0,0	9,3	42,3	48,1	54
Asymp. Sig. ,172					
Førde	2,1	15,6	41,7	40,6	96
God Start	2,0	6,0	16,0	76,0	50
Tidlig hjem	0,0	25,0	50,0	25,0	8
Asymp. Sig. ,003*					

*Signifikans 0,05

Tabell 31 viser forskjellene i kvinnes opplevelse av å få tilstrekkelig informasjon om oppfølging etter utskrivelse i forhold til hvilken region de tilhører og hvor de hadde barseloppholdet sitt. Tabellen viser ingen signifikante forskjeller i forhold til om kvinnene er fra Nordfjordeid eller fra Sunnfjord. I forhold til hvor de hadde barseloppholdet var forskjellen størst mellom de som reiste tidlig hjem og de som hadde institusjonsbarselopphold. Av kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start svarte 76 % at de «i svært stor grad» følte de fikk tilstrekkelig informasjon, mens det av de kvinnene som reiste tidlig hjem var 25 %, og av kvinnene med barselopphold i Førde 40,6 % som svarte det samme.

Tabell 32. Informasjon om oppfølging etter utskrivelse ut ifra hvilken region kvinnene er fra.

Nordfjord		Sunnfjord		N	Sign.
Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik		
3,33	,842	3,39	,656	154	,656

*Signifikansnivå 0,05

I forhold til kvinnes vurdering av å få nok informasjon om oppfølging etter utskrivelse under barseloppholdet ser en av tabellen at kvinnene vurderer den som god. Det er ingen signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord, og det er kvinnene fra Sunnfjord som er mest fornøyd med informasjonen som er gitt. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på opplevelsen av å få nok informasjon om oppfølgingen etter utskrivelsen.

Tabell 33. Informasjon om oppfølging etter utskrivelse i forhold til hvor kvinnene hadde barseloppholdet.

Førde		God Start		Tidlig hjem		N	Sign.
Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik		
3,21	,780	3,66	,688	3,00	,756	154	,001*

*Signifikansnivå 0,05

Tabell 33 viser signifikante forskjeller i forhold til opplevelsen av å få nok informasjon om oppfølgingen etter utskrivelsen i barseltiden. Tabellen viser at kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start følte i størst grad at de fikk nok informasjon om oppfølgingen etter utskrivelsen i barseltiden, mens de som reiste tidlig hjem var de som opplevde å få minst informasjon. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes

synspunkt på opplevelsen av å få nok informasjon om oppfølgingen etter utskrivelsen. For å finne ut hvilke grupper det var signifikante forskjeller mellom, ble forskjellene regnet ut av Bonferroni tabellen.

Tabell 34. Forskjeller i forhold til om kvinnene følte de fikk nok informasjon om oppfølging etter utskrivelse

Oppfølging	etter utskrivelse	Differanse	Sign.	N
1. Førde	2. God Start	-,452*	,002*	154
	3. Tidlig hjem	,208	1,000	
2. God Start	1. Førde	,452*	,002*	
	3. Tidlig hjem	,660	,067	
3. Tidlig hjem	1. Førde	-,208	1,000	
	2. God Start	-,660	,067	

*Signifikans 0,05

I denne tabellen sammenlignes først Førde mot God Start. Signifikansen er ,002*, og det er derfor stor sannsynlighet for at det er en statistisk signifikant forskjell mellom populasjonen av kvinner som hadde barseltiden sin i Førde og kvinner som hadde barseltiden sin på God Start. Sammenlignes kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde mot de kvinnene som reiste tidlig hjem er signifikansen 1,000, og det er svært lite sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene. Det tredje alternativet der en sammenligner kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start og de som reiste tidlig hjem er signifikansen ,067, og derfor også her svært lite sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene.

Fra friteksten til kvinnene er det et punkt som kan være viktig å merke seg. Kommentarer fra flere gangs fødende som opplever at det blir forventet at de sitter inne med kompetanse i forhold til at de har barn fra før. Noen av de som har født tidligere savnet den samme informasjonen som de fikk første gangen og mente at dette var et behov de hadde selv om de hadde barn fra før. I intervjuene med jordmødrene kom det fram at informasjonen som ble gitt var personavhengig selv om en hadde prosedyrer å gå etter.

7.2.8 Oppsummering informasjon

Analysen viser stort sett at kvinnene er tilfreds med den informasjonen som er blitt gitt under barseloppholdet. Det er mindre signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord, men kvinnene fra Nordfjord er i gjennomsnitt mer tilfreds enn kvinnene fra Sunnfjord. Når det gjelder hvilket barselalternativ kvinnene har hatt er det større signifikante forskjeller. De kvinnene som har hatt barseltiden sin på God Starter mest fornøyd med

informasjonen som er gitt. De som reiste tidlig hjem er de som er minst fornøyd, men dataene fra denne gruppen er usikre i forhold til at gruppen var så liten.

7.3 Respekt

For å evaluere om det var noen forskjeller i opplevelsen av å bli møtt med respekt ble det først gjennomført en sammenligning i forhold til om kvinnene var fra Nordfjord eller Sunnfjord.

Deretter ble det gjort samme sammenligningen i forhold til om kvinnene hadde barseloppholdet sitt i Førde, på God Start eller reiste tidlig hjem.

Tabell 35. Referanser i forhold til kvinnes opplevelse av å bli møtt med respekt

	Ikke i det hele tatt %	I liten grad %	I stor grad %	I svært stor grad %	N
Nordfjord		3,0	30,7	66,3	101
Sunnfjord		11,1	38,9	50,0	54
Asymp. Sig. ,044*					
Førde		6,2	43,3	50,5	97
God Start		2,0	14	84	50
Tidlig hjem		25,0	50	25	8
Asymp. Sig. ,000*					

*Signifikans 0,05

Tabell 35 viser forskjellene i kvinnes opplevelse av å bli møtt med respekt i forhold til hvilken region de tilhører og hvor de hadde barseloppholdet sitt. Tabellen viser at det er 66,3 % av kvinnene fra Nordfjord som «i svært stor grad» følte de ble møtt med respekt i forhold til 50 % av kvinnene fra Sunnfjord. I forhold til hvor de hadde barseloppholdet var forskjellen størst mellom de som reiste tidlig hjem og de som hadde institusjonsbarselopphold. Av kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start svarte 84 % at de «i svært stor grad» følte de ble møtt med respekt, mens det av de kvinnene som reiste tidlig hjem var 25 % og av kvinnene med barselopphold i Førde 50,5 % som svarte det samme. Forskjellen viser seg også ved at det av kvinnene med barselopphold på God Start var 2 % som «i liten grad» følte de ble møtt med respekt, mens 25 % av kvinnene som reiste tidlig hjem svarte det samme.

Tabell 36. Opplevelse av å bli møtt med respekt ut ifra hvilken region kvinnene er fra.

Nordfjord		Sunnfjord		N	Sign.
Gjennom-snitt	Standard-avvik	Gjennom-snitt	Standard-avvik		
3,63	0,543	3,39	0,685	155	,016*

*Signifikansnivå 0,05

Tabellen viser kvinnenes vurdering av hvordan de har blitt møtt med respekt under barseloppholdet. I forhold til tabellen ser en at de fleste kvinnene føler at de er blitt møtt på en høflig måte. Det er signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller fra Sunnfjord. Det neste jeg ønsket å undersøke var om det var forskjeller i opplevelsen av å bli møtt med respekt i forhold til om de hadde hatt barseloppholdet sitt i Førde, på God Start eller reist tidlig hjem. Det ble også her brukt en ANOVA tabell for å regne ut forskjellene.

Tabell 37. Opplevelse av å bli møtt med respekt ut ifra hvor kvinnene hadde barseloppholdet.

Førde		God start		Tidlig hjem		N	Sign.
Gjennom-snitt	Standard-avvik	Gjennom-snitt	Standard-avvik	Gjennom-snitt	Standard-avvik		
3,44	0,612	3,82	0,438	3,00	0,756	155	,000*

*Signifikansnivå 0,05

Denne tabellen viser signifikante forskjeller i forhold til opplevelsen av å bli møtt med respekt i forhold til hvor de hadde barseltiden sin. Tabellen viser at kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start opplevde å bli møtt med respekt i størst grad, mens de som reiste tidlig hjem var de som i minst grad opplevde dette. Standardavviket er lavt og viser liten variasjon i kvinnenes synspunkt i opplevelsen av å bli møtt med respekt. For å finne ut hvilke grupper det var signifikante forskjeller mellom, ble forskjellene regnet ut av Bonferroni tabellen.

Tabell 38. Forskjeller i de ulike gruppene i forhold til opplevelsen av å bli møtt med respekt.

		Differanse	Sign.	N
1. Førde	2. God Start	-,377*	,001*	155
	3. Tidlig hjem	,443	,108	
2. God Start	1. Førde	,377*	,001*	
	3. Tidlig hjem	,820*	,001*	
3. Tidlig hjem	1. Førde	-,443	,108	
	2. God Start	-,820*	,001*	

*Signifikans 0,05

I tabell 38 sammenlignes først Førde mot God Start. Signifikansen er ,001*, og det er derfor stor sannsynlighet for at det er en statistisk signifikant forskjell mellom populasjonen av kvinner som hadde barseltiden sin i Førde og kvinner som hadde barseltiden sin på God Start. Sammenlignes kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde mot de kvinnene som reiste tidlig hjem er signifikansen ,108 og det er svært lite sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene. Det tredje alternativet der en sammenligner kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start og de som reiste tidlig hjem er signifikansen ,001*, og derfor også her sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene.

I friteksten fra kvinnene kom det fram mye skryt i forhold til personalet på God Start. Kvinnene beskrev oppholdet på God Start som enestående, med et personale som gjorde sitt beste for at familien skulle ha det best mulig. Personalet i Førde ble også rost for at de var imøtekommende og trivelige. På begge steder var det kommentert om det kvinnene opplevde som uttrivelig oppførsel fra personalet.

7.3.1 Oppsummering respekt

Analysen viser at kvinnene i stor grad opplevde å bli møtt med respekt. Kvinnene fra Nordfjord er de som i størst grad opplever å bli møtt med respekt. Den lille gruppen av kvinner som dro tidlig hjem er de som i minst grad opplever å bli møtt med respekt.

7.4 Ivaretagelse

Kvinnenes opplevelse av å bli ivaretatt på barsel ble analysert ut i fra to spørsmål. Først ble analysen gjort på grunnlag av om kvinnene var fra Nordfjord eller Sunnfjord. Deretter ble det gjort samme analysen i forhold til om kvinnene hadde barseloppholdet sitt i Førde, på God Start eller reiste tidlig hjem.

7.4.1 Opplevelsen av et tilfredsstillende tilbud

Tabell 39. Opplevde du tilbudet som tilfredsstillende

	Ikke i det hele tatt %	I liten grad %	I stor grad %	I svært stor grad %	N
Nordfjord	1,0	13,0	30,0	56,0	100
Sunnfjord	0,0	16,7	53,7	29,6	54
Asymp.Sig. ,011*					
Førde	1,0	17,5	51,5	29,9	97
God Start	0,0	2,0	10,2	87,8	49
Tidlig hjem	0,0	50,0	50,0	0,0	8
Asymp.Sig. ,000*					

Signifikans 0,05

Tabell 39 viser forskjellene i kvinnes opplevelse av et tilfredsstillende tilbud i forhold til hvilken region de tilhører og hvor de hadde barseloppholdet sitt. Tabellen viser at det er 56 % av kvinnene fra Nordfjordeid som «i svært stor grad» følte de ble møtt med respekt i forhold til 29,6 % av kvinnene fra Sunnfjord. I forhold til hvor de hadde barseloppholdet var forskjellen størst mellom de som reiste tidlig hjem og de som hadde institusjonsbarselopphold. Av kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start svarte 87,8 % at de «i svært stor grad» opplevde tilbudet som tilfredsstillende, mens det av de kvinnene som reiste tidlig hjem var 0 %, og av kvinnene med barselopphold i Førde 29,9 % som svarte det samme.

Tabell 40. Opplevelsen av et tilfredsstillende tilbud ut ifra hvilken region kvinnene er fra.

Nordfjord		Sunnfjord		N	Sign.
Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik		
3,41	,753	3,13	,674	154	,024*

*Signifikansnivå 0,05

I forhold til kvinnes vurdering av opplevelsen av å ha mottatt et tilfredsstillende tilbud viser tabellen at kvinnene er tilfreds med tilbudet de har mottatt. Det er signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord, og det er kvinnene fra Nordfjord som opplever tilbudet som mest tilfredsstillende. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på opplevelsen av å ha mottatt et tilfredsstillende tilbud.

Tabell 41. Opplevelsen av et tilfredsstillende tilbud i forhold til hvor kvinnene hadde barseloppholdet.

Førde		God Start		Tidlig hjem		N	Sign.
Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik		
3,10	,714	3,86	,408	2,50	,535	154	,000*

*Signifikansnivå 0,05

Tabell 41 viser signifikante forskjeller i forhold til opplevelsen av å ha mottatt et tilfredsstillende tilbud. Tabellen viser at kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start følte i størst grad at tilbudet var tilfredsstillende, mens kvinnene som reiste tidlig hjem var de som opplevde tilbudet minst tilfredsstillende. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på opplevelsen av å ha mottatt et tilfredsstillende tilbud.

For å finne ut hvilke grupper det var signifikante forskjeller mellom, ble forskjellene regnet ut av Bonferroni tabellen.

Tabell 42. Forskjeller i de ulike gruppene i opplevelsen av et tilfredsstillende tilbud.

		Differanse	Sign.	N
1. Førde	2. God Start	-,754*	,000*	154
	3. Tidlig hjem	,603*	,029*	
2. God Start	1. Førde	,754*	,000*	
	3. Tidlig hjem	1,357*	,000*	
3. Tidlig hjem	1. Førde	-,603*	,029*	
	2. God Start	-1,357*	,000*	

*Signifikans 0,05

I denne tabellen sammenlignes først Førde mot God Start. Signifikansen er ,000*, og det er derfor stor sannsynlighet for at det er en statistisk signifikant forskjell mellom populasjonen av kvinner som hadde barseltiden sin i Førde og kvinner som hadde barseltiden sin på God Start. Sammenlignes kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde mot de kvinnene som reiste tidlig hjem er signifikansen ,029*, og det er svært sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene også her. Det tredje alternativet der en sammenligner kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start og de som reiste tidlig hjem er signifikansen ,000*, og derfor også her svært sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene. For å få en oversikt over hvor forskjellene forekom ble det regnet ut ved hjelp av krystabeller.

7.4.2 Nok tid fra personalet

Tabell 43. Følte du at personalet hadde nok tid til deg

	Ikke i det hele tatt %	I liten grad %	I stor grad %	I svært stor grad %	N
Nordfjord	3,0	16,8	26,7	53,5	101
Sunnfjord	5,7	18,9	45,3	30,2	53
Asymp.Sig. ,037*					
Førde	5,2	26,0	41,7	27,1	96
God Start	0,0	0,0	12,0	88,0	50
Tidlig hjem	12,5	25,0	62,5	0,0	8
Asymp.Sig. ,000*					

*Signifikans 0,05

Tabell 43 viser forskjellene i kvinnenes opplevelse av om de følte personalet hadde nok tid til dem i forhold til hvilken region de tilhører og hvor de hadde barseloppholdet sitt. Tabellen viser at det er 53,5 % av kvinnene fra Nordfjordeid som «i svært stor grad» følte de ble møtt med respekt i forhold til 30,2 % av kvinnene fra Sunnfjord. I forhold til hvor de hadde

barseloppholdet var forskjellen størst mellom de som reiste tidlig hjem og de som hadde institusjonsbarselopphold. Av kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start svarte 88 % at de «i svært stor grad» opplevde at personalet hadde nok tid til dem, mens det av de kvinnene som reiste tidlig hjem var 0 %, og av kvinnene med barselopphold i Førde 27,1 % som svarte det samme. Av kvinnene med barselopphold på God Start var ingen som svarte at personalet «ikke i det hele tatt» hadde nok tid til dem, mens det var 12,5 % av de som reiste tidlig hjem som svarte det samme og 5,2 % av de med barselopphold i Førde.

Tabell 44. Opplevelsen av nok tid fra personalet ut ifra hvilken region kvinnene er fra.

Nordfjord		Sunnfjord		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
3,31	,857	3,00	,855	154	,036*

*Signifikansnivå 0,05

I forhold til kvinnes vurdering av opplevelsen av at personalet hadde nok tid til dem viser tabellen at kvinnene er tilfreds med tidsbruken fra personalet. Det er signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord, og det er kvinnene fra Nordfjord som opplever tidsbruken fra personalet som mest tilfredsstillende. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på opplevelsen av at personalet har nok tid til dem.

Tabell 45. Opplevelsen av nok tid fra personalet i forhold til hvor kvinnene hadde barseloppholdet.

Førde		God Start		Tidlig hjem		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
2,91	,859	3,88	,328	2,50	,756	154	,000*

*Signifikansnivå 0,05

Tabell 45 viser signifikante forskjeller i forhold til opplevelsen av å ha mottatt nok tid fra personalet. Tabellen viser at kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start følte i størst grad at de fikk nok tid fra personalet, mens kvinnene som reiste tidlig hjem var de som opplevde å få minst tid fra personalet. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på opplevelsen av å ha mottatt nok tid fra personalet. For å finne ut hvilke grupper det var signifikante forskjeller mellom, ble forskjellene regnet ut av Bonferroni tabellen.

Tabell 46. Følte du at personalet hadde nok tid til deg

Ivaretagelse		Differanse	Sign.	N
1. Førde	2. God Start	-,974*	,000*	154
	3. Tidlig hjem	,406	,390	
2. God Start	1. Førde	,974*	,000*	
	3. Tidlig hjem	1,380*	,000*	
3. Tidlig hjem	1. Førde	-,406	,390	
	2. God Start	-1,380*	,000*	

*Signifikans 0,05

I denne tabellen sammenlignes først Førde mot God Start. Signifikansen er ,000*, og det er derfor stor sannsynlighet for at det er en statistisk signifikant forskjell mellom populasjonen av kvinner som hadde barseltiden sin i Førde og kvinner som hadde barseltiden sin på God Start. Sammenlignes kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde mot de kvinnene som reiste tidlig hjem er signifikansen ,390 og det er svært lite sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene her. Det tredje alternativet der en sammenligner kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start og de som reiste tidlig hjem er signifikansen ,000*, og derfor også her svært sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene. For å få en oversikt over hvor forskjellene forekom ble det regnet ut ved hjelp av krysstabeller.

Fra friteksten til kvinnene ble det bemerket at de ble godt ivaretatt både på God Start og i Førde, men med mest skryt til God Start. Det som ble bemerket var hvor travelt det var i Førde. Personalet gjorde sitt beste men det ble for liten tid. I intervjuene med jordmødrene kom det også fram at de delte kvinnenenes syn på forskjellene. I Førde ble barsel nedprioritert hvis det var mange fødsler samtidig. Dette var en nødvendig prioritering og de ansatte mente og at det ikke var problematisk å få leie inn ekstra personale. Jordmødrene på begge avdelingene mente at God Start var en fantastisk avdeling der det var god tid til kvinnene.

7.4.3 Oppsummering ivaretagelse

Analysen viser at kvinnene stort sett er fornøyd med ivaretagelsen under barseloppholdet. Det er signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord, der det er kvinnene fra Nordfjord som i størst grad opplever ivaretagelsen best. Når det gjelder hvor kvinnene hadde barseloppholdet sitt er det også signifikante forskjeller, der kvinnene som har hatt barseloppholdet sitt på God Start er de som er mest fornøyd og de få kvinnene som reiste hjem er minst fornøyd med ivaretagelsen.

7.5 Partner

For å evaluere kvinnenenes opplevelse av å ha partner med seg og ivaretagelsen av partneren ble det analysert ut i fra fire spørsmål. Det ble først analysert ut i fra om kvinnene var fra Nordfjord eller Sunnfjord. Datamaterialet ble deretter analysert i forhold til om kvinnene hadde barseloppholdet sitt i Førde, på God Start eller reiste tidlig hjem.

7.5.1 Viktig med partner til stede i barseltiden

Tabell 47. Kvinnenenes opplevelse av hvor viktig det er å ha partner tilstede i barseltiden.

	Ikke i det hele tatt %	I liten grad %	I stor grad %	I svært stor grad %	N
Nordfjord	3,1	11,2	35,7	50,0	98
Sunnfjord	0,0	39,0	19,6	76,5	51
Asymp.Sig. ,015*					
Førde	1,1	6,4	26,6	66,0	94
God Start	4,2	6,3	39,6	50,0	48
Tidlig hjem	0,0	42,9	14,3	42,9	7
Asymp.Sig. ,010*					

*Signifikans 0,05

Tabell 47 viser forskjellene i kvinnenenes opplevelse av hvor viktig de føler det er å ha partner med seg i barseltiden i forhold til hvilken region de tilhører og hvor de hadde barseloppholdet sitt. Tabellen viser signifikante forskjeller i forhold til om kvinnene er fra Nordfjord eller fra Sunnfjord og i forhold til hvor de hadde barseltiden sin. Av kvinnene fra Sunnfjord var det 76,5 % av kvinnene som hadde svart at det «i svært stor grad» var viktig for dem å ha partneren tilstede i barseltiden, mens det av kvinnene fra Nordfjord var 50 % som hadde svart det samme. Av kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start svarte 50 % at de «i svært stor grad» opplever at det er viktig å ha partneren med seg i barseltiden, mens det av de kvinnene som reiste tidlig hjem var 42,9 % og av kvinnene med barselopphold i Førde 66 % som svarte det samme. Tabellen viser at det oppleves som viktig for kvinnene å kunne ha partneren med seg i barseltiden.

Tabell 48. Viktig med partner tilstede ut ifra hvilken region kvinnene er fra.

Nordfjord		Sunnfjord		N	Sign.
Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik		
3,33	,797	3,73	,532	149	,002*

*Signifikansnivå 0,05

I forhold til kvinnes opplevelse av hvor viktig det er å ha partneren tilstede i barseltiden ser en av tabellen at kvinnene vurderer det til å være svært viktig. Det er signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord og det er kvinnene fra Sunnfjord som synes at det er viktigst med partneren tilstede. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på hvor viktig det er å ha partneren tilstede under barseloppholdet..

Tabell 49. Viktig med partner tilstede i forhold til hvor kvinnene hadde barseloppholdet.

Førde		God Start		Tidlig hjem		N	Sign.
Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik		
3,57	,664	3,35	,785	3,00	1,000	149	,049*

*Signifikansnivå 0,05

Tabell 49 viser signifikante forskjeller i forhold til hvor viktig kvinnene synes det er å ha partneren tilstede i barseltiden. Tabellen viser at kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde mente det var viktigst å ha partneren tilstede i barseltiden, mens de som reiste tidlig hjem var de som synes det var minst viktig med partneren tilstede i barseltiden. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på opplevelsen av å ha partneren tilstede i barseltiden for de kvinnene som hadde institusjonsbarselopphold. Av den lille gruppen som reiste tidlig hjem er det litt større variasjon i svarene.

7.5.2 Lagt til rette for tilstedeværelse av partner

Tabell 50. Kvinnes opplevelse av om det ble lagt til rette for at partner kunne være tilstede.

	Ikke i det hele tatt %	I liten grad %	I stor grad %	I svært stor grad %	N
Nordfjord	13,4	12,4	35,1	39,2	97
Sunnfjord	22,0	20,0	30,0	28,0	50
Asymp.Sig. ,241					
Førde	23,9	18,5	34,8	22,8	92
God Start	0,0	2,1	31,9	66,0	47
Tidlig hjem	25,0	37,5	37,5	0,0	8
Asymp.Sig. ,000*					

*Signifikans 0,05

Tabell 50 viser forskjellene i kvinnes opplevelse av om det ble lagt til rette for at partner kunne være tilstede i forhold til hvilken region de tilhører og hvor de hadde barseloppholdet

sitt. Tabellen viser ingen signifikante forskjeller i forhold til om kvinnene er fra Nordfjordeid eller fra Sunnfjord. I forhold til hvor de hadde barseloppholdet var forskjellen størst mellom de som reiste tidlig hjem og de som hadde institusjonsbarselopphold. Av kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start svarte 66 % at de» i svært stor grad» følte det ble lagt til rette for at partner kunne være tilstede, mens det av de kvinnene som reiste tidlig hjem var ingen og av kvinnene med barselopphold i Førde 22,8 % som svarte det samme.

Tabell 51. Lagt til rette for tilstedeværelse av partner ut ifra hvilken region kvinnene er fra.

Nordfjord		Sunnfjord		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
3,00	1,031	2,64	1,120	147	,053

*Signifikansnivå 0,05

I forhold til kvinnes vurdering av om det ble lagt til rette for at partner kunne være tilstede ser en av tabellen at kvinnene vurderer tilretteleggelsen til å være nokså bra. Det er ingen signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord. Standardavviket er over 1 og viser dermed at det er litt variasjon i kvinnes synspunkt på opplevelsen av hvordan det ble lagt til rette for at partneren kunne være tilstede.

Tabell 52. Lagt til rette for tilstedeværelse av partner i forhold til hvor kvinnene hadde barseloppholdet.

Førde		God Start		Tidlig hjem		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
2,57	1,092	3,64	,529	2,13	,835	147	,000*

*Signifikansnivå 0,05

Tabell 52 viser signifikante forskjeller i forhold til hvordan kvinnene opplevde at det ble lagt til rette for at partneren kunne være tilstede. Tabellen viser at kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start opplevde best at det ble lagt til rette for tilstedeværelse av partner, mens de som reiste tidlig hjem var de som opplevde at det ble lagt minst til rette for at partneren kunne være med de i barseltiden. Standardavviket for de kvinnene som hadde barseloppholdet sitt i Førde er over en og viser at det er litt variasjon i forhold til hvordan kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde har svart. På god Start er standardavviket lavt, og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på deres opplevelse av at det ble lagt til rette for at

partneren kunne være tilstede. For å finne ut hvilke grupper det var signifikante forskjeller mellom, ble forskjellene regnet ut av Bonferroni tabellen.

Tabell 53. Kvinnenes opplevelse av om det ble lagt til rette for at partner kunne være tilstede.

Lagt til rette for	Differanse	Sign.	N	
1. Førde	2. God Start	-1,073*	,000*	147
	3. Tidlig hjem	,440	,613	
2. God Start	1. Førde	1,073*	,000*	
	3. Tidlig hjem	1,513*	,000*	
3. Tidlig hjem	1. Førde	-,440	,613	
	2. God Start	-1,513*	,000*	

*Signifikans 0,05

I denne tabellen sammenlignes først Førde mot God Start. Signifikansen er ,000*, og det er derfor stor sannsynlighet for at det er en statistisk signifikant forskjell mellom populasjonen av kvinner som hadde barseltiden sin i Førde og kvinner som hadde barseltiden sin på God Start. Sammenlignes kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde mot de kvinnene som reiste tidlig hjem er signifikansen, 613 og det er svært lite sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene her. Det tredje alternativet der en sammenligner kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start og de som reiste tidlig hjem er signifikansen, 000*, og derfor også her svært sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene. For å få en oversikt over hvor forskjellene forekom ble det regnet ut ved hjelp av krystabeller.

7.5.3 Ivaretagelse av partner

Tabell 54. Kvinnenes opplevelse av hvordan de følte at partneren ble ivaretatt.

	Ikke i det hele tatt %	I liten grad %	I stor grad %	I svært stor grad %	N
Nordfjord	4,1	16,5	43,3	36,1	97
Sunnfjord	6,0	30,0	38,0	26,0	50
Asymp.Sig. ,226					
Førde	6,5	29,0	43,0	21,5	93
God Start	0,0	2,2	37,0	60,9	46
Tidlig hjem	12,5	37,5	50,0	0,0	8
Asymp.Sig. ,000*					

*Signifikans 0,05

Tabell 54 viser forskjellene i kvinnenes opplevelse av hvordan de følte at partneren ble ivaretatt i forhold til hvilken region de tilhører og hvor de hadde barseloppholdet sitt. Tabellen

viser ingen signifikante forskjeller i forhold til om kvinnene er fra Nordfjord eller fra Sunnfjord. I forhold til hvor de hadde barseloppholdet var forskjellen størst mellom de som reiste tidlig hjem og de som hadde institusjonsbarselopphold. Av kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start svarte 60,9 % at de» i svært stor grad» følte at partneren ble ivaretatt mens det av de kvinnene som reiste tidlig hjem var ingen og av kvinnene med barselopphold i Førde 21,5 % som svarte det samme.

Tabell 55. Ivaretagelse av partner ut ifra hvilken region kvinnene er fra.

Nordfjord		Sunnfjord		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
3,11	,825	2,84	,889	147	,066

*Signifikansnivå 0,05

I forhold til kvinnes vurdering av hvordan de opplevde at partneren ble ivaretatt ser en av tabellen at de vurderer ivaretagelsen til å være nokså bra. Det er ingen signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på opplevelsen av personalets kompetanse. Kvinnene fra Nordfjord er de som opplever ivaretagelsen av partneren som best.

Tabell 56. Ivaretagelse av partner i forhold til hvor kvinnene hadde barseloppholdet.

Førde		God Start		Tidlig hjem		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
2,80	,854	3,59	,541	2,38	,744	147	,000*

*Signifikansnivå 0,05

Tabell 56 viser signifikante forskjeller i forhold til hvordan kvinnene opplevde at partneren ble ivaretatt. Tabellen viser at kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start opplevde i størst grad at partneren ble ivaretatt, mens de som reiste tidlig hjem var de som opplevde minst at partneren ble ivaretatt. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på opplevelsen av ivaretagelsen av partneren. For å finne ut hvilke grupper det var signifikante forskjeller mellom, ble forskjellene regnet ut av Bonferroni tabellen.

Tabell 57. Kvinnenes opplevelse av hvordan de følte at partneren ble ivaretatt.

		Differanse	Sign.	N
1. Førde	2. God Start	-,791*	,000*	147
	3. Tidlig hjem	,421	,412	
2. God Start	1. Førde	,791*	,000*	
	3. Tidlig hjem	1,212*	,000*	
3. Tidlig hjem	1. Førde	-,421	,412	
	2. God Start	-1,212*	,000*	

*Signifikans 0,05

I denne tabellen sammenlignes først Førde mot God Start. Signifikansen er ,000*, og det er derfor stor sannsynlighet for at det er en statistisk signifikant forskjell mellom populasjonen av kvinner som hadde barseltiden sin i Førde og kvinner som hadde barseltiden sin på God Start. Sammenlignes kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde mot de kvinnene som reiste tidlig hjem er signifikansen, 412 og det er svært lite sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene her. Det tredje alternativet der en sammenligner kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start og de som reiste tidlig hjem er signifikansen ,000*, og derfor også her svært sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene. For å få en oversikt over hvor forskjellene forekom ble det regnet ut ved hjelp av krysstabeller.

7.5.4 Tilfredsstillende muligheter for deltagelse

Tabell 58. Kvinnenes opplevelse av hvordan de følte at partnerens mulighet til å delta var tilfredsstillende.

	Ikke i det hele tatt %	I liten grad %	I stor grad %	I svært stor grad %	N
Nordfjord	2,1	11,5	44,8	41,7	96
Sunnfjord	4,0	24,0	38,0	34,0	50
Asymp.Sig. ,206					
Førde	4,3	23,9	43,5	28,3	92
God Start	0,0	0,0	36,2	63,8	47
Tidlig hjem	0,0	14,3	85,7	0,0	7
Asymp.Sig. ,000*					

*Signifikans 0,05

Tabell 58 viser forskjellene i kvinnenes opplevelse av hvordan de følte at partnerens mulighet for deltagelse var i forhold til hvilken region de tilhører og hvor de hadde barseloppholdet sitt. Tabellen viser ingen signifikante forskjeller i forhold til om kvinnene er fra Nordfjord eller fra Sunnfjord. Kvinnene fra Nordfjord er mest fornøyd med muligheten for deltagelse av partneren. I forhold til hvor de hadde barseloppholdet var forskjellen størst mellom de som

reiste tidlig hjem og de som hadde institusjonsbarselopphold. Av kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start svarte 63,8 % at de» i svært stor grad» følte at partnerens mulighet for deltagelse var tilfredsstillende, mens det av de kvinnene som reiste tidlig hjem var ingen og av kvinnene med barselopphold i Førde 28,3 % som svarte det samme.

Tabell 59. Partners mulighet til å delta ut ifra hvilken region kvinnene er fra.

Nordfjord		Sunnfjord		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
3,26	,743	3,02	,869	146	,082

*Signifikansnivå 0,05

I forhold til kvinnes vurdering av partners mulighet til å delta ser en av tabellen at kvinnene vurderer muligheten for deltagelse til å være svært bra. Det er ingen signifikante forskjeller på om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på opplevelsen muligheten for partneren til å delta.

Tabell 60. Partners mulighet til å delta i forhold til hvor kvinnene hadde barseloppholdet.

Førde		God Start		Tidlig hjem		N	Sign.
Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennom- snitt	Standard- avvik		
2,96	,837	3,64	,486	2,86	,378	146	,000*

*Signifikansnivå 0,05

Tabell 60 viser signifikante forskjeller i forhold til hvordan kvinnene opplevde partners mulighet til å delta. Tabellen viser at kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start opplevde i størst grad at partneren hadde mulighet til å delta, mens de som reiste tidlig hjem var de som hadde minst opplevde at partneren hadde mulighet til å delta. Standardavviket er lavt og viser dermed at det er liten variasjon i kvinnes synspunkt på opplevelsen av partnerens mulighet til å delta. For å finne ut hvilke grupper det var signifikante forskjeller mellom, ble forskjellene regnet ut av Bonferroni tabellen.

Tabell 61. Kvinnenes opplevelse av hvordan de følte at partnerens mulighet til å delta var tilfredsstillende.

		Differanse	Sign.	N
1. Førde	2. God Start	-,682*	,000*	146
	3. Tidlig hjem	,099	1,000	
2. God Start	1. Førde	,682*	,000*	
	3. Tidlig hjem	,781*	,027*	
3. Tidlig hjem	1. Førde	-099	1,000	
	2. God Start	-781*	,027*	

*Signifikans 0,05

I denne tabellen sammenlignes først Førde mot God Start. Signifikansen er ,000*, og det er derfor stor sannsynlighet for at det er en statistisk signifikant forskjell mellom populasjonen av kvinner som hadde barseltiden sin i Førde og kvinner som hadde barseltiden sin på God Start. Sammenlignes kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde mot de kvinnene som reiste tidlig hjem er signifikansen 1,000 og det er svært lite sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene her. Det tredje alternativet der en sammenligner kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start og de som reiste tidlig hjem er signifikansen ,027*, og derfor også her svært sannsynlig at det er forskjeller mellom de respektive populasjonene.

I friteksten til kvinnene var det mange kommentarer som kan knyttes opp mot partneren. Det var viktig for kvinnen å kunne ha partneren med seg i barseltiden. I forhold til det å ha partneren med seg så er det også bemerket hvor travelt det er å dele rom med andre. I forhold til det å ha partneren med seg er det også behovet for å være i nærheten av familien sin. Avstanden er av betydning, gjerne spesielt når en har andre barn som en har omsorg for. I intervjuene med jordmødrene kom det også fram hvor positivt det var med God start der kvinnene som oftest kunne ha partneren med seg noe som også innebærer at en slipper å dele rom med andre. Partneren er da med og avlaster kvinnen samtidig som også han får den nødvendige opplæringen.

7.5.5 Oppsummering partner

Kvinnene mener det er viktig å kunne ha partneren med seg i barseltiden. Kvinnene fra Sunnfjord og de som hadde barseloppholdet sitt i Førde er de som vurderer det som viktigst å ha partneren med seg under barseloppholdet. I forhold til tilretteleggelse for at partneren kunne være tilstede under barseloppholdet, ivaretagelsen av partneren og partnerens mulighet til å delta var det kvinnene fra Nordfjord og kvinnene som hadde hatt barseltiden sin på God Start som var mest fornøyd.

7,6 Oppsummering barsel

Datamaterialet er analysert ut fra teorien om kvalitet. Analysen viser i stor grad at kvinnene fra Nordfjord og de som har hatt barseltilbudet på God Start er de som er mest fornøyd med det tilbudet de mottar under barseloppholdet, og deres opplevelse i forhold til ivaretagelsen av partneren. Analysen viser også større signifikante forskjeller i forhold til hvor kvinnene har hatt barseloppholdet sitt i enn i forhold til om kvinnene er fra Nordfjord eller Sunnfjord.

8.0 DRØFTING

I dette kapittelet drøftes først kort svangerskapet og fødselen. Deretter blir barsel og partner drøftet i ulike sammenhenger som kan være medvirkende til forskjellene mellom barselavdelingene på God Start og i Førde. Drøftingen er gjennomført med bakgrunn i teorien, empirien og analysen.

8.1 Svangerskap og fødsel

Analysen viser at de fleste kvinnene er tilfreds med tilbudet de mottar under svangerskapet og fødselen. Når det gjelder svangerskapet så er det temaet om informasjon som kommer dårligst ut. I intervjuene med jordmødrene kommer det også fram en antagelse om at informasjonen kan være litt ulik fra kommune til kommune i forhold til at det kan være vanskeligere for små kommuner å holde seg oppdatert når det gjelder endringer. Det ble trukket fram manglende mulighet for kompetanseheving for kommunejordmødrene i enkelte kommuner, og usikkerhet i forhold til om endringene innenfor fødselsomsorgen ble formidlet godt nok ut i kommunene. De raske omstillingene og den nye medisinske utviklingen stiller nye krav til organiseringen som ikke alltid like lett lar seg formidle, og stiller større krav til den enkelte utøver i forhold til å holde seg oppdatert. I forskningsartikkelen til Naustdal, (2010) påpeker hun vanskelighetene med å iverksette kompetansehevende tiltak på grunn av travelheten på avdelingene. Trekker en parallell til kommunene kan det være en sammenheng i forhold til å finne tid for de kompetansehevende tiltakene som jordmødrene mener finnes gjennom kurs og jordmor samlinger. Det var ingen store forskjeller i forhold til kvinnenes synspunkter om svangerskapsomsorgen, noe som kan ha en sammenheng med at dette tilbudet ikke er omorganisert. For de kvinnene som må ha kontroller i spesialisthelsetjenesten oppleves den lange reiseveien som belastende, men de fleste kvinnene er fornøyd i forhold til at deres og barnets helse blir ivaretatt.

Kvinnene fra Nordfjord er de som har fått omorganisert tilbudet om hvor de kan føde. Analysen viste at kvinnene i stor grad var fornøyd med det tilbudet de mottok under fødselen og det var ingen store forskjeller i kvinnenes synspunkter om de var fra Nordfjord eller Sunnfjord. Forskjellen som kom fram under spørsmålene om fødsel gjaldt avstanden til fødeinstitusjonen. Egenberg et al (2011) sin undersøkelse viste at det var trygt for barn å bli født ikke planlagt utenfor institusjon, og at en medvirkende årsak til dette kunne være at det som oftest var jordmor tilstede. Analysen min viser også at det er av stor betydning for kvinnene å vite at de kan få ha jordmor med seg under transporten til fødeavdelingen. Jordmorfølge er også en medvirkende årsak til at kvinnene føler seg trygg under transporten,

selv om noen av kvinnene med lang vei opplever transporten som belastende. I kommentarene fra kvinnene ser en at avstanden er noe som opptar dem, og som også var en av bekymringene i forhold til å legge ned fødeavdelingen på Nordfjord. Kvinnene skriver at turen til Førde gikk bra for dem, men at under andre omstendigheter kunne turen vært mer belastende. Dette var de kvinnene som reiste tidlig til Førde og valgte dermed tilbudet om å være i påvente fram til fødselen startet. Undersøkelsen viser at de fleste av kvinnene har mottatt et tilbud som for dem har blitt opplevd som trygt, men som Donabedian, (1988) hevder kommer det an på hvor bredt en definerer kvaliteten. Tankene om transporten har på forhånd virket inn på kvinnenes følelser, tanker og bekymringer. Avstanden til fødeinstitusjonen og tiden borte fra familien er mer belastende for kvinnene med lang vei til sykehuset i forhold til de kvinnene som bor i nærheten, og er derfor også et viktig punkt i forhold til å vurdere kvaliteten på det tilbudet som kvinnene mottar.

8.2 Barseltiden

Funnene i analysen min viser gjennom krysstabellene at kvinnene i Sogn og Fjordane stort sett var fornøyd med det tilbudet de mottok i barseltiden. Den sammenlignende analysen viste på temaene om kompetanse, respekt og ivaretagelse i gjennomsnitt at kvinnene fra Nordfjord og de som hadde barseltiden sin på God Start var de som var mest fornøyd med tilbudet i barseltiden. Når det gjaldt temaet om informasjon som var vurdert ut i fra syv spørsmål var det kvinnene med barselopphold på God Start som i gjennomsnitt var mest fornøyd med tilbudet de mottok. I forhold til om kvinnene var fra Nordfjord eller Sunnfjord var kvinnene fra Sunnfjord i gjennomsnitt mest fornøyd på to av de syv spørsmålene. Disse spørsmålene gjaldt hvor stor nytte de hadde av samtalen med jordmor før utreise og informasjonen om oppfølgingen etter utskrivelsen. De samme funnene ble registrert i forholdet til partneren, der det var kvinnene fra Nordfjord og de som hadde barseloppholdet sitt på God Start som i gjennomsnitt var mest fornøyd med oppfølgingen av partneren. I forhold til hvor viktig det var å ha partneren tilstede under barseltiden var det kvinnene fra Sunnfjord og som hadde hatt barseltiden sin i Førde som vurderte det i gjennomsnitt til å være viktigst. Når det gjelder forskjeller i forhold til om kvinnene var fra Nordfjord eller Sunnfjord viste analysen signifikante forskjeller på syv av de femten spørsmålene. Analysen viste signifikante forskjeller på alle spørsmålene i forhold til om kvinnene hadde barseltiden sin på God Start, i Førde eller reiste tidlig hjem. Bonferroni analysen viser at forskjellene forekommer i størst grad mellom de som hadde barseltiden sin på God Start og de som hadde barseltiden sin i Førde, og mellom de som hadde barselopphold på God Start og de som reiste tidlig hjem. Det

er mindre signifikante forskjeller mellom de som hadde barseloppholdet i Førde og de som valgte å reise tidlig hjem.

De utfyllende svarene fra kvinnene gir forklaringer på noen av forskjellene som kom fram i undersøkelsen. Det som preget det negative av de utfyllende svarene fra kvinnene var hvor travelt det var for personalet i Førde når det var full avdeling. Kvinnene hadde tillit til personalets kompetanse men det ble for lite tid til den enkelte i Førde. Om God Start skriver kvinnene at personalet er svært flinke og ivaretar den enkelte på best mulig måte. Intervjuene av jordmødrene kan være med å støtte opp om resultatet fra spørreundersøkelsen. Det er stor enighet blant jordmødrene om at tilbudet kvinnene har på God Start er et meget godt tilbud. Kompetansen til jordmødrene på God Start er preget av lang arbeidserfaring og at de gjennom kurs og samarbeid har en opplevelse av at de drar i samme retning i forhold til retningslinjene. Når det gjelder opplevelsen av kompetansen i Førde er den mer sammensatt. Personalet har ulik arbeidserfaring noe som kan påvirke kvinnenes opplevelse av personalets kompetanse som mer personavhengig. Jordmødrene har opplevelsen av at det blir satt fokus på å heve kompetansen på barsel med jevne mellomrom men at det kanskje er lite fokus på hva den enkelte har av kunnskap og at det derfor på barsel kan bli gitt feil informasjon. I forhold til den nasjonale brukerundersøkelsen som ble gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, (2013) viste den store variasjoner i tilbudet som kvinnen mottok på barsel og det ble påpekt at det kunne forsterkes av kortere liggetid på sykehuset. På God Start opplever kvinnene bedre romkapasitet og et personale som har tid til dem noe som igjen kan forklare at de ikke reiser tidlig hjem og mottar den informasjonen de har behov for. Analysen viste at kvinnene med barselopphold på God Start var de som var meste fornøyd med informasjonen som ble gitt. Bonferroni analysene viste også at det var signifikante forskjeller når det gjaldt informasjonsspørsmålene. Av de syv spørsmålene som omhandlet informasjon var det seks spørsmål det ikke var signifikante forskjeller mellom de med barselopphold i Førde og de som reiste tidlig hjem. På alle syv spørsmålene var det signifikante forskjeller mellom de med barselopphold på God Start og de med barselopphold i Førde. Forskningen innenfor differensiert fødselsomsorg viser også bedre resultater innenfor fødselsomsorgen på små avdelinger i forhold til store avdelinger noe som en også kan trekke paralleller til når det gjelder barselomsorgen. God Start er en liten avdeling i forhold til avdelingen i Førde. Med personale med samme kompetanse kan det være en medvirkende faktor til at kvinnene med barsel på God Start er de som er mest fornøyd med tilbudet. I intervjuene med jordmødrene

kom det også fram en mening om at barselomsorgen ikke var like godt utbygd i alle kommuner og at det var derfor ulikt hvilken oppfølging kvinnene som reiste tidlig hjem fikk.

8.2.1 Utførelse

Donabedian, (1988) deler utførelsen fra profesjonens side i en teknisk del og en mellommenneskelig del. Den tekniske delen bygger på kunnskap og bedømmelse og skal være det beste alternativet innenfor vitenskapen, noe som også fremheves fra Bengoa, et al. (2006) og i veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet, (2005). Med bakgrunn i denne teorien kan kvaliteten drøftes ut fra brukerperspektivet og profesjonsperspektivet. Analysen viser at kvinnene i stor grad er fornøyd med tilbudet de mottar. De føler seg trygge, får god informasjon og opplever at profesjonens kompetanse er god, slik intensjonen med at helsetjenestene skal være av god kvalitet sier. Profesjonen mener også at de jobber målrettet med å gi den beste kvalifiserte helsetjenesten selv om det kan være litt personavhengig. Når det gjelder den mellommenneskelige delen kan den som Donabedian, (1988) sier være vanskeligere å måle men allikevel av stor betydning. Når kvinnene som har hatt barseltiden sin på God Start i gjennomsnitt er mer fornøyd enn de kvinnene som hadde barseltiden sin i Førde eller reiste tidlig hjem, skyldes det trolig mer de mellommenneskelige forholdene enn forhold som kan relateres til vitenskapen. Batalden & Stoltz, (1993) sier også at det er viktig å ha forståelsen av som er årsakene til at brukerne bedømmer kvaliteten slik de gjør. God Start er en liten avdeling der de mellommenneskelige forholdene kan komme bedre til sin rett ved at personalet har bedre tid til den enkelte kvinnen og deres familie. Når kvinnene opplever at personalet har god tid til dem kan det være en medvirkende årsak til at kvinnene med barseltiden på God Start i gjennomsnitt er de som bedømmer kvaliteten på barselomsorgen som best.

8.2.1 Kompetansen på barsel

Når det gjelder brukernes oppfatning til profesjonens kompetanse målt gjennom hvor fornøyd de var med informasjonen som ble gitt, viser undersøkelsen at kvinnene er svært tilfreds med det de opplever som personalets kompetanse. Analysen viser også at det er kvinnene med barselopphold på God Start som er mest fornøyd, kvinnene med barselopphold i Førde litt mindre fornøyd og de kvinnene som reiste tidlig hjem er minst fornøyd. Bonferroni analysen viste signifikante forskjeller mellom alle tre gruppene. Når Naustdal, (2010) i sin forskningsartikkel viser til at det er vanskelig å finne rom for sykepleierne til kompetanseheving så ser det ut til at det ikke er noe som gjenspeiles i kvinnene opplevelse av profesjonens kompetanse i forhold til barselomsorgen. Spørreundersøkelsen viser generelt

stor tilfredshet med kompetansen, men den viser også at kvinnene som har hatt barseltiden sin på God Start er de som er mest fornøyd mens, de kvinnene som reiste tidlig hjem er de som er minst fornøyd. Fra profesjonens side støttes det i litt større grad ønske om mer fagutvikling, selv om det var mye som var bra. Batalden & Stoltz, (1993) sier at kvaliteten forbedres når alle i organisasjonen forstår arbeidssystemet og samarbeider for å skape ny kunnskap og endringer i det daglige arbeidet. Oppfatningen til profesjonen var også at det på avdelingene, spesielt i Førde, en viss ulikhet i forhold til hvor flink den enkelte ansatt var til å gi informasjon selv om det fantes prosedyrer. Avdelingen i Førde er større og med flere ansatte med ulik yrkesbakgrunn noe som profesjonen mener medvirker til at kvaliteten på informasjonen kan variere ut i fra hvem som informerer. Når ikke hele personalgruppen forstår prosedyrene på samme måte er det med på å svekke kvaliteten på arbeidet. På God Start var det en oppfatning om at profesjonen var mer samkjørte i forhold til at de var en gruppe med lang arbeidserfaring, men at det forekom motsetninger der også.

Profesjonen mente at det ble jobbet kontinuerlig for å kvalitetssikre arbeidet på avdelingene og at samarbeidet mellom de to avdelingene fungerte svært bra nå etter omorganiseringen. Gjennomføringen av ALSO kurs ble framhevet som svært betydningsfulle i forhold til å trene på akuttprosedyrer. Når ALSO kursene er innbakt i turnusen viser det at fra ledelsens side satses på kompetanseheving. Personalet på God Start deltar også på disse kursene i Førde. På avdelingen på God Start har de gjenopplivning av nyfødte hvert år, men kunne gjerne ønsket seg flere kurs i akuttprosedyrer på sin avdeling. Det har også fra begge avdelinger blitt prioritert å sende personalet på ammekurs for å bedre kompetansen på dette området. Innbakt i turnusen er det også fagdager som de ansatte skal bruke til å oppdatere seg faglig. Når det gjelder å lære av avvik mener de fleste av informantene at dette er et område der det finnes et forbedringspotensial.

8.2.3 Informasjon på barsel

I forhold til den informasjonene kvinnene fikk på barsel er det dette punktet som kom dårligst ut i undersøkelsen fra kvinnenes side, selv om de er rimelig fornøyd på dette området også. I forhold til informasjonen viser også spørreundersøkelsen til kvinnene størst tilfredshet hos kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start og minst tilfredshet hos kvinnen som reiste tidlig hjem. Bonferroni analysene viste også at det var signifikante forskjeller når det gjaldt informasjonsspørsmålene. Av de syv spørsmålene som omhandlet informasjon var det seks spørsmål det ikke var signifikante forskjeller mellom de med barselopphold i Førde og de som reiste tidlig hjem. På alle syv spørsmålene var det signifikante forskjeller mellom de med

barselopphold på God Start og de med barselopphold i Førde. Analysen min stemmer godt overens med brukerundersøkelsen fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, (2013) der det også kom fram at det var dårligst erfaring med omsorgen som ble gitt etter fødselen i forhold til omsorgen gitt under svangerskapet og fødselen. Ulik informasjon kommer også fram i intervjuene med jordmor profesjonen der det ble påpekt at ikke alle hadde de samme kunnskapene. Fødeavdelingen i Førde er blitt større og en annen sammensetning av personalet gjør at ikke alle brukerne får samme informasjon. Når det gjelder å gi informasjon er det personavhengig selv om en har prosedyrer å forholde seg til. Forskjellene kan ha en sammenheng med at God Start er en mindre avdeling der kvinnene opplever at personalet har god tid til dem. Betydningen av å ha enerom og mulighet for at partneren kan være tilstede kan også være en medvirkende årsak til at kvinnene på God Start er mest fornøyd.

8.2.4 Fasilitetene

I bedømmelsen av kvaliteten snakker Donabedian, (1988) om fasilitetene som er forholdene hvor behandlingen utføres. Her bedømmes kvaliteten ut fra behovet for bekvemmelighet, komfort, ro, privatliv og lignende. Kvinnen gir uttrykk for i sine kommentarer at det er et behov for å ha enerom under barseltiden. Behovet for enerom begrunnes med behovet for å ha ro rundt seg fordi det er travelt å dele rom med andre i barseltiden. Med enerom er det også mulighet til å ha partner med seg i barseltiden noe som er svært viktig for noen av kvinnene. Sosial og helsedirektoratet, (2005) sier at helsetjenester av høy kvalitet skal være virkningsfulle, trygge og sikre noe som også kvinnen ønsker seg. Kvinnenes opplevelse av kvaliteten kan også påvirkes i negativ retning på grunn av mangel på nok rom for ro og privatliv. Helsetjenester av god kvalitet skal også i følge Sosial og helsedirektoratet, (2005) utnytte ressursene på en god måte og derfor vil det nok skape noen ulikheter i forhold til hvor mange pasienter som er innlagt samtidig. Det blir fremhevet både i friteksten fra kvinnene og i intervjuene med jordmødrene bedre forhold for ro og komfort ved God Start enn i Førde der avdelingen kunne oppleves som svært travel i perioder. Det ble vektlagt muligheten for bedre oppfølging til den enkelte kvinnen på God Start noe som Moen et al (2009) viser til i sin forskningsartikkel at der er mindre komplikasjoner på mindre avdelinger ved at personalet har bedre tid til den enkelte.

8.2.5 Pasientens opplevelse

Pasientene i dag har i følge Bukve, (2012) en del kunnskap som de har tilegnet seg gjennom utdanning og på nettet. Pasientene har derfor forventninger til det tilbudet som de mottar. Når det har blitt forespeilet kvinnene muligheter for familierom i barseltiden og hvordan

barseltiden skal være og det ikke lar seg gjennomføre, kan skuffelsen bli stor og påvirke kvinnenes syn på opplevelsen av kvaliteten på det tilbudet som de mottar. Når Bukve, (2012) sier at det er i møtet mellom utøverne og brukerne at innholdet og kvaliteten i tjenesten kommer fram viser friteksten fra kvinnene noe av dette i forhold til det behovet kvinnene har for å rose personalet. Behandlingen som ytes er et resultat av forskningen og skal dermed være av god kvalitet, men det er i møtet mellom profesjonen og kvinnene tilliten skapes. For at kvinnene skal oppleve kvaliteten som god er det viktig for dem å føle at de blir respektert, sett og ivaretatt. Analysen min viser at kvinnene med barselopphold på God Start er mest fornøyd med opplevelsen av å ha blitt møtt med høflighet og respekt. Kvinnene med barselopphold i Førde er litt mindre fornøyd og minst fornøyd er den gruppen som reiste tidlig hjem. Bonferroni analysen viste signifikante forskjeller mellom de med barselopphold på God Start og de med barselopphold i Førde og de som reiste tidlig hjem. Det var ikke signifikante forskjeller mellom de som hadde barseloppholdet sitt i Førde og de som reiste tidlig hjem. Når det gjaldt spørsmålene om hvordan kvinnene opplevde å bli ivaretatt var det også her kvinnene med barselopphold på God Start som var mest fornøyd, kvinnene med barselopphold i Førde litt mindre fornøyd og de som reiste tidlig hjem minst fornøyd. Bonferroni analysen viste signifikante forskjeller mellom alle de tre alternativene i forhold til opplevelsen av et tilfredsstillende tilbud. Når det gjaldt opplevelsen av om personalet hadde nok tid til kvinnene viste Bonferroni analysen signifikante forskjeller mellom God Start og Førde, og mellom God Start og de som reiste tidlig hjem. Det var ikke signifikante forskjeller mellom kvinnene med barselopphold i Førde og de som reiste tidlig hjem. De mellommenneskelige forholdene som kan være vanskelig å måle som Donabedian, (1988) påpeker er temaer som kvinnene er opptatt av og skriver mye om i fritekstene sine. For kvinnene er det viktig å ha ro rundt seg, være nær familien og at personalet har nok tid til dem.

8.2.6 Tilgjengelige tjenester

Donabedian, (1988) bedømmer også kvaliteten ut fra hvem som har større eller mindre tilgang til tjenestene. Kvinnen fra Nordfjord har fått lengre reisevei til fødestedet, men har fått et tilbud i nærmiljøet som gir dem de fleste svangerskapskontrollene og tilbud om barselopphold i nærmiljøet for de fleste. Øgar & Hovland, (2012) sier at det ikke alltid er enighet om hva som er best, men at også ressursmessige og geografiske forhold gjør at ikke alle kan få det antatt beste til enhver tid. Kvinnene er stort sett fornøyd med tilbudet og det kommer fram et stort ønske fra kvinnene fra Nordfjord om å få beholde det tilbudet de har i dag. Å få ha

barseltiden på God Start er et tilbud der kvinnene føler det er mer ro, mulighet til å ha partner tilstede og bedre tid fra personalet, men også viktig i forhold til avstanden hjem. Det er psykologisk viktig å ikke være så langt borte fra familien og det gjør det også lettere å få besøk av familien og lettere i forhold til pass av andre barn.

Både kvinnene og jordmødrene fremhever den positive betydningen av den prehospitalt fødselsomsorgen. Undersøkelsen til Egenberg et al (2011) viser et akseptabelt resultat for barn født ikke planlagt utenfor institusjon. En medvirkende årsak til det gode resultatet kan være at det i de fleste tilfellene var jordmødre med under fødselen. Det at kvinnene kan komme inn på God Start for å få en vurdering og eventuelt bli fulgt av jordmor til fødeavdelingen oppleves svært betryggende og gjør at kvinnen føler seg tryggere hjemme i påvente av fødselen.

8.3 Partneren i barselomsorgen

Kvinnene på God Start har i mye større grad mulighet til å ha partneren med seg i barseltiden med tanke på den gode romkapasiteten som er ved avdelingen. For kvinnene med barseltid i Førde er muligheten for å kunne ha partneren med seg i barseltiden mer begrenset på grunn av mindre romkapasitet. Analysen viser at det er kvinnene med barseltid i Førde som vurderer det som viktigst å kunne ha partneren med seg i barseltiden. En mulig årsak til at det er mindre viktig for kvinnene på God Start å ha partneren tilstede i barseltiden kan ha en sammenheng med at det er et tilbud de har i mye større grad enn kvinnene med barseltid i Førde. Det oppleves ikke så viktig fordi det er en selvfølge, mens for kvinnene med barselopphold i Førde er det mer sjeldent og derfor noe kvinnene ønsker seg. Analysen viste også at kvinnene opplevde i størst grad at det ble lagt til rette for at partneren kunne være tilstede, og ble best ivaretatt på God Start. Kvinnene med barseltid i Førde var litt mindre fornøyd med ivaretagelsen av partneren og de som reiste tidlig hjem var de som var minst fornøyd. Bonferroni analysen viste signifikante forskjeller på de tre spørsmålene som omhandlet partneren mellom God Start og Førde, og mellom God Start og de som reiste tidlig hjem. Det var ikke signifikante forskjeller mellom opplevelsen av ivaretagelsen av partneren mellom de med barselopphold i Førde og de som reiste tidlig hjem. Å kunne ha partneren med seg i barseltiden var et av temaene som engasjerte kvinnen i friteksten. Det var gjennomgående et stort ønske om at det burde være mulig å ha partneren med seg i barseltiden i forhold til at det å få barn er en stor familiebegivenhet. Personlige årsaker medvirket i enkelte av tilfellene til at partneren ikke kunne være tilstede under barseltiden, men også disse kvinnen påpekte at det var av stor betydning å kunne ha partneren tilstede.

8.4 Å reise tidlig hjem

Intensjonen med samhandlingsreformen var færrest mulig liggedøgn på sykehuset og opprustning i kommunene for å kunne ivareta oppgavene i nærmiljøet. I Sogn og Fjordane er de store kommunene kommet godt i gang med dette arbeidet, mens de små kommunene fortsatt har en del arbeid foran seg for å komme i mål med de nye retningslinjene innenfor barselomsorgen. Med bakgrunn i intensjonen om kortere liggetid på sykehuset valgte jeg å ta med gruppen som reiste tidlig hjem. Dette ble en liten gruppe og dataene for denne gruppen er derfor svært usikre. Den lave svarprosenten kan ha en sammenheng med at i Sogn og Fjordane har den største gruppen av kvinnene i følge analysen et barselopphold på to til fire dager, noe som tilsier at kvinnene i Sogn og Fjordane er blant de som har lengst opphold på barselavdelingen i Norge. Intensjonen om tidlig hjemreise kan en anta at ikke er oppfylt. Når kvinnene blir lengre på barsel kan det tyde på at de er fornøyd med det tilbudet de mottar på barselavdelingen. Fra profesjonens side bekreftes dette også ved at kvinnene ofte blir oppfordret til å være litt lengre på barselavdelingen da profesjonen vet hvilke utfordringer kvinnene møter når de kommer hjem. Endringer i samfunnet gjør også at kvinnene i dag ikke har samme nettverket rundt seg slik de hadde tidligere med hjemmевærende mødre som kunne stille opp ved behov. At kvinnene verdsetter oppholdet på God Start er tydelig i forhold til at de istedenfor å bli en natt til i Førde heller velger å forflytte seg til en annen avdeling og blir gjerne et ekstra døgn. Analysen viste at det var få kvinner som reiste tidlig hjem. I forhold til at det var denne gruppen som var minst fornøyd med tilbudet de mottok på barselavdelingen kan det antas at disse kvinnene reiste tidlig hjem fordi de var misfornøyd med tilbudet, og ikke for de det var et godt utbygd tilbud i kommunen.

8.5 Hvorfor evaluere

I undersøkelsen min var svarprosenten fra Nordfjord 65,2 % og fra Sunnfjord 34,8 % det vil si at det var nesten dobbelt så mange kvinner fra Nordfjord som svarte i forhold til kvinner fra Sunnfjord. Når Howlett et al (2007) sier at foruten regjeringens interesse av en evaluering kan andre også være interessert i en slik evaluering. Bakgrunnen for interessen kan være for å gi støtte til det valgte alternativet, være i opposisjon eller for å få gjort forandringer. Kvinnene fra Nordfjord er de som har fått omorganisert sitt tilbud etter mange protester, men er i følge analysen de som i gjennomsnitt er mest fornøyd med tilbudet de mottar. Årsaken til den høye svarprosenten fra kvinnene i Nordfjord kan ha en sammenheng med at de ønsker å få beholde det tilbudet de har i dag og er engstelig for å miste dette tilbudet også. Det kan være lettere å engasjere seg når en føler at en har noe å kjempe for. Kvinnene i Sunnfjord er ikke redde for å miste tilbudet sitt og kan av den grunn være mindre engasjert. Tilbudet på God Start gir

kvinnene fra Nordfjord en trykghetsfølelse ved at de kan reise inn til God Start avdelingen for vurdering i forbindelse med svangerskapet og fødselen. Tilbudet om barselopphold på God Start er viktig for kvinnene både fordi det er et faglig godt tilbud, men også fordi de da har mulighet for å være i sitt nærmiljø. Halvorsen et al (2013) antyder at det er skapt et evidenshierarki der vitenskapen blir tillagt større betydning enn profesjonelle vurderinger og brukermedvirkning. For kvinnene fra Nordfjord kan en slik undersøkelse som fokuserer på deres tilbud være deres mulighet til å få være med å påvirke det tilbudet de har. Kvinnene fra Nordfjord ønsker også et faglig godt tilbud som er bygget på vitenskapen, men i følge analysen er det også andre forhold som påvirker deres opplevelse av kvaliteten på tilbudet og som de mener kan være likeså viktig. De mellommenneskelige forholdene er viktig for kvinnene. Faktorer som påvirker de mellommenneskelige forholdene er mindre miljø med bedre tid til å ta vare på den enkelte og betydningen av å kunne ha partneren med seg samtidig som en er i sitt nærmiljø.

I finansdepartementet (2005) sin veileder er en evaluering en mulighet til å få svar på om tiltaket oppfyller målsettingen, og hva som er effekten av tiltaket. Evalueringen kan gi svar på om tiltaket bør fortsette, utvides eller gjøres permanent. Tornes, (2012) sier at skal evalueringer ha noen nytte må det være vilje og kompetanse til å følge opp og forbedre tiltakene. Selv om analysen viser i gjennomsnitt at kvinnene er fornøyd med det tilbudet de får viser den også at det er ting som kan forbedres. I forhold til at min evaluering var forankret hos ledelsen på avdelingen er det et ønske fra ledelsen å bruke evalueringen til å gjøre forbedringer. Det vurderes også å omorganisere fødselsomsorgen andre steder i landet etter modellen fra Sogn og Fjordane. En evaluering som kan si noe om kvaliteten på tilbudet vurdert ut i fra brukernes ståsted kan være med å fremme en slik prosess uten at det var intensjonen fra kvinnene i Nordfjord i utgangspunktet når de svarte på spørreskjemaet.

8.6 Oppsummering barsel og partner.

Kvinnene er i gjennomsnitt godt fornøyd med det tilbudet de har mottatt under barseltiden sin. Gjennomgående er det at det er de kvinnene med barselopphold på God Start som er mest fornøyd med det tilbudet de har mottatt. Kvinnene med barselopphold i Førde litt mindre fornøyd og de som reiste tidlig hjem er minst fornøyd. Med bakgrunn i teorien om kvalitet, der en ser at kvalitet er et sammensatt begrep, vil det kunne si noe om årsaken til kvinnes opplevelse av barseltiden. Årsakene til forskjellene mellom God Start, Førde og de som reiste tidlig hjem kom tydelig fram i kvinnes fritekst. På God Start har personalet god tid til den

enkelte og det er ro på avdelingen. På god Start er det også gode muligheter for at partneren kan være tilstede under barseloppholdet og kvinnene er i sitt nærmiljø.

9,0 KONKLUSJON

Etter å ha gjennomført evalueringen av kvaliteten på fødetilbudet til kvinnene fra Nordfjordeid sitter jeg igjen med en oppfatning av at Linda Grotle Hauge sin uttalelse i Firda stemmer godt overens med de funnene jeg har gjort i min undersøkelse. Hauge uttaler at de fødende kvinnene i Nordfjord har fått et faglig bra tilbud som fungerer, og dermed har de fødende et godt tilbud med jordmortjeneste, følgetjeneste og tilbud om barselopphold til nybakte mødre etter fødselen. Undersøkelsen viser en stor tilfredshet med tilbudet både fra kvinnene og profesjonens side. Tall hentet fra Helse Førde sitt kartotek viser at i 2013 var det 140 kvinner som brukte tilbudet på God Start, og i 2014 var det 150 kvinner som brukte tilbudet. Undersøkelsen viste at de kvinnene som hadde barseltiden sin på God Start var i gjennomsnitt de som var mest fornøyd, mens de kvinnene som reiste tidlig hjem var de som var minst fornøyd.

Undersøkelsen min kan gjerne vise at kvalitet er et komplekst begrep. Kvinnene fra Nordfjord har fått omorganisert tilbudet sitt og har dermed fått lengre reisevei til fødeavdelingen og er allikevel de som er mest fornøyd. Det viser at kvalitet kan og må bedømmes ut fra flere faktorer. Kvinnene fra Nordfjordeid er fornøyd når det gjelder både de mellommenneskelige og tekniske delene. De fødende fra Nordfjord er også de som har størst bekymringer i forhold til avstanden til fødeavdelingen og dermed større bekymring i forhold til når de skal reise inn til fødeavdelingen. Det er også større belastning i forhold til avstanden til familien i barseltiden når de er i Førde. I undersøkelsen var det få kvinner som reiste tidlig hjem og det var de som var minst fornøyd med tilbudet. I intervjuene med jordmødrene kom det også fram en antagelse om ulik oppbygging av tilbudet i de ulike kommunene i forhold til kvinner som reiser tidlig hjem fra barsel. Kvinner som bor i nærheten av God Start kan bruke tilbudet på avdelingen om de velger å reise tidlig hjem. I byene begynner tilbudet også å bli godt utbygd, mens det i de små kommunene er noe vanskeligere å få gjennomført. Det gode tilbudet som kvinnene mottar på God Start vil være unikt i forhold til at kvinnene har en profesjon tilgjengelig med spesialkompetanse. De kvinnene som reiser tidlig hjem kan i utgangspunktet ikke få et like godt tilbud da telefonkontakt ikke alltid kan erstatte den fysiske og psykiske støtten som en profesjon som er fysisk tilstede har mulighet til.

Av de 157 svarene som kom inn på spørreundersøkelsen var det 101 som hadde skrevet utfyllende svar på baksiden noe som tyder på et stort engasjement. Svarene var utfyllende ved at kvinnene ville utdype meningene sine, samtidig som jeg med min forkunnskap som jordmor på avdelingen forstod hva de mente med det de hadde skrevet. Kommentarene var

konstruktive og skrevet på en måte som viste at kvinnene hadde god innsikt i temaet rundt barnefødsler. De fleste kvinnene var svært positive i sine svar. Selv om kvinnen kom med kritikk var det tydelig at de også syntes det var viktig å få frem det positive. Etter å ha lest igjennom satt jeg igjen med en god følelse av hvor fantastiske og tilpasningsdyktige kvinnene som har født er. Inntrykket mitt var at de fleste var veldig fornøyd med det tilbudet de hadde fått, og veldig fornøyd med personalet på både God Start og i Førde. God Start fikk veldig mye skryt, og det er et stort ønske om at tilbudet må fortsette. Det som preget det negative var hvor travelt det var for personalet i Førde når det var full avdeling. Kvinnene syntes det var travelt å dele rom med andre og at det var lite muligheter for familierom. En del av kvinnene skrev om ferieavviklingen som en dårlig periode å føde på, samtidig som de forstod at det må være slik og bemerket at det var godt det alltid var fast ansatte på vakt i disse periodene. Noen av svarene hadde innhold av hvilken informasjon de savnet, og benyttet anledningen til å få med andre ting de kunne ha ønsket seg, som tidlig ultralyd. Det var mange smilefjes, ros til personalet begge steder og lykkeønsker i forhold til prosjektet mitt og at det var bra at noen gjorde denne undersøkelsen. Få av kvinnen var generelt misfornøyd.

Barseltiden er en sårbar periode for kvinnene. Lite søvn, hormoner og bekymringer er medvirkende faktorer i forhold til hvordan kvinnene opplever denne perioden. I undersøkelsen min viste alle kommentarene at det var barseltiden kvinnene var mest opptatt av. Dette støttes også opp av funnene i undersøkelsen fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, (2013) der det kom fram at kvinnene opplevde store variasjoner i barseltilbudet. Utfordringene som kvinnene møter i barseltiden kan muligens forsterkes ved kortere liggetid på sykehus, og en kan reflektere over om liggetiden på barselavdelingene er blitt for kort i dag. Når kvinnene med barselopphold på God Start i gjennomsnitt er de som er mest fornøyd med tilbudet og velger heller en ekstra natt eller to på denne avdelingen enn å reise hjem må en kunne anta at tilbudet er godt for kvinnene. Tilbudet er mer ressurskrevende i forhold til at en seng i spesialisthelsetjenesten koster mer enn om behandlingen foregår på lavest mulig nivå i kommunen. Det kan være en mulighet for at liggetiden på barselavdelingen er blitt for kort for kvinnene. Ny forskning om noen år med fokus på kvinner med kort liggetid på barsel vil kunne gi svar på om dette er en bedre organisasjonsform enn den tradisjonelle barseltiden på sykehus. De økonomiske forholdene spiller en stor rolle, men det er også viktige faktorer i forhold til om tidlig hjemreise kan ha noen innvirkning på for eksempel ammefrekvensen og barseldepresjoner.

LITTERATUR

Aladdin, B.H., Jacobsson, B. & Sandberg, K. et al. *Ovåntad förlossning utanför sjukhus – erfarenheter från Göteborgsregionen. Centraliserad förlossningsvård kråver kompetent ambulanspersonal*. Låkartidningen 2004;101:3148-50.

Batalden, P.B & Stoltz, P.K. (1993). A Framework for the Continual Improvement of Health Care: Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work. *Joint Commission on Quality and Patient Safety*. Heft. 19/10, ISSN: 1553-7250, s 424-445.

Bengoa, R., Kavar, R., Key, P., Leatherman, S., Massoud, R. & Satumo. P. (2006) *Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*. World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf?ua=1

Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester. PasOpp-rapport Nr. 4 2013.

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/nasjonalt-unders%C3%B8kelse-av-brukererfaringer-med-svangerskaps-f%C3%B8dsels-og-barselomsorgen>

Bukve, O. (2012). *Lokal og regional styring i eit institusjonelt perspektiv*. Oslo. Samlaget.

Daltveit, A.K., Irgens, L.M. & Vollseth, S.E. Risikoforhold ved transportfødsler i Norge 1967-88. *Tidsskrift Norsk Lågeforening* 1991;111:1217-21.

Donabedian, A., *The Quality of care. How Can It Be Assessed?* Journal of the American Medical Association, 1988. 260 (12): s.1743-48.

Egenberg, S., Puntervoll, S.A. & Øian, P. (2011) Prehospital fødselsomsorg i Norge. *Tidsskrift for den norske leågeforening*. Nr. 23-29. november 2011.

Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Oslo. Helsedirektoratet 2010.

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Sider/default.aspx>

Halvorsen, A., Madsen, E.L. & Jentoft, N. (red) (2013). *Evaluering. Tradisjoner, praksis, mangfold*. Fagbokforlaget.

Heggheim, S. (2013, 28. september). Skepsis snudd til optimisme. *Firda*, s.2-3.

Helse- og Omsorgsdepartementet. Går inn for jordmorstyrte fødestuer i vest. Pressemelding, 01.04.2011. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/pressemeldinger/2011/gar-inn-for-...>

Howlett, M., Ramesh, M. & Perl, A. (2009). *Studying Public Policy*. Ontario, Oxford University Press.

Høringsutkast – retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien.
<http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/barselomsorg/H%C3%B8ringsutkast.Retningslinje%20for%20barselomsorg.pdf>

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2008) *Hvordan organisasjoner fungerer*. (3.utg.) Fagbokforlaget. Bergen.

Medisinsk fødselsregister, Nasjonalt folkehelseinstitutt (www.fhi.no)
<http://www.fhi.no/helseregistre/medisinsk-fodselsregister>

Moen, M. S., Tollefsrud, S., Rosenberg, M. & Rolland, R. (2009). *Lavrisikofødende ved en kvinneklinikk med differensiert fødetilbud – hvordan føder de?* Tidsskrift for jordmødre / Aktuell forskning / 2009.

Naustdal, A.G. (2010). Kompetanseutvikling under press – erfaringer til sjukepleieleiarar etter omorganisering av sjukehusa. *Sykepleien.no. Forskning*. Nr. 4. 2010;5: 286 – 292.

Nesbakk, L., Melheim, M., Skjerdal, M., Tisthamar, E., Nordpoll, A.J., Ommedal, S., Kleppenes, O., Eikås, B.E., Stølen, E., Hauge, L.G. & Andresen, A.K. (2011, 6. april). Skuffende av jordmorforeininga. Debatt. *Firda*, s.13.

Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (2014). Helsedirektoratet. Oslo.
http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien-retningslinje-for-barselomsorgen/Publikasjoner/IS_2057_Barsel_retningslinjer_fullversjon.pdf

Offerdal, A. (1999). *Den politiske kommunen*. Samlaget

... OG BETRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet. Veileder. Oslo. 2005.

http://www.ogbedreskaldetbli.no/Om_kvalitetsstrategien/IS-1162_4390a.pdf

Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga i Helse Vest 2010.

<http://www.helse-vest.no/aktuelt/rapporter/Documents/Regionale%20planar/Regional%20plan%20-%202010-11%20Regional%20plan%20svangerskap-fodsel-barselomsorg.pdf>

Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ analyse*. Bergen, Fagbokforlaget

St.meld. nr 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet*.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-12-2008-2009-.html?id=545600>

Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Oslo.

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Tornes, K. (red) (2012) *Evaluering i teori og praksis*. Akademika forlag. Trondheim.

Øgar, P. & Hovland, T. (2004) *Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademiske.

VEDLEGG

Vedlegg 1. Spørreskjema til kvinnene

BAKGRUNNSSPØRSMÅL

1. Når er du født? Årstall:
2. Hvor mange ganger har du født? Antall:
3. Hvilken kommune tilhører du? Kommune:
4. Hva er din siviltilstand?

Gift:	Samboer:	Enslig:
-------	----------	---------

5. Hva er din høyeste fullførte utdanning?

Grunnskole:	Videregående skole:	Høyere utdanning:
-------------	---------------------	-------------------

SVANGERSKAPET

1. Hvor lang tid brukte du omtrent for å komme til svangerskapskontrollene? Tid:
2. Hvor lang tid brukte du omtrent for å komme til ultralyd? Tid:
3. Hvor hadde du svangerskapskontrollene?

Jordmor	Lege	På sykehuset	Kombinert
---------	------	--------------	-----------

4. Hadde du mulighet til å velge hvor du ville ha kontrollene dine? Ja Nei

	Svaralternativ	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I stor grad	I svært stor grad
5	Ble du møtt med høflighet og respekt?				
6	Hadde du tillit til personenes faglige dyktighet?				
7	Fikk du informasjon som du følte var relevant for deg i forhold til din helse?				
8	Fikk du informasjon om følelsesmessige forandringer i svangerskapet?				
9	Følte du at samtalen om fødsel var til nytte for deg?				
10	Følte du at du fikk nok informasjon om den smertelindringen du kunne få under fødselen?				
11	Var informasjonen du fikk om amming og stell av barnet tilfredsstillende?				
12	Var informasjonen om tiden etter fødselen til nytte for deg?				
13	Hvor fornøyd var du med samtalen om valg av fødested?				

14	Hvor fornøyd var du med informasjonen i forhold til dine valg i barseltiden?				
15	Alt i alt hvor fornøyd var du med tilbudet under svangerskapet?				

FØDSELEN

1. Fikk du velge selv hvor du ville føde? Ja Nei
2. Hvor henvendte du deg når fødselen startet?

Førde	Nordfjordeid	Annen tjeneste
-------	--------------	----------------

3. Hvordan foregikk transporten til fødeavdelingen?

Egen transport	Ambulanse	Ambulanse med jordmor
----------------	-----------	-----------------------

	Svaralternativ	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I stor grad	I svært stor grad
4	Følte du at du ble tatt på alvor når du tok kontakt ved fødselens start?				
5	Har tilbudet om jordmorfølge noe å si for din følelse av trygghet?				
6	Følte du deg trygg under transporten?				
7	Følte du avstanden til fødeinstitusjonen som en belastning?				
8	Ble du møtt med høflighet og respekt?				
9	Hadde du tillit til fagpersonenes faglige dyktighet?				
10	Følte du at du fikk være med å ta avgjørelser som angikk fødselen din?				
11	Er det viktig for deg at der er barnelege ved den institusjonen der du føder?				
12	Er det viktig for deg at det er fødselslege tilstede der du føder?				
13	Er det viktig for deg å ha mulighet for smertelindring som epiduralbedøvelse under fødselen?				
14	Alt i alt hvor fornøyd var du med tilbudet i forbindelse med din fødsel?				

BARSEL

1. Hvor hadde du barseltiden din?

Førde	Nordfjordeid	Reiste tidlig hjem
-------	--------------	--------------------

2. Hvor lenge var du på barselavdelingen?

Antall dager:

	Svaralternativ	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I stor grad	I svært stor grad
3	Følte du at du fikk tilstrekkelig informasjon?				
4	Opplevde du tilbudet som tilfredsstillende?				
5	Følte du at personalet hadde nok tid til deg?				
6	Fikk du motstridende informasjon?				
7	Hadde du tillit til personalets faglige dyktighet?				
8	Fikk du nok informasjon om amming?				
9	Fikk du nok informasjon om barnestell?				
10	Fikk du informasjon om følelsesmessige forandringer og din helse?				
11	Følte du at du ble møtt med respekt?				
12	Følte du at du hadde noen nytte av samtale med jordmor før hjemreise?				
13	Fikk du informasjon om hvor du skulle henvende deg ved behov etter hjemkomst?				
14	Opplevde du avstanden hjem som en belastning?				
15	Alt i alt hvor fornøyd var du med tilbudet under barseltiden?				

PARTNER

1. Hadde du partner med deg i barseltiden?

Ja

Nei

	Svaralternativ	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I stor grad	I svært stor grad
2	Hvor viktig er det for deg at partner kan tilbringe barseltiden i lag med deg?				
3	Ble det lagt til rette for at din partner kunne være tilstede under barseloppholdet?				
4	Hvordan følte du at din partner ble ivaretatt?				
5	Var din partners mulighet til å delta tilfredsstillende?				
6	Alt i alt hvor fornøyd var du med tilbudet til din partner?				

Du kan gjerne skrive utfyllende kommentarer her på baksiden. Det er viktig med både positive og negative tilbakemeldinger for å kunne gjøre forbedringer. Siden det har vært endringer innenfor fødselsomsorgen vil det være interessant å få vite noe om ulike alternativer. Det kan være å ha født en gang på Nordfjordeid og en gang i Førde. Det kan også være ulike barseltilbud som å ha hele barseltiden på en avdeling til å reise tidlig hjem å få oppfølging fra helsestasjonen. Hva er bra og hva er dårlig? Hva må vi bli bedre på?

Vedlegg 2. Intervjuguide til jordmødrene

Intervjuguide

Omorganiseringen av fødetilbudet i Eid kom med bakgrunn i kvalitetskravene i fødselsomsorgen. Kvalitetsbegrepet defineres på mange måter og vil også være avhengig av den enkeltes ståsted og subjektive oppfatning. For å få et innblikk fra profesjonens ståsted ønsker jeg å gjøre kvalitative intervju med jordmødre.

1. Kvalitetskravene vektlegger behovet for kompetanse i forhold til de oppgaver helsepersonell skal utføre. Hvordan føler du at dette blir ivaretatt?

Svangerskapet:

- Hvilken informasjon får kvinnene og er den god nok?
- Eksisterer det felles prosedyrer som mal for informasjonen?
- Hvordan blir den informasjonen som blir gitt til kvinnene dokumentert?
- Hvordan fungerer opplæringen av profesjonen, faglige oppdatering og samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten?

Fødsel:

- Opplever du at det er nødvendige personell til stede og en forsvarlig vaktordning for å ivareta kvinnenes behov?
- Finnes det beredskapsplan / prosedyre for uventede og kritiske situasjoner?
- Har dere ferdighetstrening i akuttprosedyrer og hvordan blir den gjennomført?
- Er det mulighet for individuell hospitering ved andre avdelinger, og er det behov for det?
- Opplever du at opplæringen er tilfredsstillende i forhold til endringer som blir gjennomført?

Barsel:

- Føler du at det er nok personell og god nok tid til barselkvinnene?
- Har du inntrykk av at alle ansatte har nok kunnskap om barsel slik at det blir gitt lik informasjon og jobbet etter samme retningslinjer?
- Finnes det felles prosedyrer, og hvordan dokumenteres informasjonen som blir gitt?
- Blir barsel nok prioritert i forhold til barselkvinnenes behov?

Generelt hvordan er mulighetene for faglig oppdatering, etter og videreutdanning?

2. For å redusere antall feilvurderinger og konsekvensen av disse må risikoområder avdekkes, feil og nestenfeil må rapporteres. Uønskede hendelser må analyseres og tiltak som hindrer gjentakelse må iverksettes.
 - Hvordan blir det arbeidet med å lære av uønskede hendelser og avvik?
 - Hvordan blir det arbeidet for å unngå avvik og uønskede hendelser?

3. Kontinuitet og helhetlige tjenester er viktig og kvinnene har rett til medvirkning og informasjon. Hva tenker du om den informasjonen kvinnene får om de mulighetene de har til for eksempel å velge fødested og ulike tilbud i barseltiden?
 - Finnes det prosedyrer for de ulike alternativene som de gravide kan velge mellom slik at alle gravide får samme informasjon?
 - Opplever du at profesjonen er god nok til å informere om ulike alternativ slik at kvinnene har nok informasjon til å ta sine valg?
 - Etter samhandlingsreformen skal tilbudet i kommunene styrkes og barselkvinnene ligger i dag kortere tid på sykehuset. Opplever du at det blir gitt nok opplæring til personalet i prosedyrer, og i forhold til hvilke tilbud kvinnene kan forvente seg i forhold til hvor de bor?
 - Hvordan blir informasjonen som kvinnene får dokumentert?
 - Finnes det skriftlig informasjon om videre oppfølging fra helsestasjonen etter utreise fra barsel?

4. Følgetjenesten er et forholdvis nytt tilbud.
 - Har du noen tanker om hva følgetjenesten betyr for kvinnene?
 - Har du noen tanker om hva «God start eininga» betyr for kvinnene?

5. Har du noen tanker om arbeidssituasjonen har endret seg de siste årene for jordmor profesjonen?
 - I forhold til vaktbelastning
 - I forhold til følgetjeneste
 - I forhold til kvalitetskravene

Vedlegg 3. Informasjon om spørreundersøkelsen til kvinnene

Invitasjon til å delta i spørreundersøkelse

Hvem er jeg

Mitt navn er Beathe Salbu Håkonsen. Jeg er utdannet jordmor og er ansatt ved kvinneklinikken ved Førde sentralsjukehus. Jeg er også deltidsstudent ved Høgskolen i Sogn og Fjordane. Her tar jeg en mastergrad i organisasjon og ledelse. I ett år nå har jeg vært ansatt i en 50 % stilling til å evaluere prosjektet «God start eininga» ved Nordfjordeid sjukehus. Denne stillingen har jeg kombinert med min masteroppgave. Faglig ansvarlig for prosjektet og min veileder i gjennomføring av masteroppgaven er professor Oddbjørn Bukve ved Høgskolen i Sogn og Fjordane.

Hva er dette

Formålet med denne undersøkelsen er å få vite noe om hvordan brukerne opplever kvaliteten på det tilbudet de mottar i dag i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid. Svarene på undersøkelsen kan brukes til å gjøre forbedringer slik at tilbudet blir best mulig. Det jeg ønsker å se nærmere på er om tilbudet til kvinnene tilknyttet Nordfjordeid sjukehus er kvalitetsmessig bra etter omorganiseringen. Kvinner utenfor denne regionen bruker også tilbudet om følgetjeneste av jordmor og tidlig hjemreise fra barsel. Derfor vil deres synspunkter også være viktig.

Hvem deltar i undersøkelsen

Deltakerne i undersøkelsen er kvinner som har født i løpet av 2013 og 2014 ved Førde Sentralsjukehus. Navn på deltakere er hentet fra Helse Førde sitt dataprogram. Kvinnene vil være fra kommuner i Nordfjordeid og fra kommuner i nærheten av Førde sentralsjukehus.

Frivillig deltakelse

For å få svar på undersøkelsen ligger det ved et spørreskjema som kan sendes tilbake i vedlagt frankert konvolutt. Dette er en frivillig deltakelse der du ved å svare på undersøkelsen gir samtykke til at opplysningene du gir kan brukes. Undersøkelsen er anonym og jeg vil ikke vite hvem som har svart på undersøkelsen. Alt datamateriell vil bli slettet etter bruk. De opplysningene som blir gitt blir omformet, satt sammen på nytt og satt i sammenheng med de andre informantene etter de gjeldene retningslinjer for denne typen studie. Når oppgaven er ferdig blir den publisert i en evaluering av «God start eininga» og i min masteroppgave. Prosjektet forventes å være ferdig 31-10-15, og for å sikre anonymisering vil spørreskjemaene bli makulert ved prosjektets avslutning.

Etter gjeldene regler er prosjektet godkjent fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Håper du vil ta deg tid til å svare på denne undersøkelsen.

På forhånd takk for hjelpen.

Med hilsen

Beathe Salbu Håkonsen

Vedlegg 4. Informasjon om spørreundersøkelsen til jordmødrene

Invitasjon til å delta i spørreundersøkelse

Hvem er jeg

Mitt navn er Beathe Salbu Håkonsen. Jeg er utdannet jordmor og er ansatt ved kvinneklinikken ved Førde sentralsjukehus. Jeg er også deltidsstudent ved Høgskolen i Sogn og Fjordane. Her tar jeg en mastergrad i organisasjon og ledelse. I ett år nå har jeg vært ansatt i en 50 % stilling til å evaluere prosjektet «God start eininga» ved Nordfjordeid sjukehus. Denne stillingen har jeg kombinert med min masteroppgave.

Hva er dette

Dette er en invitasjon til å delta i en spørreundersøkelse angående fødselsomsorgen. Det jeg ønsker å se nærmere på er om tilbudet til kvinnene tilknyttet Nordfjordeid sjukehus er kvalitetsmessig bra etter omorganiseringen.

Informantene

Informantene er jordmødre ansatt ved «God start eininga» på Eid og ved kvinneklinikken i Førde. Informantene vil bli tilfeldig trukket for å sikre anonymitet, og minske forskers eller andres mulighet til å påvirke studien i noen retning.

Frivillig deltakelse

Dette er en frivillig deltakelse og en kan trekke seg fra prosjektet når en måtte ønske det uten at det får noen konsekvenser for informanten. Det blir sikret full anonymitet. De opplysningene som blir gitt blir omformet, satt sammen på nytt og satt i sammenheng med de andre informantene etter de gjeldende retningslinjer for denne typen studie. Når oppgaven er ferdig blir den levert inn til sensurering. Oppgaven blir da tilgjengelig for andre. Opplysningene er også aktuelle for evalueringsprosjektet av «God start eininga». Prosjektet forventes å være ferdig 31-10-15, og for å sikre anonymiseringen vil datamaterialet bli makulert ved prosjektets avslutning.

Faglig ansvarlig for prosjektet og min veileder i gjennomføring av masteroppgaven er professor Oddbjørn Bukve ved Høgskolen i Sogn og Fjordane.

Med hilsen

Beathe Salbu Håkonsen

Vedlegg 5. Informert samtykke

Informert samtykke fra informanten.

Jeg skriver med dette under på at jeg har fått orientering om at det er frivillig å delta i denne studien. Jeg har rett til å trekke meg ut av prosjektet når som helst jeg måtte ønske det uten at dette får konsekvenser for meg. Jeg har fått informasjon om hva forskningen innebærer og hva som er formålet med forskningen. Jeg er kjent med hva undersøkelsen skal brukes til. Undersøkelsen er anonym.

Jeg har blitt lovd at de opplysningene som jeg gir blir håndtert etter gjeldene regler for kvalitativ forskning. Jeg har også fått opplyst om hvem jeg kan kontakte ved spørsmål eller problemer.

Sted og dato

Navn

