

3 perspektiver på tidlig hjemsendelse af flergangsfødende

Praksis – Forældreoplevelse – Omkostninger

Af MPH-studerende, jordemoder Lea Brinkmann

August 2011

Master of Public Health
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Vejleder: Lektor Ulrika Enemark

Korrespondance: Lea Brinkmann
Stokkebro 35, Gjerrild, 8500 Grenaa
Email: lea@gjerrild.net
Årskortnr: 20085163

Indhold

Resumé	3
Abstract	4
1. Indledning	5
2. Baggrund	6
2.1 Litteraturgennemgang	6
2.2 Danske retningslinier	12
3. Formål og hypoteser	13
4. Materiale og metode	15
4.1 Praksis for tidlig hjemsendelse af flergangsfødende på danske fødeafdelinger	15
4.2 Forældres oplevelse af tilfredshed med hjælp og tilbud efter fødslen	15
4.3 Forældres betalingsvilje for og omkostninger ved et jordemoderbesøg 2-3 dage efter fødslen	19
5. Resultater	21
5.1 Praksis for tidlig hjemsendelse af flergangsfødende på danske fødeafdelinger	21
5.2 Forældres oplevelse af tilfredshed med hjælp og tilbud efter fødslen	23
5.2.1 Forældres præferencer for indhold ved et jordemoderbesøg	33
5.3 Forældres betalingsvilje for og omkostninger ved et jordemoderbesøg 2-3 dage efter fødslen	35
6. Diskussion	40
6.1 Praksis for tidlig hjemsendelse af flergangsfødende på danske fødeafdelinger	40
6.2 Forældres oplevelse af tilfredshed med hjælp og tilbud efter fødslen	42
6.2.1 Forældres præferencer for indhold ved et jordemoderbesøg	43
6.3 Forældres betalingsvilje for og omkostninger ved et jordemoderbesøg 2-3 dage efter fødslen	46
7. Konklusion	50
8. Perspektivering	51
9. Referencer	52
10. Bilagsfortegnelse	53

Resumé: 3 perspektiver på tidlig hjemsendelse af flergangsfødende
Praksis – Forældreoplevelse – Omkostninger

Formålet med studiet var at undersøge forældrenes præferencer for og værdisætning af et jordmoderbesøg 2-3 dage efter fødslen, inklusiv PKU-prøve på barnet, sammenholdt med sygehusets omkostninger for et jordmoderbesøg.

I studiet indgår:

Kortlægning af praksis for tidlig hjemsendelse af flergangsfødende på danske fødeafdelinger og sammenligning af implementeringen af anbefalingerne fødestederne imellem.

Analyse af udvalgte socio-demografiske- og fødselsforløbs-karakteristikas betydning for flergangsfødendes tilfredshed med Skejby Sygehus' tilbud og støtte i forbindelse med tidlig hjemsendelse.

Undersøgelse af forældres præferencer for indhold i et jordmoderbesøg 2-3 dage efter fødslen, og om de stemmer overens med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Undersøgelse af flergangsfødendes hypotetiske betalingsvilje for et hjemmebesøg af en jordmoder 2-3 døgn efter fødslen.

Vurdering af omkostninger for sygehuset ved gennemførelse af et jordmoderbesøg til flergangsfødende som udskrives inden for 6 timer efter fødslen.

Materiale og metoder: 13 fødesteder returnerede spørgeskema mhp. kortlægning af implementering af anbefalingerne i praksis.

105 flergangsfødende som var blevet udskrevet inden for 6 timer efter fødslen på Skejby Sygehus besvarede spørgeskema om tilfredshed vedrørende hjælp og støtte efter fødslen og deres hypotetiske betalingsvilje for et jordmoderbesøg 2-3 dage efter fødslen.

Resultater: Generelt var der flere som var tilfredse med hjælpen tilbudt på sygehuset og efter udskrivelse, end med hjælpen i forbindelse med amning. Der var flest tilfredse blandt familier som havde fået besøg af sundhedsplejersken senere end 5 dage efter fødslen. Blandt mødre som var bristet i forbindelse med fødslen, var der færrest som var tilfredse med hjælp efter udskrivelsen.

Blandt forældre som ikke var tilfredse med hjælpen i forbindelse med amning, var der flest med en positiv betalingsvilje.

Konklusion: Forældrenes betalingsvilje var i gennemsnit 362 kr. Omkostninger for jordmoderbesøget, inklusiv PKU-prøve var mellem 100 kr. og 466 kr.

Selv om flergangsfødende har erfaringer fra forrige fødsel, har de stadig behov for hjælp og støtte efter fødslen, både med hensyn til amning og til at vurdere mor og barns trivsel og velbefindende.

Abstract: 3 perspectives on early discharge for multiparous mothers

Praxis – Parents satisfaction – Economy

The National Board of Health recommends 3-4 follow-up visits to all families in the first week after early discharge from the maternity ward.

The aim of the study was to assess parents' preferences and willingness to pay for an alternative visit 2-3 days post partum with metabolic screening, and compare the outcome with the costs.

The study included:

An assessment of practice in Danish maternity wards.

An analysis of parents' satisfaction with the help and support they have received post partum, after discharge and especially in connection with breastfeeding.

An assessment of parents' preferences for the content of the follow-up visit, and an comparison with the recommendations of The National Board of Health.

An assessment of parents' willingness to pay for the midwife follow-up visit, including metabolic screening.

An assessment of the cost paid by the hospital for a follow-up visit.

Methods: 13 questionnaires were returned from the Danish maternity wards, concerning the implementations of the recommendations.

105 families returned a questionnaire describing the satisfaction with the help and support offered by the hospital in connection with early discharge, and their willingness to pay for the midwife follow-up visit.

Results: In general the parents were more likely to be satisfied with the help during admission and after discharge, than they were with the help they were offered in connection with breastfeeding.

Most likely to be satisfied were families who had received the first follow-up visit by a public health nurse more than 5 days post partum.

Mothers who had had perineal lacerations after childbirth were more likely to be dissatisfied with the help offered by the hospital after discharge.

Parents who were dissatisfied with the help offered in connection to breastfeeding, were more likely to have a positive willingness to pay for the follow-up visit by a midwife.

Conclusion: The parents' willingness to pay was in average 362 kr. The costs for the follow-up visit, was between 100 kr. and 466 kr.

Even though multiparous mothers and fathers have experience with at least one other child, they are still in need of help and support, especially in connection with breastfeeding and to assess the wellbeing of mother and child.

1. Indledning

Indlæggelsesvarigheden på sygehuset efter en fødsel har i Danmark været støt faldende igennem de sidste 10 år. I år 2000 blev 8,9 % af alle børn udskrevet efter 1 døgn og 28,4 % efter 2-3 døgn. I år 2010 blev 21,8 % udskrevet efter 1 døgn og 42 % efter 2-3 døgn.[1]

Indlæggelsesvarigheden opgøres i hele døgn, selv om en del sygehuse udskriver mødre og nyfødte inden for 6 timer efter fødslen.

På Skejby Sygehus bliver alle flergangsfødende med en ukompliceret fødsel udskrevet inden for 4-6 timer efter fødslen. Familien har tilbud om at ringe til fødeafdelingen hvis der opstår problemer for moderen eller det nyfødte barn, indtil familien har haft kontakt med sundhedsplejersken. Den kommunale sundhedspleje tilbyder almindeligvis familien det første besøg inden for 7 dage.[2]

Det bekymrer både jordemødre og sundhedsplejersker at indlæggelsesvarigheden på sygehuset efter fødslen er faldet.

Jordemoderforsker cand. scient. san. Charlotte Overgaard udtrykker bekymring for, at selv om fødslen er uden obstetriske komplikationer, kan kvinden stadig være udmattet og afkræftet og have et behov for at blive på sygehuset. Hvis forældrene har oplevet tab af kontrol under fødselsforløbet eller har andre negative fødselsoplevelser, kan det betyde meget for forældrene at have mulighed for efterfølgende at få oplevelserne bearbejdet ved at tale med personalet.[3]

Ifølge jordemoderforeningens formand kan det også være svært for kvinden kort efter fødslen at vide om hun fortsat vil have smerter når hun kommer hjem, eller om barnet har suttet rigtigt ved brystet. Hvis barnet ikke sutter rigtigt, kan amningen mislykkes før den får chancen for at lykkes.[3]

Sundhedsplejerske ph.d. Else Guldager er også urolig for følgerne af at sende flergangsfødende hurtigt hjem efter fødslen. Hun understreger at det netop kan være anslaget til at både moderen og faderen kan få psykiske efterfødselsreaktioner og egentlig depression, at de bliver sendt hjem med manglende overskud og føler sig trætte og usikre. Hun fremhæver at der skal komme en jordemoder hjem til familien og give råd og vejledning, i stedet for at familien skal transportere sig til sygehuset ved behov i dagene efter fødslen.[4]

Sundhedsstyrelsen understreger i en pressemeddelelse, at hurtig udskrivning af nyfødte kræver tidligt jordemoderbesøg. Også forældre som har prøvet det før, har behov for at få råd og vejledning. Det skaber tryghed for familien og kan forebygge unødige bekymringer, besøg hos praktiserende læge og genindlæggelser.[5]

Det er således ikke kun risikoen for at der kan opstå fysiologiske komplikationer for mor og barn der forøges, men også kvindens psykiske helbred og amningen kan blive kompromitteret af at moderen og hendes nyfødte barn udskrives tidligt efter fødslen. Problemets mulige omfang fremgår af at flergangsfødende som føder ukompliceret, udgør 42 % af alle fødsler i Danmark. [6] Det er således knap halvdelen af alle familier som kan udskrives tidligt og måske ikke får den faglige hjælp og støtte de har behov.

2. Baggrund

2.1. Litteraturgennemgang

Litteratursøgning omhandlende studier om emnet tidlig udskrivning af raske flergangsfødende er fortrinsvist foretaget i databaserne Pubmed og Cochrane. I Pubmed er MESH termen ”postnatal care” anvendt sammen med søgeordene early discharge, satisfac* og economic*. ¹

I the Cochrane Library er der søgt i The pregnancy and childbirth group efter reviews. Alle abstracts blev læst for relevans til belysning af emnet. Tillige blev artiklernes referencelister gennemgået for yderligere relevante artikler.

Der er endvidere søgt artikler på Tidsskrift for Jordemødre, Ugeskrift for Læger og Sygeplejersken.

Der er søgt på nettet i chat-fora og på interesseorganisationers hjemmesider.²

De inkluderede artikler er valgt ud fra at studierne skulle have en indlæggelsesvarighed efter fødslen som lå tættest muligt på danske forhold, og være relativt nye da udviklingen indenfor barselstilbud forandres hurtigt, og det på denne baggrund ville være det bedste sammenligningsgrundlag med danske forhold.

Artiklerne er vurderet kritisk ud fra sundhedsstyrelsens checklister vedrørende ”Systematiske oversigtsartikler og metaanalyser” og ”Randomiserede kontrollerede undersøgelser”. [7]

Ingen studier som jeg har kunnet finde, undersøger udskrivelse inden for 6 timer og hjemmebesøg inden for 7 dage efter fødslen. Heller ikke studier som undersøger flergangsfødende for sig, er fundet.

Jeg har været i forbindelse med sundhedsstyrelsen for at høre om de kunne henlede min opmærksomhed på litteratur omhandlende danske forhold, som anbefalingerne kunne bygge på, men det var ikke muligt.

I tabel 1 ses en oversigt over 11 udvalgte studier og et review. Studierne er forskellige med hensyn til design og formål. De undersøger fysiologiske og psykologiske aspekter af tidlig hjemsendelse og barsel for forældre og spædbørn. I nogle studier indgår en omkostningsanalyse, og de to sidste studier vurderer alene omkostninger.

¹ ”postnatal care” AND early discharge = 125 hits.

Begrænset til kun engelsk- og dansksprogede artikler = 120 hits.

Begrænset til clinical trial, practice guidelines, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial and Review = 26 hits.

”postnatal care” AND early discharge AND satisfac* = 31 hits.

”postnatal care” AND early discharge AND economic* = 28 hits.

² Netbaby.dk, minmave.dk, politiken.dk/tjek, Forældre og fødsel – fogf.dk

Tabel 1. Litteraturgennemgang. Et Cochrane review og to studier som indgår i reviewet. Studierne vurderer neonatal og maternel morbiditet, amning, depression, træthed, tilfredshed og omkostninger.

Titel, 1. forfatter, land, publikationsår	Design, deltagere, formål	Follow-up	Intervention	Resultater
<i>Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants.</i> [8] Brown. Schweiz, USA, Canada, Spanien, Sverige, UK, I alt 10 studier inkluderet. 2009. Studierne publiceret 1962-2005.	Cochrane review. 4489 mødre. Vurdering af sikkerhed, indvirkning og effektiviteten af tidlig udskrivelse for mødre og spædbørn, mht. sundhed, velbefindende og tilfredshed. Endvidere vurderes omkostninger og den brede indvirkning på familien.		Definitionen af tidlig hjemsendelse varierer meget. 5 studier definerede tidlig hjemsendelse som mellem 6-48 timer PP. 4 studier mellem 12-72, og i et studie var tidlig hjemsendelse defineret som under 60 timer. Alle studier tilbød hjemmebesøg til interventionsgruppen. 6 studier tilbød kun jordemoder hjemmebesøg til interventionsgrupperne og ikke samtidig til kontrolgruppen.	Generelt stor variation i studierne. Tidlig hjemsendelse af raske mødre og raske nyfødte ser ikke ud til at have en negativ indvirkning på amning og depression, når moderen tilbydes mindst et hjemmebesøg efter fødslen af enten jordemoder eller sygeplejerske. Ingen forskel mht. sundhedsparametre, velbefindende og tilfredshed. Omkostningseffektivt at tilbyde tidlig hjemsendelse.
<i>Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up.</i> [9] Sainz Bueno. Spanien. 2005.	RCT. 430 første- og flergangsfødende. Vurdering af maternel og neonatal morbiditet, efterfødselstræthed, mødres tilfredshed, angst/depression, amning og omkostninger.	1, 3 og 6 mdr.	KO: udskrevet efter 48 timer PP. TU: udskrevet inden for 24 timer PP. Hjemmebesøg mellem 24 – 48 timer PP.	Kun ved amning ved 3 mdr. var der signifikant flere, som ammede fuldt ud i interventionsgruppen. Ellers ingen forskel i outcome mellem grupperne. Interventionen var omkostningseffektiv, mellem 18 % og 20 % billigere.
<i>Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial.</i> [10] Boulvain. Schweiz. 2004.	RCT. 459 mødre, første- og flergangsfødende. Sammenligning af tidlig udskrivelse suppleret med jordemoderbesøg og alm. barselsophold på sygehuset.	28 dage PP	KO: Randomiseret til indlæggelse i 4-5 dage på barselsafdeling. TU: Randomiseret til udskrivelse 24-48 timer PP, og jordemoderbesøg efter behov.	KO: Udskrevet i gns. 106 timer PP. Modtog i gns. 1,7 jordemoderbesøg. TU: Udskrevet i gns. 65 timer PP. Modtog i gns. 4,8 jordemoderbesøg. Ingen forskel mht. amning tilfredshed, depression og genindlæggelser for mødre. Flere børn i interventionsgruppen blev genindlagt i løbet af 6 mdr. Ingen forskel i morbiditet hos børnene.

PP: efter fødslen. RCT: randomiseret kontrolleret forsøg. KO: kontrolgruppen. TU: den tidlige udskrivelsesgruppe. gns: gennemsnit

Tabel 1, fortsat. 1 studie, som vurderer telefonscreening i fht. hjemmebesøg. 1 studie, som vurderer genindlæggelser for børn og omkostninger ved længere indlæggelsesvarighed. 1 studie, som vurderer genindlæggelser for mødre og børn og amning.

Titel, 1. forfatter, land, publikationsår	Design, deltagere, formål	Follow-up	Intervention	Resultater
<i>A Randomized Trial of Two Public Health Nurse Follow-up Programs after Early Obstetrical Discharge.</i> [11] O'Connor. Canada. 2003.	RCT. 733 mødre-barn par. Første- og flergangsfødende. Afgøre om hjemmebesøg eller telefonscreening resulterer i forskellige udfald.	2 og 4 uger. 6 mdr.	KO: modtager telefonopkald første hverdag PP. Interventionsgruppen: modtager samme tlf-opkald og 2 hjemmebesøg indenfor 10 dage PP.	30 % modtog hjemmebesøg i KO gruppen. Ingen forskel mht. amning, mødres selvtillid og neonatal morbiditet. Omkostningseffektivt at tilbyde telefonscreening og hjemmebesøg ved behov i fht. rutinemæssige hjemmebesøg.
<i>The impact of early discharge laws on the health of newborns.</i> [12] Evans. USA, Californien. 2008.	Quasi-eksperiment. 3 mill. nyfødte. Vurdering af virkning af loven, mhp. varighed af indlæggelse og genindlæggelser af nyfødte.	1 år	Før og efter indførelse af delstats og føderal lovgivning som indførte indlæggelse på min. 48 timer PP.	Et fald i indlæggelser under 2 nætter på 35 % efter 6 mdr. fra indførelse af loven. For Medicaid forsikrede nyfødte var der et signifikant fald i genindlæggelser. Medicaid forsikrede var karakteriseret ved at være yngre, have lavere uddannelsesniveau, tilhøre etniske minoriteter, og være flergangsfødende. For flertallet var der ingen forskel i antallet af genindlæggelser. Lovens indførelse havde højere økonomiske omkostninger end der kunne spares ved færre genindlæggelser.
<i>Comparison of Health Care Utilization of Postnatal Programs in Sweden.</i> [13] Elleberg. Sverige. 2005.	Kohorte studie. 1222 mødre. Antal genindlæggelser for mødre og spædbørn og antal mødre som søgte hjælp til amning efter udskrivelse fra barselsafd. Herefter sammenligning af antal med udskrivelse fra patienthotel og tidlig udskrivelse.	28 dage for genindlæggelse. 6 mdr. for ammevejledning.	Mødre udskrevet fra barselsafdeling efter gns. 4,3 dage PP (40 %). Mødre udskrevet fra patienthotel i gns. 3,4 PP (37 %) Mødre udskrevet tidligt i gns. 1,8 dage PP (23 %), modtog tlf-opkald dagligt 3-5 dage PP. Alle udskrevet indenfor 24 timer fik hjemmebesøg.	Ingen signifikant forskel mht. genindlæggelser eller antallet af mødre som søgte hjælp i de tre grupper. I alt 43 % af mødrene søgte hjælp og vejledning hos sundhedsvæsenet i løbet af 6 mdr., ikke alle vedrørende amning.

Tabel 1, fortsat. 4 studier, der undersøger forældres oplevelser i forbindelse med barselsperioden.

Titel, 1. forfatter, land, publikationsår	Design, deltagere, formål	Follow-up	Intervention	Resultater
<i>What type of information do parents need after being discharged directly from the delivery ward?</i> [14] Johansson. Sverige. 2001.	Evaluering. 9 førstegangsfødende. 33 flergangsfødende. Evaluering af jordemødres checklister ved hjemmebesøg PP.		Forældrene blev bedt om at notere 5 spm. til jordemoderen forud for besøg ml 1-4 dage PP.	79 spm. om barnet og dets omsorg og pleje. 24 spm. om amning. 13 spm. om moderen. Jordemødrenes checkliste revideres, men overordnet inkluderede et jordemoderbesøg alle stillede spørgsmål.
<i>The early postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia.</i> [15] Forster. Australien, Victoria. 2008.	Fokusgruppe interview. 49 mødre, 2 fædre, fra både land og by. Første- og flergangsfødende.		1 facilitator (interviewer) og 1-2 observanter.	Angst og frygt for barnets velbefindende og transitionen til forælderollen var de vigtigste problemstillinger. Mest udtalt for førstegangsfødende, men også gældende for flergangsfødende. Generelt så mødrene fortsat tilgang til jordemoderen ved hjemmebesøg som et vigtigt aspekt af den professionelle støtte efter udskrivelse.
<i>Important variables for parents' postnatal sense of security: evaluating a new Swedish instrument (the PPSS instrument)</i> [16] Persson. Sverige. 2007.	Spørgeskemaundersøgelse. 212 mødre og fædre, både første- og flergangsfødende. Test af spørgeinstrumentet Post natal sense of security (PPSS).	8 uger PP.	Identifikation af 8 items: Mødre: Empowering behaviour, Well-being, Affinity within the family, Breast feeding. Fædre: Well-being, Mother's well-being, Empowering behaviour, Affinity within the family. Kontrolspørgsmål: "I felt secure during the first postnatal week".	Jordemoderens empowering behaviour og moderens generelle velbefindende var signifikant associeret med oplevelse af tryk efter fødslen
<i>Very Early Discharge from Hospital after Normal Deliveries</i> [17]. Darj. Sverige. 2000.	Spørgeskema udsendt 4-5 dage PP. 103: 20 % førstegangsfødende, 80 % flergangsfødende Beskrive kvinders oplevelse af hjemsendelse direkte fra fødeafdelingen.		Alle kvinder havde forinden hjemsendelse hvilet, initieret amning, taget brusebad, fået et måltid mad og forberedt sig på at tage hjem. Hjemsendelse mellem 6-12 timer PP, i gns. 8 timer PP. Alle familier modtog hjemmebesøg af jordemoder i gns. 1,9 besøg pr. familie.	40 % af kvinderne følte sig usikre i barselsperioden, oftest vedrørende amning. 14 % ringede til jordemoderen eller barselsafdelingen for at få vejledning.

Tabel 1, fortsat. 2 studier, der alene vurderer forskel i omkostninger.

Titel, 1. forfatter, land, publikationsår	Design, deltagere, formål	Follow-up	Intervention	Resultater
<i>Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation.</i> [18] Petrou. Schweiz. 2004.	En omkostnings- minimerings-analyse. Sammenligning af cost-effectiveness af tidlig udskrivelse PP, inklusiv jordemoderbesøg og traditionel indlæggelse PP.	28 dage PP	KO: udskrevet 4-5 dage PP, efter sectio 6-7 dage PP. TU: udskrevet 24-48 timer PP og 72-96 timer PP efter sectio. Interventionsgruppen fik hjemmebesøg indenfor 10 dage PP, i gns. 4,7 dage PP	Besparelse på 1209 Francs (år 2000) (CI 95 % 202-2155 francs)
<i>Satisfying parents' preferences with regard to various models of postnatal care is cost-minimizing.</i> [19] Elleberg. Sverige. 2006.	Udregning af lønomkostninger for tre modeller af efterfødselstilbud. Barselsafdeling, patienthotel og tidlig udskrivelse med hjemmebesøg. Udregnet ud fra 1122 mødre fra kohorteundersøgelsen [13] Omkostningerne sammenlignes med forældrenes præferencer ved en fremtidig fødsel. 250 mødre og 92 fædre besvarede spm. om deres fremtidige præferencer.	28 dage. 6. mdr.	Udregning af lønomkostninger i forbindelse med pleje under indlæggelse, undersøgelser af jordemoder og børnelæge, genindlæggelser af nyfødte, hjemmebesøg og telefonopkald,	74 % ønskede patienthotel, 20 % barselsafdeling og 6 % ønskede tidlig udskrivelse og hjemmebesøg ved udskrivelse indenfor 24 timer. Respondenterne havde ved forudgående fødsel oplevet 49 % barselsafdeling, 33 % patienthotel og 18 % var blevet udskrevet tidligt. Forældrenes præferencer er mere omkostningseffektive end de ydelser de har oplevet (jvf. studiet, var der ingen forskel mellem grupperne i forhold til morbiditet[13])

Ingen af studierne vurderer udskrivelse inden for 6 timer og hjemmebesøg af sundhedsplejerske inden for 1 uge, som det foregår på Skejby Sygehus.

I studierne som sammenligner tidlig udskrivelse med længere barselsindlæggelse, tilbydes alle mindst et hjemmebesøg i forbindelse med tidlig udskrivelse. [8,9,10,13] I studiet af Boulvain modtager gruppen som udskrives tidligt, i gennemsnit 4,8 jordemoderbesøg efter fødslen, og de blev endog først udskrevet i gennemsnit 65 timer efter fødslen.[10] Set i denne sammenhæng viser studierne, at tidlig udskrivelse inden for 48 timer efter fødslen, inklusiv mindst et jordemoderbesøg, ikke øger antallet af genindlæggelser for hverken mødre eller nyfødte. [8,9,10,13]

Det californiske studie fandt at Medicaid-forsikrede mødre havde signifikant færre indlæggelser af børn op til et år efter fødslen. Denne gruppe kvinder var kendetegnet ved at være yngre, have kortere uddannelse, tilhøre etniske minoriteter og have mindst to børn. Men da denne gruppe ikke udgjorde flertallet af fødende i Californien, var der blandt alle fødsler således ikke nogen signifikant fordel ved at øge indlæggelsesvarigheden til to nætter efter en fødsel. [12]

3 randomiserede kontrollerede studier fandt ingen forskel i ammestatus, både med hensyn til om mødrene ammede fuldt og antallet som ammede, i de to grupper. [9,10,11] Det spanske studie fandt ved 3 måneders follow-up signifikant flere som ammede blandt dem som blev udskrevet inden for 24 timer og som modtog hjemmebesøg, men denne forskel var udlignet igen ved 6 måneder. [9]

I et evalueringsstudie fra Sverige identificeredes amning som det emne forældre havde flest spørgsmål om til jordemoderen som kom på besøg i hjemmet efter fødslen. [14]

I det svenske-kohorte studie søgte 43 % hjælp og vejledning hos sundhedsvæsenet, oftest vedrørende amning, i løbet af 6 mdr. men der var ingen forskel mellem de forskellige barselsforløb. [13]

I et andet svensk studie, som omhandler faktorer der påvirker forældres oplevelse af sikkerhed efter fødslen, fandt man en signifikant association mellem oplevelse af sikkerhed og tryghed og jordemoderens sundhedsfremmende omsorg. [16] Studiet viste også at moderens generelle velbefindende var signifikant associeret med oplevelse af tryghed i barselsperioden. Generelt oplevede flergangsfødende sig mere trygge og sikre efter fødslen end førstegangsfødende. [16]

Fokusgruppe interviewundersøgelsen identificerede angst og frygt for transitionen til forælderollen som en af de vigtigste problemstillinger i efterfødselsperioden. [15]

I 2 randomiserede studier [9,10] og i Cochrane reviewet [8] fandt man ingen forskel i grupperne mht. depression, tilfredshed, selvtillid og træthed.

Konklusionen i Cochrane reviewet er at tidlig hjemsendelse af raske mødre og raske nyfødte ikke ser ud til at have en negativ indvirkning på amning og depression, når moderen tilbydes mindst et hjemmebesøg efter fødslen af enten jordemoder eller sygeplejerske.

I det svenske studie som undersøgte forældrenes oplevelser med tidlig hjemsendelse 6-12 timer PP, var der 40 % som følte sig usikre i dagene efter fødslen, især omkring amning. 14 % af disse mødre ringede til fødeafdelingen for at få hjælp. [17]

Studierne som undersøgte de økonomiske konsekvenser af tidlig hjemsendelse i stedet for længere indlæggelse, og telefonscreening i stedet for hjemmebesøg konkluderer alle, at der er færre omkost-

ninger ved kortere indlæggelse og hjemmebesøg, eller telefonscreening og kun besøg til familier med behov. [11,18,19] I det californiske studie blev kort og lang indlæggelsestid alene vurderet med hensyn til genindlæggelser af børn og omkostninger.[12] Det reducerede antal genindlæggelser modsvarer ikke omkostningerne ved længere indlæggelsesvarighed.

Det er ikke lykkedes at finde artikler som beskriver studier af danske forældres oplevelser med tidlig udskrivelse efter fødslen. Der er til gengæld talrige debatindlæg på Internettet fra forældre som oplever utryghed og frustration over ikke at blive behandlet i overensstemmelse med deres forventninger og behov efter fødslen. Der er kun få tilkendegivelser fra tilfredse forældre. [20,21]

2.2 Danske retningslinier

Der er ingen retningslinier fra sundhedsstyrelsen vedrørende hvor længe mødre og børn bør være indlagt efter fødslen, men der findes retningslinier vedrørende det sundhedsfaglige tilbud til familien efter ambulante fødsel og tidlig hjemsendelse. Heri anbefales det at jordemoderen skal tilbyde 2 besøg, hvoraf det første bør finde sted i hjemmet 1-2 dage efter fødslen. Tidspunkt og sted for andet besøg aftales efter behov. Sundhedsplejersken bør herefter aflægge besøg 3. og 5. dagen efter fødslen. Det er jordemoderen som skal koordinere sit og sundhedsplejerskens hjemmebesøg under hensyntagen til familiens ønsker.[22]

Det er fødestedets opgave at tilrettelægge det sundhedsfaglige tilbud til familien de første dage efter fødslen, også efter tidlig udskrivelse, og Sundhedsstyrelsen lægger vægt på at det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde som blev initieret af jordemoderen i graviditeten, fortsætter i barselsperioden. Det sundhedsfremmende arbejde indebærer blandt andet ressourceidentifikation og fokus på forældrenes psykiske og sociale trivsel.[22]

Den sundhedsfaglige indsats i dagene efter fødslen skal tage udgangspunkt i den enkelte families ressourcer og behov, med henblik på sundhed og trivsel for både mor, barn og familien, og især skal der være fokus på etablering af amningen. Endvidere er det vigtigt at vurdere moderens psykiske tilstand, da omkring hver anden kvinde oplever humørsvingninger i barselsperioden, for at identificere kvinder som har øget risiko for at udvikle en fødselsdepression.[22]

Vigtigheden af besøg hos familien efter fødslen er beskrevet i den statusrapport fra sundhedsstyrelsen som udkom d. 31-3-2011.[23] Rapporten beskriver status for regionernes og kommunernes tilbud til gravide og fødende med fokus på ambulante fødsler og tidlige udskrivelser. Heri understreges det, at den observation og understøttelse af mor og barn der tidligere overvejende fandt sted under indlæggelse, fortsat skal sikres efter ambulante fødsel eller tidlig udskrivelse. Rapporten beskriver yderligere, at set i lyset af at regionerne ikke opfylder retningslinierne, anbefales et reduceret tilbud til fødende som udskrives ambulante. Den nye anbefaling er at alle bliver ringet op dagen efter fødslen, at det i forbindelse med PKU-prøve og hørescreening bliver muligt at få kontakt til en jordemoder eller barselssygeplejerske, og at sundhedsplejerske eller jordemoder foretager et tidligt besøg i hjemmet 4-5 dage efter fødslen.[23]

3. Formål og hypoteser

Problemstilling

Der er et krydspres mellem sundhedsvæsenets økonomi og faglige ambitionsniveau, familiernes ønsker og behov, mødres og nyfødtes helbred, og forældrenes psykiske tilstand efter fødslen.

Der er, også i disse år, et pres på at få sundhedsudgifterne ned, samtidig med at effektiviteten og kvaliteten højnes. Ressourcerne er begrænsede og det er således nødvendigt både at evaluere tilbudene og at nytænke og effektivisere forbruget af ressourcerne, så de bruges mest hensigtsmæssigt i overensstemmelse med brugernes behov og præferencer og samfundets nytte.

Det kunne således være relevant at se på et alternativ, hvor ressourcer dels flyttes, og hvor nytten ses i et samfundsøkonomisk perspektiv, og hvor forældrenes monetære værdisætning og præferencer indgår.

Med udgangspunkt i anbefalingerne om at en jordemoder skal besøge familien 1-2 dage efter fødslen, kunne man forestille sig et alternativ hvor jordemoderen besøgte familien 2-3 dage efter fødslen og foruden at imødekomme forældrenes individuelle behov og observere mor og barn kunne foretage den PKU-prøve som forældrene alligevel skal tage ind på sygehuset for at få foretaget.

Dette imødekommer umiddelbart sundhedsstyrelsens anbefalinger og måske også forældrenes behov. Men hvad koster det? Er det det værd?

Formål

- At kortlægge praksis for tidlig hjemsendelse af flergangsfødende på danske fødeafdelinger og sammenligne implementeringen af anbefalingerne fødestederne imellem. Herunder at beskrive antal fødsler, og antal flergangsfødende som udskrives ambulantly, og fødeafdelingernes almindelige tilbud til flergangsfødende som har født ukompliceret.
- At analysere om udvalgte socio-demografiske- og fødselsforløbs-karakteristika har betydning for flergangsfødendes tilfredshed med Skejby Sygehus' tilbud og støtte i forbindelse med tidlig hjemsendelse. Herunder at se på alder, paritet, uddannelsesniveau, etnicitet, fødselslængde og evt. bristninger.
- At undersøge forældres præferencer for indhold i et jordemoderbesøg 2-3 dage efter fødslen.
- At undersøge om forældrenes præferencer for et hjemmebesøg er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for indhold.
- At undersøge flergangsfødendes hypotetiske betalingsvilje for et hjemmebesøg af en jordemoder 2-3 døgn efter fødslen.
- At vurdere de økonomiske konsekvenser af at gennemføre Sundhedsstyrelsens anbefalinger om et hjemmebesøg af en jordemoder til flergangsfødende som bliver tidligt udskrevet efter fødslen.

Hypoteser

- Praksis for implementering af sundhedsstyrelsens retningslinier er forskellig på landets fødesteder.
- Tilfredshed med hjælp og støtte efter fødslen afhænger af forældrenes socio-demografiske- og fødselsforløbs-karakteristika.

Yngre mødre er mere tilfredse end ældre mødre.

Tilfredsheden stiger med antallet af børn forældrene har i forvejen.

Mødre med anden etnisk baggrund end dansk er mere tilfredse.

Mødre med kort uddannelse er mere tilfredse end mødre med længere uddannelse.

Tilfredsheden falder med stigende varighed af fødslen.

Tilfredsheden falder med omfanget af evt. bristning i perineum i forbindelse med fødslen.

- Flertallet af flergangsfødendes præferencer er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger
- Flergangsfødende har en positiv betalingsvilje for et jordemoderbesøg.

4. Materiale og metoder

4.1 Praksis for tidlig hjemsendelse af flergangsfødende i Danmark.

Undersøgelsens design

Kortlægning af praksis vedrørende prævalensen for tidlig hjemsendelse af flergangsfødende i Danmark er udført som et tværsnitsstudie.

Målpopulation og studiepopulation

Studiepopulationen udgør de fødeafdelinger som returnerede besvarelse på det udsendte spørgeskema. Målpopulationen er alle fødesteder i Danmark.

Datakilder og dataindsamling

Et spørgeskema udsendt 8.-11. april til alle jordemoderledere [bilag 1]. Spørgeskemaet var vedhæftet en mail, og det var let at skrive direkte i skemaet og sende mailen retur. Der fulgte en kort introduktion til spørgeskemaet og MPH-projektet. Fødestederne blev spurgt til antal fødsler i 2011 indtil 31. marts samt andelen af flergangsfødende som er blevet udskrevet tidligt, deres procedurer vedrørende tidlig udskrivelse og deres tilbud til familierne efter udskrivelse.

Påmindelse blev udsendt en måned efter første mail.

Det viste sig at flere fødesteder har delt ledelse og at de indhentede oplysninger kun vedrører det største af fødestederne.

Praksisundersøgelsen sammenlignes med Sundhedsstyrelsens statusrapport.[23]

4.2 Forældres oplevelse af tilfredshed med hjælp og tilbud efter fødslen

Undersøgelse af flergangsfødendes oplevelse af tilfredshed med sundhedstilbud i forbindelse med tidlig hjemsendelse, deres forbrug af telefonkonsultationer og deres præferencer for et hjemmebesøg af jordemoder 2-3 dage efter fødslen.

Undersøgelsens design

Undersøgelsen er udført som et tværsnitsstudie blandt flergangsfødende på Skejby Sygehus, hvor datamateriale er indhentet ved hjælp af et spørgeskema [bilag 2] og fødselsjournal.

Målpopulation og studiepopulation

I alt udsendtes 222 spørgeskemaer til flergangsfødende som var udskrevet ambulant efter fødsel i perioden 1-1-2011 til 21-3-2011. Spørgeskemaet blev udsendt en gang ugentlig.

Tabel 2. Mål- og studiepopulationen

Alle ambulante udskrevne fra Skejby Sygehus 1-1 til 31-3 - 2011	258
Antal udsendte spørgeskemaer	222
Antal født mellem 22.-31. marts eller er overset	36
Antal ikke besvaret	117 (53 %)
Antal besvaret, som ikke har givet tilsagn om videregivelse af journalindsigt, men som indgår i betalingsvilje undersøgelsen	4
Antal som indgår i begge analyser	101 (46 %)

Datakilder og dataindhold

Udformning af spørgeskemaet

Spørgeskemaet indledtes med en kort forklaring på undersøgelsen og det understregedes at deltagelse var fuldstændig frivillig og anonymt. Deltagerne underskrev og angav dato for tilsagn om indsigt i fødejournalen for oplysninger til brug i undersøgelsen. Deltagerne kunne henvende sig til undersøgelsesansvarlige med yderligere spørgsmål til undersøgelsen og deltagelse. Det blev beskrevet at de ved ikke at besvare spørgeskemaet ikke deltog i undersøgelsen på nogen måde og derfor blev der ikke udsendt påmindelse. Der medfulgte frankeret svarkuvert.

Med udgangspunkt i Abramsons anbefalinger for konstruktion af spørgeskemaer var der en kort introduktion til spørgsmålene, og de første spørgsmål var lette at besvare og vedkommende for respondenterne [24]. Der var anvendt et enkelt sprog med korte formuleringer og uden fagtermer. Der var varierende typer spørgsmål og svarmuligheder. Ved de fleste spørgsmål var der mulighed for at komme med yderligere bemærkninger, da denne mulighed er beskrevet som øgene besvarelsesfrekvensen. Endvidere anvendtes også åbne spørgsmål der generelt har en højere besvarelsesgrad end lukkede spørgsmål [24].

Spørgsmål i spørgeskema

Spørgeskemaet var udformet til begge forældre for at skærpe opmærksomheden og gøre det mere interessant for forældrene. Ved de spørgsmål hvor det var relevant, var der yderligere mulighed for at skrive kommentarer; denne mulighed og at spørgsmålene skal være relevante og interessante kan medvirke til en bedre besvarelsesgrad.[24]

De forskellige spørgsmål havde til hensigt at identificere tilfredshed med tilbud om hjælp og støtte, og forbrug af telefonkontakter efter fødslen, for mødre med forskellige karakteristika.

Ud fra det californiske studie havde mødre som var forsikret gennem Medicaid, færre genindlæggelser af deres børn end privatforsikrede. De mødre der var forsikret gennem Medicaid, var karakteriseret ved at være yngre, være flergangsfødende, tilhøre etniske minoriteter og have kortere uddannelse. [12]

Derfor var det relevant at identificere mødre som var født hhv. i og uden for Danmark og forældrenes uddannelsesniveau.

Foruden de socio-demografiske oplysninger blev forældrene stillet spørgsmål om hvorvidt de var tilfredse med den hjælp og støtte de var blevet tilbudt på sygehuset efter fødslen, da de kom hjem, og om de havde fået den støtte til amning som de havde behov for. Der blev specifikt spurgt til amning da denne parameter i studierne var identificeret som en af de vigtigste problemstillinger for forældre.[14,17]

Der spurgtes til forældrenes forbrug af telefonkontakter til henholdsvis fødeafdeling og sundhedsplejerske, til brug i omkostningsanalysen af jordemoderbesøg.

Spørgsmålene til betalingsviljeundersøgelsen blev indledt med en kort introduktion til den hypotetiske situation, uden at beskrive hvilke goder forældrene ville kunne forvente. Det var antaget at forældrene ville forstå indholdet i ydelsen, dels PKU prøven som de ikke skulle køre til Skejby Sygehus for at få foretaget, dels et besøg af jordemoderen tidligere end sundhedsplejersken almindeligvis ville komme.

Der blev stillet to spørgsmål, et vedrørende selve beløbet og et om hvorvidt forældrene syntes at besøget skulle være gratis, eller de ikke havde behov for et besøg.

Spørgsmålet vedrørende beløbet blev stillet som et åbent spørgsmål hvor forældrene kunne angive det maksimale pengebeløb de ville betale af egen lomme. Denne metode benævnes Contingent Valuation.[25]

Efterfølgende blev forældrene spurgt om de syntes tilbuddet skulle være gratis, eller de ikke mente at have behov herfor. Dette med henblik på at identificere forældre som afgiver strategiske svar, og for at vurdere om forældrene forstår den hypotetiske valgsituation.[26]

Spørgsmålet om maksimal hypotetisk betalingsvilje vurderes at være et sensitivt spørgsmål, og er derfor placeret til sidst i spørgeskemaet, for at forhindre strategisk bias.[24,27]

Med henblik på at vurdere forældrenes økonomiske formåen i forhold til betalingsviljen spurgtes til familiens samlede årlige husstandsindkomst. Indkomstspørgsmål er også et sensitivt spørgsmål, og det vurderedes at der ville være flere som svarede hvis forældrene skulle afkrydse i en indkomstkategori, end skrive deres eksakte husstandsindkomst. Selv om f.eks. 300.000 forekommer i to kategorier, forventedes det at familien ville afkrydse i den beløbskategori som svarede bedst til deres husstandsindkomst. Det forventedes ikke at familier ville stå i situationen og have indkomst på f. eks. præcis 300.000 kr.

Allersidst blev forældrene stillet et åbent spørgsmål vedrørende deres præferencer for indholdet ved et jordemoderbesøg 2-3 dage efter fødslen. Det blev stillet som et åbent spørgsmål dels for at få så mange forældre til at indgå i undersøgelsen som muligt, dels for at skærpe forældrenes overvejelser vedrørende om et besøg har værdi for dem.

Test af spørgeskema

Spørgeskemaet blev pilottestet på fem tilfældige forældrepar (flergangsfødende) i venteværelset på Biokemisk afdeling hvor parret ventede med deres nyfødte på 3. dagen (48-72 timer PP) efter fødslen for at få foretaget PKU prøven.

Der anvendtes tænke højt metoden hvor testpersonerne tænker højt under udfyldelsen og fortæller om deres umiddelbare forståelse af spørgsmålene, så det afklares om spørgsmålene relaterer sig til de ønskede variable.

Herefter blev spørgeskemaet rettet til i forhold til relevans og formulering af enkelte spørgsmål.

Fødselsjournaldata

Fra fødselsjournalen indhentes oplysninger om moderens alder, paritet, indlæggelsesvarighed og evt. bristninger i forbindelse med fødslen.

Paritet og alder ønskedes ligeledes identificeret ud fra konklusionen fra det californiske studie. Det var antaget at en lang fødsel ville betyde at kvinden var mere træt, og have mere behov for støtte efter fødslen. Ligeledes kunne bristning og efterfølgende suturering i perineum betyde at kvinden følte sig mindre velbefindende og derved også have behov for yderligere støtte. Jvf. det svenske studie som viste at moderens generelle oplevelse af velbefindende er associeret med en oplevelse af tryk og sikkerhed en uge efter fødslen.[16]

Datamateriale fra fødselsjournalen er indsamlet i et kodeark. Det er et generelt arbejdsredskab for jordmoderen i forbindelse med dokumentation for fødselens forløb og ved overdragelse til anden jordmoder. Det antages at oplysninger herpå er korrekte. Kodearket var ikke udfyldt for alle oplysninger for alle fødende. Flest manglende oplysninger omhandlede udskrivelsestidspunktet. For 25 fødende var det ikke muligt at indhente udskrivelsestidspunkt. Ved manglende oplysninger blev journalen yderligere gennemgået for om muligt at indhente de manglende oplysninger.

Foruden spørgeskema og fødselsjournal er der trukket oplysninger fra statistikbanken til sammenligning af socio-demografiske karakteristika.

Statistisk analyse

Besvarelserne registreredes i Epidata i perioden 20-1-2011 til 15-4-2011.

Der blev foretaget check på alle variable med henblik på hvilke registreringer som var gyldige, og kun felter hvor der var markering for jump kunne udelades.

Fødselsoplysninger registreredes ligeledes i Epidata, og ligesom data fra spørgeskemaet blev begge filer eksporteret til StataIC 10 og heri sammenkoblet til ét datasæt.

Tilfredshed, telefonkontakter og betalingsvilje analyseredes som afhængige variable. Variable er blevet dikotomiseret hvis der ikke var signifikante resultater ved ikke at gøre det. Oplysninger om tilfredshed er indhentet ved dikotome spørgsmål. For statistisk forskel for de uafhængige variable i for-

hold til afhængige variable benyttedes Fisher's exact test. Ved signifikant forskel, på 90 % og 95 % sikkerhedsniveau, blev der foretaget logistisk regressionsanalyse for at vurdere odds ratioen mellem sub-grupper defineret ved de uafhængige variable.

Bortfaldsanalyse kan ikke laves direkte på respondenterne da jeg kun har data fra deltagere som har svaret på spørgeskemaet.

Kommentarer og fædrenes svar indgår ikke i analyserne, dels fordi fædrene gennemgående havde enslydende svar med moderen, og dels fordi der ikke var særlig mange kommentarer.

Godkendelser og etik for projektets gennemførelse

Det samlede projekt er anmeldt til og godkendt af datatilsynet og er udført i overensstemmelse med datatilsynets vilkår herfor [bilag 3].

Det er undersøgt og bekræftet, at den regionale videnskabetiske komité ikke skal godkende spørgeskemaundersøgelsen, da deltagerne er anonyme, og der ikke udspørges om følsomme oplysninger. Forældrene orienteredes om frivilligheden og anonymiteten i at deltage, og der blev indhentet skriftligt samtykke fra hver enkelt mor om tilladelse til at indhente oplysninger fra fødselsjournalen.

Journalindsigt er endvidere ansøgt efter procedureforskrift på Skejby Sygehus og behandlet og godkendt af professor Niels Ulbjerg, afd. Y.

4.3 Forældres betalingsvilje for og omkostninger ved et jordemoderbesøg 2-3 dage efter fødslen

Undersøgelsens design.

Omkostningsanalysen udføres som en begrænset Cost Benefit Analyse (CBA). Interventionsomkostningerne for henholdsvis PKU-prøve foretaget på Skejby Sygehus og et jordemoderbesøg på 2.-3. dagen efter fødslen som også indeholder PKU-prøve, holdes op imod forældrenes betalingsvilje.

Det er beskrevet at en CBA er mest hensigtsmæssig at udføre når udgifterne hverken er minimale eller ekstremt høje. [28] Der indgår ikke dyrt udstyr til en PKU-prøve, blot en lancet eller to. Tidsforbruget til et jordemoderbesøg antages maksimalt at vare 1 time. Det er derfor ikke en dyr intervention, men heller ikke en ubetydelig økonomisk udgift.

Målpopulation og studiepopulation.

Oplysninger om forældrenes betalingsvilje er indhentet ved hjælp af spørgeskemaet. Målpopulationen og studiepopulationen er den samme som ovenfor.

Datakilder og dataindhold

Oplysninger om omkostninger for henholdsvis PKU-prøve på sygehuset og jordemoderbesøg inklusiv PKU-prøve er indhentet som det fremgår af tabel 3.

Table 3. Oversigt over elementer, som kunne indgå, og som indgår i den begrænsede CBA. Markeret med kursiv er de elementer, som indgår.

Interventionsomkostninger:	Datakilder:
<i>materialer til PKU-prøve</i>	<i>Klinisk biokemisk afd, Skejby Sgh.</i>
<i>løn, bioanalytiker / jordemoder</i>	<i>Klinisk biokemisk afd / Jordemoderforeningen</i>
<i>transport, jordemoder</i>	<i>Taxaårhus.dk, krak.dk, tax.dk</i>
Besparelser på sygehuset:	
<i>PKU-prøve på sygehuset</i>	
<i>telefonkonsultationer</i>	<i>Takster.sst.dk</i>
færre genindlæggelser af nyfødte pga gulsot og dehydrering	
færre mødre med fødselsdepression	
rengøring af klinikrum, venteværelse, toiletter	
vand, varme, (generelle driftsomkostninger)	
slid på bygninger.	
Besparelser i primærsektoren:	
færre tidlige besøg for sundhedsplejersker.	
Besparelser for forældrene:	
<i>transport til sygehuset for at få foretaget PKU-prøve, inkl. Parkering</i>	<i>Betalingsviljeundersøgelsen</i>
<i>ventetid i forbindelse med prøven</i>	
<i>pasning af større børn.</i>	
Benefits:	
<i>større tilfredshed</i>	
<i>hurtigere støtte og vejledning efter fødslen</i>	
<i>vejledning i forbindelse med amning</i>	

Beregninger og analyse

Beregninger for omkostningerne for PKU-prøve på sygehuset og for jordemoderbesøget inklusiv PKU-prøve ses i bilag 4. Det antages at telefonkontakter til fødeafdelingen og til sundhedsplejerske kan spares hvis familien får et besøg 2-3 dage efter fødslen. Desuden antages det, at jordemoderbesøget inklusiv transport vil vare en time. Der udregnes både en pris hvor transport for jordemoderen foregår med taxa, og en pris hvis jordemoderen kører i egen bil.

Forældrenes hypotetiske betalingsvilje opgøres som et gennemsnit af henholdsvis alle afgivne svar, dels inklusiv dem som har svaret 0 kroner, og dels uden dem som har svaret 0 kroner.

Forældres betalingsvilje analyseres som den afhængige variabel og ved Fisher's exact test vurderes sammenhængen med tilfredshed, telefonkontakter og de socio-demografiske karakteristika. Ved et signifikansniveau på 90 % og 95 % laves yderligere en logistisk regression for at vurdere odds ratioen for sammenhængen.

5. Resultater

5.1 Praksis for tidlig hjemsendelse af flergangsfødende på danske fødeafdelinger

13 ud 25 fødesteder i Danmark svarede på det udsendte spørgeskema vedrørende implementering i praksis af Sundhedsstyrelsens anbefalinger og tilbud til flergangsfødende som udskrives inden for 6 timer efter fødslen.

I tabel 4 ses resultatet af praksisundersøgelsen. Fødestederne er listet i rækkefølge efter antal fødsler.

Tabel 4. Oversigt over praksis på 13 fødesteder i Danmark. Besvaret april-maj 2011.¹

Fødested ²	Region	Fødsler 1.1. til 31.3.2011	Antal fødestuer	Antal og andel udskrevet in- denfor 6 timer		Rutinemæssig tidlig udskrivelse af flergangsfødende	Timer på fødestuen inden udskrivelse	Telefonopkald fra fødestedet efter tidlig udskrivelse	Tilbud om barsels- samtale	Tilbud om barsels- besøg	PKU-prøve ved jordemo- der	Hørescreening ved jordemo- der
Rigshosp.	H.stad	1417	13	319	23 %	Ja	4-6	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Herlev	H.stad	1178	10	363	30 %	Ja	3-6	Ja	Nej	Nej	Ja	ja
Skejby	Midt	1147	8 + 4	250	22 %	Ja	4	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Odense	Syd	866	10	÷ svar		Ja	2-6	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Aalborg	Nord	850	12	212	25 %	Ja	4	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Herning	Midt	485	6	105	22 %	Ja	2-6	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Esbjerg	Syd	462	5	137	30 %	Ja	4-6	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Viborg	Midt	440	6 + 4	81	18 %	Ja	2-4	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Holbæk	Sj.land	436	4	24	5 %	Nej	4-6	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Horsens	Midt	401	5	160	40 %	Ja	2-6	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja ³
Hjørring	Nord	318	5	77	24 %	Ja	2-4	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Bornholm	H.stad	53	2	2	4 %	Nej	4-6	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Roskilde	Sj.land	÷ svar	7	60	÷ svar	Nej	—	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej

1. Det udsendte spørgeskema findes som bilag 1.

2. Fødeafdelinger der ikke har svaret: Kolding, Randers, Thy-Mors, Sønderborg, Næstved, Hvidovre, Hillerød. Resterende fødesteder hører under en større fødeafdeling: Svendborg, Samsø, Silkeborg, Holstebro, Nykøbing F.

3. Screeningen udføres enten af jordemoder eller social- og sundhedsassistent.

Som det ses i tabellen repræsenterer de deltagende fødesteder alle 5 regioner med hhv. 2, 3 og 4 fødesteder.

Overvejende tilbyder fødestederne ikke familien en overnatning efter fødslen. Kun 3 fødeafdelinger har ikke tvungen tidlig hjemsendelse af flergangsfødende: Bornholm, Roskilde og Holbæk. De resterende fødesteder har dog svaret at de har mulighed for at fravige proceduren og tilbyde indlæggelse i stille perioder uden så mange indlagte på fødeafdelingen, ved aften/nat eller dårligt vejr.

Mellem 4 % og 40 % bliver udskrevet inden for 6 timer efter fødslen, flest i Horsens og færrest på Bornholm. På specialafdelingerne Skejby, Rigshospitalet og Ålborg udskrives mellem 22 % og 25 % tidligt.

5 fødeafdelinger udskriver mor og barn allerede fra barnet er mellem 2 timer gammelt. Alle fødeafdelinger som rutinemæssigt udskriver mor og barn tidligt, gør det senest når barnet er 6 timer gammelt. Alle familier ringes op dagen efter fra fødeafdelingen, på nær fra fødeafdelingen på Skejby. 7 ud af 13 fødesteder tilbyder familien en samtale om fødselsforløbet. Kun på Bornholm får familien et barselsbesøg af en jordemoder. På 9 fødesteder foretager jordemoderen PKU-prøven og har således mulighed for at svare på evt. spørgsmål fra familien.

5.2 Forældres oplevelse af tilfredshed med hjælp og tilbud efter fødslen

Under resultaterne af tværsnitsundersøgelsen af forældrenes oplevelser af tilfredshed beskrives først indhold i datamaterialet, i tabel 5 og 7. I tabel 6 ses en sammenligning af studiepopulationen og målpopulationen på enkelte parametre: alder, oprindelsesland, fuldført uddannelse og husstandsindkomst. Dernæst analyseres sammenhængen mellem andel af tilfredshed og forbrug af telefonkontakter, og de uafhængige variable.

Tabel 5. Oversigt over socio-demografiske variable.¹

Variabel	Antal	Proportion
Moders alder	104	
Gennemsnit: 33 år Yngst: 24 år	standard deviation: 3 år ældst: 41 år	
Moders skoleuddannelse	104	
7 år højest	0	0 %
8-9 år	2	2 %
10-11 år	5	5 %
Stx, el. tilsvarende	97	93 %
Moders erhvervsuddannelse	104	
Fuldført	91	88 %
I gang med uddannelse	2	2 %
Ingen uddannelse	11	11 %
Moders oprindelsesland	105	
Danmark	96	92 %
Uden for Danmark	9	9 %
Familiens husstandsindkomst	103	
Under 100.000	2	2 %
100.000-300.000	11	11 %
300.000-500.000	24	23 %
500.000-700.000	25	24 %
Over 700.000	41	40 %
Paritet	100	
2 børn	73	73 %
3 børn	22	22 %
4 børn	4	4 %
6 børn	1	1 %

1. Datamateriale fra spørgeskemaundersøgelsen og fra fødejournalen.

95 % af mødrene var mellem 30 og 36 år, 93 % havde fuldført gymnasiet eller tilsvarende og 88 % havde fuldført en erhvervsuddannelse. 92 % af mødrene var født i Danmark og 40 % havde en husstandsindkomst over 700.000 og 13 % under 300.000.

Tabel 6. Oversigt over studiepopulationen og målpopulationen (Region Midt)

Socio-demografiske karakteristika	Andel i undersøgelsen		Region Midt 2010
	(CI 95 %)		Kvinder i aldersgruppen 20-44 år
Aldersgennemsnit	33 år		30 år for førstegangsfødende ¹
Født i Danmark	91 %	(85 % ; 96 %)	87 %
Født i udlandet	9 %	(3 % ; 15 %)	13 %
Fuldført erhvervsuddannelse	88 %	(80 % ; 93 %)	78 % ²
Husstandsindkomst	64 % har over 500.000 kr. i husstandsindkomst.		Familier med børn, gns (2009): 682.483 kr.

Kilde til oplysninger for Region Midt: www.statistikbanken.dk / Statistisk årbog 2011. www.dst.dk

1. Her findes kun oplysninger for alder ved første barn.

2. Opgjort for 30-39 årige. Oplyses kun i 10-års intervaller.

Umiddelbart kan studiepopulationen sammenlignes med målpopulationen. Aldersgennemsnittet ser ud til at tilsvare målpopulationens, hvis man får andet barn et par år efter det første (73 % af studiepopulationen havde fået deres andet barn). For oprindelsesland er der en tendens til at lidt flere i studiepopulationen er født i Danmark, men dette resultat er ikke signifikant. Andelen som har fuldført en erhvervsuddannelse, er lidt højere i studiepopulationen end i målpopulationen, mellem 2 % til 15 % højere.

Tabel 7. Oversigt over bristninger, varighed af indlæggelse og telefonkonsultationer.

Variabel	Antal	Proportion
Bristninger i forbindelse med fødslen	101	
Ingen	41	41 %
Grad 1	28	28 %
Grad 2	30	30 %
Episiotomi	2	2 %
Varighed af hele indlæggelsesforløbet i forbindelse med fødslen	76 – 25 ikke registreret	
Under 4,5 timer	19	25 %
Mellem 4,5-8,5 timer	39	51 %
Over 8,5 timer	18	24 %
Gennemsnit: 6,9 timer	Standard deviation: 2,7 t.	min: 3,0 t. max: 14,4 t.
Varighed af indlæggelse efter fødslen	76 – 25 ikke registreret	
2-4 timer	58	76 %
4-6 timer	16	21 %
Over 6 timer	2	3 %
Gennemsnit: 3,9 timer	Standard deviation: 1,1 t.	min: 2,0 t. max: 7,5 t.
Telefonkontakt til fødeafdelingen efter udskrivelse	105	
Ingen	77	73 %
Én gang	21	20 %
Flere gange	7	7 %
Telefonkontakt til sundhedsplejersken efter udskrivelse	105	
Ingen	80	76 %
Én gang	13	12 %
Flere gange	12	11 %
Besøg af sundhedsplejersken, antal dage efter fødslen	90 – 15 ikke svaret	
1-3		8 %
4-5		20 %
6-7		42 %
8-9		11 %
10-16		19 %
Gennemsnit: 7,3 dage	Standard deviation: 3 dage	Mellem 1 dag og 16 dage

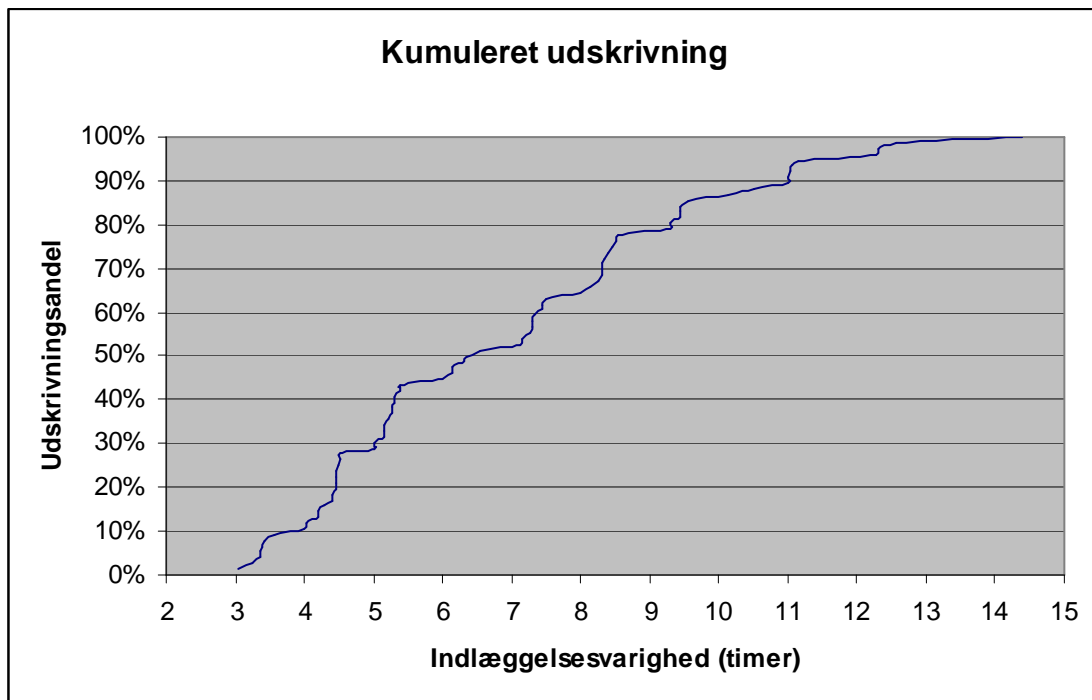
Datamateriale fra spørgeskemaundersøgelsen og fødejournalen.

I tabel 7 ses at over halvdelen af de fødende fik en bristning i forbindelse med fødslen, og 2 kvinder fik en episiotomi. Indlæggelsesvarigheden for hele fødselsforløbet var i gennemsnit knap 7 timer. 76 % blev udskrevet da barnet var højst 4 timer gammelt. 27 % havde behov for at ringe til fødeafdelingen efter udskrivelse, og 24 % ringede til sundhedsplejersken. Henholdsvis 7 % og 11 % havde behov for at ringe flere gange.

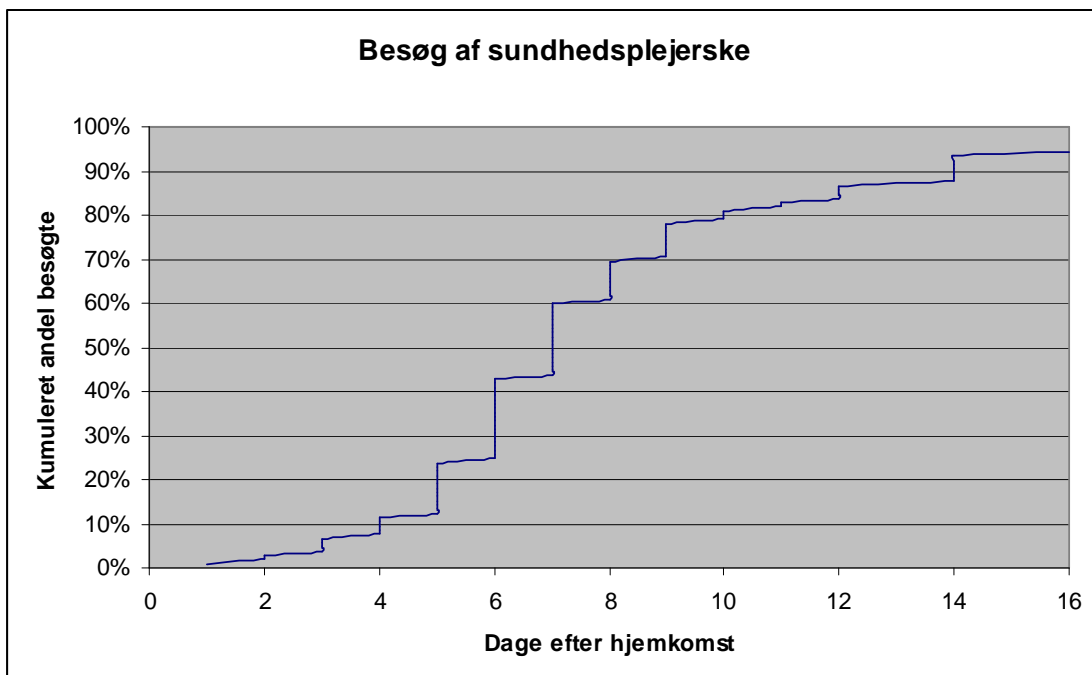
Familierne fik i gennemsnit besøg af sundhedsplejersken godt en uge efter fødslen. 28 % havde fået besøg inden for 5 dage og knap 70 % inden for 7 dage. Knap hver 10. fik dog først besøg efter 14 dage.

Figur 1 og 2 illustrerer indlæggelsesvarigheden i forbindelse med fødselsforløbet, og hvor mange dage efter fødslen familien fik besøg af sundhedsplejersken.

Figur 1. Andel af flergangsfødendes indlæggelsesvarighed i forbindelse med hele fødselsforløbet.

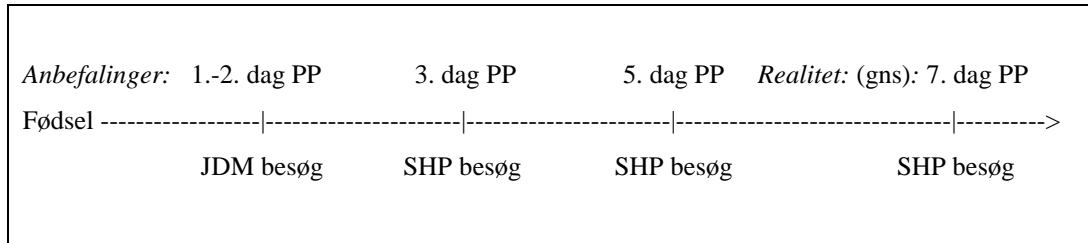


Figur 2. Andel af flergangsfødendes besøg af sundhedsplejerske. Opgjort i dage efter udskrivelse.



Af figur 3 fremgår det at der er stor forskel mellem anbefalingerne og hvornår familierne rent faktisk får besøg. I praksis får de fleste familier kun ét besøg i ugen efter fødslen.

Figur 3. Anbefalede besøg til familier som udskrives tidligt og resultat fra undersøgelsen.



Herudover anbefaler Sundhedsstyrelsen et jordemoderbesøg aftalt ud fra forældrenes behov.

I følgende tabel 8, 9 og 10 undersøges hvorvidt der er signifikant forskel i andelen af tilfredshed og forbrug af telefonkontakter blandt sub-grupperne. Der er benyttet Fisher's exact test.

Resultaterne er afrundet til nærmeste hele %. Resultater der er signifikante på hhv. 90 % og 95 % sikkerhedsniveau, er markeret. De variable, som har vist sig at være signifikant forskellige imellem grupperne på et 90 % og 95 % sikkerhedsniveau, er yderligere analyseret ved logistisk regression.

Tabel 8. Sammenhæng mellem de uafhængige socio-demografiske variable og de afhængige variable.

Uafhængige variable	Andel som er tilfreds med den tilbudte hjælp			Andel telefonkontakter	
	Hjælp på sygehuset	Hjælp fra sygehuset	Hjælp til amning	Telefonkontakt fødeafdeling	Telefonkontakt sundhedsplejerske
Moders alder	Ikke sign.	p = 0,078	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.
24-29	100 %	83 %	83 %	58 %	30 %
30-34	96 %	93 %	75 %	22 %	24 %
35-41	91 %	76 %	77 %	26 %	24 %
Moders skoleuddannelse	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.
8-9 år	100 %	100 %	60 %	64 %	20 %
10-11 år	100 %	100 %	50 %	50 %	50 %
STX eller tilsvarende	95 %	85 %	80 %	27 %	23 %
Moders erhvervsuddannelse	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.
Fuldført	95 %	86 %	78 %	27 %	22 %
I gang	100 %	100 %	100 %	50 %	50 %
Ingen erhvervsudd.	100 %	90 %	89 %	27 %	27 %
Etnicitet	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.
Født i DK	95 %	87 %	78 %	28 %	23 %
Født udenfor DK	100 %	78 %	89 %	1 %	33 %
Husstandsindkomst	Ikke sign.	Ikke sign.	p = 0,043	Ikke sign.	Ikke sign.
Op til 500.000	95 %	84 %	72 %	27 %	27 %
500.000-700.000	92 %	83 %	50 %	32 %	24 %
Over 700.000	98 %	90 %	90 %	24 %	22 %
Paritet	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.	p = 0,027	Ikke sign.
2 børn	95 %	83 %	75 %	33 %	27 %
3 eller flere børn	96 %	93 %	92 %	8 %	19 %

Fisher's exact test.

I tabel 8 ses det at tilfredshed med hjælpen og støtten efter fødslen og behov for yderligere vejledning i form af telefonkonsultation ikke er afhængig af moderens uddannelsesniveau, eller hvorvidt hun er født i Danmark. For alder, opdelt i tre grupper, ses en tendens til at tilfredshed med tilbud efter udskrivelse er højest for dem i alderen 30-34 år. De lidt yngre og lidt ældre er mindre tilfredse.

Halvdelen af dem som tjente mellem 500.000 og 700.000 kr. svarede, at de ikke fik den hjælp til amning de havde behov for.

Det er kun i forhold til telefonkonsultationer at der er en forskel mellem dem som har fået deres andet barn, og dem som har 3 eller flere børn. Dem som har fået deres andet barn ringer oftere, enten til fødeafdelingen eller sundhedsplejersken. Der er en generel tendens til at forældrene finder hjælpen

og støtten ydet på sygehuset mere tilfredsstillende end den hjælp og støtte de bliver tilbudt efter udskrivelse. Lavest er tilfredshed med hjælpen i forbindelse med amning.

Tabel 9. Sammenhæng mellem bristninger og indlæggelsesvarighed og de afhængige variable.

Uafhængige variable	Andel som er tilfreds med den tilbudte hjælp			Andel telefonkontakter	
	Hjælp på sygehuset	Hjælp fra sygehuset	Hjælp til amning	Telefonkontakt fødeafdeling	Telefonkontakt sundhedsplejerske
Bristning	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.	p = 0,028	Ikke sign.
Ingen	100 %	95 %	80 %	24 %	22 %
Grad 1	89 %	82 %	79 %	25 %	32 %
Grad 2	93 %	77 %	73 %	30 %	23 %
Episiotomi	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %
Bristning	p = 0,079	p = 0,039	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.
Nej	100 %	95 %	80 %	24 %	22 %
Ja	92 %	81 %	22 %	28 %	25 %
Varighed af indlæggelse	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.
Under 4,5 timer	89 %	79 %	84 %	32 %	26 %
M 4,5-8,5 timer	100 %	79 %	79 %	28 %	20 %
Over 8,5 timer	94 %	94 %	82 %	0 %	22 %
Indlagt PP	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.	Ikke sign.
2-4 timer	97 %	84 %	84 %	28 %	22 %
4-6 timer	100 %	75 %	75 %	31 %	25 %
Over 6 timer	50 %	100 %	50 %	50 %	0 %

Fisher's exact test.

I tabel 9 ses, at der var flere som var tilfredse med hjælpen på sygehuset og tilbuddet efter udskrivelse blandt dem som ikke bristede i forbindelse med fødslen. Dette var gældende når variabelen dikotomiseres. Således var forskellen ikke signifikant når variabelen blev delt op i graden af bristninger. Der var to mødre som fik foretaget en episiotomi i forbindelse med fødslen, og de var begge tilfredse med den tilbudte hjælp og støtte. De ringede begge efter udskrivelsen til fødeafdelingen, men ikke til sundhedsplejersken.

Hverken varighed af hele indlæggelsen i forbindelse med fødslen eller varigheden af indlæggelsen efter fødslen ser ud til at have nogen sammenhæng med tilfredsheden og behov for yderligere vejledning.

Tabel 10. Sammenhæng mellem tilfredshed og besøg af sundhedsplejersken hhv. før og efter 5 og 7 dage efter fødslen.

Uafhængige variable	Andel som er tilfreds med den tilbudte hjælp			Andel telefonkontakter	
	Hjælp på sygehuset	Hjælp fra sygehuset	Hjælp til amning	Telefonkontakt fødeafdeling	Telefonkontakt sundhedsplejerske
SHP besøg <=> 7 dage PP	Ikke sign.	Ikke sign.	p = 0,031	Ikke sign.	Ikke sign.
Besøg <=7. dag	94 %	89 %	71 %	29 %	22 %
Besøg >8. dag	96 %	85 %	92 %	22 %	30 %
SHP besøg <= 5 eller > 5 dage PP	p = 0,020	Ikke sign.	p = 0,018	p = 0,060	p = 0,031
<= 5 dage PP	84 %	88 %	43 %	40 %	32 %
> 5 dage PP	98 %	88 %	84 %	22 %	22 %

Fisher's exact test.

I ovenstående tabel ses, at for familier som har fået besøg efter 5 dage, er der større tilfredshed med hjælpen på sygehuset og hjælp til amning og lavere forbrug af telefonkonsultationer end for familier som har fået besøg inden for 5 dage. Samme sammenhæng er kun gældende for tilfredshed med den ydede hjælp til amning, når der undersøges for besøg hhv. inden for og efter 7 dage efter fødslen.

I tabel 11 vises resultaterne af de logistiske regressionsanalyser foretaget af de forskelle der i tabel 8, 9 og 10 viste sig at være signifikante på hhv. 90 % og 95 % sikkerhedsniveau.

Tabel 11. Logistisk regressionsanalyse

Uafhængig variabel	Afhængig variabel	CI 95 %	p-værdi
	Odds Ratio		
Tilfreds med hjælp på sygehuset			
<i>Sundhedsplejerskebesøg:</i>			
Inden for 5 dage PP	reference		
Efter 5 dage	12,1	(1,3;115,2)	p= 0,029
Tilfreds med hjælp efter udskrivelse			
<i>Mors alder:</i>			
24-29 år	reference		
30-34 år	2,5	(0,4;15,6)	p = 0,33
35-41 år	0,65	(0,12;3,6)	p = 0,62
<i>Bristninger:</i>			
Ingen	reference		
Alle grader af bristning	0,21	(0,04;0,998)	p= 0,05
Tilfreds med hjælp til amning			
<i>Husstandsindkomst:</i>			
under 500.000 kr	reference		
500.000-700.000	0,8	(0,3;2,4)	p= 0,646
over 700.000 kr.	3,6	(1,0;12,6)	p= 0,049
<i>Sundhedsplejerskebesøg:</i>			
Inden for 5 dage PP	reference		
Efter 5 dage	3,6	(1,2;10,1)	p= 0,018
<i>Sundhedsplejerskebesøg:</i>			
Inden for 7 dage PP	reference		
Efter 7 dage	4,6	(0,98;21,6)	p= 0,053
Telefonkonsultation fødeafdelingen			
<i>Paritet:</i>			
2 børn	reference		
3 børn el. flere	0,3	(0,07;0,9)	p = 0,039
<i>Bristninger:</i>			
Ingen	reference		
Grad 1	1,0	(0,3;3,1)	p = 0,95
Grad 2	1,3	(0,5;3,8)	p = 0,6
<i>Sundhedsplejerskebesøg:</i>			
Inden for 5 dage PP	reference		
Efter 5 dage	0,4	(0,2;1,1)	p= 0,08
Telefonkonsultation sundhedsplejersken			
<i>Sundhedsplejerskebesøg:</i>			
Inden for 5 dage PP	reference		
Efter 5 dage	0,6	(0,2;1,69)	p = 0,3

For familier som havde fået besøg af sundhedsplejersken senere end 5 dage efter fødslen, er der 12 gange større sandsynlighed for at være tilfreds med hjælpen modtaget på sygehuset.

Samme tendens er gældende for at have oplevet at få den hjælp til amning som familien havde brug for. Her var sandsynligheden for at være tilfreds, hvis familien havde fået besøg senere end 5. dagen efter fødslen 3,5 gange større. For familier der havde fået besøg efter 5 dage, var der 60 % færre der ringede til fødeafdelingen.

Der var ingen sammenhæng mellem hvor mange dage efter fødslen sundhedsplejersken havde været på besøg, og hvorvidt familien havde behov for at ringe til sundhedsplejersken. Der var ingen forskel på om respondenterne havde fået besøg eller ikke havde fået besøg inden de svarede på spørgeskemaet.

Analysen af bristninger viste at der er en nedsat sandsynlighed for at være tilfreds med den hjælp sygehuset har tilbudt efter udskrivelse, hvis kvinden har fået en bristning, når der ikke er graderet efter graden af bristningen.

Analysen viste ligeledes ingen forskel imellem aldersgrupperne og tilfredshed med hjælpen ydet af sygehuset efter udskrivelse.

For familier som havde en husstandsindkomst over 700.000 kr. var der en 3,6 gange højere sandsynlighed for at have modtaget den hjælp de havde behov for i forbindelse med amning, i forhold til dem som tjener under 500.000 kr. For familier som tjente mellem 500.000 og 700.000 kr., var der en tendens til at lidt flere ikke var tilfredse med den hjælp de havde modtaget i forbindelse med amning.

Der var en højere sandsynlighed for, at familier som havde fået deres andet barn, oftere havde behov for at ringe til fødeafdelingen efter udskrivelse, end familier med 3 eller flere børn.

Vedrørende den opdelte analyse på graden af bristninger viste den ingen sammenhæng med telefonkontakt til fødeafdelingen, men dog var der en tendens til at kvinder der havde fået en grad II bristning, oftere ringede til fødeafdelingen. De to som fik en episiotomi, ringede begge til fødeafdelingen.

5.2.1 Forældres præferencer for barselsbesøg af jordemoder

Forældrenes svar på det åbne spørgsmål om hvilket indhold de syntes var vigtigst ved et jordemoderbesøg 2-3 dage efter fødslen, er opstillet i tabel 12. Tabellen er opdelt i hovedtemaer med antal svar der har indeholdt det pågældende emne. Herefter er der undertemaer med yderligere svar som forældrene har skrevet.

Tabel 12. Forældrenes svar på åbent spørgsmål om hvilket indhold de fandt vigtigst ved et jordemoderbesøg.

Hovedtema Antal tilkendegivelser	Undertemaer
<i>Amning</i> 46 tilkendegivelser	
<i>Barnets trivsel og velbefindende</i> 35 tilkendegivelser	Om det nyfødte barn. Gulstot Søvnrytmer. Søvn. Pleje af ens nyfødte barn. Kontrol- vejning Flaske
<i>Samtale om fødselsforløb</i> 28 tilkendegivelser	Fødselsforløbet hvis der har været komplikationer. Eventuelle fødselskomplikationer eller dårlig oplevelse
<i>Mors trivsel og velbefindende</i> 21 tilkendegivelser	Hvordan mor har det. Tjek af brystninger. Blødning efter fødslen. Efterveer. Psykiske og hor- monelle reaktioner. Generel information om efterfødsel.
<i>Familiens trivsel</i> 12 tilkendegivelser	Forældres trivsel. Moderens og faderens velbefindende. Mors og fars og søskendes følelser og bekymringer. Søskendes reaktioner. Kommunikation med sin partner i forbindelse med søvn, overskud. Parforhold.
<i>PKU prøve</i> 9 tilkendegivelser	Hørescreening måtte gerne være en del af tilbuddet.
<i>Det individuelle behov</i> 8 tilkendegivelser	
<i>Skabe tryghed</i> 3 tilkendegivelser	Generel snak om hvordan det går. De fremtidige skridt.
<i>Praktiske informationer</i> 1 tilkendegivelse	
<i>Hygiejne</i> 1 tilkendegivelse	

81 familier beskrev hvilket indhold de fandt vigtigst ved et barselsbesøg af jordemoder 2-3 dage efter fødslen. 22 svarede ikke, og 4 svarede at behovet var dækket af sundhedsplejersken.

Det allervigtigste indhold var for forældrene amning. Dernæst kom emner omkring barnets trivsel, og det tredjevigtigste emne for forældrene var samtale med jordemoderen om fødslen. Foruden emner omkring moderens fysiologiske restitution efter fødslen var emner om familiens trivsel og moderens og faderens psykiske tilstand og ressourcer også vigtige. 8 familier understregede at besøget skulle handle om familiens individuelle behov, og to familier syntes at hørescreening af barnet skulle varetages ved jordemoderbesøget.

Forældrenes præferencer harmonerer med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for indholdet af det sundhedsfaglige tilbud til familien i dagene efter fødslen. Således understreges det i anbefalingerne at den sundhedsfaglige omsorg skal tage udgangspunkt i den enkelte families ressourcer og behov. Det

havde 8 direkte skrevet, mens det også var udtrykt som ”hvordan mor har det”, ”generel snak om hvordan det går” og ”mors og fars og søskendes følelser og bekymringer”.

I anbefalingerne er det beskrevet at der især skal være fokus på amningen, herunder moderens og faderens oplevelse af og viden omkring amning. 46 familier svarede kort og godt ”amning”. Amning er således også det vigtigste emne for forældrene.

Ifølge anbefalingerne skal barnet vurderes med henblik på ernæring og generel trivsel og sundhedstilstand. 35 familier havde svaret at barnets trivsel og velbefindende var vigtigt. Nogle svar som beskrev det lidt nærmere, var ”gulsot”, ”søvnrytmer”, ”kontrolvejning”.

Endvidere beskrives det i anbefalingerne at moderen skal observeres mht. blødning, behov for smertelindring, efterveer, suturering og eventuel udvikling af brystbetændelse. 21 familier har svaret mors trivsel og velbefindende herunder for eksempel: ”tjek af brystninger”, ”blødning efter fødslen” og ”efterveer”.

Da op mod halvdelen af alle mødre oplever psykiske forandringer understreges det i anbefalingerne, at det er vigtigt at vurdere moderens psykiske tilstand og ressourcer. Eksempler på svar som beskriver at familien har behov for at få taget hånd om deres følelsesmæssige reaktioner efter fødslen og familieførøgelsen: ”psykiske og hormonelle reaktioner”, ”mors og fars og søskendes følelser og bekymringer”, ”kommunikation med sin partner i forbindelse med søvn, overskud” og ”parforhold”.

5.3 Forældres betalingsvilje for, og omkostninger ved et jordemoderbesøg 2-3 dage efter fødslen

Forældrenes betalingsvilje

Der var 81 som besvarede spørgsmålet om betalingsvilje. 24 svarede ikke. Af de 81 havde 55 familier en betalingsvilje på mellem 40 og 3000 kroner. 26 familier svarede at de ville betale 0 kroner for et jordemoderbesøg 2-3 dage efter fødslen.

Tabel 13. Betalingsvilje relateret til, om forældrene synes besøget skulle være gratis, eller de ikke har behov for et besøg.

		Besøget skulle være gratis	Har ikke behov for besøg
Positiv betalingsvilje	(55) ¹	76 %	22 %
Negativ betalingsvilje	(26) ²	42 %	54 %
Betalingsvilje uoplyst	(24)	45 %	45 %

1+2 = Samlet antal besvarelser om betalingsvilje

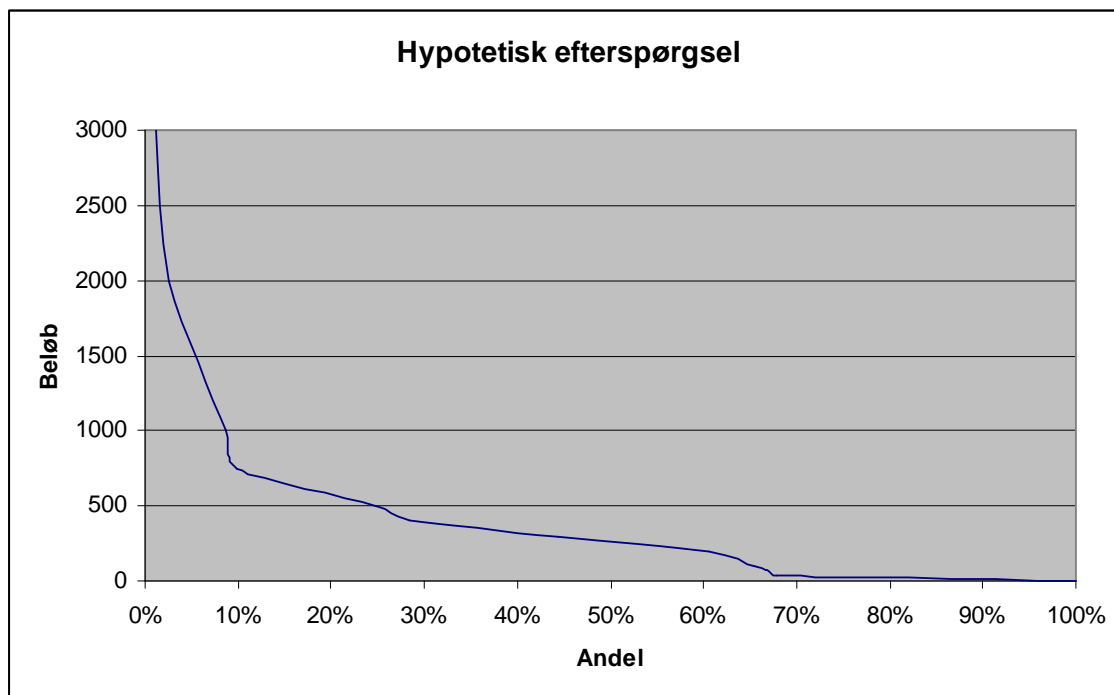
Tabel 14. Oversigt over forældrenes svar på hvor meget de ville betale for et jordemoderbesøg 2-3 dage efter fødslen, inklusiv PKU-prøve.

Beløb	Antal	Kumuleret ¹ antal	Kumuleret ¹ andel
0	26	81	100 %
40	1	55	68 %
70	1	54	67 %
100	4	53	65 %
200	13	49	60 %
300	13	36	44 %
400	3	23	28 %
500	12	20	25 %
750	1	8	10 %
1.000	5	7	9 %
2.000	1	2	2 %
3.000	1	1	1 %

1. Antal/andel personer, der var villige til at betale *mindst* det i første kolonne anførte beløb.

I tabel 14 ses det at 65 % af alle familier er villige til at betale 100 kr. eller mere, medens 25 % vil betale 500 kr. eller mere.

I figur 4 illustreres forældrenes betalingsvilje ved hjælp af en hypotetisk efterspørgselskurve.

Figur 4. Forældrenes hypotetiske efterspørgsel for et jordemoderbesøg 2-3 dage efter fødslen, inklusiv PKU-prøve på barnet

Resultat af betalingsviljeundersøgelsen:

Gennemsnit, hvis 0 kroner svar medregnes:	308 kr.	SD: 448 kr.
Gennemsnit, hvor 0 kroner svar ikke medregnes:	454 kr.	SD: 480 kr.
Gennemsnit, hvor 0 kroner svar, som svarede ikke at have behov, medregnes:	362 kr.	SD: 466 kr.

Tablet 15. Sammenhæng mellem forældrenes betalingsvilje og deres tilfredshed og telefonkontakter.*

Variabel	Positiv betalingsvilje	Signifikansniveau
Tilfreds med hjælpen på sygehuset	66 %	Ikke signifikant
Ikke tilfreds med hjælpen på sygehuset	100 %	
Tilfreds med hjælpen efter udskrivelse	66 %	Ikke signifikant
Ikke tilfreds med hjælpen efter udskrivelse	73 %	
Tilfreds med hjælpen til amning	61 %	p = 0.005
Ikke tilfreds med hjælpen til amning	94 %	
Ikke ringet til fødeafdeling	70 %	Ikke signifikant
Ringet en gang til fødeafdeling	61 %	
Ringet flere gange til fødeafdeling	71 %	
Ikke ringet til sundhedsplejersken	64 %	Ikke signifikant
Ringet en gang til sundhedsplejersken	78 %	
Ringet flere gange til sundhedsplejersken	80 %	

*Fisher's exact test

I forhold til tilfredshed var der kun signifikant forskel i betalingsviljen for dem som var hhv. tilfredse og ikke tilfredse med den hjælp de fik i forbindelse med amning. For alle tre tilfredshedsspørgsmål var der flest med en positiv betalingsvilje blandt dem som ikke var tilfredse med den hjælp og støtte de var blevet tilbudt.

For familier som ikke har oplevet at have fået den hjælp til amning de havde behov for, var der 11 gange større sandsynlighed for at have en positiv betalingsvilje for et jordemoderbesøg.

OR: 11,03 (CI 95 %: 1,4; 88,4) p = 0,024

Der var ingen forskel i betalingsvilje i forhold til, om forældrene havde ringet til fødeafdelingen eller til sundhedsplejersken efter udskrivelsen.

Tabel 16. Sammenhæng mellem forældrenes betalingsvilje og familiens husstandsindkomst.

Variabel	Andel med positiv betalingsvilje
Husstandsindkomst	Ikke signifikant
Under 100.000	100 %
100.000-300.000	67 %
300.000-500.000	69 %
500.000-700.000	80 %
Over 700.000	59 %

Fisher's exact test.

Der ses en tendens til at betalingsviljen er lavest for familier som har en husstandsindkomst over 700.000 om året. Familier med en husstandsindkomst på mellem 500.000 og 700.000 var den gruppe hvor flest havde en positiv betalingsvilje.

De familier som har en betalingsvilje på hhv. 2000 kr. og 3000 kr., har begge en husstandsindkomst på mellem 500.000 og 700.000 om året. De to familier som havde en husstandsindkomst under 100.000 kr., svarede hhv. 200 kr. og 300 kr.

Der var 24 familier som ikke svarede på spørgsmålet om betalingsvilje. De var karakteriseret ved at have en lavere husstandsindkomst ($p=0,041$) og ikke at have en erhvervsuddannelse ($p=0,078$), i forhold til dem som svarede. Der var en tendens til at lidt færre som ikke var født i Danmark, ikke svarede. Der var ingen forskel for familier med hhv. 2 og flere børn, i forhold til at svare på betalingsviljespørgsmålet.

Omkostningsberegning

Tabel 17. Beregning af omkostninger for et jordemoderbesøg inklusiv PKU-prøve, og PKU-prøve foretaget på sygehuset. Udregning findes i bilag 4.

	Minimumspris	Maksimumspris
<i>Interventionsomkostninger:</i>		
Løn, transport, utensiler	292,50 kr.	599,50 kr.
<i>Besparelser:</i>		
Telefonkonsultationer	116 kr.	116 kr.
PKU prøve Sgh.		
Løn, utensiler	75 kr.	75 kr.
Nettoomkostning:	101,50 kr.	408,50 kr.
Nettoomkostning hvis 50 % telefonkonsultationer undgås:	159,50 kr.	466,50 kr.

Minimumsbeløbet for interventionsomkostninger bygger på at jordemoderen kører i egen bil, og at der er gratis parkeringsfaciliteter. Endvidere bygger begge udregninger på at besøget inklusiv transporttid

varer en time. Transporttid er udregnet for de 63 første respondenter til i gennemsnit 23 minutter pr. besøg.

Det maksimale beløb bliver forholdsmæssigt dyrere pga. taxakørsel. Ifølge sygehuset er taksterne til taxakørsel de samme for sygehuset som for private; det er således ikke muligt at opnå en rabat.

Der er udregnet to omkostningspriser, en hvor alle telefonkonsultationer undgås, og en pris hvis kun 50 % undgås.

6. Diskussion

Udviklingen i Danmark er gået mod kortere indlæggelse efter fødsel, uden at det ser ud til, der har været en faglig evaluering af de sundhedsmæssige aspekter. De udenlandske randomiserede studier viser, at det er sundhedsmæssigt forsvarligt og tilfredsstillende for forældrene at udskrive mor og barn tidligt.[8,9,10] Forholdene er dog meget anderledes end i Danmark. Studierne beskriver tidlig udskrivelse som inden for 24 timer og altid i forbindelse med hjemmebesøg i dagene efter fødslen. Studierne kan derfor ikke anvendes til en direkte sammenligning med danske forhold. På den anden side viser studierne at længere indlæggelse på sygehuset efter fødsel ikke er det eneste sikre, og heller ikke det mest tilfredsstillende for forældrene. Der er flere måder at organisere observation af mor og barn på og yde støtte og vejledning hensigtsmæssigt.

6.1 Praksis for tidlig hjemsendelse af flergangsfødende på danske fødeafdelinger

Sammenfatning af resultater

Ud fra tværsnitsundersøgelsen for implementering i praksis, hvor 13 fødesteder indgik, ses det at Sundhedsstyrelsens anbefalinger generelt ikke er implementerede. Kun på Bornholm tilbydes barselsbesøg efter fødslen.

Således er heller ikke det reducerede tilbud, som nu anbefales, implementeret på alle fødesteder. Et fødested ringer ikke forældrene op efter udskrivelse, og på 4 fødesteder er det ikke muligt for forældrene at få kontakt med en jordemoder i forbindelse med PKU-prøven.

Fødestederne, som rutinemæssigt udskriver flergangsfødende direkte fra fødeafdelingen, udskriver mor og barn senest 6 timer efter fødslen, heraf 5 fødesteder allerede fra barnet er 2 timer gammelt.

Resultaternes validitet

Selektion

Kun 13 ud af 25 fødesteder deltog i undersøgelsen. Der er dog en bred repræsentation af fødestederne, idet alle regioner er repræsenteret, med hhv. 2, 3 og 4 fødesteder. Endvidere indgår både store specialafdelinger og mindre fødesteder.

Statusrapporten bekræfter fundene fra praksisundersøgelsen vedrørende den store variation i tilbuddene. [23] Det bekræftes at alene på Skejby Sygehus ringes forældrene ikke op dagen efter fødslen.

Information

Generelt harmonerer svarene med konklusionerne i Sundhedsstyrelsens statusrapport. Heri konkluderedes det, at der er stor variation i graden af efterlevelsen af anbefalingerne for svangreomsorgen, og i hvorledes de enkelte tilbud er organiseret, både regionerne imellem og internt i den enkelte region.

[23]

Spørgsmålet vedrørende mulighed for at fravige procedurer og indlægge familien ved dårligt vejr og i stille perioder har alle fødesteder svaret bekræftende på. Der var ikke et yderligere opklarende

spørgsmål om, i hvilket omfang fødestederne benyttede denne mulighed. Omfanget af denne praksis kan derfor ikke vurderes.

8 fødesteder har tilbud om barselssamtale, men igen kunne et uddybende spørgsmål om omfanget have været informativt. I hvor høj grad forældre har denne mulighed er således ikke klarlagt. I statusrapporten beskrives at Region Hovedstaden gennemfører efterfødsels-samtaler med 20 % af alle fødende. [23] Ud af de 3 fødesteder fra Region Hovedstaden har 2 svaret at de tilbyder barselssamtaler.

Spørgsmålet om hvor mange jordemødre der var ansat på fødestedet, var ikke formuleret tilstrækkelig detaljeret. Det viste sig at mange jordemødre har andre opgaver på fødestedet end varetagelse af direkte fødehjælp. Dette spørgsmål blev derfor besvaret meget forskelligt, og enkelte undlod at besvare det.

Oplysning om normering til varetagelse af direkte fødselshjælp kunne være brugt til at sammenligning af fødestederne. En høj normering kan betyde at der er bedre tid til at yde hjælp og støtte til familierne.

Sammenligning af resultater med litteraturen

I sundhedsstyrelsens nationale strategi for kvalitetsudvikling fremhæves et krav om sammenlignelighed mellem sundhedsvæsenets forskellige institutioner og enheder målt i forhold til udvalgte kvalitetsparametre. [29]

De kvalitetsparametre som bruges til at måle kvalitet indenfor barselsområdet, er beskrevet af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. I den sygdomsspecifikke akkrediteringsstandard for barsel fremhæves at sundhedsstyrelsens anbefalinger for barsel skal følges. [30]

Det er således sundhedsstyrelsens retningslinier for barsel som udgør kvalitetsparametrene, og som kvaliteten og sammenligneligheden de enkelte sygehuse imellem skal måles på.

De specifikke indikatorer som er udvalgt, er andelen af nyfødte som har hud til hud kontakt efter fødslen, og andelen af nyfødte som får andet end modermælk under opholdet på føde- eller barselsenhed uden medicinsk indikation.

Så selv om det er de generelle anbefalinger for barselsomsorgen i Danmark som udgør kvalitetsparametrene, er det de specifikke indikatorer der er udvalgt til at måle kvaliteten. Disse indikatorer omhandler kun forhold under indlæggelse og ikke tilbud og ydelser efter udskrivelse.

Der foreligger derfor ingen akkrediterings- eller kvalitetsmål omhandlende barselsomsorg efter udskrivelse.

Når man sammenligner med Skandinavien, ser det i de svenske undersøgelser ud til, at udviklingen går som i Danmark, mod tidligere udskrivelse, men at familierne tilbydes hjemmebesøg af jordemødre.

I Norge er forholdene noget anderledes. Her udskrives 5 % af flergangsfødende inden for det første døgn og 38 % af flergangsfødende udskrives 3 døgn efter fødslen. Til gengæld er primærsektoren

ikke så opfølgende. Kun 57 % af alle fødende havde fået besøg fra helsestationen inden for 14 dage efter fødslen. [31]

6.2 Forældres oplevelse af tilfredshed med hjælp og tilbud fra sygehuset efter fødslen

Sammenfatning af resultater

Mødres oprindelsesland, uddannelsesniveau og indlæggelsesvarigheden i forbindelse med fødslen havde i undersøgelsen ingen sammenhæng med oplevelsen af tilfredshed med den hjælp og støtte familien oplevede i forbindelse med at blive udskrevet tidligt efter fødslen.

Generelt var der i undersøgelsen en højere tilfredshed med hjælpen på sygehuset end tilfredshed med den hjælp sygehuset tilbød efter udskrivelse. Mindst var tilfredsheden med hjælpen som familierne oplevede at få i forbindelse med amning.

Der var en tendens til at lidt flere i aldersgruppen 30-34 år var tilfredse med den hjælp sygehuset tilbød efter udskrivelse, og at i aldersgruppen 35-41 år var der færrest som var tilfredse.

Der var ingen forskel med hensyn til tilfredshed i forhold til om familien bestod af 2 eller flere børn.

Derimod var der en sammenhæng mellem forbrug af telefonkontakter til fødeafdelingen efter udskrivelse og paritet. Der var flere familier med 2 børn, som havde kontaktet fødeafdelingen efter fødslen, end familier med 3 eller flere børn.

Mødre som har oplevet en grad II bristning eller en episiotomi i forbindelse med fødslen, ringer oftere til fødeafdelingen efter udskrivelse. Mødre som har fået en grad I og en grad II bristning, har også en lavere grad af tilfredshed med hjælpen de er tilbudt efter udskrivelse.

Undersøgelsen viste, at blandt familier med den højeste husstandsindkomst over 700.000 kr. var der 3,6 gange flere som var tilfredse med hjælp og støtte i forbindelse med amning, end familier med en årlig husstandsindkomst under 500.000 kr. Lavest var andelen som var tilfredse, blandt familier som havde en husstandsindkomst mellem 500.000 og 700.000 kr. om året.

Blandt familier som fik besøg af sundhedsplejersken senere end 5 dage efter fødslen, var der 3,6 gange flere som var tilfredse med hjælpen i forbindelse med amning. Blandt de familier der først fik besøg af sundhedsplejersken efter 5 dage, var der endvidere flere som var tilfredse med hjælpen på sygehuset, og de havde færre telefonopkald til både fødeafdelingen og sundhedsplejersken.

Andelen af forældre som var tilfredse med den hjælp og støtte de modtog efter fødslen, var høj. Dette på trods af at tilbuddet til forældrene ikke lever op til sundhedsstyrelsens anbefalinger. Det kan måske skyldes at familierne rent faktisk får den hjælp og støtte de ønsker. Det kan også tænkes at familierne opfatter sygehusets tilbud som værende udtryk for den anbefalede eller ”rigtige” behandling. Jordemødre og andre sundhedsprofessionelle fortæller ikke forældrene at det tilbud de får, ikke er det som sundhedsstyrelsen anbefaler. Det kunne jo gøre forældrene usikre, og det vil ingen have glæde af.

6.2.1 Forældres præferencer for indhold ved et jordemoderbesøg

Sammenfatning af resultater

Det vigtigste emne for forældrene ved et jordemoderbesøg var amning. Dernæst kom barnets velbefindende, samtale om fødselsforløbet og mors velbefindende, både fysisk og psykisk. Også hele familiens trivsel var vigtig. Forældrenes præferencer er sammenlignelige med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for det sundhedsfaglige indhold til familien i dagene efter fødslen.

Validitet af resultater vedrørende forældrenes oplevelser og præferencer

Det var forinden overvejet at lave telefoninterview for at få tilstrækkeligt med datamateriale, men pga. at projektansvarlige selv skulle foretage interviewene, ville alle svar således være behæftet med usikkerhed i forhold til styrede svar, f. eks. pga. respondenterne måske ville imødekomme interviewer, og der ville være risiko for, at der ved tvivlstilfælde ville blive stillet yderligere spørgsmål. Spørgsmålene ville dermed blive forskellige, og svarene blive usammenlignelige. Der bør være blinding af interviewer i forhold til et studies hypoteser og formål. Det postomdelte spørgeskema er således mere validt i forhold til reproducerbarhed og informationssikkerhed. Både mht. den interne validitet, at respondenterne får enslydende spørgsmål, og den eksterne validitet mhp. at spørgeskemaet ved udsendelse på ny vil give samme resultat.

Postomdelte spørgeskemaundersøgelser har dog ofte en lav besvarelsesprocent. Således også i denne undersøgelse. Ydermere har respondenter med et kort uddannelsesniveau også en lav deltagelsesgrad i spørgeskemaundersøgelser. [24]

Det lykkedes ikke at få en høj besvarelsesgrad. 46 % af deltagerne returnerede spørgeskemaet. Det kan dels skyldes at der ikke blev sendt nogen remindere ud, og dels at familien i denne periode har meget andet at se til.

Selektion

Der var ikke umiddelbart forskel på studiepopulationen og målpopulationen med hensyn til alder, husstandsindkomst og oprindelsesland. Der var lidt flere i studiepopulationen som havde fuldført en erhvervsuddannelse.

I forhold til den eksterne validitet ville en bortfaldsanalyse være interessant. På trods af at studiepopulationen lignede målpopulationen på de fire parametre, vil det være forventeligt at der på andre parametre er forskelle blandt respondenter og ikke respondenter.

Information

Der er variable med få observationer, hvilket kan medføre en risiko for type 2 fejl, altså at der har været en sammenhæng som ikke fremgår af datamaterialet. En højere besvarelsesgrad og mere detaljerede grupperinger af uddannelsesniveau, husstandsindkomst og etnicitet kunne måske have vist andre sammenhænge end de nuværende resultater. Hvis tilfredshed havde været opdelt i graden af tilfredshed, kunne et mere detaljeret billede af forældrenes oplevelse af tilfredshed måske have vist sig.

Der er også risiko for at der kan være sket en type 1 fejl, altså at den undersøgte sammenhæng, som har vist sig signifikant, skyldes en anden og ukendt årsag.

Der kan således være faktorer som ikke er blevet undersøgt, som kan have haft en betydning for forældrenes oplevelse af tilfredshed med hjælp og støtte efter fødslen. For eksempel forældrenes oplevelse af fødselsforløbet, herunder behandling med smertelindring og ve-stimulerende drop, som kan have en negativ betydning for oplevelsen af fødselsforløbet og betyde at mødre oplever tab af kontrol i fødselsforløbet.

Den enkelte jordemoder ved fødslen kan måske også have en betydning. Det kunne også have været undersøgt, om forældrene ville være taget tidligt hjem, hvis de selv kunne vælge om de ville hjem eller på patienthotel efter fødslen. Oplevelser fra forrige fødsel kan også indvirke på oplevelsen af ny fødsel.

Vedrørende den interne validitet ville dobbeltindtastning af data have øget validiteten. Især ville det have været en fordel hvis registrering af data var foregået blindet, dvs. af en person som ikke kender til studiet og dets hypoteser.

Det er også en svækkelse af den interne validitet at respondenterne modtager spørgeskemaet på forskellige tidspunkter i forhold til fødslen. Et andet informationsproblem er at sundhedsplejersken ikke har nået at være på besøg hos alle familier ved modtagelse af spørgeskemaet.

På trods af at deltagerne selv skal afgive informationerne i undersøgelsen, forventes hukommelsesproblemer ikke at udgøre et problem. Spørgsmålene er enkle, oplevelserne ligger tidsmæssigt tæt på besvarelsen, og det forventes at forældrene kan huske hvornår sundhedsplejersken var på besøg. Skulle forældre have været utilfredse og ikke længere kunnet huske det, antages det, at de overvejende var tilfredse.

Den interne validitet kunne være bedre, hvis spørgeskemaet blev besvaret på samme tidspunkt efter fødslen og efterfølgende blev registreret af en person uden tilknytning til undersøgelsen i øvrigt.

Mulig fortolkning af resultater vedrørende forældrenes tilfredshed og præferencer

På trods af at resultaterne alene kan relateres til studiepopulationen, er det alligevel interessant at analysere og fortolke resultaterne med henblik på at se sammenhænge, som ved en kommende undersøgelse kan efterprøves med en mere detaljeret undersøgelse.

Således viste undersøgelsen at sandsynligheden var 70 % mindre for at ringe til fødeafdelingen, hvis familien havde mere end 2 børn. Hvilket jo tyder på at behovet for hjælp og støtte mindskes jo større erfaring familien har med fødsler og spædbørn.

Blandt mødre som er bristet i forbindelse med fødslen, er der 80 % færre der er tilfredse med hjælpen fra sygehuset. De som har fået en grad II bristning ringer oftere til fødeafdelingen. Det kunne tyde på at kvinder som er bristet, eller har fået en episiotomi, har et større behov for hjælp, og kunne have fordel af at få tilset helingen af bristningen og få vejledning vedrørende smerter og sårpleje efter udskrivelsen

Ofte er der en sammenhæng mellem uddannelse og indkomstniveau, men der ses ikke samme sammenhæng i forhold til tilfredshed med hjælpen i forbindelse med amning og uddannelsesniveau.

Således var der færrest som havde gennemført en uddannelse som var tilfredse med hjælpen i forbindelse med amning. Det kan være, der er forskel på hvilken hjælp forældre har behov for, afhængig af hvilken type erhvervsuddannelse de har gennemført. Derimod var der blandt dem som havde den højeste husstandsindkomst flest som var tilfredse med hjælpen i forbindelse med amning.

Familier som har fået besøg af sundhedsplejersken efter 5 dage efter fødslen, er oftere tilfredse med hjælpen på sygehuset, hjælpen i forbindelse med amning og ringer sjældnere til fødeafdelingen og sundhedsplejersken, end familier som har fået tidligere besøg.

Dette kan tyde på, at telefonscreeningen foretaget af sundhedsplejersken fungerer. Således at familier som har behov for hjælp, også får besøg tidligere. Desuden kan det betyde, at familier som har fået opfyldt deres behov for hjælp og støtte i forbindelse med fødslen, ikke i dagene efter fødslen har behov for et besøg.

Det er ikke indlæggelsesvarigheden efter fødslen som har betydning for om forældrene oplever at få den hjælp og støtte, de har behov for. Yderligere undersøgelser af hvad der har betydning for forældrenes oplevelser og behov er relevante.

Der kom mange besvarelser på det åbne spørgsmål vedrørende forældrenes præferencer for indhold ved et jordemoderbesøg. I overensstemmelse med litteraturen [14,17] var amning et vigtigt emne for forældrene at få hjælp og vejledning omkring ved et jordemoderbesøg.

Desuden viste det sig at samtale om fødselsforløb var det tredjehyppigst forekommende emne. Dette er et emne som sundhedsplejersken, ifølge Sundhedsstyrelsens opgavefordeling for barselsomsorgen, ikke skal have fokus på. [23] Det er jo netop i anbefalingerne forudsat at forældrene har mulighed for at få en efterfødsels-samtale, men denne mulighed tilbydes ikke på Skejby Sygehus. Det kunne tyde på et behov hos forældrene for at få fødselsoplevelserne bearbejdet ved at tale med en jordemoder. De andre emner bliver opfyldt af sundhedsplejersken, men ikke før på 7.- dagen for de fleste familier.

Svarene viser at forældrene ønsker råd og vejledning om meget relevante emner i dagene efter fødslen, og om de samme emner som sundhedsstyrelsen lægger op til at der bliver taget hånd om i den opgavefordeling som er beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen.[23]

Sammenligning af resultater med litteraturen

26 % af svarene i præferenceundersøgelsen drejede sig om moderens fysiske og psykiske restitution efter fødslen, herunder ”tjek af bristninger”. I det svenske studie vedrørende forældrenes oplevelse af sikkerhed og tryghed i dagene efter fødslen fandt man, at moderens generelle velbefindende var signifikant associeret med oplevelsen af tryghed og sikkerhed i ugen efter fødslen.[16]

Ved den logistiske regressionsanalyse var der 79 % højere sandsynlighed for ikke at være tilfreds med hjælpen fra sygehuset efter udskrivelse, hvis moderen var bristet i forbindelse med fødslen.

Det synes derfor relevant at være særligt opmærksom på behov for hjælp og vejledning til mødre, som er bristet eller har fået en episiotomi i forbindelse med fødslen.

35 % af forældrene svarede at de ønskede at tale med jordemoderen om fødselsforløbet, herunder om psykiske og hormonelle reaktioner. Det tyder på at der er et behov blandt mødre for at der bliver taget hånd om deres psykiske velbefindende efter en fødsel.

Andelen af kvinder i Danmark som oplever en fødselsdepression, er anslået til mellem 6 % og 10 %. [32]

I et Cochrane review fra 2008, som gennemgår studier omhandlende fødselsdepression, fremgår det at risikoen for fødselsdepression mindskes ved intensiv støtte ved hjemmebesøg af jordemoder eller sundhedsplejerske.[33]

Et tilbud om jordemoderbesøg 2-3 dage efter fødslen, hvor mange mødre oplever en psykisk reaktion på fødslen ville således være hensigtsmæssig. Besøget ville måske kunne afhjælpe nogle tilfælde af fødselsdepression.

Et andet Cochrane review omhandlende amning viste at individuel og individorienteret efterfødselsomsorg er mere effektiv end gruppebaseret efterfødselstilbud. [34]

Forældrene ser ud til at efterspørge yderligere hjælp og støtte i forbindelse med amning. Generelt var andelen der var tilfredse med hjælpen i forbindelse med amning, lavere end med hjælpen på sygehuset og efter udskrivelsen. Det er således i forældrenes interesse at der tilbydes sufficient hjælp til familien i forbindelse med amning. Det er endvidere også i folkesundhedens interesse. Verdenssundhedsorganisationen (WHO) skriver at der er evidens for de sundhedsmæssige fordele for børn der ammes fuldt. Dette gælder også for børn i I-lande. [35]

Ud fra studierne var ammefrekvensen den samme, om mor og barn blev udskrevet tidligt og fik hjemmebesøg, eller forblev indlagt på sygehuset i flere døgn. [8,9,10] Det er ikke undersøgt om hjemmebesøget betyder at der ingen forskel var, men det kunne være årsagen, da det var den tydeligste forskel på grupperne.

6.3 Forældres betalingsvilje for, og omkostninger ved et jordemoderbesøg 2-3 dage efter fødslen

Sammenfatning og diskussion af resultater for betalingsvilje

Betalingsviljeundersøgelsen viste, at forældrenes gennemsnitlige betalingsvilje for jordemoderbesøget, udregnet for alle respondenter, var 308 kr. Hvis forældrenes betalingsvilje udregnes alene på baggrund af svar over 0 kroner, er betalingsviljen 454 kr. Udregnes betalingsviljen ud fra de positive betalingsviljer, og de svar på 0 kr, hvor respondenterne efterfølgende svarede ikke at have behov for besøget, er betalingsviljen 362 kr.

Betalingsviljeundersøgelser med åbne spørgsmål er ofte en kognitiv udfordring for respondenterne. Betaling af velfærdsydelser via skat som i Danmark opleves på en meget anderledes måde end betaling via forsikringer som for eksempel i USA. I Danmark er borgerne ikke vant til at gøre ydelserne op enkeltvis. Det kan derfor være vanskeligt at afgøre om respondenterne forstår den hypotetiske situation, og hvis de gør, om de også går med på præmissen om at de skal overveje deres benefits i forhold til det pengebeløb de vil og kan betale.

I undersøgelsen svarede 79 % af dem som havde en positiv betalingsvilje, at de syntes besøget skulle være gratis. Disse forældre har accepteret at opgive en pris for en ydelse de syntes skulle være gratis.

De 26 familier som svarede at de ville betale 0 kroner for besøget, svarede alle på det efterfølgende spørgsmål. 14 af disse svarede at de ikke havde behov for besøg. Deres 0 kr. svar kan tolkes til at være mere i overensstemmelse med deres opfattelse af besøgets værdi, end dem som svarede 0 kr. og syntes at besøget skulle være gratis. Dette betyder at beløbet på 362 kr. er mere i overensstemmelse med forældrenes samlede værdisætning.

Af de 24 familier som ikke svarede på betalingsvilje-spørgsmålet, svarede 9 at de ikke havde behov for besøget, og 8 syntes besøget skulle være gratis. De 8 accepterede ikke at give besøget en monetær værdi.

Hvis en ny sundhedsydelse skal udbydes er det vigtigt at få et detaljeret indblik i brugernes værdisætning og præferencer, som et led i beslutningsprocessen.

Åbne spørgsmål giver oftere svar som ligger tættere på den faktiske betalingsvilje end dikotomt valgmetoden, som giver for høj en betalingsvilje end i virkeligheden.[26] Den pris som forældrene har opgivet forventes derfor at være et sandt udtryk for deres værdisætning af besøget.

Åbne spørgsmål giver modsat dikotomt valgmetoden ikke starting-point bias, men der er oftere manglende svar, og respondenter som svarer 0 kroner. Der er også en tendens til at svarene bliver mere spredt. [25] Dette var også tilfældet i denne betalingsviljeundersøgelse. 30 % svarede ikke, 32 % svarede 0 kroner, og der var bud på 2000 og 3000 kroner som ligger noget højere end den faktiske omkostningspris. De 2 familier som tjente under 100.000 kr. svarede hhv. 200 kr. og 300 kr. medens de to svar på hhv. 200 kr. og 3000 kr. var givet af familier med en husstandsindkomst på mellem 500.000 kr. og 700.000 kr. Forældrenes betalingsvilje vurderes derfor at tilsvare deres økonomiske formåen.

Hvorledes opfatter familierne indholdet af jordemoderbesøget, som de bliver spurgt om at værdisætte? Det er oplagt at respondenterne sammenligner et jordemoderbesøg med et sundhedsplejerskebesøg. Sundhedsplejersken kan have aflagt besøg inden besvarelse af spørgeskemaet, eller de vil sammenligne med et sundhedsplejerskebesøg fra forrige fødsel.

Et jordemoderbesøg vil dog have mere fokus på moderens restituering efter fødslen og forældrenes oplevelse af fødselsforløbet end sundhedsplejerskens. [22] 35 % af familierne mente at jordemo-

derbesøget skulle indeholde samtale om fødselsforløbet, og 26 % mente at mors trivsel og velbefindende både fysisk og psykisk var et vigtigt indhold for et jordemoderbesøg. Det viser at forældrene har relevante forventninger til et jordemoderbesøg.

For det enkelte forældrepar er den hypotetiske betalingsvilje et bud på deres økonomiske formåen, men det er også et bud på deres uhåndgribelige nytte. For familier med en husstandsindkomst på mellem 500.000 – 700.000 kr. om året var der 80 % som havde en positiv betalingsvilje, mens det kun gjaldt for 59 % af familierne med en husstandsindkomst over 700.000 kr. om året.

Omvendt var gruppen som tjente mest, også dem hvor der var signifikant flere som var tilfredse med den hjælp og støtte de havde modtaget i forbindelse med amning.

Netop blandt dem som ikke var tilfredse med hjælpen i forbindelse med amning, var der signifikant flere med en positiv betalingsvilje.

Set i forhold til omkostningerne til et jordemoderbesøg på mellem 101,50 kr. og 466,50 kr. er forskellen i husstandsindkomst mellem de to grupper, ikke stor. Det synes derfor mere nærliggende at opfatte betydningen af om forældrene oplever at få den hjælp de har behov for, som udslagsgivende for deres betalingsvilje.

Der var flere familier i præference-undersøgelsen, som efterspurgte at hørescreening blev inkluderet i jordemoderbesøget. Forældrenes betalingsvilje, og dermed værdisætning af besøget, ville måske have været højere, hvis hørescreening havde været en del af besøget. Forældrene ville således spare yderligere ventetid, transporttid og parkeringsudgifter i forbindelse med hørescreeningen.

Mediedækning kan påvirke forældrenes præferencer og afgivne bud. Der har i den senere tid været debat i nyhedsmedierne, men den synes for alvor at være startet d. 17. marts i år, hvor Jordemoderforeningen og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi udsendte en pressemeddelelse på baggrund af statusrapporten, om at regionerne ikke lever op til sundhedsstyrelsen anbefalinger.

De sidste spørgeskemaer blev udsendt 24-3-2011; det antages derfor ikke at den aktuelle debat har haft indflydelse på forældrenes betalingsvilje. Betalingsviljen ville måske have været højere hvis forældrene oplevede en fare ved at tage tidligt hjem fra fødeafdelingen.

Sammenfatning og diskussion af resultater for omkostningsberegningen

Nettoomkostninger for jordemoderbesøget, inklusiv PKU-prøve, beløber sig til 101,50 kroner hvis jordemoderen kører i egen bil. Foregår transporten for jordemoderen hjem til familien med taxa, er den samlede omkostning 408,50 kroner.

Det kan være at ikke alle telefonkonsultationer undgås, selv om familien får besøg af en jordemoder 2-3 dage efter fødslen, som kan vejlede forældrene. Hvis kun 50 % af telefonkonsultationerne undgås, vil omkostningsprisen stige til 159,50 kr. hvis jordemoderen kører i egen bil, og 466,50 kr. hvis hun kører i taxa.

Transporttiden er opgjort til i gennemsnit 23 minutter pr. besøg. I udregningen indgår en familie som bor forholdsvis langt væk, nemlig Silkeborg. Det kan tænkes at det er en jordemoder fra konsultationen i Silkeborg som forestår hjemmebesøg. Derved vil transporttiden på 23 minutter i gennemsnit kunne nedsættes.

På den anden side beror den lave omkostning på, at der er gratis parkeringsfaciliteter til rådighed. Dette kan ikke forventes at være tilfældet for alle forældres bopæl. Der skal derfor medregnes et yderligere tidsforbrug til parkering. Hvorvidt det i sidste ende forandrer tidsforbruget til transport for jordemoderen er ikke opgjort. Det vil stadig være langt det mest omkostningseffektive at jordemoderen kører i egen bil, hvis hun har en. Alternativt kan sygehuset måske stille en til rådighed.

Tages hørescreening med i jordemoderbesøget vil det sandsynligvis betyde at besøget skulle vare lidt længere, men omkostningsmæssigt ville det måske gå lige op med de nuværende omkostninger af hørescreening for sygehuset.

Det er ikke alle familier som ønsker besøg. I undersøgelsen var der 4 % som svarede at deres behov blev dækket af sundhedsplejersken.

Der var dog i alt 40 % af familierne som svarede at de ikke havde behov for besøget. I det canadiske studie[11] var der 30 % af familierne som blev vurderet til at have behov for et barselsbesøg.

Der vil således være en besparelse, hvis ikke alle familier får et besøg.

Hvorvidt jordemoderbesøg skal tilbydes alle, eller der skal vurderes i den enkelte situation, bør besluttes efter en helhedsvurdering af effekter og omkostninger.

Der er andre besparelser som ikke er opgjort i denne undersøgelse, men som kunne betyde en større reduktion i de samlede omkostninger for sygehuset.

Således vil forhindrede tilfælde af dehydrering og gulsot hos nyfødte, som resulterer i genindlæggelse for både mor og barn, på sygehuset være en besparelse.

Ligeså vil tilfælde af fødselsdepression som opdages og behandles tidligere kunne betyde en besparelse for sygehuset.

I primærsektoren kan der evt. spares de sundhedsplejerskebesøg, som foretages indenfor 3 dage efter fødslen

Der kan spares omkostninger ved rengøring af sygehusfaciliteter og vedligehold af parkeringsfaciliteter og bygninger. Endvidere vil der være en besparelse for forældrene på transport- og parkeringsudgifter.

Med hensyn til administrationsomkostninger, forventes de at blive de samme, uanset om PKU-prøven foretages i hjemmet eller på sygehuset.

7. Konklusion

Både ud fra praksisundersøgelsen og statusrapporten bekræftes hypotesen om at implementeringen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger er forskellig for fødestederne i Danmark. Endvidere viste undersøgelsen at kun ét fødested, nemlig Bornholm, havde implementeret anbefalingerne.

Vedrørende hypoteserne angående oplevelsen af tilfredshed med hjælp og støtte på sygehuset, efter udskrivelse og i forbindelse med amning og de socio-demografiske karakteristika, var der ingen tydelige forskelle.

Kun med hensyn til amning viste det sig at familier, som havde fået besøg af sundhedsplejersken efter 5 dage efter fødslen, var 3,4 gange mere tilfredse med den hjælp de havde modtaget i forbindelse med amning.

Ved bristninger i forbindelse med fødslen viste undersøgelsen at blandt mødre som var bristet uanset graden var knap 80 % færre tilfredse med hjælpen de var blevet tilbudt efter udskrivelsen, i forhold til dem som ikke bristede.

Der var ingen forskel i oplevelsen af tilfredshed i forhold til hvor længe familien havde været på sygehuset efter fødslen.

Med hensyn til forbrug af telefonkontakter viste undersøgelsen at familier med flere end 2 børn, og familier som har fået besøg af sundhedsplejersken efter 5 dage, ringer sjældnere til fødeafdelingen.

Angående ønsker til et jordmoderbesøg beskriver forældrene i særdeleshed amning, moderens og barnets trivsel og samtale om fødselsforløbet som vigtigt.

Endvidere ønsker forældrene at besøget har fokus på hele familiens trivsel. Forældrenes forventninger og ønsker ligger op ad Sundhedsstyrelsens anbefalinger for indhold af det sundhedsfaglige tilbud i dagene efter fødslen til familier der udskrives tidligt efter fødsel.

Forældrenes maksimale betalingsvilje for et jordmoderbesøg 2-3 dage efter fødslen, inklusiv PKU-prøve på barnet, var 362 kr. Den maksimale omkostningspris for besøget var 408,50 kroner, og 466,50 kroner, hvis kun 50 % af telefonkonsultationerne til fødeafdelingen og sundhedsplejersken undgås. Den mindste omkostningspris var betydeligt lavere, nemlig 101,50 kr. og 159,50 kr. ved 50 % undgåede telefonkonsultationer.

Inkluderes hørescreening skønnes omkostningerne for sygehuset de samme, men forældrenes betalingsvilje muligvis højere. Set i forhold til besparelser for sygehuset på længere sigt, pga. reduktion i antallet af genindlæggelser og behandling af syge spædbørn, vurderes det at blive omkostningseffektivt at udbyde jordmoderbesøg 2-3 dage efter fødslen, inklusiv PKU-prøve og hørescreening af nyfødte.

Ud fra undersøgelsen af forældrenes oplevelse af tilfredshed bør man på fødestederne være særligt opmærksomme på mødre som er bristet, eller har fået en episiotomi i forbindelse med fødslen. Endvi-

dere er det vigtigt, at være opmærksom på, at også flergangsfødende får den hjælp og støtte de har behov for, især i forbindelse med amningen.

Konklusionerne bygger alene på besvarelse af 105 spørgeskemaer fra flergangsfødende som fødte på Skejby Sygehus. Undersøgelsen skal således gentages, gerne med en større studiepopulation, og med forbedret intern validitet, hvis resultater og konklusioner skal kunne beskrive en større målpopulation.

8. Perspektivering

I forbindelse med en eventuel overvejelse, om hvorvidt jordmoderbesøget skal indføres, kunne forinden foretages en randomiseret undersøgelse på et større fødested.

Bliver besøget indført inden forudgående undersøgelse af estimerede effekter og omkostninger, kunne det være relevant at lave et quasi-eksperiment i lighed med det californiske studie [12] for at vurdere forskelle mellem før og efter indførelse af besøget. I studiet måtte indgå: andel af mødre med fødselsdepression, andel af fuldt ammede børn, forældres tilfredshed med hjælp og støtte efter fødslen, forældres oplevelse af sikkerhed og tryk efter fødslen, telefonkonsultationer, forbrug af sundhedsplejerskebesøg, genindlæggelser og besøg hos egen læge.

Herunder ville en beregning af omkostninger og besparelser være relevant for at få klarlagt om besparelser på længere sigt kan modsvare omkostningerne på kort sigt.

Det fremgår af sundhedsstyrelsens statusrapport at Region Syddanmark har indført accelereret forløb for førstegangsfødende hvor de udskrives inden for 24 timer efter fødslen.

Beslutningerne om reduktion af barselstilbud ser ud til at gå hurtigere end evaluering af udfald og omkostninger udføres. En faktisk evaluering af effekt og omkostninger, udført under danske forhold, anbefales.

Endvidere anbefales, at de sygdomsspecifikke kvalitetsparametre udvides. De bør indeholde de reducerede anbefalinger, som beskrevet i statusrapporten.

Andelen af fuldt ammede børn og andelen af fødselsdepressioner kunne også opgøres på fødestederne eller for regionerne. Formodentlig registreres amning allerede af sundhedsplejersken, og hvis moderen får medicin i behandlingen af sin depression, må denne være registreret i Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistik-register. Derved kunne en sammenligning på disse parametre mellem sygehuse blive mulig.

12. Referencer

1. www.sst.dk/foedselsregistret/3. jun. 2011
2. www.skejby.dk/afdelinger/gyn%20a6kologisk-obstetrisk++afdeling+y/obstetrisk+omr%20a5de/ 20. maj. 2010
3. www.politiken.dk/tjek/dagligliv/boern/article935926.ece/2. maj. 2010
4. www.politiken.dk/indland/article971626.ece/16. maj. 2010
5. www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2010/NyfoedteUdskrivning.aspx / 19. apr. 2010
6. www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2008/08_08.PDF/3. jun. 2011
7. www.sst.dk/Planlaegning/28. mar. 2011
8. Brown S, Small R, Argus B et al. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of systematic reviews* 2002, Issue 3. Art. No.:CD112958.DOI: 10.1002/14651858.CD002958.
9. Bueno JAS, Romano MR, Teruel G. et al. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:714-26
10. Boulvain M, Perneger TV, Othenin-Girard V et al. Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG* 2004;111: 807-813
11. O'Connor KOS, Mowar DL, Scott HM et al. A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge. *Can J Public Health* 2003;94:98-103
12. Evans WN, Garthwaite C, Wei H. The impact of early discharge laws on the health of newborns. *Journal of Health Economics* 2008;27:843-870
13. Elleberg L, Lundman B, Persson MEK et al. Comparison of health care utilization of postnatal programs in Sweden. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34:55-62
14. Johansson K, Darj E. What type of information do parents need after being discharged directly from the delivery ward? *Upsala J Med Sci* 2004;109:229-238
15. Forster DA, McLachlan HL, Yelland J et al. The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2008;8:27
16. Persson EK, Dykes A. Important variables for parents' postnatal sense of security: evaluating a new Swedish instrument (the PPSS instrument). *Midwifery* 2009;25:449-460
17. Darj E, Stålnacke B. Very early discharge from hospital after normal deliveries. *Upsala J Med Sci* 2000;105:57-66
18. Petrou S, Boulvain M, Simon J et al. Home-based care after shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation. *BJOG* 2004;111: 800-806
19. Elleberg L, Högberg U, Lundman B et al. Satisfying parents' preferences with regard to various models of postnatal care is cost-minimizing. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85:175-181
20. www.minmave.dk /20. jul. 2011
21. www.politiken.dk/tjek/skrivtjek/article940406.ece / 30. apr. 2010
22. *Anbefalinger for svangreomsorgen*. Sundhedsstyrelsen. København, 2009
23. *Status for regionernes og kommunernes tilbud til gravide og fødende med fokus på ambulante fødsler og tidlige udskrivelser*. Sundhedsstyrelsen. j.nr. 7-205-03-31/1/chb
24. Abramson JH, Abramson ZH. *Research methods in community medicine: surveys, epidemiological research, programme evaluation, clinical trials*. 6. udg. Chichester: Wiley, 2008
25. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3. udg. New York: Oxford University Press, 2005

26. Ladenburg J, Dubgaard A. Hypotetiske værdisætningsmetoder. København: Københavns Universitet, 2008
27. Olsen H. Fra spørgsmål til svar. 1. udg. København: Akademisk Forlag, 2005
28. Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. Evaluation. 7. udg. Thousand Oaks: Sage, 2004
29. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen. København, 2002
30. [www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Sygdomsspecifikke-akkrediteringsstandarder/3.4.3-Barsel-\(3/3\).aspx](http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Sygdomsspecifikke-akkrediteringsstandarder/3.4.3-Barsel-(3/3).aspx) / 20. jul. 2011
31. Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinna og det nyfødde barnet i barseltida? Rapport frå tilsyn med barselomsorga.2011 www.helsetilsynet.no. 15. apr. 2011
32. www.videbech.com/fdep/page2/index.html / 22. jul. 2011
33. Dennis CL, Creedy DK. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression 2004, Issue 4. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub2
34. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. 2007, Issue 1. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141. pub3
35. Håndbog i vellykket amning. En vejledning til sundhedspersonale. Sundhedsstyrelsen. København, 2003

13. Bilagsfortegnelse

1. Spørgeskema til fødesteder for at lave kortlægning af praksis
2. Spørgeskemaet til forældrene
3. Godkendelse fra datatilsynet
4. Udregning af omkostninger og benefits ved jordemoderbesøg