

# Fødselskartet – effekt og evaluering

## Sammendrag

**Bakgrunn.** En legkvinnekonferanse i kjølvannet av utredningen *Kvinnens helse i Norge*, førte til utviklingen av et skjema (fødselskartet) som gravide kvinner skulle ha til eget bruk. Skjemaet skulle kunne brukes i kommunikasjonen med helsepersonell ved svangerskapskontroller og innleggelse i forbindelse med fødselen.

**Materiale og metode.** Spørreskjemaundersøkelse til gravide som kom til jordmorkontroll ved helsestasjonene i Eidsvoll, Fet, Gjerdrum, Rælingen og Ullensaker i perioden 1.2.–30.9. 2002 og som fikk tilbud om å bruke fødselskartet. En kontrollgruppe av fødende ved Akershus universitetssykehus fikk samme spørreskjema etter fødselen sammen med et fødselskart. Vi spurte om opplevelse av trygghet ved og kvaliteten på informasjon om svangerskap, fødsel og barseltid. Erfaringene med fødselskartet ble kartlagt, i kontrollgruppen med hypotetiske spørsmål.

**Resultater.** 189 av 283 (67 %) i intervensjonsgruppen og 111 av 271 (41 %) i kontrollgruppen svarte. Gruppene var ikke signifikant forskjellig mht. alder, sivilstand, utdanningsnivå, paritet og andel med norsk som morsmål. Kvinnene i intervensjonsgruppen følte seg signifikant mindre trygge ved fødselen enn de i kontrollgruppen. I begge grupper var informasjonen om barseltiden signifikant dårligere enn den om fødsel og svangerskap. Erfaringene med fødselskartet var positive i intervensjonsgruppene, men kvinnene i kontrollgruppen svarte mer positivt ut fra sine forventninger til bruken.

**Konklusjon.** Bruk av fødselskartet gav ikke positiv effekt på opplevelsen av og tryggheten ved svangerskap, fødsel og barseltid.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

**Oppgitte interessekonflikter:** Ingen

> Se også side 3035

### Pål Gulbrandsen

[pal.gulbrandsen@kunnskapssenteret.no](mailto:pal.gulbrandsen@kunnskapssenteret.no)  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004 St. Olavs plass  
0130 Oslo

### Johanne Aarseth

### Eli Aaby

### Alice Valdøl

Akershus universitetssykehus

I den offentlige utredningen *Kvinnens helse i Norge* ble det i avsnittet om reproduktiv helse påpekt en utfordring med den moderne svangerskaps- og fødselsomsorg, nemlig at kvinner kan føle seg overveldet av den moderne teknologien. Det ble lagt vekt på behovet for å inkludere legfolks perspektiv i planleggingen av denne delen av helsetjenesten (1). Statens helsetilsyn tok konsekvensen av dette, og gjennomførte samme år en legkvinnekonferanse (2).

Kontinuitet i svangerskapsomsorgen har gunstige effekter (3). For å bidra til slik kontinuitet foreslo kvinnene på legkvinnekonferansen å bruke et skjema utarbeidet av den svangre kvinnen og helsepersonell i samarbeid, et såkalt fødselskart (2). I dette skulle kvinnene kunne notere personlige opplysninger, forventninger og hva de ellers måtte ønske. Skjemaet skulle benyttes i kommunikasjon med helsepersonellet i svangerskapet, ved fødselen og i barseltiden, og kunne inkludere notater om hva konsultasjonene hadde dreid seg om og ført til.

Inspirasjonen til fødselskartet kom fra USA og Storbritannia, der man fra 1980-årene mange steder hadde benyttet «fødselsplaner» (birth plans) (4–6). Legkvinnene var skeptiske til navnet fødselsplan. Selv om fødselsplaner også har som formål å bedre kommunikasjonen mellom den fødende kvinnen og helsepersonell, er de i tydeligere grad en bestilling fra kvinnen (ev. med pårørende og/eller ved hjelp av helsepersonell) til fødeavdelingen enn det fødselskartet var ment å være. Legkvinnene så for seg et skjema av mer åpen karakter. Det ble også lagt vekt på kvinnens frihet til å vise fødselskartet til ansatte ved fødeinstitusjonen eller holde det tilbake. Derfor finnes ikke internasjonalt sammenlikningsgrunnlag for bruken av fødselskart slik det ble beskrevet under legkvinnekonferansen. Det endelige målet med bruken av fødselskart skulle være å bidra til større trygghet for kvinnen i denne viktige livsfasen.

En gruppe jordmødre på Romerike fulgte oppfordringen fra legkvinnekonferansen og utarbeidet et fødselskart. Et skjema med flere avkryssingsrubrikker og liten plass til fritekst ble brukt i et pilotprosjekt som inkluderte 20 kvinner. Flere av disse følte dette som helsepersonellts skjema og ikke som sitt eget dokument. I samarbeid med en representant for legkvinnene ble det utarbeidet et nytt skjema uten avkryssingsrubrikker og med god plass til egen tekst, som skulle invitere kvinnene til å føle seg frie i forhold til hva og hvor mye de kunne skrive. Dette skjemaet ble benyttet i hovedprosjektet (e-fig 1).

Målet med denne undersøkelsen var å finne ut om bruken av fødselskartet bidro til å gi kvinnene en bedre opplevelse av og trygghet under svangerskap, fødsel og barseltid, og å beskrive kvinnenes erfaringer med å bruke et slikt skjema.

## Materiale og metode

Samtlige gravide som kom til jordmorkontroll ved helsestasjonene i kommunene Eidsvoll, Fet, Gjerdrum, Rælingen og Ullensaker i perioden 1.2.–30.9. 2002, ble tilbudt fødselskartet. 283 takket ja. Svært få takket nei.

Det ble utarbeidet et spørreskjema med fire spørsmål som ble stilt separat, om svangerskap, fødsel og barseltid, samt en rekke spørsmål om erfaringene med fødselskartet. Svarene ble avgitt på Likert-skalaer, med 1 som mest positive og 5 som mest negative verdi. Bakgrunnsopplysninger om paritet, alder, sivilstand, utdanningsnivå, arbeid og morsmål ble kartlagt. Spørreskjemaet ble sendt i posten til kvinnene i intervensjonsgruppen 1–30 uker etter fødselen. En kontrollgruppe av 271 fødende ved Akershus universitetssykehus fikk tildelt det samme



## Hovedbudskap

- En norsk versjon av fødselsplan, fødselskartet, er utviklet for å bidra til en bedre opplevelse av svangerskap, fødsel og barseltid
- Nærmere 300 kvinner på Romerike brukte fødselskartet i 2002–03, uten at vi har kunnet påvise positive effekter utover gode tilbakemeldinger fra brukerne
- Vi fant redusert trygghet ved fødselen i intervensjonsgruppen, i samsvar med noen utenlandske studier

**Tabell 1** Demografiske data om dem som svarte og dem som ikke svarte i intervensjons- og kontrollgruppen. Antall (%) der ikke annet er angitt

	Intervensjonsgruppen		Kontrollgruppen	
	Svarte	Svarte ikke	Svarte	Svarte ikke
Antall	189 (67)	94 (33)	111 (41)	160 (59)
Gjennomsnittsalder, år (standardavvik)	31,8 (4,5)	30,6 (4,5)	31,0 (4,6)	29,8 (4,7)
<i>Sivilstand (%)</i>				
Gift	104 (56)	42 (46)	63 (57)	76 (48)
Samboer	73 (39)	46 (51)	43 (39)	78 (49)
Annet	10 (5)	3 (3)	4 (4)	6 (4)
<i>Utdanning (%)</i>				
Grunnskole	10 (6)	6 (7)	6 (6)	17 (11)
Videregående	64 (36)	54 (61)	39 (36)	63 (41)
Høyere utdanning	105 (59)	29 (33)	65 (59)	75 (48)
<i>Paritet (%)</i>				
Første fødsel	76 (40)	49 (52)	48 (44)	71 (44)
Flere fødsler	112 (60)	33 (48)	62 (56)	89 (56)
Norsk som morsmål (%)	181 (96)	87 (97)	104 (95)	155 (98)

spørreskjemaet etter fødselen. De fikk også med et eksemplar av fødselskartet slik at de skulle kunne vite hva undersøkelsen dreide seg om.

Svarene på de fire spørsmålene ble sammenliknet for intervensjonsgruppen og kontrollgruppen ved hjelp av t-outvalgs t-test. Det ble også gjort sammenlikninger mellom likt formulerte spørsmål om svangerskap, fødsel og barseltid ved parett t-test. Vi foretok separate analyser for førstegangsfødende og flergangsfødende, da det viste seg at resultatene var noe ulike i disse gruppene.

**Resultater**

189 (67 %) av 283 i intervensjonsgruppen og 111 (41 %) av 271 i kontrollgruppen svarte (tab 1). Høyt utdannede var overrepresentert blant dem som svarte, og gjennomsnittsalderen var om lag ett år høyere enn blant dem som ikke svarte. Det var ikke signifikante forskjeller mellom dem som svarte og dem som ikke svarte mht. sivilstand, paritet og andel med norsk som morsmål. Mellom dem som svarte i intervensjonsgruppen og i kontrollgruppen ble det ikke funnet signifikante forskjeller.

Når det gjaldt opplevelsen av og tryggheten under svangerskap, fødsel og barseltid, ble det funnet én signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen (tab 2). Kvinner i kontrollgruppen følte seg tryggere under fødselen enn kvinnene i intervensjonsgruppen. Denne forskjellen var særlig uttalt i gruppen førstegangsfødende. Blant flergangsfødende opplevde kvinnene i kontrollgruppen fødselen mer positivt, og disse følte seg tryggere under svangerskapet enn kvinnene i intervensjonsgruppen.

I kontrollgruppen følte kvinnene seg signifikant tryggere ved fødselen, sammenliknet med i svangerskapet og barseltiden (tab 2). I intervensjonsgruppen opplevde kvinnene svangerskapet signifikant mer positivt enn fødselen. Blant førstegangsfødende samlet opplevdes svangerskapet mest positivt, dernest barseltiden og så fødselen. Blant flergangsfødende samlet opplevdes barseltiden best, dernest fødselen og så svangerskapet.

Det var ingen forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen når det gjaldt vurderingen av informasjonen som ble gitt. I intervensjonsgruppen var kvinnene signifikant mindre fornøyd med informasjonen om barseltiden enn med informasjonen om fødselen og svangerskapet. De var også signifikant mindre fornøyd med informasjonen om fødselen enn med informasjonen om svangerskapet. Utslagene gikk i samme retning i kontrollgruppen. Mønsteret var det samme, men mindre uttalt, når det gjaldt om infor-

**Tabell 2** Erfaringer ved svangerskap, fødsel og barseltid, og informasjon om dette. Gjennomsnittsverdier (standardavvik) på skalaen 1 (mest positiv) til 5 (mest negativ) i intervensjons- og kontrollgruppen

	Antall svar	Førstegangsfødende		Flergangsfødende		Alle		
		Intervensjonsgruppe/ kontrollgruppe	Intervensjonsgruppe	Kontrollgruppe <sup>1</sup>	Intervensjonsgruppe	Kontrollgruppe <sup>1</sup>	Intervensjonsgruppe	Kontrollgruppe
			n = 76	n = 48	n = 112	n = 62	n = 188	n = 111
<i>Alt i alt, hvordan opplevde du...</i>								
svangerskapet	188/111	1,59 (0,79) <sup>2,3</sup>	1,79 (0,65) <sup>2,3</sup>	2,17 (0,96) <sup>3</sup>	1,95 (0,76) <sup>2,3</sup>	1,94 (0,93) <sup>2</sup>	1,88 (0,71)	
fødselen	188/110	2,38 (1,05) <sup>2</sup>	2,34 (0,84) <sup>2</sup>	1,97 (1,08) <sup>4</sup>	1,65 (0,83) <sup>2,4</sup>	2,14 (1,08) <sup>2</sup>	1,95 (0,90)	
barseltiden	187/108	2,20 (0,99) <sup>3</sup>	2,15 (0,88) <sup>3</sup>	1,85 (0,94) <sup>3</sup>	1,62 (0,78) <sup>3</sup>	1,99 (0,97)	1,85 (0,86)	
<i>Hvor trygg følte du deg i...</i>								
svangerskapet	188/111	1,64 (0,80) <sup>2,3</sup>	1,92 (0,87) <sup>2</sup>	1,99 (1,04) <sup>2,3,4</sup>	1,63 (0,89) <sup>4</sup>	1,85 (0,96)	1,75 (0,89) <sup>2</sup>	
fødselen	188/111	1,99 (1,05) <sup>2,4</sup>	1,54 (0,68) <sup>2,4,5</sup>	1,71 (0,98) <sup>2</sup>	1,48 (0,74)	1,82 (1,02) <sup>4</sup>	1,50 (0,71) <sup>2,4,5</sup>	
barseltiden	187/110	2,12 (0,91) <sup>3</sup>	1,89 (0,84) <sup>5</sup>	1,68 (0,96) <sup>3</sup>	1,50 (0,70)	1,86 (0,96)	1,66 (0,78) <sup>5</sup>	
<i>Hva synes du om informasjonen du fikk fra helsepersonell om...</i>								
svangerskapet	187/111	1,70 (0,90) <sup>2,3</sup>	2,02 (1,04) <sup>3</sup>	1,51 (0,72) <sup>3</sup>	1,52 (0,54) <sup>3</sup>	1,59 (0,80) <sup>2,3</sup>	1,73 (0,83) <sup>3</sup>	
fødselen	188/111	2,01 (1,04) <sup>2,5</sup>	2,08 (0,94) <sup>5</sup>	1,63 (0,86) <sup>5</sup>	1,50 (0,70) <sup>5</sup>	1,78 (0,95) <sup>2,5</sup>	1,75 (0,86) <sup>5</sup>	
barseltiden	185/111	2,43 (1,08) <sup>3,5</sup>	2,58 (1,09) <sup>3,5</sup>	1,87 (0,94) <sup>3,5</sup>	1,76 (0,86) <sup>3,5</sup>	2,10 (1,04) <sup>3,5</sup>	2,12 (1,04) <sup>3,5</sup>	
<i>Gjorde informasjonen deg tryggere på egne valg om...</i>								
svangerskapet	187/111	2,07 (1,09) <sup>2,3</sup>	2,29 (1,11) <sup>3</sup>	2,30 (1,20) <sup>2</sup>	2,31 (1,03)	2,20 (1,16) <sup>3</sup>	2,32 (1,09)	
fødselen	186/111	2,47 (1,08) <sup>2,5</sup>	2,44 (1,11)	2,14 (1,18) <sup>2,5</sup>	2,21 (1,04) <sup>5</sup>	2,27 (1,15) <sup>5</sup>	2,33 (1,10)	
barseltiden	186/111	2,76 (1,08) <sup>3,5</sup>	2,60 (1,18) <sup>3</sup>	2,44 (1,19) <sup>5</sup>	2,37 (1,06) <sup>5</sup>	2,57 (1,15) <sup>3,5</sup>	2,48 (1,11)	

<sup>1</sup> Vi mangler opplysninger om paritet hos en kvinne i kontrollgruppen

<sup>2</sup> P < 0,05 mellom svangerskap og fødsel

<sup>3</sup> P < 0,05 mellom svangerskap og barseltid

<sup>4</sup> P < 0,05 mellom intervensjons- og kontrollgruppen

<sup>5</sup> P < 0,05 mellom fødsel og barseltid

masjonen hadde bidratt til større trygghet på egne valg. Generelt var flergangsfødende mer fornøyd med informasjonen de fikk enn det førstegangsfødende var.

78 % av kvinnene i intervensjonsgruppen hadde skrevet i fødselskartet, og 66 % hadde vist det til noen. På spørsmål om hvordan fødselskartet alt i alt bidrog til opplevelsen av svangerskap, fødsel og barseltid, svarte kvinnene i intervensjonsgruppen i gjennomsnitt 2,6 (standardavvik 0,81) på en skala fra 1 (svært positivt) til 5 (svært negativt). Kvinnene i kontrollgruppen som fikk samme spørsmål i hypotetisk form, svarte i gjennomsnitt 2,1 (0,77), signifikant mer positivt ( $p < 0,001$ ). På fem av 12 utsagn uttrykte kvinnene i kontrollgruppen seg mer positivt enn kvinnene i intervensjonsgruppen (tab 3). 86 % i intervensjonsgruppen og 88 % i kontrollgruppen hadde diskutert fødselsforløpet med noen etter fødselen, de fleste i barselavdelingen.

## Diskusjon

Svarprosenten i kontrollgruppen var lav. Det kan skyldes at kvinnene i denne gruppen fikk skjemaet straks etter fødselen, men det er også mulig at denne gruppen har et større selektivt frafall enn intervensjonsgruppen. Vi fant likevel små forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i svarmønster, og de som svarte var sammenliknbare når det gjaldt sentrale sosiodemografiske og kliniske karakteristika. Vi mener derfor at gruppene kan sammenliknes.

Svarene var ikke normalfordelt, unntatt på noen få spørsmål. Likevel er respondentene mange nok til at bruk av t-test kan anses som forsvarlig. Vi foretok også Mann-Whitney- og Wilcoxon-tester, og konklusjonene ble de samme.

Når man ved å gjøre seks sammenlikninger, finner én som er signifikant, er det grunn til å være forsiktig med tolkingen. Ved nærmere gransking av spørsmålene om opplevelsen av og tryggheten ved svangerskap, fødsel og barseltid, finner vi at det signifikante utslaget for trygghet ved fødsel følges av mindre klare utslag i samme retning for de fem andre spørsmålene. Dette styrker inntrykket av at intervensjonsgruppen kan ha kommet noe ugunstig ut i forhold til kontrollgruppen. Det er ikke lett å forstå hvordan et slikt tilbud ev. skulle ha en negativ effekt. Det kan ha skapt økte forventninger om innflytelse i fødselssituasjonen som ikke er blitt innfridd, og som kan ha ført til en viss skuffelse som speiles i svarene. Resultatene fra evalueringen av bruken av skjemaet kan peke i denne retningen. Erfaringene fra utlandet med fødselsplaner er ikke entydige (4, 7). Det er funnet både positive og negative effekter (5, 6) – sistnevnte forklart med at personellet på fødeavdelingen opptrer mindre imøtekommende når kvinnen har med seg fødselsplan. En annen forklaring er at kvinnene i forbindelse med intervensjonen kan ha fått mer informasjon enn det

**Tabell 3** Spørsmål for å evaluere fødselskartet. Gjennomsnitt (standardavvik) på en skala fra 1 (helt enig) til 5 (helt uenig) i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Spørsmålene i kontrollgruppen hadde hypotetisk formulering

	Intervensjonsgruppen (N = 156–165) <sup>1</sup>	Kontrollgruppen (N = 105–107) <sup>1</sup>
Jeg følte meg mer trygg	2,78 (1,13)	2,78 (1,14)
Fødselskartet fungerte godt som huskeliste <sup>2</sup>	2,25 (1,25)	1,56 (0,96)
Jeg fikk mer informasjon fra helsepersonellet <sup>2</sup>	3,24 (1,24)	2,77 (1,18)
Mine behov ble bedre ivaretatt under fødselen	2,88 (1,53)	2,85 (1,33)
Jeg ble i større grad lyttet til under barseltiden <sup>2</sup>	3,46 (1,23)	3,11 (1,20)
Fødselskartet gav flere ulemper enn fordeler	4,46 (0,97)	4,57 (0,91)
Det var vanskelig å skrive med egne ord <sup>2</sup>	3,21 (1,39)	3,68 (1,19)
Jeg savnet flere eksempler på hva jeg kunne skrive <sup>2</sup>	3,33 (1,31)	3,65 (1,19)
Jeg følte ikke at fødselskartet var mitt eget dokument	4,04 (1,09)	4,10 (1,10)
Jeg trodde ikke på at det ville hjelpe meg i kontakten med helsepersonellet	3,57 (1,29)	3,65 (1,15)
Jeg synes det var vanskelig å skrive norsk	4,88 (0,45)	4,92 (0,33)
Det følte utrygt å skrive så private tanker	4,13 (1,13)	4,37 (0,90)

<sup>1</sup> Ikke alle krysset av for alle utsagn

<sup>2</sup>  $P < 0,05$

kvinnene i kontrollgruppen fikk. Mer informasjon kan like gjerne skape mindre trygghet som mer trygghet, særlig hvis den er kompleks og ikke blir gitt med nødvendig kommunikasjonskompetanse (8, 9). Nyelig fant man ved en svensk intervensjonsstudie at kvinner som hadde fått tilbud om fødselsplan, var mindre positive til måten de var hjulpet på ved fødselen enn kvinner som ikke hadde fått dette tilbudet (10). Forfatterne antyder som forklaring at et slikt skjema kan stå i veien for kommunikasjonen ved fødselen som et unikt møte mellom den fødende og jordmoren, i stedet for å være et instrument til forbedring. En mulig forklaring i vår studie er at resultatene er påvirket av at kvinnene i intervensjonsgruppen svarte lenger etter fødselen enn kvinnene i kontrollgruppen.

Det er et gjennomgående funn at informasjon om barseltiden kommer dårligere ut, særlig gjelder det førstegangsfødende. Dette samsvarer med en tidligere brukertilfredshetsundersøkelse (11). Funnet kan spore til å arbeide for bedre informasjon om denne tiden, på den annen side var kvinnene i begge grupper generelt meget godt fornøyd med behandlingen. Når en tjeneste i utgangspunktet er meget god, skal det også svært mye til for å forbedre den. For øvrig tyder denne undersøkelsen på at det er så stor ulikhet mellom førstegangsfødende og flergangsfødende når det gjelder den relative opplevelsen av de tre fasene svangerskap, fødsel og barseltid at man bør behandle disse to gruppene forskjellig.

*Vi takker jordmødrene Kari Skolseg, Reidun Fosshaug og Nora Thorstad, som har deltatt i hele prosjektet, og jordmødrene ved Akershus universitetssykehus for rekruttering av kvinner til kontrollgruppen.*

*e-fig 1 finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)*

## Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Kvinners helse i Norge. NOU 1999: 13. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
2. Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselomsorgen. IK-2691. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
3. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth (Cochrane review). I: The Cochrane library, 2. utgave. Oxford: Update Software, 2003.
4. Brown SJ, Lumley J. Communication and decision-making in labour: do birth plans make a difference? *Health Expect* 1998; 1: 106–16.
5. Moore M, Hopper U. Do birth plans empower women? Evaluation of a hospital birth plan. *Birth* 1995; 22: 29–36.
6. Jones MH, Barik S, Mangune HH et al. Do birth plans adversely affect the outcome of labour? *Br J Midwifery* 1998; 6: 38–41.
7. Price S. Birth plans and their impact on midwifery care. *MIDIRS Midwifery Digest* 1998; 8: 189–91.
8. Newburn M. Informed choice – are we getting there? *RCM Midwives Journal* 2000; 3: 278–80.
9. Churchill H. Perceptions of childbirth: are women properly informed? *Nurs Times* 1995; 91: 32–3.
10. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery Womens Health* 2003; 48: 322–8.
11. Tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge. Rapport fra brukerundersøkelse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003.