

Graviditetsenkät 1

Graviditetsvecka 25

Tack för att du vill delta i Graviditetsenkäten! Enkäten innehåller frågor om hur du upplever vården och din egen hälsa under graviditeten. Syftet med enkäten är att vården ska bli ännu bättre. Resultaten kommer därför, tillsammans med uppgifter från Graviditetsregistret, att användas som underlag för verksamhetsutveckling och forskning. Om du inte längre är gravid ber vi dig ändå att besvara de frågor du kan.

Det är frivilligt att besvara Graviditetsenkäten. Dina svar från Graviditetsenkäten och de uppgifter som finns om dig i Graviditetsregistret kommer **inte** att kunna härledas till dig personligen när resultaten presenteras för vårdens verksamheter eller inom eventuell forskning.

Observera att enkäten endast är en undersökning av dina erfarenheter och upplevelser. Om du har besvär eller är i behov av stöd under din graviditet, kontakta din barnmorska eller vårdmottagning.

Frågor om enkäten? Kontakta info@skr.se.

Vill du veta mer om hur dina uppgifter hämtas och hanteras, [se här](#).

1. Är du fortfarande gravid?

- Ja
- Nej
- Kan/vill inte svara

Din hälsa

Först ber vi dig besvara några allmänna frågor om din hälsa.

2. Hur bedömer du att ditt allmänna hälsotillstånd är nu?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dåligt | | | Mycket bra | | Kan/vill ej svara |

3. Hur bedömer du att ditt allmänna hälsotillstånd var innan du blev gravid?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dåligt | | | Mycket bra | | Kan/vill ej svara |

4. Var din graviditet planerad?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nej, inte alls | | | Ja, helt och hållet | | Kan/vill ej svara |

Mödrahälsovård

Med dessa frågor vill vi ta reda på din upplevelse av hur vården fungerat i samband med dina första besök inom mödrahälsovård. Har du bytt mottagning under graviditeten, tänk på den mottagning du besökte först.

5. Är det lätt att komma i kontakt med barnmorskan på mödrahälsovården?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nej, inte alls | | | Ja, helt och hållet | | Kan/vill ej svara |

6. Har du möjlighet att ställa de frågor du önskar till barnmorskan?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nej, inte alls | | | Ja, helt och hållet | | Kan/vill ej svara |

7. Får du tillräckligt med information rörande din graviditet från mödrahälsovården?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nej, inte alls | | | Ja, helt och hållet | | Kan/vill ej svara |

8. Vilka av följande levnadsvanor har barnmorskan pratat med dig om:

- Alkohol
- Droger
- Tobak
- Matvanor
- Motionsvanor
- Kan/vill ej svara

9. Gör barnmorskan dig delaktig i planering och beslut som rör din graviditet?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nej, inte alls | | | Ja, helt och hållet | | Kan/vill ej svara |

10. Känner du dig trygg med barnmorskan på mödrahälsovården?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nej, inte alls | | | Ja, helt och hållet | | Kan/vill ej svara |

11. Har du möjlighet att vid behov få stöd från barnmorskan, t.ex. om du känner oro, rädsla, ångest eller motsvarande?

1	2	3	4	5		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Har ej behövt stöd	Kan/ vill ej svara

12. Gör barnmorskan på mödrahälsovården din partner/närstående delaktiga i den utsträckning du önskar?

1	2	3	4	5		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Ej aktuellt	Kan/ vill ej svara

Fosterdiagnostik

Med dessa frågor vill vi ta reda på din upplevelse av hur vården fungerat i samband med fosterdiagnostik. Med fosterdiagnostik avses metoder (t.ex. ultraljud, KUB-undersökning, NIPT, fostervattenprov, moderkaksprov) för att upptäcka missbildningar och kromosomavvikelser under tidig graviditet.

13a. Har du genomgått KUB-undersökning?

Ja

Nej → Gå till fråga 14a

Kan/vill ej svara → Gå till fråga 14a

13b. Fick du tillräckligt med information om resultatet av KUB-undersökningen?

1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Kan/ vill ej svara

14a. Vilket/vilka av följande undersökningar har du genomgått?

Fostervattenprov

Moderkaksprov

NIPT

Inget av dessa → Gå till fråga 17

Kan/vill ej svara → Gå till fråga 17

14b. Fick du tillräckligt med information från läkaren/barnmorskan inför beslut att genomgå undersökning med moderkaksprov, fostervattenprov eller NIPT?

1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Kan/ vill ej svara

15a. Har du, i samband med någon form av fosterdiagnostik, fått information att det kan vara eller är något avvikande med graviditeten?

Ja

Nej → Gå till fråga 16

Ej aktuellt → Gå till fråga 16

Kan/vill ej svara → Gå till fråga 16

15b. När du fick information om att något var eller kunde vara avvikande, fick du då information på ett sätt som du förstod?

1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Kan/ vill ej svara

15c. Hur upplevde du väntetiden innan du fick ett uppföljande besök och ytterligare information om avvikelse av läkare?

1	2	3	4	5		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket svår			Mycket lätt		Det var ingen vänte- tid	Kan/ vill ej svara

15d. Var tiden hos läkaren tillräcklig för frågor?

1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Kan/ vill ej svara

16. Hur kände du dig bemött med respekt i samband med de fosterdiagnostiska undersökningar du genomgått?

1	2	3	4	5		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Ej aktuellt	Kan/ vill ej svara

17. Anser du att vården tillgodosett dina behov hittills?

1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Kan/ vill ej svara

18. Det går inte att fråga om allt i en enkät. Har du andra synpunkter eller vill utveckla dina svar?

Ditt svar kommer att återföras i sin helhet till hälso- och sjukvården.

Tack för dina svar!

**Om du har besvär med din hälsa så ber vi dig
att kontakta din barnmorska eller vårdcentral.**