

Graviditetsenkät 2

Cirka 8 veckor efter förlossning

Tack för att du vill delta i Graviditetsenkäten! Enkäten innehåller frågor hur du upplever vården och din egen hälsa några veckor efter förlossningen. 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.

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](#).

Din hälsa

Först ber vi dig besvara en allmän fråga om din hälsa.

1. Hur bedömer du att ditt allmänna hälsotillstånd varit under de sista tre månaderna av graviditeten?

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

Mödrahälsovård

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

2. 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

3. Hade du möjlighet att ställa de frågor du önskade 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

4. Gjorde barnmorskan dig delaktig i planering och beslut som rörde din graviditet i den utsträckning du önskade?

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

5. Kände 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

6. Hade du möjlighet att vid behov få stöd från barnmorskan? (t.ex. om du kände dig orolig, rädd, hade 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"/>
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Har ej behövt stöd Kan/vill ej svara

7. Gjorde barnmorskan på mödrahälsovården din partner/närstående delaktiga i den utsträckning du önskade?

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		Ej aktuellt Kan/vill ej svara

8. Om du deltog i föräldragruppträffar - upplevde du dem som värdefulla?

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		Deltog ej i föräldragrupps-träffar Kan/vill ej svara

9. Anser du att personalen inom mödrahälsovård samordnat dina andra kontakter med vården i den utsträckning du behövt?

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		Ej aktuellt Kan/vill ej svara

10. Skulle du rekommendera den mödrahälsovård du besökt till någon annan som är gravid?

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		Ej aktuellt Kan/vill ej svara

11. Anser du att mödrahälsovården tillgodosatt dina behov?

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

Förlossning

Med dessa frågor vill vi ta reda på din upplevelse av hur vården fungerat i samband med din förlossning och näraste tiden efter.

12. Hur födde du barn?

- Vaginalt
- Planerat kejsarsnitt
- Akut kejsarsnitt
- Kan/vill ej svara

13. Var det din första förlossning eller har du fött barn tidigare?

- Det var mitt/mina första barn
- Har fött barn tidigare
- Kan/vill ej svara

14. Hur upplevde du din förlossning?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värsta tänkbara									Bästa tänkbara	Kan/vill ej svara

15a. Fick du föda där du önskade?

- Ja → Gå till fråga 16
- Nej
- Kan/vill ej svara → Gå till fråga 16

15b. Varför fick du inte föda där du önskade?

- Blev hänvisad till annan plats på grund av platsbrist
- Blev hänvisad till annan plats av medicinska skäl
- Blev hänvisad men vet inte varför
- Annat:
- Kan/vill ej svara

16. Var du delaktig i planeringen och beslut under din förlossning i den utsträckning du önskade?

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. Fick du den hjälp du behövde för att hantera smärtan under förlossningen?

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

18. Fick du stöd av personalen under din förlossning, i den utsträckning du önskade?

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		Kan/vill ej svara	

19. Var barnmorskan närvarande i förlossningsrummet i den utsträckning du önskade?

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

20. Upplevde du att personalen samarbetade väl?

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		Kan/vill ej svara	

21. Blev du bemött med respekt av personalen i samband med förlossningen?

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		Kan/vill ej svara	

22. Gjorde personalen på förlossningen din partner/närstående delaktiga i den utsträckning du önskade?

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

23. Fick du tillräckligt med information under förlossningen?

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

24. Kände du dig trygg med vården under förlossningen?

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

25. Låg barnet hud mot hud med dig direkt efter förlossningen tills barnet sugit och/eller somnat?

Ja

Ja delvis

Nej

Minns ej

Kan/vill ej svara

26. Fick du stöd av personalen vid den första amningen, i den utsträckning du önskade?

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

27. Skulle du rekommendera någon annan att föda på samma förlossningsavdelning som du?

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

28. Fick du stanna kvar efter förlossningen så länge som du behövde?

Ja

Nej, hade önskat stanna längre

Nej, hade önskat att gå hem tidigare

Kan/vill ej svara

29. Fick din partner/närstående möjlighet att stanna kvar efter förlossningen?

Ja

Nej, men jag hade önskat det

Nej, det behövdes inte

Ej aktuellt

Kan/vill ej svara

30. Fick du möjlighet till förlossningssamtal/utskrivningssamtal med din barnmorska eller läkare innan du åkte hem?

Ja

Nej, men jag hade önskat det

Nej, det behövdes inte

Kan/vill ej svara

31. Fick du den information du behövde om vad du kunde förvänta dig angående återhämtning efter förlossningen?

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

32. Gjorde vårdpersonalen dig delaktig i planering och beslut beträffande din eftervård i den utsträckning du önskade?

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

33. Gjorde vårdpersonalen din partner/närstående delaktiga efter förlossningen i den utsträckning du önskade?

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

Din hälsa

Vi ber dig besvara några allmänna frågor om din hälsa.

34. 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

35. Har du fått besvär som du inte förväntat dig eller komplikationer som beror på förlossningen?

Ja, svåra/allvarliga

Ja, lindriga

Nej

Kan/vill ej svara

Ditt underliv

Graviditet och förlossning kan påverka underlivet. Just hur det påverkas behövs det mer forskning om. Därför frågar vi nu alla kvinnor som genomgått en förlossning hur det fungerar. Har du sådana besvär som frågorna handlar om? Då kan du prata med din barnmorska som kan ge råd.

36. Har du besvär eller smärtor i underlivet efter förlossningen?

Ja

Nej

Avstår från att svara

37. Har du eller har du haft svårigheter med att tömma urinblåsan som krävt behandling efter förlossningen?

Ja

Nej

Avstår från att svara

38. Har du urinläckage eller ofrivillig urinavgång?

Aldrig

Nästan aldrig

1-3 gånger per månad

1-3 gånger per vecka

Dagligen

Avstår från att svara

39a. Har du svårt att hålla avföring eller gaser?

Nej → *Gå till fråga 40*

Ja

Avstår från att svara → *Gå till fråga 40*

39b. Händer det att du släpper dig även när det är olämpligt?

Aldrig

Nästan aldrig

1-3 gånger per månad

1-3 gånger per vecka

Dagligen

Avstår från att svara

39c. Har du läckage av lös avföring?

Aldrig

Nästan aldrig

1-3 gånger per månad

1-3 gånger per vecka

Dagligen

Avstår från att svara

39d. Har du läckage av fast avföring?

- Aldrig
- Nästan aldrig
- 1-3 gånger per månad
- 1-3 gånger per vecka
- Dagligen
- Avstår från att svara

39e. Använder du skydd p.g.a avföringsläckage?

- Aldrig
- Nästan aldrig
- 1-3 gånger per månad
- 1-3 gånger per vecka
- Dagligen
- Avstår från att svara

39f. Påverkar dina läckageproblem din livsstil?

- Aldrig
- Nästan aldrig
- 1-3 gånger per månad
- 1-3 gånger per vecka
- Dagligen
- Avstår från att svara

Allmänt

Här ber vi dig besvara några allmänna frågor om tiden efter förlossningen.

40. Har du behövt uppsöka sjukvården under tiden efter förlossningen på grund av besvär/komplikationer?

- Nej
- Ja
- Kan/vill ej svara

41. Fick du antibiotikabehandling för någon infektion?

- Nej
- Ja, urinvägsinfektion
- Ja, infektion i livmodern
- Ja, sårinfektion
- Ja, infektion i bröst
- Ja, annan infektion
- Kan/vill ej svara

42. Om du har/haft problem med amning - har du fått stöd från vården i den utsträckning du önskat?

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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 |

43. Anser du att vården tillgodosett dina behov under förlossning och tiden efter förlossning?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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 |

44. 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.**