

Svangerskapsomsorg og fødselshjelp i dagens Afghanistan

*- en kvalitativ studie blant tjenestebrukere og
tjenesteytere*

Skrevet av Zuhail Ramani



Studentoppgave ved medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

[26.03.2012]

Abstract:

Background

The reproductive health services in Afghanistan have been severely affected by long lasting instability and conflict, leaving this nation with the highest maternal mortality rate on global basis. However, considerable efforts have been expended to increase coverage and improve the quality of midwifery services, yet they cover less than half of society's needs.

Methods

This is a qualitative study. 27 participants (12 patients, 12 professional health carers and 3 traditional birth attendants) were interviewed in two major provinces using a semi structural interview guide. This study aims to clarify which experiences and thoughts participants have about the present antenatal- and birth care in Afghanistan.

Results

Results show that only a lower proportion of the fertile population uses the available antenatal and birth care services regularly. Limited insight about the importance of antenatal controls, familial involvements, transport and economic problems are mentioned to be the reasons that the majority doesn't take advantage of the midwifery services.

This study reveals also health workers' unethical and unsympathetic behaviour towards patients, along with corruption and discrimination of patients, as challenges Afghan women deal with while seeking help at mother- and child health care facilities. Despite the concerns and the current circumstances in Afghanistan with limited access to resources, health workers claim to serve the nation to the best of their ability.

Conclusion

There are many factors along with ethical issues, preventing Afghan women to seek help during pregnancies and child birth.

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn
2. Fakta om Afghanistan og landets helsetilstand
3. Materiale og metode
4. Etikk
5. Resultater
6. Diskusjon
7. Muligheter til forbedring
8. Litteraturlise
9. Vedlegg

Svangerskapsomsorg og fødselshjelp i dagens Afghanistan – en kvalitativ studie blant tjenestebrukere og tjenesteytere.

1. Bakgrunn

Norge og Afghanistan er land som representerer ytterpunkter på skalaen når en studerer den reproduktive helsetilstanden på verdensbasis. Mens førstnevnte blir kåret til verdens beste ”mammaland”, utpekes det andre som det verst mulige land å føde i og er nok en gang stemplet som ”verdens verste mammaland” [1]. Med min bakgrunn som medisinstudent fra et norsk universitet, samt med etnisk tilhørighet fra Afghanistan, har jeg lenge hatt et latent personlig ønske om å studere disse forholdene nærmere.

Når man søker på helsetilstand for afghanske kvinner i vitenskapelige litteraturlister, får man treff på en rekke studier som hver for seg presenterer hårreisende statistikk på hvor alvorlig den eksisterende situasjonen er [2,3,4]. Riktignok har langvarige krigshandlinger satt Afghanistan hundre år tilbake i tid og etterlatt massive ødeleggelser. Landet har måttet bygges opp igjen fra ruinene, og for å få til det har både nasjonale og internasjonale satsninger vært enorme. Helsesektoren generelt, og ikke minst den reproduktive helsetjenesten i Afghanistan har blitt viet stor oppmerksomhet gjennom gjenoppbyggingsarbeidet i landet [5]. Utallige nødhjelpstiltak har vært nødvendige å sette i gang for å bremse den horrible utviklingen for kvinnehelse i Afghanistan. På tross av at resultatene fra denne storsatsingen på den reproduktive helsetjenesten ikke har vært markante, har den heller ikke vært uten effekt. Sakte men sikkert vil situasjonen forhåpentligvis forbedres. Men dette igjen forutsetter varig politisk stabilitet og solid nasjonal infrastruktur.

Jeg ønsker imidlertid ikke her å sammenlikne situasjonen i Afghanistan med den i andre land. Oppgaven sikter heller mot å belyse andre forhold som kan bidra til en kritisk vurdering av den eksisterende svangerskapsomsorgen i landet. Jeg ønsker å belyse dette både fra et tjenestebruker- og fra et tjenesteytersperspektiv, altså henholdsvis belyse hvordan gravide kvinner og helsepersonell samt tradisjonelle fødselshjelpere opplever situasjonen. Altså:

hvordan oppleves dagens svangerskapsomsorg og fødselshjelp av den alminnelige afghanske borger?

Noe av motivasjonen for nettopp å skrive om denne tematikken ligger nok i det faktum at litteraturen per i dag er tynn når det gjelder en slik tilnærming. Videre håper jeg at resultater fra denne prosjektoppgaven kan by på nye kunnskaper om Afghanistan, samt åpne for videre forskning.

2. Fakta om Afghanistan og landets helsetilstand

Afghanistan er et fjelland som ligger i Sentral Asia, og er hjem for 29 millioner innbyggere, fordelt over 34 provinser. Med sin beliggenhet i Asias hjerte har dette landet helt siden oldtiden vært ett knutepunkt mellom øst og vest, da den berømte Silkeveien gjorde Afghanistan til en viktig gjennomfartsåre for handel og reiser mellom Asia og Europa.

Landets strategiske beliggenhet har ikke minst gjort Afghanistan til et attraktivt politisk ”landemerke” for verdens stormakter gjennom historien. Persere, grekere, tadsjiker og mongoler er noen av de mange folkeslag som en gang i tiden har rådet over Afghanistan. Det var først på 1700-tallet at det moderne Afghanistan ble grunnlagt av Kong Ahmad Shah. På 1800-tallet da Storbritannia la ut for å invadere i Asia, kom også Afghanistan i strid med dem. På 1900-tallet ble landet igjen okkupert av Sovjetunionen i en tiårsperiode som ble etterfulgt av mangeårige interne konflikter og borgerkrig, før det totalitære Taliban-regimet erobret landet sent på 1900-tallet [6].

Etter 11. september 2001 og amerikansk invasjon i samme år prøvde den krigsrammede nasjonen igjen å reise seg fra ruinene og sette kurs mot en ny epoke. Uheldigvis har den lange krigshistorien, spesielt i siste to-tre tiår, og ikke minst den vedvarende striden mellom de internasjonale styrkene og Taliban satt dype spor i landet. Hele det afghanske samfunnet bærer preg av krigen. Alt fra økonomi, progresjon, utdanning, helse og velferd, og verst av alt er at landets politiske infrastruktur også i varierende grad er affisert.

Det som dessverre kommer dårligst ut i slike målinger er uten tvil befolkningens helse. Høy dødelighetsrate, lav dekning av helsetjenester med suboptimal standard, økende forekomst av

sykdommer, fattigdom og underernæring plasserer Afghanistan blant verdens verste land å bo i [7,8].

2. 1. Fakta om reproduktiv helse i dagen Afghanistan

En omfattende studie av maternell mortalitet utført i fire geografisk forskjellige distrikter i Afghanistan i 2002, estimerte en nasjonal maternell mortalitetsratio på 1600-2200 per 100 000, hvilket er den høyeste på verdensbasis. Videre ble total fertilitetsratio anslått til 6.23. 28 % hadde hørt om prevensjon, mens kun 8,5 % brukte dette. Foruten den høye mødredødeligheten avslørte også studien et skrikende behov for kvinnelige helsearbeidere, spesielt jordmødre [4].

Etter innføring av nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen i 2003 [9], har den afghanske staten med støtte fra ulike internasjonale hjelpeorganisasjoner satset fullt på å forbedre situasjonen. Utvidelse av kapasiteten på helsestasjoner nasjonalt, rekruttering og utdanning av kvinnelig helsearbeidere, samt opplysningskampanjer blant folk for å øke kunnskap om kvinnehelse generelt er noe av det bemerkningsverdige som har skjedd [8].

Men veien er lang og lasset er tungt! Ifølge en årlig tilstandsrapport ” State of the world’s mothers” fra 2011 utgitt av Redd Barna, dør 1 av 11 kvinner i Afghanistan under graviditet eller fødsel. Dette vil med andre ord si at hvert 30. minutt dør en afghansk mor på grunn av svangerskapsrelaterte komplikasjoner. Kun 14 % av alle fødsler skjer under tilsyn av en faglært helsearbeider, mens 80 % føder fortsatt hjemme. En typisk afghansk kvinne har i gjennomsnittet 4 års utdanning, blir kun 45 år gammel og hennes sjanse for å dø i fødsel er minst 200 ganger større enn å dø ved en bombe eller kule. Videre dør ett av fem barn før fylte fem år, mens to av fem barn er underernærte [1].

En så grusom statistikk som dette understreker det faktum at Afghanistans reproduktive helse fremdeles befinner seg i en kompleks og kritisk nødssituasjon.

3. Materiale og metode

Under et opphold i Afghanistan, i hovedstaten Kabul og provinsen Ghazni sommeren 2010, gjennomførte jeg intervjuer med tjenestebrukere og tjenesteytere med tanke på å belyse deres erfaringer med og tanker rundt svangerskapsomsorg og fødselshjelp i dagens situasjon.

3.1. *Hvem ble intervjuet og hvor fant intervjuene sted?*

Ettersom oppgaven tar for seg elementer vedrørende den eksisterende svangerskapsomsorgen, var det logisk at man skulle intervjuer et utvalg bestående av kvinner i fertil alder, som enten var gravide eller nylig hadde vært gravide, samt helsepersonell knyttet til den reproduktive helsetjenesten.

Til sammen 27 personer ble intervjuet, hvorav 12 var pasienter, 12 var helsepersonell (7 leger og 5 jordmødre) og 3 var tradisjonelle fødselshjelpere. Av de 37 spurte, var det til sammen ti, alle pasienter, som avstod fra deltakelse.

Intervjuene foregikk i to ulike provinser - Kabul og Ghazni - i Afghanistan, av henholdsvis 19 og 8 deltakere.

Samtalene i Kabul fant sted ved Malalai Maternity Hospital, samt ved to klinikker: henholdsvis Ali Sina Clinic og Marie Stopes International Afghanistan. Førstnevnte er en privat klinikk som i tillegg til gynekologisk og obstetrisk seksjon også har indremedisinske og kirurgiske avdelinger. Marie Stopes Internastional Afghanistan er en internasjonal ikke-statlig organisasjon med hovedkvarter i London, Storbritannia. Organisasjonen har klinikker i 40 land, og tilbyr hovedsakelig familieplanlegging og reproduktive helsetjenester.

Malalai Maternity Hospital er nasjonens største kvinnesykehus med 80-100 fødsler daglig. Kvinner fra hele landet og fra ulike sosialklasser kommer hit for å føde. Et utvalg fra en slik sammensatt pasientgruppe ved dette sykehuset vil derfor meget sannsynlig representere populasjonen som sådan. Ved siden av intervjutaking av informantene, hospiterte jeg også i ulike avdelinger på sykehuset, blant annet i mottagelse, ventestue, fødestue og barselavdeling..

I Kabul ble både pasienter og øvrige deltakere intervjuet enten på sykehus eller klinikk. I Ghazni - provinsen som ligger ca 143 km sørvest for Kabul, foregikk alle intervjuer i landsbyen Ramak som ligger 30 km øst fra Ghazni sentrum. Tre av samtaler fant sted i landsbyens eneste klinikk og resten hjemme hos deltakerne.

Av praktiske årsaker ble informanter i begge byer spurt om deltakelse i prosjektet på intervjudagen. Man hadde ingen forhåndsbestemte avtaler. Valg av områder baserer seg på forfatterens kjennskap og tilknytning til disse stedene. Det var også planlagt å intervju en del helsepersonell og pasienter ved Ghazni distriktssykehus, men på grunn av den ustabile sikkerhetssituasjonen der i oppholdsperioden ble dette utelatt.

3.2. Hva omfattet intervjuene?

Det ble brukt semistrukturerte intervjueskjema bestående av egnede spørsmål til henholdsvis tjenestebrukere og tjenesteytere (Vedlegg 1 og 2).

Pasientskjemaet omfattet følgende punkter: Skolegang, tidligere svangerskap og eventuelle komplikasjoner, når og hvorfor kvinnen oppsøker hjelp nå, informasjonskilde vedrørende tjenesten, egne erfaringer med og opplevelse av omsorgen som gis, forhold til tjenesteyterne, og forventninger til helsevesenet generelt.

Spørsmål til helsepersonell omfattet: Kjennskap til retningslinjer om svangerskapsomsorgen, i hvilken grad disse blir fulgt, hvilke råd og informasjon de gir til gravide, hvem utfører kontroller, meninger om kvaliteten av eget arbeid, utfordringer og forbedringsmuligheter i oppfølgingen av kvinner gjennom svangerskapet.

Alle fikk skriftlig informasjon, og de med manglende leseferdigheter (flertallet av pasienter og tradisjonelle fødselshjelpere), fikk muntlig opplysning om prosjektet. Samtykkeerklæring ble avlagt både skriftlig og muntlig. Alt informasjonsmaterialet (prosjektbeskrivelsen, samtykkeerklæringen, spørsmål til deltakere) var på forhånd blitt oversatt til Dari, som er morsmålet og som også er forfatterens morsmål.

Forfatteren gjorde også egne observasjoner under kontakten med pasienter og helsepersonell både på sykehus og klinikker. Observasjoner ble fortløpende loggført. De mest iøynefallende og relevante observasjoner, som presenteres i oppgaven, er betraktninger av lege-pasient og jordmor-pasient forholdet, samt generelle omstendigheter i de besøkte behandlingsinstitusjonene

3.3. Transkripsjon og analysemetode

Intervjuene ble enten tatt opp på bånd eller skrevet ned ordrett. Grunnen til at man tok notater ved noen tilfeller var enten forstyrrende bakgrunnsstøy i de tilgjengelige lokaler for intervjutaking, eller fordi deltakere ikke ønsket at stemmen ble tatt opp. Alle innsamlede rådata ble oversatt til norsk, skrevet ut ord for ord og videre analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering [10,11]. Meningsbærende tekstelementer med potensiell kunnskapskraft ble valgt ut og gruppert i kategorier, og betydningen av disse ble så sammenfattet.

3.4. Byråkratiske utfordringer

På grunn av politisk instabilitet i Afghanistan kunne man som medisinstudent ikke hospitere fritt ved Malalai Maternity Hospital i Kabul, på tross av fremleggelse av bekreftelse fra veilederen ved Universitetet i Oslo. Sykehusledelsen krevde en skriftlig godkjenning fra det afghanske helsedirektoratet for hospiteringsoppholdet på sykehuset. Sykehusledelsen og personalet forøvrig hadde ingenting imot hospiteringen, men de fryktet at undertegnede som ”en fremmed” kunne komme til å bli offer for anklager fra pasienter og pårørende, dersom det skulle oppstå uheldig hendelser eller dødsfall i hospiteringsperioden. Man oppsøkte da helsedirektoratet i Kabul, og med mye hjelp fra bekjente som hadde kontakter i direktoratet, klarte man omsider å få skriftlig tillatelse utstedt helsedirektorat.

4. Etikk

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst (Vedlegg 3).

5. Resultater

5.1. Beskrivelse av informantene

Informantene befant seg i tre grupper: pasienter, faglært helsepersonell og tradisjonelle fødselshjelpere.

Pasientgruppen bestod av 12 kvinner som enten var gravide eller nylig hadde gjennomgått svangerskap. De var i alderen 20- 38 år, median alder 28 år. Med unntak av 4 kvinner, var resten analfabeter. De fire hadde alt fra grunnskoleutdanning til høyere utdanning, og utgjorde 4 av 8 intervjuede kvinner fra byen Kabul. De resterende 4 kvinnene bodde i landsbyen Ramak.

Kvinnene var gravide fra første til niende gang. Høyst var fertilitet i Ramak med mediant antall svangerskap på 8, mens i Kabul var det på 3. Utenom 4 kvinner, 2 i Kabul og 2 i Ramak, hadde kvinnene komplikasjoner i forbindelse med sitt nåværende eller tidligere svangerskap, alt fra infeksjon, blødning, hypovolemi og spontantabort.

Blant de til sammen 12 faglærte helsepersonell var det én mannlig og 6 kvinnelige leger/gyn-obs-spesialister og 5 jordmødre ved Malalai Sykehus, en lege ved Ali Sina klinikk og en ved Marie Stopes klinikk i Kabul, og en lege ved Ramak klinikk.

Tre tradisjonelle fødselshjelpere ble intervjuet, alle kvinner over 50 år og med minst 15 års erfaring i fødselshjelp. Alle bodde i Ramak, og ingen kunne lese eller skrive. To av dem jobbet også som ”Community Health Worker” etter å ha gått på kurs i regi av ulike hjelpeorganisasjoner. Ved siden av fødselshjelp drev de da med helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak, prevensjon, hygiene osv. I tillegg til fødselspakker var de også utstyrt med prevensjonsmidler, kondomer, smertestillende, antibiotika for vanlige barneinfeksjoner, midler for oral rehydrering, vitaminer osv. Den tredje fødselshjelperen hadde aldri deltatt på noe opplæringskurs.

Ingen av fødselshjelperne utførte gynekologisk undersøkelse. To av dem som hadde vært på kurs, hadde fått streng beskjed fra leger og jordmødre om å ikke utføre en slik undersøkelse, både på grunn av manglede kompetanse og økt risiko for infeksjon.

Fødselshjelperne oppsøkte gravide som ba om hjelp både før og under fødsel og i barseltid. De oppfordret mødrene å søke legehjelp dersom de mistenkte faresignaler hos kvinnene, som for eksempel uttalt slapphet, massive ankelødemer, unormal fosterleie, blødninger,

magesmerter, hodepine, tegn til infeksjon, ved første gangs svangerskap, og ikke minst ved komplikasjoner ved tidligere svangerskap.

Alle informanter var samarbeidsvillig, kun 10 forespurte pasienter takket nei til å delta i prosjektet. Man gjorde ingen forhåndsbestemte avtaler, alle ble intervjuet der de befant seg, altså på sykehus, klinikker eller hjemme.

5.2. Svangerskapskontroll er ikke rutine, selv om tilbudet finnes

De nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorg anbefaler at gravide kommer til minst fire kontroller i løpe av svangerskapet, og hyppigere om kvinnens tilstand skulle tilsi det [9].

Kontrollene foregår i offentlig mor-og barnklinikker, der svangerskapskontrollen er kostnadsfri, og også i private klinikker der det kreves betaling. Kvinner som går til kontroller får et helsekort. Dette inneholder blant annet sosial og medisinsk anamnese, eventuelle tidligere svangerskapskomplikasjoner, funn ved klinisk undersøkelse, terminberegning, svar på mikrobiologiske og biokjemiske prøver osv. Private klinikker tilbyr også ultralydundersøkelse.

Svangerskapskontroller utføres av både jordmødre og leger, som også informerer kvinnen om faremomenter ved svangerskap og gir råd om kosthold, nok hvile og tilpasset fysisk belastning. Når terminen nærmer seg, blir kvinnen henvist til et sykehus for å føde. Både Marie Stopes og Ramak klinikk hadde en liten fødestue med nødvendige utstyr for å ta imot ukompliserte fødsler. Etter utskrivelse fra sykehuset blir kvinner henvist til familieplanleggingsklinikker som tilbyr informasjon og veiledning om prevensjon, samt gratis utdeling av hormonpiller, innsetting av spiral eller hormonsprøyte.

Bare 5 av våre 12 pasienter gikk til regelmessig kontroller, hvorav 3 gikk til rutinemessige kontroller og 2 ble fulgt opp på grunn av vedvarende plager i forbindelse med graviditeten. De resterende 7 kvinnene (4 av dem fra Ramak) oppsøkte hjelp kun når de følte seg uvel eller fikk komplikasjoner. Kun en av disse 7 kvinnene sørget for i det minste en sjekk etter 6. svangerskapsmåned, ellers gikk hun også når hun følte behov for det.

5.2.1. Hvorfor ikke gå til kontroller, når tilbudet finnes?

5.2.1.i. Liten innsikt i tilstanden

- *”Ingen grunn til å oppsøke helsehjelp når man føler seg vel”*
- *”Jeg går til lege kun når jeg absolutt må”*
- *”Bygdefolk går ikke til noen kontroll”*

Dette er noen utplukkede utsagn fra samtalene som tyder på den rådende holdningen hos de fleste mødre i Afghanistan, som igjen reflekterer kvinners begrensede innsikt i og kunnskaper om svangerskapsforløp og liten forståelse av betydningen av svangerskapskontroller. Den lave motivasjonen hos kvinnene kan nok delvis forklares med lite skolegang og begrenset tilgang til adekvate informasjonskilder. Kun to pasienter brukte leger som opplysningskilde, resten spurte erfarne kvinnelige bekjente eller hadde lært av egne erfaringer. Ifølge en lege er det viktigste tiltaket staten bør satse på å drive opplysningskampanjer via media, for å sette fokus på kvinnehelse og øke bevisstheten rundt svangerskap, fødsel og familieplanlegging.

5.2.1.ii. Familien bestemmer

Familiens overordnede - som regel svigermor eller ektefelle - har stor innflytelse på hvorvidt kvinnen kan følges opp hos helsepersonell under svangerskapet. Dersom den som tar avgjørelser i familien mangler skolegang, er trangsinnet og skeptiske til moderne behandlingsmetoder, vil kvinnen som regel ikke få støtte til å oppsøke hjelp.

Det forventes at kvinnen skal være tøff og utholdende. Hun skal ikke springe til lege med det minste ubehag. *”Du er ikke den første som føder barn her i verden!”*, pleier kvinnen å få høre, når hun uttrykker at hun føler seg uvel som gravid, og er bekymret for sin og barnets helse. Kvinnen kvier seg til å fortelle om problemer før det har blitt virkelig alvorlig: *”Jeg tør ikke fortelle noen om mine plager før jeg er ordentlig syk, jeg blir flau”*.

Når kvinnen omsider forteller om sine plager, vil familien ofte vente med å frakte kvinnen til en behandling sinstitusjon før alternativ behandling som urter og naturmedisin er prøvd ut. Hvis tilstanden forverres og ingenting hjelper, bringes hun til sykehus. Ikke så sjelden vil det

ende med alvorlige konsekvenser eller fatalt utfall. Sykehusleger står dermed ofte overfor utfordrende situasjoner der det gjelder å redde liv: *”Vi får ofte pasienter i dårlig klinisk status, dessverre er det ikke alltid vi klarer å redde dem”*.

Også jordmødre, på lik linje med leger, uttrykker bekymring om tendensen blant folk, spesielt på landsbygda, til å mistolke symptomer hos alvorlig syke gravide: *”Vi opplever at kvinner med kramper først tas til åndelige menn som driver spirituell virksomhet, fordi pårørende er overbevist om at kvinnen er besatt av demoner og kun de kan befri henne”*.

Tradisjonelle fødselshjelpere på sin side er nok viktige støtspillere for kvinner i bygdesamfunn som befinner seg i en så sårbar situasjon. De er som regel blant de første som oppsøkes av kvinner i nød: *”De kommer til oss og er redde for sin og barnets helse, og klager over at ingen hjemme bryr seg om dem”*. De vil da konfrontere kvinnens ektefelle og andre nøkkelpersoner i familien og prøve å overtale dem til å ta kvinnens plager på alvor og oppsøke legehjelp snarest. Ifølge de spurte fødselshjelpere har situasjonen likevel forbedret seg sammenliknet med tidligere.

5.2.1.iii. Helsehjelp koster penger

Dårlige økonomisk vilkår er en annen komponent som i samtalene angis å være blant hovedårsakene som holder mange afghanske mødre fra å søke behandling i tide: *”Folk har ikke råd til mat, hvordan kan de betale for medisiner? For å ikke nevne reisepenger til legen!”* meddelte en skuffet fødselshjelper i Ramak. Dårlig økonomi innebærer ynkelig levekår, dårlig ernæringstilstand, svakt immunforsvar og økt forekomst av sykdommer.

Til tross for at ingen av pasientene direkte oppga dårlig økonomi som et hinder for å søke helsehjelp, understreket både leger, jordmødre og fødselshjelpere at dette førte til at mors tilstand ble nedpriortert. Om en gravid kvinne ble uvel, ventet man helt til siste liten i håp om at det ville ”gå over” av seg selv.

En sykehuslege fortalte at noen leger i offentlige klinikker, hvor staten dekker alle behandlingsutgifter, driver bevisst med polyformasi. De forskriver unødvendige

medikamenter for å profitere på provisjon hos sine samarbeidende apoteker. Dette fører også i følge sykehuslegen til at mange fattige unngår å søke hjelp.

5.2.1.iv. Transport er problematisk

En annen faktor som også trekkes frem som et hinder for å søke hjelp, er begrenset eller manglende transportmuligheter. Spesielt folk bosatt utenfor store byer rammes hardt av dette. Lang avstand til sykehus eller klinikker i tillegg til dårlige transportalternativer, begrenset tilgjengelighet til kjøretøy, transportkostnader, samt ødelagte og utrygge veier, koster ofte pasienten livet.

Dette gjør jobben til fødselshjelpere i Ramak ytterligere utfordrende: *”Verst er det om kveldene når klinikken er steng, og kvinnen er akutt dårlig eller det har oppstått komplikasjoner under fødselen. Det er ikke alltid man klarer å skaffe en bil for å frakte henne til sykehuset i byen Ghazni i så kort varsel. Vi tilkaller da den eneste mannlige lokallegen, og gjør det vi er i stand til for å redde mor og barn, med de begrensinger vi har”*.

Heldigvis er situasjonen bedre for kvinner som enten er utdannet selv, tilhører en velstående familie med moderne tenkning, eller er bosatt i urbane områder, sammenlignet med kvinner med lav sosioøkonomisk status i landlige områder. Tre av de 5 kvinnene som gikk til rutinemessige svangerskapskontroller tilhørte denne gruppen. Disse nevnte ingen faktorer som kunne hindre dem i å komme til svangerskapskontroller.

5.3. Stor misnøye med helsepersonells opptreden

5.3.1. Yrkesetikk lite utbredt

Yrkesetikk er et lite kjent begrep i afghansk medisinsk litteratur og er nesten like sjelden anvendt i praksis. Legen har fremdeles bevart den autoritære og dominerende statusen i afghansk kultur. Det er et innforstått faktum at hva enn en lege skulle mene eller gjøre, så skal dette aksepteres. En mentalitet av en slik art plasserer pasienten automatisk i den andre enden av skalaen, som en maktesløs og verdiløs byrde.

En typisk konsultasjon går ut på at en skamfull pasient sier noen ord om sine plager, før hun eller han avbrytes av en uinteressert lege og får levert en lang liste med medisiner uten noen særlig forklaringer på hvordan disse skal brukes og hvordan de skal hjelpe. Det er en enveis kommunikasjon. Forfatteren var vitne til konsultasjoner med liknende mønster både ved Ramak klinikk og Malalai sykehus.

En lite medmenneskelig atferd begrenser seg ikke til legene men omfatter også jordmødre og annet personale, for eksempel de såkalte ”sykehustanter”: *”Hvis ikke legen kan oppføre seg, vil heller ikke de andre gjøre det!”*

(”Sykehustanter” er en yrkesgruppe, ofte bestående av eldre kvinner som jobber på fødeavdelinger ved nesten alle sykehus. De er ikke fagutdannet, men har mange funksjoner, alt fra renhold, portør, budbringer, kjøkkenhjelp, pleiemedarbeider, osv.)

Ni av de 12 pasientene som ble intervjuet, mente at helsepersonell hadde uvennlig atferd. Alle kunne referere til episoder hvor de hadde opplevd utilbørlig opptreden hos leger eller jordmødre. Alt fra bruk av upassede ord, arroganse, kjefting, fysisk vold som lugging og klapsing, kunne de fortelle om:

- *”Da jeg var gravid med mitt første barn, fikk jeg juling fordi jeg skrek mye pga smerter.”*
- *”De er ikke snille.”*
- *”Når vi går til legen, er det fordi vi er syke og sårbare, et lite smil og hyggelig oppførsel fra legen kan gjøre stor forskjell, vi føler oss bedre og ivaretatt”.*

Lite sympatisk og omsorgsfull atferd fra personale er et stort problem i afghansk helsetjeneste. Pasienter lengter etter å bli møtt med respekt og få føler seg ivaretatt: *”Skulle ønske personalet verdsatte oss”.*

Kun én sykehuslege vurderte legeatferden på sykehuset som lite hyggelig: *”Pasienter er dessverre redde for oss, de tør ikke stille spørsmål, når jeg viser omsorg og tar meg godt av pasienten min, blir jeg spurt av kollegaer om jeg er i slekt med vedkommende, eller mistenkes for å ha fått penger fra pasienten”.*

En annen sykehuslege som også var avdelingssjef bekreftet at det ofte foregikk verbale konfrontasjoner mellom personale og pasienter eller pårørende. Og at personalet hele tiden ble oppfordret til profesjonell oppførsel og ordbruk. Ved et annet tilfellet ble forfatteren vitne til en opplagt uvennlig atferd fra en lege som innledet en komplisert fødsel på fødestuen i Malalai sykehus, men da samme lege i etterkant ble intervjuet om hennes opptreden ovenfor pasienter, ble denne beskrevet som god.

En jordmor som hadde 25 års erfaring fra sykehus og klinikker, bekreftet at dårlig oppførsel fra helsepersonell er en ukultur som hersker i helseinstitusjoner:

”Særlig i klinikkene er leger ansvarsløse og bryr seg lite om pasienter, de krever betaling for tjenester og medisiner som egentlig er gratis til besøkende, klinikkene holdes åpen i kun to timer, staten kontrollerer heller ikke. En gang var det en kvinne som hadde kommet for svangerskapskontroll, hun ble ganske ydmyket av klinikklegen, fordi hun fødte så mange barn og vedkommende ikke hadde mer tid til henne.”

Liknende krenkende og tarakasserende historier kunne kvinner fra Ramak også meddele. Tradisjonelle fødselshjelpere som fra tid til annen følger fødende eller syke gravide fra Ramak til distriktssykehuset i Ghazni, var også enige i slike påstander, spesielt hva angikk jordmødre:

”Husker godt en gang en jordmor som skjente med sin barske stemme på en pasient som tydelig var smertepåvirket og sa til henne hvis hun hadde lært seg å bli gravid, måtte hun også lære seg å tåle litt smerte!”

Situasjonen er åpenbart bedre i den private helsesektoren. De byr på god service, tettere oppfølging, hyggelige omgivelser, og ikke minst imøtekommende personale. Disse godene er igjen reservert utelukkende til dem som har råd til å betale: *”De fattige har ikke råd å til private klinikker, hvor alt er mye bedre”*, sa en jordmor som klagde over den håpløse situasjonen i offentlige klinikker.

En tredjegangsgavid som ble fulgt opp ved Ali Sina klinikk, uttalte seg som svært fornøyd og ivaretatt: *”Etter mitt andre svangerskap, ønsket jeg avstand til neste graviditet. Jeg oppsøkte en offentlig klinikk for prevensjonsveiledning, men i stedet ble jeg skjelt ut og ble beskyldt for*

å holde legen opptatt, for vedkommende skulle helst vært hjemme og malt huset. Jeg måtte forlate klinikken uten prevensjonsmiddel, jeg ble gravid, jeg dro aldri dit igjen”.

Marie Stopes klinikk som hovedsakelig tilbyr prevensjonsveiledning til rimelig pris, kan også skryte av fornøyde pasienter. Ifølge legen som ble intervjuet blir det med jevne mellomrom holdt uanmeldte spørreundersøkelser blant pasienter hvor personalets atferd blir vurdert.

5.3.2. Arbeidsforhold en medvirkende årsak

Stor pasientpågang, overarbeidete ansatte, nedbemanninger, lange vakter, lav lønn og sviktende infrastruktur er faktorer som presenteres av en sykehuslege i et forsøk på å forklare ansattes oppførsel fra deres ståsted. Videre la legen til følgende: *” De fleste av våre ansatte er damer. I tillegg til dårlige arbeidsforhold og stor mistrivsel på jobben må de også ta seg av familien og gjøre husarbeid. Det er klart en blir sliten med lite overskudd, og kommer fort i konflikt med pasienter.”*

”Vi har det veldig travelt her, 120-130 pasienter daglig, det er over personalets kapasitet, situasjonen er uholdbar, det er klart vi blir slitne og utbrente. På tross av alt holder vi det gående fordi vi trenger jobb, dette går også ut over vår helse.”, sa en sliten jordmor.

5.4. Bekjentskap sikrer god oppfølging

Dette har nesten blitt til en uskreven regel i afghanske sykehus: har man kjennskap til en ansatt på et sykehus, helst en med autoritet, slik som en lege, får man garantert bedre tilsyn, mer oppmerksomhet, bedre oppfølging, og ikke minst rykker man framover i behandlingsskøen. Det trenger nødvendigvis ikke være den nærmeste pårørende til den ansatte som får særbehandling, det holder hvis man i det minste er i slekt med eller venn med en lege. Dersom den legen en har bekjentskap med ikke er tilstede, vil andre leger for å ha gjort sin kollega en tjeneste, ta seg godt av pasienten likevel.

Nesten alle pasienter klagde over denne type forskjellsbehandling. De uttrykte stor misnøye over at noen fikk særbehandling i en helseinstitusjon hvor alle i utgangspunktet skal ha lik tilgang til tjenester:

”Du kan risikere å bli overlatt til deg selv hvis du ikke kjenner noen på sykehuset, du må selv hele tiden sørge for at noen kommer og ser etter deg og at du ikke blir glemmt!”

En lege og tre jordmødre erkjente også forholdene. Ifølge dem er gravide med lav sosioøkonomisk status fra distriktsområder spesielt eksponert for forskjellsbehandling.

5.5. Korrupsjon - bedrageri eller nødvendighet?

Selv om all intervensjon og behandling er kostnadsfri ved offentlige behandlingsinstitusjoner i Afghanistan, forekommer det mye korrupsjon. Ifølge tre av fem jordmødre som ble intervjuet, foregår denne type forbrytelse nesten uhindret, og spesielt ved klinikker som tilbyr svangerskapskontroller. Ansatte ved klinikker kan for eksempel kreve betaling for medisiner, spesielt prevensjonsmidler, som egentlig skal være gratis til besøkende. Det betyr jo igjen at de som ikke har råd, ikke får den behandling de har krav på. Det hender også at ansatte lar seg bestikke av pasienter som ønsker å sikre seg disse godene.

Slik svindelpraksis er ikke begrenset til store byene, det er også et kjent fenomen i landsbyer. En pasient i Ramak fortalte følgende: *”Det går rykter om at klinikkens ansatte selger medisiner på svartebørsen, og pasienter får høre at klinikken har gått tom for medisiner”*.

En annen yrkesgruppe som veldig ofte krever ”tips” for å gjøre pasienter en tjeneste er disse multifunksjonelle sykehustantene. Deres arbeidsoppgaver er blant annet å bistå pasienten med praktiske gjøremål så lenge hun er innlagt på sykehuset. En nybakt mamma sa følgende: *”Det er helt vanlig å bestikke tantene for få dem til å adlyde deg”*.

En lege ved Malalai-sykehuset fortalte at siden pårørende ikke hadde lov til å komme inn på avdelingen, pleide tantene å forlange penger fra pårørende for å bringe deres beskjeder videre til pasientene. Jo høyere sum de fikk, desto bedre jobb gjorde de. En mor fortalte at hun måtte

gi en tante mye penger for få henne til å hente henne mat og drikke hos hennes familie som ventet utenfor sykehuset.

Når en gravid som en bestemt tante har ansvaret for føder en gutt, vil tanten kreve enda høyere belønning fra pårørende for å ha brakt dem den gode nyheten. Hvis en annen tante som ikke har ansvaret for denne pasienten forsøker å viderebringe beskjednen om guttefødsel til familien, kan det oppstå heftig krangel mellom tantene.

5.5.1. Hvorfor ty til umoralske handlinger?

En sykehuslege som var klar over forekomsten av slik svindel både i og utenfor sykehuset, begrunnet forholdet med de minimale lønnsutbetalingene til de ansatte. Ifølge legen var mange ansatte avhengige av slike ekstrainntekter for å kunne livnære familiene sine.

5.6. Alt i alt fornøyde mødre

På tross av mye svikt og store mangler i jordmortjenesten og svangerskapskomsorgen i Afghanistan, var de fleste av de spurte kvinnene fornøyde med at det overhodet fantes et tilbud til gravide. For mange av dem følte det betryggende å vite at det fantes hjelp å få når livet virkelig stod på spill.

Ti av 12 kvinner uttrykte tillit til helsepersonellet og fulgte som regel legens anbefalinger. Spesielt stor tilfredshet var det blant mødre i Ramak landsbyen: *”Det er bedre enn ingenting, før fantes det ikke en slik klinikk med kvinnelige leger i bygda”*.

På tross av primitiv standard i Malalai Sykehus, med utilstrekkelig romkapasitet for det høye antall pasienter og hvor tre kvinner på fødeavdelingen deler én seng, og oksygenmasken går på omgang, kan ansatte der slå seg på brystet og skryte av å tjene samfunnet så godt som forholdene tillater det.

En stolt lege sa følgende: *”Selv om mangel på tekniske utstyr og medisiner avgrenser vår produktivitet og arbeidskvalitet, er vi som leger pliktig til å yte vårt beste for å redde mor og barn. Vi er glad i jobben vår, og det føles godt å kunne hjelpe folk.”*

6. Diskusjon

Hoved hensikten med prosjektoppgaven var å studere hvordan gravide kvinner opplever den nåværende svangerskapsomsorgen og fødselshjelpen. Hvilke utfordringer står de ovenfor i møtet med helsevesenet, og hvilke barrierer sperrer veien for dem? Samtidig forsøkte man å se på dette fra et helsepersonell-ståsted, også med tanke på dagens forhold.

Til tross for at det i dag eksisterer tilbud om svangerskapsomsorg for kvinner i Afghanistan [9], er det kun en liten andel av dem som benytter seg av dette rutinemessig under graviditeten. De viktigste forklaringer informantene kunne gi på dette var familiære holdninger, begrensinger knyttet til transportmuligheter, samt dårlige økonomiske vilkår. Liten innsikt om egen helse, samt snau forståelse av betydningen av svangerskapskontroller var igjen knyttet til manglende leseferdigheter hos kvinnene og var medvirkende årsaker til at tilbudet om svangerskapskontroller ikke ble brukt. Nasjonale undersøkelser om kvinnehelse i regi av Helsedepartementet i Afghanistan fra 2006 understreker de samme barrierer [12].

De få kvinnene som gikk til rutinemessige kontroller og heller ikke anga noen hindringer, var enten bosatt i urbane områder eller tilhørte velstående og skolerte familier. En undersøkelse av helsesituasjonen i Afghanistan fra 2006 viste at 52 % kvinner i Kabul mot under 2 % av kvinner i fjernere områder hadde tilgang til jordmortjeneste. Videre viste undersøkelsen at 48 % av kvinner tilhørende velstående familier mot 19 % kvinner med gjennomsnittlig økonomisk status brukte jordmortjenesten flittig. Det gjorde også 39 % av kvinner som bodde innenfor to timers reiseavstand til en helseinstitusjon, mot 9 % av kvinner som hadde over 2 timers reisetid. Sist men ikke minst, 52 % av kvinner med utdanning hadde vært på svangerskapskontroller mot 31 % av kvinner med manglende skolegang [13,14].

At 77 % av befolkningen i Afghanistan er bosatt i rurale områder og 80 % av kvinnene fortsatt føder hjemme og kun 13 % føder ved en helseinstitusjon og 24 % under tilsyn av et helsepersonell, i følge en rapport i regi av UNICEF, forklarer også den skjeve utviklingen i

jordmortjenesteforbruket blant afghanske kvinner [7,15]. Jordmortjenesten dekker fortsatt kun 41 % av det totale behovet, i følge en rapport utgitt av helsedirektoratet i 2008 [14].

Opplevelse av manglende tilbud kom ikke frem i vårt intervjuemateriale.

Manglende ivaretagelse av pasientintegritet samt autoritær og lite medmenneskelig atferd hos helsepersonell generelt, trekkes frem som hovedmisnøyefaktorer av våre pasienter når de blir spurt om deres opplevelse av helsetjenesten. Mange har erfart både verbale og fysiske overgrep utøvd av helsepersonell, noe som uten tvil oppleves som krenkende og ubehagelig.

Det er nødvendig å poengtere her at det mangler litteratur som kan støtte disse utsagnene, samt at utvalget ikke har vært stort nok til å bestyrke deres validitet og reliabilitet. Når det er sagt, bør det samtidig understrekkes at funnene i intervjuet faktisk avdekker et stort hull i dagens praksis i afghanske helseinstitusjoner. Med bakgrunn i disse funnene kan man hevde at nåværende helsepersonelletikk i Afghanistan bør oppdateres, og en ny holdning basert på gjensidig respekt og ivaretagelse av pasientene bør inn på dagsorden.

Over halvparten av informantene ble intervjuet på en helseinstitusjon, enten fordi de jobbet der eller fordi de befant seg der som pasient. Det kan dermed tenkes at disse kan ha stilt seg mindre kritisk til helsevesenet, enten fordi de ikke ville gi et mindre positivt inntrykk som tjenesteyter eller fordi de ikke ville komme i konflikt med behandlere som pasient. Man kan tenke seg at dette kan trekke resultatene i retning av økt tilfredsstillelse.

Korrupsjon i kvinnehelsetjenesten, på lik linje med andre offentlige tjenester i Afghanistan, er stadig en utfordring. Korrupsjonen foregikk ifølge informantene enten i form av bestikkelse av personalet, ved salg av medisiner og utstyr på svartebørs, eller som en belønning til ansatte for å ytre tjenester. For mange som lot seg bestikke, var den ekstra inntekten et nødvendig tillegg til den utilstrekkelige lønna de fikk.

Statistikk fra 2010 peker i samme retning som våre funn, hvor det blant annet nevnes at 10-20% har bestykket enten en dommer, advokat eller en lege i siste 12 måneder. I gjennomsnitt pleier en av to afghanere å bestikke en offentlig tjenestemann både i urbane og rurale områder. En tredjedel av befolkningen angir at bestikkelse er nødvendig for å få noe gjort. Videre nevnes det også i rapporten at mange tjenestemenn ser seg nødt til å la seg bestikke pga lav lønn [16].

Forskjellsbehandling av pasienter i helseinstitusjoner er ifølge informantene et betydelig problem. Bekjentskap til en ansatt er avgjørende for hvorvidt en får god behandling og tilstrekkelig medisinsk tilsyn.

Overfylte og travle helseinstitusjoner med overarbeidete ansatte, dårlige arbeidsvilkår, lav lønn, primitive standard på bygninger og utstyr og en urolig politisk situasjon er utfordringer som ansatte i jordmortjenesten i Afghanistan må håndtere og leve med. De fleste av helsepersonellet mener at de gjør en god jobb for samfunnet, og dette er også befolkningen takknemlig for, på tross av at det finnes svikt i mange ledd i systemet.

I denne studentoppgaven valgte man å stille seg åpen for at deltakere, både pasienter og helsepersonell, kunne ha enten positive eller negative erfaringer og opplevelser knyttet til dagens svangerskapsomsorg og fødselshjelp i Afghanistan. Man var interessert i å utforske deltakeres tanker og hva de så på som forklaringer. Dagens svangerskapsomsorg og jordmortjenesten dekker under halvparten av det nasjonale behovet, og grovt sagt blir den kun benyttet aktivt av drøye 20 % av den fertile populasjonen. På grunn av lavt utdanningsnivå, vanskelige kulturelle og familiære betingelser, dårlig økonomi og transportmuligheter, hindres den største andelen av kvinner i Afghanistan fra å få profesjonell helsehjelp under graviditeten.

7. Muligheter til forbedring

For å kunne etterleve pasientenes forventninger samt tilby en bedre tjeneste, hadde en sykehuslege følgende konkrete forslag: *”Sterkt behov for en fungerende administrasjon i helsevesenet, som er godt organisert og er overvåkningsdyktig. Et system som skal sørge for å øke kunnskapsnivået hos folk, spre informasjon gjennom medier. Øke bevilgninger til helsestasjoner. Innføring av et elektronisk journalsystem. Øke kompetansenivået hos helsepersonell, samt rekruttering og utdanning av nye helsearbeidere”.*

På tross av at både det nasjonale og internasjonale fokuset har vært spesielt rettet mot den reproduktive helsetjenesten i Afghanistan i siste tiårene, trengs det fremdeles ytterligere handelkraftige tiltak for å sikre afghanske mødre et tryggere svangerskap. For å nærme seg

målet forutsettes det blant annet vedvarende politisk stabilitet, et solid styringssystem, oppgradering av kvinners situasjon, endring i kulturelle grunnholdninger og ikke minst økning av kunnskapsnivå i samfunnet om kvinnehelse og viktigheten av svangerskapskontroller.

Selv om endringene hittil har vært minimale, kan man ane en endring i positiv retning. Det er langt fram til målet, men det er fortsatt grunn til optimisme.

Litteratur

1- Save the Children's State of the World's Mothers (tilgjengelig på):

<http://www.savethechildren.org/site/apps/nlnet/content2.aspx?c=8rKLIXMGIpI4E&b=6478593&ct=9378127>

2- Guidotti RJ, Kandasamy T, Betran AP, Merialdi M, Hakimi F, Van Look P, Kakar F. (2009). Monitoring perinatal outcomes in hospitals in Kabul, Afghanistan: The first step of a quality assurance process. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2009 Apr;22(4):285-92. [PubMed]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/sites/pubmed/19085622?dopt=Abstract>

3- Kim YM, Zainullah P, Mungia J, Tappis H, Bartlett L, Zaka N. (2011). Availability and quality of emergency obstetric and neonatal care services in Afghanistan. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012 Mar;116(3):192-6. Epub 2011 Dec 22 [PubMed]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/sites/pubmed/22196990?dopt=Abstract>

4- Bartlett LA, et al, 2005. Where giving birth is a forecast of death: maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999-2002. *Lancet* 365: 864-70

5- John R. Acerra Kara Iskyan, Zubair A. Qureshi, and Rahul K. Sharma (2009) Rebuilding the health care system in Afghanistan: an overview of primary care and emergency services. *Int J Emerg Med.* 2009 June; 2(2): 77–82 [PubMed]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700223/>

6- <http://www.globalis.no/Land/Afghanistan>

7- Afghanistan, statistics. www.unicef.org

8- Mother and Child Health in Afghanistan, UNICEF Afghanistan factsheet. www.unicef.org

9- National Standards for Reproductive Health Services in Afghanistan: Antenatal Care Services (tilgjengelig på): http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADF234.pdf

- 10- Pope C, Ziebland Z, Mays N. Analysing qualitative data. BMJ 2000; 320: 114 - 6.
- 11- Malterud, Kirsti 1996: Kvalitative metoder i medisinsk forskning, En innføring. Forlag: PDC, Tano Aurskog
- 12- National reproductive health strategy 2006-2009 (tilgjengelig på):
<http://moph.gov.af/Content/Media/Documents/National-RH-Strategy-2006-0929122010164034259.pdf>
- 13- Afghanistan Health Survey (AHS) 2006, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and Indian Institute of Health Management Research (tilgjengelig på):
<http://www.independentadvocate.org/downloads/afghanistan-health-survey-2006.pdf>
- 14- Safe motherhood initiative by Reproductive Health Directorate, Ministry of Public Health Afghanistan (tilgjengelig på):
http://www.basics.org/documents/Guidance-Note-for-Scaling-up-MNCH-at-the-Community-Level_Afghanistan.pdf
- 15- Afghanistan's community midwives (tilgjengelig på):
http://www.unicef.org/devpro/46000_46782.html
- 16- Corruption in Afghanistan January 2010, United Nations Office on drugs and crimes, (tilgjengelig på):
http://www.unodc.org/documents/afghanistan/AntiCorruption/Corruption_in_Afghanistan_Bribery_Reported_by_Victims_2010-Eng.pdf

Vedlegg 1. Spørsmål til tjenestebrukere

Alder. Skolegang	
Antall tidligere svangerskap. Var det noen komplikasjoner?	
Kommer du til kontroller regelmessig, eller når du føler behov for det? Hvem går du hos? (Andre årsaker som kan være til hinder for dine svangerskapskontroller?)	
Hvor får du informasjon om din tilstand fra (andre steder enn her, for eksempel slektninger, venninner, TV, radio, osv?)	
Hva synes du om informasjonen du får om din tilstand? Synes du den er tilfredsstillende?	
Føler du deg trygg på at du får den hjelpen du trenger?	
Hvordan opplever du den hjelpen du mottar på sykehus/helsestasjon?	
Hvordan opplever du helsepersonellens oppførsel?	
Hva er dine forventninger til sykehus/helsepersonell i forbindelse med svangerskapet?	

Vedlegg 2. Spørsmål til tjenesteytere

Finnes det retningslinjer for kontroll av gravide?	
Følger dere i så fall disse retningslinjene? Hvis ikke, hvorfor?	
Hvem utfører kontrollene?	
Hva omfatter kontroll av gravide hos dere (hvor mange kontroller, hva sjekker dere?)	
Hvilken informasjon tenker dere er viktig å gi de gravide?	
Hva mener dere om kvaliteten på deres ytelser?	
Hvordan vurderer dere deres oppførsel mot pasienter?	
Hva synes dere det skal til for at oppfølgingen av gravide kan bli enda bedre?	
Årsaker til at kvinner oppsøker hjelp for sent?	