



Det helsevitenskapelige fakultet

Hva anser jordmødre som viktig for å identifisere depresjon hos gravide? – En kvalitativ studie

Trude Elin Benonisen

Masteroppgave i psykisk helsearbeid, HEL-3965, mai 2022

Antall ord i artikkel: 3000 Antall ord i kappe: 13856

FORORD

Det har vært et privilegium å få skrive en masteroppgave, og læringskurven har vært bratt.

Jeg vil først og fremst få takke mine informanter som stilte til intervju i en travel arbeidshverdag, og som delte raust av sine erfaringer og refleksjoner.

Takk til veileder Jürgen Kasper for konstruktive tilbakemeldinger og gode råd.

Tusen takk til Berit for uvurderlig hjelp med å ferdigstille oppgaven.

Takk til min kjære for timer med korrekturlesing og alltid støttende ord på veien.

Og til slutt, takk til verdens beste tenåringer Eline og Andreas, som tilrettelegger, lager middag og heier på meg i medvind og i motvind.

Trude Elin Benonisen

Tromsø 05.05.2022

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Depresjon i svangerskap og barseltid rammer 10-15 % av kvinnene. En tredjedel av disse har symptomer allerede i svangerskapet. En depresjon i denne fasen er ikke bare utfordrende for mor, men kan også påvirke barnets utvikling, og i verste fall ha betydning for tilknytningen mellom mor og barn. Helsedirektoratets retningslinjer for svangerskapsomsorgen anbefaler at jordmødre og fastleger bør identifisere gravide med risiko depresjon, men retningslinjene er uklare på hvordan dette skal gjøres.

Hensikt: Studien undersøker hva jordmødre anser som viktig for å identifisere depresjon hos gravide.

Metode: Studien har et kvalitativt design, og datamaterialet bygger på fire semistrukturerte dybdeintervju. Utvalget består av kommunejordmødre med minimum to års erfaring fra svangerskapsomsorgen. Analysen er inspirert av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Jordmødrene vektlegger å etablere en god relasjon og tillit i møtet med den gravide, for å kunne identifisere depresjon. Erfaring og kunnskap påvirker hvordan de går frem når de skal kartlegge og ivareta gravides psykiske helse. Jordmødrene bruker ulike metoder for å kartlegge. Tid, arbeidspress, tverrfaglig samarbeid, samt støtte i ledelsen er andre elementer som påvirker jordmødre når de tar opp temaet psykisk helse. I tillegg er støttesamtaler et element jordmødre anser som viktig i identifisering og oppfølging av depresjon.

Konklusjon: Psykisk helse vektlegges av jordmødre i svangerskapsomsorgen. Jordmødre ser behov for at kartlegging og oppfølging settes i system. Studier med større utvalg bør gjennomføres for å kartlegge hva jordmødre vektlegger og har behov for ved identifisering av depresjon hos gravide.

Nøkkelord: Jordmødre. Depresjon. Graviditet. Kvalitativ metode.

ABSTRACT

Background: Depression is affecting 10 to 15% of all women during their childbirth experience. One third of these women experience symptoms of depression already during their pregnancy. Suffering from a depression is not only a challenging experience for the mother it can also affect the development of the unborn child and later interfere with the bonding process between mother and child. In their guidelines for routine antenatal care, the Norwegian directorate of health recommends that midwives and general practitioners should identify which women have an increased risk for developing depression during pregnancy, but the guidelines do not specify how this should be done.

Aim of study: This study examines what midwives consider to be important in order to identify depression during pregnancy.

Method: The study has a qualitative design, with the data material based on four semi structured, indepth interviews with midwives, who all had a minimum of two years, community based work experience in antenatal care. The analysis was inspired by systematic text condensation.

Results: In order to identify depression, midwives emphasize on the importance of establishing a good working relationship by building trust between the woman and the midwife. Planning of care is governed by the midwife's expertise and experience in caring for women with mental health issues. Midwives use different tools to establish the women's needs, and implementation of care might be influenced by restrictions due to workload, time available, the possibility of a wider team approach and leadership support issues. Support is provided through therapeutic discussions which midwives see as an important element in their approach for care and support

Conclusion: Mental health care is an important part of antenatal midwifery care and should be implemented with a structured approach within maternity care. Larger studies are needed to identify what midwives need in order to identify depression during pregnancy.

Key words: Midwives, Depression, Pregnancy, Qualitative method.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	3
1.1	Oppgavens oppbygning	3
1.2	Bakgrunn for valg av tema	4
1.3	Begrepsavklaringer.....	5
2	Teoretisk rammeverk.....	5
2.1	Overgangsfaser i livet.....	5
2.2	Tilknytning	7
2.3	Svangerskapsdepresjon.....	8
2.3.1	Sårbarhetsfaktorer	10
2.3.2	Kartlegging av depresjon	11
2.4	Jordmors rolle	13
2.4.1	Jordmors yrkesetiske retningslinjer.....	13
2.4.2	Svangerskapsomsorgen	14
2.4.3	Jordmors kunnskapsbaserte praksis	15
3	Kunnskapsstatus	15
3.1	Søkestrategi	15
3.2	Formelle funn	16
3.3	Beskrivelse av forskning	16
3.3.1	Forskning internasjonalt.....	16
3.3.2	Forskning i Norge.....	20
4	Hensikt og problemstilling	24
5	Metodiske overveielser	24
5.1	Vitenskapsteoretisk perspektiv	25
5.2	Diskusjon av metodiske valg.....	25
5.2.1	Diskusjon av studiedesign.....	25
5.2.2	Diskusjon av utvalg og rekruttering.....	28

5.2.3	Gjennomføring av intervju	30
5.2.4	Diskusjon av analyseprosessen	32
5.2.5	Forforståelsen	35
6	Forskningsetiske overveielser	35
7	Oppsummering av resultatene	37
8	Diskusjon - Jordmors rolle knyttet opp mot teori og empiri	38
9	Oppsummering	44
	Referanseliste	45
	Vedlegg 1: Artikkel	48
	Vedlegg 2: Intervjuguide	65
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv	67
	Vedlegg 4: NSD meldeskjema	70
	Vedlegg 5: Forfatterveiledning	72

1 Innledning

Denne masteroppgaven handler om hva kommunejordmødre anser som viktig for å kunne identifisere depresjon hos gravide. Oppgaven er basert på fire semistrukturerte dybdeintervju med jordmødre som jobber i svangerskapsomsorgen. De representerer tre ulike kommuner i Norge.

1.1 Oppgavens oppbygning

Oppgaven inneholder en kappe og en artikkel (vedlegg 1) som er tilpasset retningslinjene til tidsskriftet *Sykepleien Forskning* (vedlegg 5).

I den vitenskapelige artikkelen presenteres resultatene fra studien, som drøftes opp mot tidligere forskning. Det anbefales derfor å lese artikkelen (vedlegg 1) først.

I kappen beskrives bakgrunnen for valg av tema mer utdypende, ved en gjennomgang av det teoretiske rammeverket. I tillegg presenteres relevant og aktuell forskning knyttet opp mot temaet.

Problemstillingen og hensikten med studien presenteres deretter, hvor også formålet med artikkelen gjøres rede for.

Videre følger et metodekapittel som starter med en kort presentasjon av hvor prosjektet og metoden plasserer seg vitenskapsteoretisk. Deretter følger en utdypende beskrivelse av metoden som er anvendt for å besvare forskningsspørsmålet, samt analysemetoden som er anvendt i studien. De metodiske overveielsene blir også gjort rede for i dette kapittelet.

Oppgavens hovedfunn blir så presentert. Avslutningsvis drøftes jordmors rolle opp mot teori og empiri.

I kappen benyttes referansestil APA 6th, i henhold til UiTs retningslinjer. I artikkelen benyttes referansestil Vancouver i henhold til retningslinjene til tidsskriftet *Sykepleien Forskning*.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Som jordmor med erfaring fra svangerskapsomsorgen har interessen for kvinners psykiske helse i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid, vokst etter møter med gravide som strever med psykiske helseutfordringer. Møter med gravide har også bidratt til en større forståelse for den betydningen psykisk helse har for jordmorfaget.

Tiden rundt svangerskap, fødsel og barseltid anses ofte som en lykkelig periode, samtidig er det en overgangsfase i livet, med en økt sårbarhet og store emosjonelle endringer (Brodén, 2007; Glavin, 2019) For kvinnen kan det derfor være utfordrende, og noen ganger også skambelagt, når psykiske vansker oppstår i denne fasen av livet.

Omfattende forskning både nasjonalt og internasjonalt viser at depresjon i denne sårbare perioden er et stort helseproblem, og kan få konsekvenser for både mor og barn. Forskning viser at 10-15% av gravide strever med depresjon i svangerskap og barseltid (Christensen, 2021; M. Eberhard-Gran, Slinning, & Nasjonalt, 2007; Glavin, 2019). Å oppdage depresjon eller symptomer på depresjon tidlig i graviditeten, slik at kvinnen kan få den oppfølgingen hun trenger, øker kvinnens mulighet for raskere tilfriskning (Glavin, 2019).

I Norge fødes det hvert år 60.000 barn, og svangerskapsomsorgen er organisert slik at de fleste gravide følges opp av jordmor og fastlege. Svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge regnes for å være en av verdens beste når det kommer til den fysiske omsorgen. Svært få kvinner og barn dør eller får alvorlige skader i forbindelse med svangerskap og fødsel, og retningslinjene er tydelige når det kommer til den fysiske ivaretagelsen av mor og barn (Helsedirektoratet, 2018; Legeforeningen, 2020).

Å fremme god helse for mor og barn i svangerskapet innebærer også ivaretagelse av mors psykiske helse. Retningslinjene for svangerskapsomsorgen anbefaler at jordmor eller fastlege har rutiner for identifisering av gravide med risiko for depresjon eller andre psykiske helseplager. Det stilles ingen krav til metode for å identifisere depresjon, men det foreslås at man kan benytte et validert verktøy som en del av kartleggingen (Helsedirektoratet, 2018).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har nylig kommet med retningslinjer som anbefaler at gravide og barselkvinner screenes for depresjon og angst. Det anbefales at det benyttes validert verktøy (WHO, 2022).

Både helsedirektoratet og WHO anbefaler tettere oppfølging av gravide med psykiske helseutfordringer.

1.3 Begrepsavklaringer

Perinatal periode: Fra Graviditet til en uke etter fødsel.

Svangerskapsdepresjon: Depresjon som oppstår i svangerskapet.

Barseltid: Tiden etter fødsel.

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil det bli presentert ulike teoretiske perspektiver som danner bakgrunnen for temaet i oppgaven. Kapittelet starter med å beskrive overgangen til morsrollen som en viktig overgangsfase i livet, samt den betydningen overgangsfasen har for gravide. Deretter presenteres teori om utvikling av tilknytning mellom mor og barn. Videre i kapittelet beskrives svangerskapsdepresjon, samt kartlegging av depresjon. Til slutt presenteres jordmors rolle og funksjonsområder som er knyttet opp mot psykisk helse hos gravide.

2.1 Overgangsfaser i livet

Å bli foreldre betraktes som en sentral overgangsfase i livet. Graviditet, fødsel og barseltid medfører ikke bare fysiske forandringer for kvinnen, men også en indre omstillingsprosess (Brodén, 2007; Glavin, 2019). Et nytt barn blir til, et nytt foreldrepar dannes, og en ny familie skapes. Den gravide utvikler seg fra å være noens barn, til å selv å skulle bli forelder. Også parforholdet og de etablerte rollene endres, enten ved at man blir foreldre for første gang, eller man går over i ny fase som foreldre til flere barn (Brean, Moe, & Brean, 2009; Brodén, 2007; M. Eberhard-Gran et al., 2007). For mange oppstår det også eksistensielle spørsmål i denne

overgangsfasen; både om livet, meningen med livet og om døden (Brunstad & Tegnander, 2017)

Felles for overgangsperioder i livet er at de dreier seg om identitetsforandringer. I en periode retter man oppmerksomheten innover, slik at man kan finne ny retning og nytt innhold i den fasen av livet man befinner seg i. I tillegg kan tidligere livserfaring aktualiseres, noe som igjen kan føre til at man får en ny måte å betrakte seg selv og sine omgivelser på (Brodén, 2007). Daniel Stern skapte begrepet moderskapskonstellasjonen, som han beskriver som en mental omorganisering den gravide går inn i når hun forbereder seg til å bli mor. I den mentale omorganiseringen vil den gravide hente frem opplevelser hun selv hadde som barn, samt forholdet til egne foreldre. Hun vil også i sterkere grad orientere seg mot andre kvinner, spesielt kvinner som har født barn (Stern, 2018). Kvinnen endrer seg og omorganiserer sin identitet, slik at hun kan klare moderskapets oppgaver (Stern, 2018).

Mange kvinner vil i en slik overgangsfase oppleve økt sårbarhet. Psyken beskrives som mer mottakelig og fleksibel. Broden beskriver denne prosessen som nødvendig i overgangen til å bli mor. Det er først når man våger å se innover og møte seg selv at man utvikler seg (Brodén, 2007). Brudal omtaler prosessen som «regresjon i reproduksjonens tjeneste», og forklarer det ved at forandringene har et potensial, de skal tjene til noe. Kvinnen klargjøres til å ta imot barnet (Brudal, 2000). Daniel Stern på sin side har kalt prosessen en «konstruktiv skrøpelighet» (Holme, Valla, Hansen, & Olavesen, 2016). Det er meningen at kvinnen skal være sårbar. Hun er på en reise hvor hun skal oppdage seg selv som kommende mor til et nytt menneske som vil være helt avhengig av henne (Holme et al., 2016). Denne omveltningen som kvinnen erfarer, ikke bare fysisk, men også emosjonelt og psykisk, gjør at hun lettere kan ta imot og lese signaler hos det nyfødte barnet.

En graviditet medfører en forandring for alle kvinner, og de ulike fasene en gravid gjennomgår, er med på å forberede henne på rollen som mor. Den gravide kvinnen vil etter hvert danne seg bilder av hvem hun vil bli som mor, og forestillinger om hvem hun tror babyen vil bli. Stern hevder at mødre konstruerer barnet sitt mentalt ut fra sine håp og drømmer, men også ut fra sin egen frykt (Stern, Bruscheiler-Stern, Freeland, & Lundemo, 2000). Denne fantasien er en form for mental trening frem mot morsrollen, hvor den indre prosessen er med på å danne den første relasjonen til barnet (Brodén, 2007; Stern et al., 2000).

Tidligere ble denne overgangsfasen beskrevet i et kriseperspektiv. Brudal beskrev blant annet at svangerskapet utløste en form for normalkrise (Brunstad & Tegnander, 2017). I dag rettes det kritikk mot kriseperspektivet, både fordi ordet krise vekker negative assosiasjoner, og fordi perspektivet ikke er tilstrekkelig empirisk underbygd. Man bruker i dag derfor begrepet *overgang* både nasjonalt og internasjonalt (Brunstad & Tegnander, 2017).

2.2 Tilknytning

Det forholdet mor utvikler til barnet i svangerskapet, har betydning for hvordan hun knytter seg til barnet etter fødselen (Brean et al., 2009; Brodén, 2007; Glavin, 2019). Som tidligere nevnt, blir barnet til, ikke bare fysisk, men også i foreldrenes tanker, følelser og fantasi. Foreldrene lager mentale bilder om barnets utseende, egen foreldrerolle og om fremtiden. På denne måten dannes en indre forestilling om barnet, og tilknytningen til barnet starter dermed allerede i svangerskapet (Brean, Moe, & Brean, 2009; Brodén, 2007).

Teorien om tilknytning ble lansert første gang av den britiske barnepsykiateren og psykoanalytikeren Bowlby (1907-1990). Tilknytningsteorien har bidratt til økt forståelse for den overføringen av relasjonsmønster som skjer mellom generasjoner. Bowlby beskrev tilknytning som det aller første og sterke følelsesmessige båndet som knytter barnet til sine nærmeste omsorgspersoner allerede fra fødselen (Bowlby, 1994; Wennerberg & Arneberg, 2011). Han hevder at det finnes et tilknytningssystem som er biologisk basert, hvor målet er at barnet skal overleve. Bowlby hevdet at disse tidlige relasjonelle erfaringene, i stor grad vil forme oss, både i hvordan vi forholder oss til andre, men også i hvordan vi forholder oss til oss selv (Wennerberg & Arneberg, 2011). Barnets forbindelse til omsorgspersonene ble forklart av Bowlby som forhåndsprogrammert adferdsmønster, som normalt utvikles i løpet av barnets første levemåneder (Bowlby, 1994). Videre argumenterte han for at barn er biologisk disponert til å etablere tilknytning til sin omsorgsperson, men at kvaliteten varierer som funksjon av barns oppvekstvilkår (Bowlby, 1994). Det innebærer at barnet knytter seg til sine omsorgspersoner uavhengig av om de er varme og kjærlige, eller kjølige og avvisende. Så lenge det er kontinuitet, vil barnet nesten alltid knytte seg til omsorgspersonen. Hvordan tilknytningen blir, er avhengig av samspillet som utvikles mellom barnet og tilknytningsspersonen. Dette samspillet kan beskrives som enten trygt eller utrygt for barnet (Brandtzæg, Smith, & Torsteinson, 2019; Brodén, 2007).

For at barnet skal utvikle en trygg tilknytning, er det avhengig av omsorgspersoner som er til stede, og oppfatter barnets signaler og kan tilfredsstillende barnets behov. Dersom barnet opplever å bli sett og forstått, utvikles opplevelsen av tillit og trygghet hos barnet (Brandtzæg et al., 2019; Brean et al., 2009; Brodén, 2007).

Forskning tyder på at det som har størst betydning for barnets utvikling av trygghet, er mors følelsesmessige nærvær. Denne sensitiviteten er beskrevet som tilknytningspersonens varhet overfor barnets signaler. Den beskrives som mors evne til å oppfatte signalene fra barnet, mors evne til å tolke signalene, å gi adekvate svar på barnets signaler, å være tidsmessig tilpasset signalene fra barnet, samt å ha denne svarberedskapen tilgjengelig (Brodén, 2007).

Denne tilknytningsadferden er nært knyttet opp til følelser og lærer barnet å forstå både egne og andres følelser. Barnet kommuniserer med omsorgspersonene ved hjelp av sine følelsesuttrykk og adferd, for eksempel gråt, blikk, klamring. Formålet er å holde foreldrene i nærheten allerede fra de er nyfødte (Brodén, 2007; Nugent, Thorbjørnsen, Slinning, & Vannebo, 2018).

Når omsorgspersonen viser barnet at hun hører og ser barnet, samt responderer på barnets signaler, vil det føre til at barnet oppfatter omsorgspersonen som trygg og til stede. Barn som erfarer en trygg tilknytning, utvikler gode forutsetninger for å forstå egne og andres følelser og vil dermed være rustet til å organisere egne følelser. Denne tidlige tilknytningen vil være med på å gi barnet evne til å forholde seg til seg selv og andre mennesker, også senere i livet. (Brodén, 2007; Wennerberg & Arneberg, 2011).

En depresjon hos mor etter fødsel, kan medføre at hun er mindre oppmerksom på barnet (Glavin, 2019). Hun vil kunne ha lite eller ingen tilpasset mimikk til barnet, samt lite tilpasset stemme og lyd. Ved at hun har mindre kapasitet til å lese barnet, kan det også føre til mangelfull respons på barnets signaler. Denne reduserte sensitiviteten som kan oppstå hos deprimerte mødre, kan være uheldig for barnets utvikling og tilknytning (Brean et al., 2009; Brodén, 2007; Glavin, 2019).

2.3 Svangerskapsdepresjon

Den overgangsfasen og omstillingsprosessen en kvinne går gjennom når hun skal bli mor, skjer for de fleste helt intuitivt, mens andre kvinner trenger både kunnskap og tilrettelegging

for at de skal kunne stole på det intuitive. For noen kvinner er denne overgangen så krevende at de opplever en nedstemthet, tristhet og noen ganger også en depresjon.

I litteraturen benyttes forskjellige begreper når man skal beskrive depresjon i denne fasen. Begrepene fødselsdepresjon eller perinatal depresjon er overordnede begrep som beskriver depresjon som inntreffer i løpet av den tiden kvinnen er gravid frem til en uke etter at hun har født (Legeforeningen, 2020). Begrepet barseldepresjon eller postpartumdepresjon, er depresjon som oppstår etter fødselen (Glavin, 2019). Barseldepresjon må ikke forveksles med «maternity blues», eller barseltårer. Dette er en forbigående følelsesmessig labilitet som oppstår i løpet av de første dagene etter en fødsel. Barseltårer ses på som en reaksjon på mye spenning og uro før fødsel, tanker om hvordan fødselen vil gå, samt om barnet er friskt. I tillegg påvirkes kvinnen av nedgang i hormonene østrogen og progesteron etter fødsel, samtidig som melkeproduksjonen kommer i gang (M. Eberhard-Gran et al., 2007). Barseltårer opptrer hos 50-80 % av kvinnene og anses derfor som en normalt tilstand (M. Eberhard-Gran et al., 2007).

Svangerskapsdepresjon beskriver depresjon som inntreffer i svangerskapet. Omtrent 1/3 av depresjoner i den perinatale perioden starter i svangerskapet (Legeforeningen, 2020). Depresjon som oppstår i svangerskapet, har tradisjonelt fått mindre oppmerksomhet enn depresjon som oppstår i tiden etter fødsel. Noe av årsaken er at det kan være vanskelig å skille mellom det som anses som normale svingninger i et svangerskap, og det som kan være symptomer på mer alvorlige depresjoner (Eberhard-Gran et al., 2007; Glavin, 2019). En annen årsak kan være at man tidligere trodde et svangerskap beskyttet mot depresjon, slik at mange sannsynligvis ikke ble identifisert som deprimerte (Glavin, 2019).

Det er stor variasjon i hva både helsepersonell og folk fleste legger i begrepet depresjon. For å kunne gi en depresjonsdiagnose, benytter man i spesialisthelsetjenesten diagnosesystemer som ICD-10 (World Health Organization, 2009). Ut fra gitte kriterier klassifiseres pasienten, enten som deprimert eller ikke deprimert.

For å stille diagnosen *alvorlig depresjon* må man ha følgende symptomer: Nedsatt stemningsleie, økt trettbarhet, samt interesse- og gledeløshet. I tillegg må det bli identifisert fire av følgende symptomer: Redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, triste og pessimistiske tanker om

fremtiden, planer om - eller utføring av selvskading eller selvmord, søvnforstyrrelser, redusert appetitt (M. Eberhard-Gran et al., 2007).

Den depressive perioden må vanligvis vare i minst to uker (M. Eberhard-Gran et al., 2007).

For å kunne stille diagnosen moderat depresjon må minst to av de typiske symptomene, samt tre av de andre symptomene identifiseres (M. Eberhard-Gran et al., 2007).

En depresjon som oppstår i den perinatale fasen, har samme symptomer som en depresjon som oppstår i andre faser av livet (M. Eberhard-Gran et al., 2007). I primærhelsetjenesten vil man vanligvis behandle og følge opp lettere til moderate symptomer. I helsestasjonsarbeid jobber man forebyggende og man er opptatt av å forebygge eller fange opp tidlige tegn på depresjon.

Gravide i en omstillingsprosess kan ha flere av symptomene nevnt ovenfor. Disse symptomene kan være tegn på at en depresjon er under utvikling, men det kan også være normale svingninger som de fleste gravide opplever.

2.3.1 Sårbarhetsfaktorer

Sårbarhetsfaktorer som kan medvirke til utvikling av depresjon:

- Depresjon tidligere i livet
- Traumatiske og stressende livshendelser
- Uplanlagt svangerskap
- Dårlig selvfølelse
- Manglende støtte i nettverk
- Migrasjonsbakgrunn
- Økonomiske problemer

Å kjenne til viktige livshendelser og sårbarhetsfaktorer allerede tidlig i svangerskapet, er et viktig steg på veien mot å gi den gravide en individuell tilpasset oppfølging (Brodén, 2007; M. Eberhard-Gran et al., 2007).

En depresjon i svangerskapet er en av de største risikofaktorene for en depresjon etter at barnet er født (Glavin, 2019). En depresjon i denne fasen av livet kan få store konsekvenser dersom kvinnen ikke blir tatt vare på. Det kan medføre en forverring av symptomer og at depresjonen varer lenger (Eberhard-Gran, Slinning, & Rognerud, 2014b).

2.3.2 Kartlegging av depresjon

Det finnes ulike metoder for å kartlegge depresjon i svangerskap og barseltid.

I nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen fremkommer det at jordmor eller fastlege skal spørre den gravide om psykiske helseutfordringer. Det foreslås også at man kan benytte et validert verktøy i kartleggingen (Helsedirektoratet, 2018).

I nasjonale faglige retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten, fremkommer det også at det bør være rutiner for å identifisere depresjon hos gravide og hos barselkvinner, samt at det bør være ressurser til å følge opp familiene som fanges opp av helsepersonell. Det fremkommer ikke hvilken metode som skal benyttes (Helsedirektoratet, 2009).

I Norge er det mest anvendte kartleggingsinstrumentet Edinburg postnatal depression scale (EPDS). Screeningsverktøyet er validert i to norske studier (Slinning, Holme, & Valla, 2012).

Metoden ble utarbeidet av den britiske psykiateren John Cox og hans kollegaer (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). Denne metoden ble spesielt utviklet for å bruke på kvinner som hadde født barn. Det som er særegent med dette kartleggingsverktøyet, er at det ikke inneholder spørsmål om kroppslige symptomer som man naturlig kan relatere til fødsel og barseltid, som for eksempel forandring i søvnmønster, tretthet, energiløshet, endringer i appetitt eller seksuell lyst (M. Eberhard-Gran et al., 2007). EPDS består av ti ledd, og den som kartlegger, ber kvinnen streke under det svaret som best beskriver hvordan hun har hatt det de siste syv dagene. Deretter summeres poeng fra hvert svar, der høy score indikerer depresjon (M. Eberhard-Gran et al., 2007). Besvarelsen av skjemaspørsmålene er tenkt å fungere som et utgangspunkt for samtaler med kvinnen. Utfylling av EPDS skal alltid følges opp med en samtale og skal heller ikke brukes alene, men være del av den helhetlige vurderingen av en kvinnes sinnsstemning. Helsepersonell som bruker EPDS, må være bevisst på at en høy score på screeningen ikke brukes til å stille en diagnose alene, og at en høy sum ikke behøver bety at kvinnen har en depresjon, siden blant annet lite søvn og slitenhet kan påvirke avkryssingen. På samme måte trenger ikke en lav score å bety at kvinnen *ikke* har en depresjon. Noen

ganger ønsker ikke kvinnen å avsløre hvordan hun har det (M. Eberhard-Gran et al., 2007). Det er alltid samtalen etter screeningen som avgjør hva man skal gjøre videre (M. Eberhard-Gran et al., 2007).

EPDS ble vurdert av Nasjonalt råd for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten i 2013. Prioriteringsrådet viste til at screeningen ikke oppfylte WHO sine kriterier for når en screening bør gjennomføres, og anbefalte derfor at EPDS ikke skulle innføres som et nasjonalt tilbud (Høivik, Eberhard-Gran, Wang, & Dørheim, 2021). Mange helsestasjoner har allikevel innført rutinemessig screening av depresjon med tilbud om støttesamtaler for dem som har behov for det. Andre helsestasjoner har valgt å legge ned tilbudet på grunn av manglende anbefalinger fra helsedirektoratet. Det anslås at omtrent 50 % av helsestasjonene i Norge benytter EPDS som screeningverktøy. Dagens praksis innebærer at omtrent halvparten av gravide screenes for depresjon i svangerskapet (Høivik et al., 2021).

Blant de kommunene i Norge som benytter EPDS, har de fleste gjennomgått et opplæringsprogram hvor målet er å styrke kompetansen til jordmødre, helsesykepleiere og leger i tidlig identifisering og intervensjoner knyttet til psykisk helse, rus og vold i nære relasjoner blant gravide og småbarnsforeldre. Varigheten på programmet er fem dager og det gir blant annet opplæring i bruk av kartleggingsverktøyet. Opplæringsprogrammet er kalt «tidlig inn» (TI) og ble evaluert i 2016 (Mathiesen & Skoland, 2016). Evalueringen konkluderte med at, av de 117 kommunene som hadde deltatt i opplæringsprogrammet, hadde flertallet innført nye rutiner for systematiske samtaler om blant annet nedstemthet og uro i svangerskapet. I tillegg oppga 82 % av de ansatte i kommunene at de var tryggere og hadde fått mer kompetanse i å samtale om sårbare ting med gravide og småbarnsforeldre (Mathiesen & Skoland, 2016).

Britiske helsemyndigheter har satt kartlegging og identifisering av psykiske helseutfordringer i svangerskap og barseltid på dagsorden. I en oppsummering av britiske retningslinjer fra 2014 (Howard, Megnin-Viggars, Symington, & Pilling, 2014), vises det til konkrete anbefalinger til hvordan helsepersonell kan oppdage tegn på depresjon i svangerskapet. Allerede på første konsultasjon i primærhelsetjenesten anbefales det at man spør depresjons-identifiserende spørsmål også kjent som «Whooley» spørsmålene: «During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?», «During the past month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?» Dersom kvinnene responderer positivt på ett eller begge spørsmål, anbefales det at jordmor

vurderer å bruke EPDS-skjemaet eller annet screeningsverktøy. Videre anbefales det å henvise kvinnen til fastlege, eventuelt til spesialist innen psykisk helse (Howard et al., 2014).

WHO har nylig kommet med anbefalinger som gjelder ivaretagelse av gravide og spedbarnsmødres psykiske helse. I punkt 18 i retningslinjene anbefales screening for perinatal depresjon og angst ved bruk av validert verktøy, og diagnostiske og behandlingsmessige tjenester til de kvinnene som gir positivt utslag ved screeningen (World Health Organization, 2022). For å imøtekomme anbefalingene kreves det at de som skal utføre screeningen, blant annet jordmødre og helsesykepleiere, får nødvendig opplæring i screening og oppfølging av kvinnene (World Health Organization, 2022).

2.4 Jordmors rolle

I Norge er jordmorutdanningen en toårig videreutdanning som bygger på sykepleierutdanningen. Jordmødre må ha egen autorisasjon for å utøve jordmorfaget.

Som autorisert jordmor skal man kunne ta et selvstendig ansvar for normalt svangerskap, fødsel og barseltid. I tillegg skal jordmor ivareta prevensjonsveiledning og forebyggende helsearbeid, samt inneha kunnskap om kvinners helse i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv (Brunstad & Tegnander, 2017). Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen ses på som helsefremmende og forebyggende arbeid der en viktig oppgave er å styrke kvinners egne ressurser til å ta vare på seg selv og sitt barn (Lindis Kathrine & Sven Inge, 2020)

2.4.1 Jordmors yrkesetiske retningslinjer

International Confederation of Midwives (ICM) er den internasjonale fagorganisasjonen for jordmødre. ICM samarbeider blant annet med WHO, og driver en utstrakt faglig virksomhet (Brunstad & Tegnander, 2017). For å høyne kvaliteten på jordmors arbeid har ICM utarbeidet krav om grunnleggende kunnskaper og ferdigheter som jordmødre bør ha. Internasjonale yrkesetiske retningslinjer for jordmødre omfatter blant annet hvordan jordmødre praktiserer jordmorfaget og hvordan de overholder sitt profesjonelle ansvar og sin plikt (ICM, 2014). Blant annet står det i punkt to, under utøvelse av jordmorfaget: «Jordmødre ivaretar de psykologiske, fysiske, emosjonelle og åndelige behovene til de kvinnene som søker helsetjeneste» (ICM, 2014, s.2).

Relasjonen mellom jordmor og kvinnen bygger på et samarbeid som vektlegger kvinnens brukermedvirkning, samtykke og mulighet til å ta et informert valg. Omsorgen til kvinnen skal være kontinuerlig og individuelt tilpasset. Det er jordmors ansvar å gi kvinnen tilpasset informasjon og rådgivning, slik at hun best kan ta et informert valg, som er til det beste for både kvinnen og barnets helse (ICM, 2014).

Retningslinjene er grunnleggende for både holdninger og verdier for jordmødre, både nasjonalt og internasjonalt. Retningslinjene til ICM tar utgangspunkt i menneskerettighetene, og fremhever at i alt jordmørarbeid skal relasjonen til kvinnen og familien bygge på respekt, tillit og verdighet. Retningslinjene gjelder både samarbeidet mellom jordmor og kvinnen, om jordmors yrkesutøvelse, om jordmors ansvarlighet, samt om jordmors fagutvikling (Brunstad & Tegnander, 2017 s.26).

2.4.2 Svangerskapsomsorgen

I Norge jobber de fleste jordmødre enten i fødeenheter eller i svangerskapsomsorgen hvor de følger opp gravide. Svangerskapsomsorgen i Norge er et kommunalt ansvar og inngår i kommunens forebyggende og helsefremmende arbeid.

Det er utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen i Norge (Helsedirektoratet, 2018). Ifølge retningslinjene har den gravide krav på kunnskapsbasert informasjon og skal ha innflytelse på oppfølgingen i svangerskapet. Dette er i tråd med pasient- og bruker rettighetsloven. Lovens formål er også å sikre at befolkningen får lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Norge & Pedlex, 2019).

De nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorgen er tydelige når det gjelder den fysiske oppfølgingen av mor og barn i svangerskapet. Når det kommer til oppfølging av mors mentale helse, er retningslinjene mer utydelige. Det anbefales at jordmødre og leger spør den gravide om hun har opplevd nedstemthet, depresjon eller andre psykiske helseproblemer. Det anbefales videre at helsepersonell bør ha rutiner for å identifisere depresjon og angst. Metode for hvordan dette skal gjøres fremkommer ikke, men i anbefalingen står det at man kan benytte validert verktøy, som er forankret i lokalt program (Helsedirektoratet, 2018).

Jordmødre i svangerskapsomsorgen har et ansvar både ifølge yrkesetiske retningslinjer og nasjonale faglige retningslinjer fra helsedirektoratet om å ivareta også den gravidens psykiske helse. Hvordan dette skal gjøres og hvilken metode som benyttes er mer uklart.

2.4.3 Jordmors kunnskapsbaserte praksis

Jordmødre har et eget ansvar for å holde seg faglig oppdatert, samt å forsikre seg om at den praksisen man utøver er kunnskapsbasert (ICM, 2014). Videre er det jordmors ansvar å samarbeide og støtte seg til kollegaer, for på den måten å imøtekomme kvinnen, barnets og familiens behov (ICM, 2014).

Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta valg basert på kunnskap, samt å integrere den kunnskapen man har med det brukeren ønsker (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2013).

En forutsetning for å kunne utøve kunnskapsbasert praksis er at jordmødre tar ansvar for egen kunnskapsoppdatering og den måten kunnskapen håndteres på. I tillegg må jordmor og kollegaer ta ansvar for å forbedre kunnskapshåndteringen på arbeidsplassen (Bjørndal et al., 2013). De beslutninger jordmor og kollegaer tar i svangerskapsomsorgen, skal være forankret i den beste kunnskapen som er tilgjengelig (Bjørndal et al., 2013).

3 Kunnskapsstatus

I følgende kapittel presenteres empirisk forskning på temaet depresjon i svangerskapet og jordmødres erfaring med å identifisere depresjon hos gravide.

3.1 Søkestrategi

Det innledende søket etter relevant litteratur ble gjort under utarbeidelsen av prosjektbeskrivelsen, og startet ved å bruke databasene Oria, Nora open, Munin samt google scholar. Søkene var rettet mot temaet depresjon i svangerskapet og jordmors rolle.

Søkeordene som ble brukt: «depresjon», «depression», «svangerskap», «pregnancy», «antenatal», «perinatal», «jordmor», «midwife», «midwifery», «mental helse», «mental health».

Søkene ga mange resultater både om depresjon i svangerskap, kartlegging, behandling og oppfølging, men i mindre grad om forskning som berørte jordmødres erfaringer ved identifisering av depresjon.

Etter hvert som problemstillingen for prosjektet tok form, ble det gjort flere søk etter aktuell forskning. Søkene ble først utført alene, og deretter med veiledning av bibliotekar fra UiT.

Følgende databaser ble benyttet i søk etter aktuell litteratur: Pubmed, Svemed+, Cinahl. Databasene ble anbefalt av bibliotekar og regnes som de mest aktuelle og relevante.

I tillegg til tidligere nevnte søkeord ble også følgende søkeord benyttet: Barriers, identify, competence, mental health care, screening i ulike kombinasjoner, sammen med OR og AND.

Totalt ble det 457 treff, som i neste omgang ble redusert til 35 aktuelle. Tittel og sammendrag ble gjennomgått og 8 artikler ble lest i fulltekst. Våren 2022 ble to norske artikler publisert, begge var aktuelle for denne studien, og ble derfor tatt med på grunn av at de belyste temaet i Norge. Dette medførte at to internasjonale artikler som opprinnelig var inkludert, ikke ble tatt med siden de fremsto som mindre relevante.

3.2 Formelle funn

Totalt er 8 relevante artikler tatt med i oppgaven i tillegg til en rapport som oppsummerer perinatal mental helse i Norge. Fem internasjonale studier er tatt med, hvorav to oversiktsartikler fra henholdsvis 2018 og 2019. Det ble også tatt med en kvalitativ studie fra 2020, med fokusgruppeintervju av jordmødre i England. I tillegg er det tatt med en spørreundersøkelse fra Irland fra 2018, samt en australsk artikkel fra 2020. Tre norske studier er tatt med, alle spørreundersøkelser, som belyser perinatal mental helse i Norge.

3.3 Beskrivelse av forskning

I det følgende presenteres den relevante forskningen som er tatt med i oppgaven.

3.3.1 Forskning internasjonalt

Internasjonalt er det gjort flere studier på jordmødres erfaringer med kartlegging, oppfølging og faktorer jordmødre oppfatter som viktige for å identifisere depresjon hos gravide. I litteratursøk ble det funnet en overvekt av spørreundersøkelser, og lite kvalitativ forskning på temaet. I det følgende vil det bli presentert to oversiktsartikler, henholdsvis fra 2018 og 2019, som belyser hva jordmødre oppfatter som barrierer i ivaretagelsen av gravides mentale helse etterfulgt av en kvalitativ studie fra 2020, med fokusgruppeintervju av jordmødre i England.

Deretter presenteres en spørreundersøkelse av jordmødre som en del av prosjektet «Mind Mother Study» i Irland. Til slutt presenteres en australsk artikkel fra 2020, som evaluerer to ulike omsorgsmodeller der man ser på jordmødres perspektiv på psykososial vurdering av gravide.

«Barriers to addressing perinatal mental health issues in midwifery settings» (Bayrampour, Hapsari, & Pavlovic, 2018).

Dette er en oversiktsartikkel fra 2018, hvor bakgrunnen for studien bygger på en forståelse av at perinatale mentale helseutfordringer ofte blir underdiagnostisert og ubehandlet, på tross av en helhetlig omsorgsfilosofi innenfor jordmorfaget. Målet var å undersøke hva jordmødre oppfatter som barrierer ved håndtering av perinatal mental helse, screening og videre henvisning. 20 studier, både kvantitative, kvalitative og blandede metodestudier ble inkludert. Barrierene som ble identifisert, ble kategorisert i to hovedgrupper, kalt barrierer på systemnivå og barrierer på leverandørnivå.

Resultatene fra studiene viser at vanlige barrierer på leverandørnivå var mangel på, eller utilstrekkelig opplæring, utydelige prosedyrer og tidsbegrensninger. På systemnivå var barrierene mer komplekse og mangfoldige og inkluderte uklare retningslinjer mellom aktuelle samarbeidspartnere, manglende lokale retningslinjer, manglende kontinuitet i oppfølgingen, manglende prosedyrer på arbeidsplassen, mangelfull tilgang på veiledning og manglende muligheter for videre henvisning. Dette var faktorer som jordmødrene så på som barrierer ved ivaretagelse av den perinatale mentale helse til kvinner. Oppsummeringsartikkelen konkluderer med at opplæring og samarbeid er faktorer som er sentrale for vellykket screening av mental helse og optimalisering av henvisningsrutiner (Bayrampour et al., 2018).

«The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review» (Coates & Foureur, 2019).

Dette er en oversiktsartikkel fra 2019, som har et annet fokus og tar for seg jordmødres rolle og kompetanse når det kommer til ivaretagelse av psykisk helse hos kvinner i den perinatale perioden. Studier med fokus på screening og henvisning ble her ekskludert.

Artikkelen slår fast at psykiske helseutfordringer i svangerskap og barseltid er omfattende, og berører både mor, barn og familien. På tross av dette får kvinner ofte ikke den omsorgen de

trenger. Inklusjonskriteriene var studier som tok for seg jordmors rolle i behandling av perinatal mental helse, herunder studier om jordmors kunnskap, ferdigheter, holdninger og kompetanse, samt behov for opplæring når det kommer til mental helse.

30 studier oppfylte inklusjonskriteriene. De inkluderte studiene indikerer at jordmødre er interesserte og villige til å yte også psykisk helsehjelp til kvinner i den perinatale fasen, men de mangler kunnskap og opplæring til å gjøre det. Dette kan støttes ved å gi nødvendig opplæring, samt organisatorisk støtte. Enkelte resultater tyder på at jordmorstyrte rådgivningstiltak er effektive. Jordmødre er ofte i nær kontakt med kvinnene fra tidlig i svangerskapet og står i en posisjon til å kunne støtte kvinnen på et tidlig tidspunkt. Artikkelen viser til at kvinner har fordel av å opprette en nær og god relasjon til jordmor, og at kontinuitet har vist seg å gi positivt utfall for kvinnen når det kommer til mental helse. Det anbefales videre forskning på jordmorstyrte intervensjonstilbud til kvinner med psykiske helseutfordringer (Coates & Foureur, 2019).

«Assessing mental health during pregnancy: An exploratory qualitative study of midwives' perceptions» (Baker, Gillman, & Coxon, 2020).

Dette er en kvalitativ studie fra England med fokus gruppeintervju av 9 kommunejordmødre, hvor hensikten med studien var å identifisere jordmødres syn på barrierer og tilrettelegging ved hjelp av screening for mental helse i svangerskapet gjennom å følge britiske retningslinjer.

Tre hovedkategorier ble identifisert under analysen: system faktorer, sosiale faktorer og tillit.

Jordmødrene oppga at de brukte «Whooley questions» på første konsultasjonen, og at det var en fin inngangsport til å ta opp temaet psykisk helse. Men de fleste var av den oppfatningen at spørsmålene manglet nok dybde til å kunne kartlegge depresjon. I tillegg var det utfordrende å ta opp temaet allerede på første konsultasjonen, som det anbefales for «Whooley questions», fordi mange gravide er i dårlig form i starten på svangerskapet, med kvalme, uvelhetsfølelse og andre svangerskapsplager, slik at det ble utfordrende å skille hva som var vanlige plager fra hva som var symptomer på depresjon.

De erfarne jordmødrene brukte i større grad samtalen med den gravide når de skulle kartlegge depresjon. De med minst erfaring oppga lite tid og stort arbeidspress som årsaker til at

psykisk helse ikke ble tatt opp. På første konsultasjon er det ofte så mye annet som skal tas opp og psykisk helse vies derfor mindre plass.

Jordmødrene oppga ulikheter i personlighet, alder, utdanning, kultur og sosio-økonomisk bakgrunn som årsaker til at det kan være stor variasjon i hvorvidt de gravide ønsker å være åpen om utfordringer med sin mentale helse.

Tillit kom opp som tema hos alle jordmødrene. Stigma rundt mental helse, samt redsel for at andre instanser skulle bli involvert, var faktorer jordmødre så på som medvirkende årsaker til at gravide ikke fortalte om sine mentale helseutfordringer.

Tillit gjenspeiles også i den tilliten jordmødre har til seg selv. Noen jordmødre beskrev egen usikkerhet, samt mangelfull kunnskap når de skulle ta opp temaet psykisk helse. I tillegg kunne noen jordmødre oppleve temaet som utfordrende, da det kunne aktualisere personlige psykiske helseutfordringer. I tillegg uttrykte flere jordmødre frykt for å ikke oppdage gravide med alvorlig mentale helseutfordringer (Baker et al., 2020).

«Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period: The Mind Mothers Study» (Higgins et al., 2018).

I en studie fra Irland i 2018 så man på hvilke barrierer jordmødre og sykepleiere opplever når de skal ta opp psykisk helse med kvinner i den perinatale perioden. Totalt 809 deltok i studien, der jordmødre utgjorde 54 %. Studien ble gjennomført som en digital spørreundersøkelse, og var en del av et større prosjekt i Irland; The «Mind Mothers Study». Deltakerne i studien oppga organisatoriske utfordringer, blant annet mangel på psykiske helsetjenester, som den største utfordringen ved å ta opp psykisk helse med kvinnene. Hele 76,7% oppga stort arbeidspress og tidsmangel som barrierer for å ta opp temaet. Over 50% av deltakerne oppga for lite kunnskap om mental perinatal helse som årsak til at temaet ikke ble tatt opp. Det var også utfordringer med å ta opp mental helse med kvinner med annen kulturbakgrunn, samt manglende tilbud på oppfølging. Noen av deltakerne oppga også frykt for å vekke negative følelser hos kvinnen som en barriere for å ta opp temaet psykisk helse. Undersøkelsen konkluderte med at jordmødre og sykepleiere møter både organisatoriske og utøvende barrierer ved ivaretagelse av psykisk helse hos gravide, samt at det er behov for en kultursensitiv opplæring/utdanning som omhandler mental helse. (Higgins et al., 2018).

«Opening the door – midwives` perceptions of two models of psychosocial assessment in pregnancy – a mixed methods study» (Schmied et al., 2020)

I Australia anbefaler helsemyndighetene rutinemessig depresjonsscreening og psykososial vurdering utført av jordmødre. Denne studien presenterer resultater fra evalueringen av to nye modeller som utprøves. Både psykososial vurdering av gravide og henvisningsrutiner ble evaluert. Artikkelen beskriver jordmødres perspektiv på psykososial vurdering, screening og henvisninger, og sammenligner deretter jordmødrenes erfaringer og perspektiver på de to omsorgsmodellene som ble undersøkt. Omsorgsmodellene som ble undersøkt var PIPA (Perinatal integrated psychosocial assessment) og Usual Care. Metoden som ble benyttet er en tofasert mixed methods. 26 Jordmødre i svangerskapsomsorgen gjennomførte først en egenrapportundersøkelse i fase en, etterfulgt av en ny egenrapport etter implementeringen av de nye modellene i fase to. 16 jordmødre deltok også i to fokusgruppeintervju i fase to. Den ene modellen, PIPA, kom best ut av undersøkelsen. De fleste jordmødrene stolte i stor grad på spørsmålsformuleringen i PIPA- modellen. Jordmødrene var positive til psykososial vurdering, og så på modellen som en mulighet til å «åpne døren» for samtaler med kvinnen. Jordmødrene var komfortable med å stille spørsmål, kunne tilpasse tilnærmingen til kvinnen og oppnådde dermed tillit. Studien konkluderte med at PIPA-modellen kom best ut etter utprøvingen. Det ble konkludert med at PIPA-modellen kunne gi forbedringer i den psykososiale screeningen, henvisninger og andre omsorgsprosesser innenfor psykisk helse hos gravide (Schmied et al., 2020).

3.3.2 Forskning i Norge

Det er forsket mye på mental helse i svangerskap og barseltid i Norge, og det er enighet om at helseutfordringene er store. I litteratursøket ble det imidlertid funnet lite forskning på norske jordmødres erfaringer med å ta opp temaet depresjon med gravide i svangerskapet. I følgende kapittel vil det bli presentert en rapport og en artikkel, som begge tar for seg dagens situasjon når det gjelder ivaretagelse av psykisk helse hos gravide i Norge. Deretter vil det bli presentert en masteroppgave fra 2018, samt en artikkel fra 2022, begge rettet mot kommunejordmors rolle i identifisering av henholdsvis depresjon og sårbarhetsfaktorer.

«Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Norway» (Høivik et al., 2021).

En rapport fra 2021 fastslår at mentale helseutfordringer i forbindelse med svangerskap og fødsel er utbredt i Norge på tross av gode velferdsordninger. Rapporten konkluderer med at oppfølgingen av gravide og spedbarnsmødres psykiske helse er mangelfull (Høivik et al., 2021).

Rapporten viser til nasjonale retningslinjer som anbefaler at helsepersonell identifiserer kvinner med symptomer på perinatale mentale helseproblemer. Det finnes imidlertid ingen direktiver for hvordan dette skal gjøres.

I rapporten tas det opp at screening av depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel var vurdert av helsemyndighetene i 2013. Det ble da konkludert med at screening for depresjon ikke skulle introduseres på nasjonalt plan. På tross av manglende anbefalinger fra helsemyndighetene benytter nå cirka 50% av jordmødre og helsesøstre i Norge EPDS for å kartlegge mentale helseutfordringer hos mor (Høivik et al., 2021).

«Depressive symptomer og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19 pandemien» (M. Eberhard-Gran, Engelsens, L, Al-Zirqi, I, Vangen, S, 2022).

Denne artikkelen presenterer resultater fra en spørreundersøkelse blant mødre som hadde fått barn under pandemien. Studien presenterer funn som har sammenheng med pandemien, men ble likevel funnet aktuell fordi den belyser norske forhold og setter søkelyset på økningen av psykiske helseplager, noe som anses som en generell samfunnsutfordring. Funnene er basert på en nettbasert spørreundersøkelse hvor totalt 3642 mødre deltok. Mødrene ble rekruttert via Facebook og Instagram. Spørsmålene som ble stilt i studien var de samme som ble stilt i en spørreundersøkelse kalt «Favn om fødselen» utført på Akershus universitetssykehus for 10 år siden, hvor hensikten var å se på hvordan mental helse påvirker fødselen og barnet. En forenklet versjon av EPDS ble brukt.

Funn fra studien viser at det er en økning i psykiske helseplager hos gravide under pandemien. 32% av kvinnene hadde tegn på depressive symptomer. Av dem som oppga psykiske helseplager under pandemien, svarte 54% at de ikke hadde fått adekvat hjelp. 34 % av kvinnene oppga at de ikke ble godt ivaretatt på barselavdelingene under pandemien, mens

30 % av kvinnene oppga at de ikke var blitt spurt om sin psykiske helse av helsepersonell. Dette er på tross av at nasjonale retningslinjer anbefaler at helsepersonell skal spørre gravide om psykisk helse.

Forskerne viser til at man ikke kan si med sikkerhet om resultatene skyldes pandemien alene, eller om svakheter i tjenestetilbudet kan ha blitt forsterket, noe som kan ha resultert i større utfordringer i oppfølgingen av gravide.

Videre trekker forskerne frem at det er et paradoks at gravide blir fulgt nøye opp når det gjelder kroppslige ting som for eksempel blodtrykk og vektoppgang, men ikke blir spurt systematisk om psykisk helse på tross av at psykiske lidelser kan få like alvorlige konsekvenser som kroppslige. (M. Eberhard-Gran, Engelsen, L, Al-Zirqi, I, Vangen, S, 2022).

«Identifikasjon av symptomer på depresjon i svangerskapet» (Cronin & Ribe, 2018)

En tverrsnittstudie utført gjennom en spørreundersøkelse fra 2018, så på dagens praksis hos jordmødre i svangerskapsomsorgen. Hensikten med studien var å undersøke hvordan symptomer på depresjon hos gravide ble identifisert av jordmødre (Cronin & Ribe, 2018). Spørreundersøkelsen var en del av en masteroppgave i jordmorfag som kartla praksis hos jordmødre i to helseregioner. 99 jordmødre ble kontaktet gjennom epost, hvorav 45 besvarte undersøkelsen. De jordmødrene som besvarte spørreundersøkelsen hadde lang ansiennitet og hadde gjennomsnittlig jobbet 11,7 år i svangerskapsomsorgen. Resultatene viste at jordmødrene oppdaget depresjon i større grad gjennom intuisjon enn gjennom kartleggingsverktøy. Forskerne stiller spørsmål ved om det er manglende forskning og utydelige retningslinjer som er årsaken til at jordmødrene må bruke egen intuisjon i kartleggingen av depresjon. De mener en slik tilnærming vil være avhengig av den enkelte jordmors personlighet, samtidig som man ikke skal undervurdere erfarne jordmødres evne til å fange opp tegn på depresjon. Videre viste resultatene fra undersøkelsen at halvparten av jordmødrene hadde retningslinjer på sin arbeidsplass som omhandlet depresjon i svangerskapet, og disse retningslinjene inneholdt bruk av kartleggingsverktøy, i dette tilfellet EPDS.

De fleste jordmødrene svarte at de kunne tilby den gravide hyppigere kontroller dersom de hadde mistanke om en depresjon. På den måten kunne de styrke eller avkrefte mistanken om depresjon. Alle jordmødrene uttrykte at identifisering av depresjon i svangerskapet er viktig, men bare halvparten syntes dagens metode for å avdekke symptomer var tilstrekkelig. Studien viser at det er behov for mer forskning på temaet depresjon i svangerskapet og hvordan identifisere depresjon på en god måte (Cronin & Ribe, 2018). Forskerne kommer ikke med noen konklusjon, grunnet lav deltakerprosent, men viser til at det er viktig å sette søkelyset på depresjon i svangerskapet. Videre forskning er nødvendig for å gjøre gjeldende retningslinjer og anbefalinger tydeligere, slik at alle gravide får et likt tilbud og trygg oppfølging (Cronin & Ribe, 2018).

Experiences of Norwegian community midwives with caring for vulnerable pregnant women- A national cross-sectional study. (Espejord, Auberg, Kvitno, & Lukasse, 2022)

Våren 2022 ble det publisert en artikkel basert på en spørreundersøkelse til norske kommunejordmødre. Undersøkelsen hadde som mål å beskrive kommunejordmødres omsorg for sårbare gravide (Espejord et al., 2022). Data ble samlet inn gjennom en anonym nettbasert spørreundersøkelse. 700 jordmødre mottok spørreskjema, hvorav 257 svarte (36,7%). Resultatene fra undersøkelsen viser at jordmødre som bare jobber i kommunehelsetjenesten, og i mer enn 80 % stilling, har større sannsynlighet for å identifisere sårbare gravide, sammenlignet med jordmødre som hadde delt stilling mellom kommune og sykehus. Jordmødre som jobbet i kommuner som hadde deltatt i opplæringsprogrammet «tidlig inn», brukte i større grad standardiserte kartleggingsverktøy. Alle jordmødrene rapporterte at de tilbød ekstrakonsultasjoner til sårbare kvinner. Disse konsultasjonene var tilpasset både på individuelt og kulturelt nivå. Artikkelen konkluderer med at jordmødre er bevisst sin rolle når det kommer til ivaretagelse av sårbare gravide. De identifiserer sårbare gravide ved å benytte screeningverktøy eller andre metoder. Oppfølgingen blir tilpasset individuelt. Forskerne mener at spesifikk opplæring vil øke jordmødres mulighet til å identifisere sårbare kvinner. Forskerne anbefaler videre forskning på jordmødres erfaringer med tverrfaglig samarbeid om sårbare gravide (Espejord et al., 2022).

4 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å rette blikket mot jordmødrene som jobber i svangerskapsomsorgen i Norge. Jordmødre følger gravide gjennom hele svangerskapet, og, i et helhetlig omsorgsperspektiv, innebærer det at både kvinnens fysiske og mentale helse skal ivaretas. Nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen er tydelige når det gjelder den gravides fysiske helse. Når det kommer til psykisk helse, er retningslinjene mer uklare, det på tross av at 10-15 % av gravide får en depresjon i den perinatale perioden, og dermed er den største helseutfordringen for gravide og barselkvinner. Det er derfor interessant å undersøke de erfaringene jordmødrene har når det kommer til identifisering av depresjon hos gravide. Mer innsikt i jordmødrenes erfaringer vil gi en økt forståelse for de valgene jordmødrene tar, og vil belyse jordmødrenes ansvar i yrkesutøvelsen.

Dette ledet frem til følgende problemstilling:

«Hva anser jordmødre som viktig for å kunne identifisere depresjon hos gravide?»

5 Metodiske overveielser

Et viktig prinsipp innenfor forskning er at andre forskere skal kunne vurdere kvaliteten på studien. Uavhengig av valgt forskningsmetode, kjennetegnes en god forskningsprosess av en systematisk fremgangsmåte, samt en grundig redegjørelse for de ulike trinnene i prosessen (Polit, 2017). Metoden i denne studien er kort presentert i artikkelen. I følgende kapittel vil metoden og de metodiske overveielserne bli grundigere beskrevet. Kapitlet starter med en presentasjon av det vitenskapsteoretiske perspektivet. Deretter redegjøres det for valgt metode og de metodiske overveielserne i prosessen, for å vurdere om den valgte metoden undersøkte det den faktisk var ment å undersøke.

5.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Studien tar utgangspunkt i den fenomenologiske tilnærmingen. I fenomenologien forstår man kunnskap som menneskers erfaring og bevissthet (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015; Wifstad, 2018). Det som ligger til grunn i det fenomenologiske perspektivet, er at menneskers erfaring regnes som gyldig kunnskap (Wifstad, 2018). Innen kvalitativ forskning, er fenomenologi et begrep hvor man beskriver verden slik den oppfattes av informantene (Kvale et al., 2015).

Et dybdeintervju sett fra et fenomenologisk inspirert perspektiv vil, i denne studien innebære å innhente beskrivelser fra jordmødrenes livsverden, og da spesielt fortolkningen av meningen med de fenomenene som blir beskrevet (Kvale et al., 2015).

Fenomenologien har betydd mye for utviklingen av kvalitativ forskning, og kanskje spesielt når det kommer til utvikling av trinn og prosedyrer i analysen, noe som har styrket legitimiteten i kvalitativ forskning (Kvale et al., 2015).

5.2 Diskusjon av metodiske valg

I det følgende vil det gis en beskrivelse og en diskusjon av de metodiske valg som er tatt i prosessen.

5.2.1 Diskusjon av studiedesign

Kvalitativ metode

Kvalitativ metode brukes når man ønsker å beskrive menneskers opplevelser og erfaringer, og det finnes ulike måter å oppnå denne kunnskapen på (Kvale et al., 2015). Innsamling av data i kvalitativ forskning foregår oftest gjennom intervju eller observasjon, og for å oppnå et rikt og dypt materiale har man ofte et relativt lite utvalg informanter (Kvale et al., 2015). De kvalitative metodene kan bidra til å vise mangfold, ulike nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017).

Problemstillingens formulering gjorde at kvalitativ metode ble valgt som forskningsstrategi i denne oppgaven. Kvalitativ metode ble funnet som velegnet siden målet var å innhente beskrivelser av jordmødres livsverden og da i stor grad gjennom fortolkninger av meningen

med det som blir beskrevet (Kvale et al., 2015). Noe av det som kjennetegner en kvalitativ metode, er en helhetsforståelse og at den er fleksibel i den forstand at mange av valgene gjøres underveis etter hvert som forskeren får ny innsikt (Polit, 2017).

Tverrsnittstudie

Et annet alternativ for å få svar på problemsstillingen kunne vært å gjennomføre en tverrsnittstudie. I en tverrsnittstudie foretar man en undersøkelse i en utvalgt populasjon på et gitt tidspunkt (Polit, 2017). Slik kunne man tallfeste hva som er viktig for jordmødre ved identifisering av depresjon hos gravide. Styrken ved en tverrsnittstudie er at man innhenter datamaterialet fra et stort antall informanter, og resultatene kan dermed bli generaliserbare.

En svakhet ved spørreundersøkelser er at skalaen på avkrysningsskjemaet kan brukes forskjellig av ulike informanter. Noen foretrekker ytterpunktene på skalaen, mens andre foretrekker midtverdiene, noe som kan bidra til at påliteligheten kan svekkes (Polit, 2017)

En tverrsnittstudie har lukkede spørsmål, med faste svaralternativer, i motsetning til et dybdeintervju, hvor man benytter åpne spørsmål og gir informantene muligheten til å gå i dybden der de har mye å fortelle (Tjora, 2017).

En spørreundersøkelse ble vurdert i starten av prosessen, siden forsker har kjennskap til forskningsfeltet og temaet fra tidligere. Men ettersom ønsket var å ha mulighet til å innhente erfaringer på et dypere plan, ble semistrukturerte dybdeintervju valgt som det mest hensiktsmessige i denne studien.

5.2.1.1 Diskusjon av intervjumetode

Individuelt semistrukturert dybdeintervju

Det finnes flere ulike strategier for innsamling og behandling av data. I denne studien var ønsket å utforske jordmødres erfaringer, opplevelser og refleksjoner i møtet med gravide, hvor psykisk helse var tema. Valget falt derfor på semistrukturerte dybdeintervjuer som en hensiktsmessig fremgangsmåte for datainnsamling, når ønsket var å se verden fra informantens ståsted (Tjora, 2017). Et semistrukturert dybdeintervju er hverken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men det vil være preget av åpenhet når det gjelder rekkefølgen av spørsmålene, og også gi muligheter for endringer av formuleringer.

Det vil i tillegg gi rom for oppfølgingsspørsmål med utgangspunkt i det informanten beskriver (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017; Polit, 2017).

I et semistrukturert dybdeintervju bruker man en intervjuguide for å hjelpe forskeren til å holde fokus på problemstillingen. Intervjuguiden skal ikke være for detaljert, den skal snarere fungere som en slags huskeliste for forskeren (Malterud, 2017).

Som forsker får man den rikeste kunnskapen dersom man stiller spørsmål som får informanten til å dele erfaringer gjennom en konkret hendelse, som leder til en erfaring som hadde en spesiell betydning (Malterud, 2017).

Et semistrukturert dybdeintervju kan fremstå som en lett måte å innhente data på, men krever gode forberedelser og refleksjoner av forskeren. I intervjusituasjonen må forsker holde fast på problemstillingen slik at samtalen blir mest mulig rettet mot informasjon som kan belyse den. Samtidig må man som forsker være oppmerksom på at relevant informasjon kan ligge et annet sted enn det man forventet (Malterud, 2017).

Fokusgruppeintervju

En annen måte å innhente kvalitative data på til denne studien, kunne vært gjennom gruppeintervju. Fokusgruppeintervju er en intervjuform, hvor man samler et antall informanter med formål å diskutere ett eller flere temaer med en ordstyrer, kalt moderator (Tjora, 2017). Fokusgrupper har et sosialkonstruktivistisk vitenskapsteoretisk perspektiv hvor det er samtalen, og den interaksjonen som oppstår mellom informantene, som skaper ny data (Tjora, 2017). Fokusgruppen består som regel av seks til ti personer, og kjennetegnes ved en ikke-styrende intervjustil. Antall informanter bør være høyt nok til at flere ulike meninger blir representert, men lavt nok til at deltakerne føler seg trygge og tør å dele sine erfaringer i gruppa (Tjora, 2017). Et viktig aspekt ved denne metoden er at man kan få tilgang til flere menneskers erfaringer, samtidig som moderator kan styre samtalen inn på temaer som er bestemt på forhånd. På den måten kan man se på det som effektiv form for datagenerering ved at man innhenter intervjudata fra flere personer samtidig. Et fokusgruppeintervju i denne studien kunne bidratt til å oppnå datamateriale fra et større antall informanter, og samtidig gjennomføre det på kortere tid. Det kunne bidratt til et rikere innhold i datamaterialet. I et fokusgruppeintervju kunne gruppene vært satt sammen, enten som allerede eksisterende grupper, for eksempel flere jordmødre fra samme arbeidssted, eller ved å gjøre et strategisk utvalg av jordmødre basert på, for eksempel ansiennitet eller type arbeidssted.

Fordelen med et fokusgruppeintervju er at man kan oppnå større grad av refleksjon og diskusjon blant deltakerne. Det kunne gi andre og flere perspektiver på hva jordmødre oppfatter som viktig ved identifisering av depresjon. Et fokusgruppeintervju kan også bidra til at informantene får innblikk i andres erfaring og opplevelser, og på den måten oppnå ny kunnskap selv. I tillegg kan metoden fremstå mindre truende for informanten, sammenlignet med individuelle dybdeintervju når erfaringer, tanker og opplevelser skal deles (Tjora, 2017).

På den andre siden kan et dybdeintervju, der tillit mellom forsker og informant er etablert, gi en dypere forståelse av fenomenet det forskes på. En annen styrke ved dybdeintervju er at den enkelte jordmor gis mer tid til å dele refleksjoner og beskrivelser, sammenlignet med fokusgruppeintervju.

En annen årsak til at dybdeintervju ble valgt som metode, var at det, for forsker fremsto som mer organisatorisk utfordrende å samle flere til et felles tidspunkt for intervju, noe som et fokusgruppeintervju krever.

5.2.2 Diskusjon av utvalg og rekruttering

I en kvalitativ intervjustudie velger man informanter som kan uttale seg reflektert om det aktuelle temaet. Det innebærer at de har kunnskap og kvalifikasjoner som er aktuelle for å belyse problemstillingen, og på den måten kan de bidra til ny kunnskap om temaet som er valgt (Tjora, 2017).

Utvalget i denne studien består av fire kommunejordmødre. Inklusjonskriteriene var at de var utdannet jordmor, jobbet som kommunejordmor og hadde minimum to års ansiennitet i svangerskapsomsorgen.

Fire jordmødre er et begrenset antall informanter. Litteraturen sier ikke noe om krav til antall informanter i et dybdeintervju, men viser til at forsker vurderer om metningspunktet er nådd. Dette vil si når forsker ser at et nytt intervju ikke bringer noe nytt inn i studien (Malterud, 2017). Under forberedelsene til prosjektet ble det vurdert sammen med veileder at 4 informanter var tilstrekkelig ut fra prosjektets rammer. Fire intervju ga godt med datamateriale og det ble vurdert at ytterligere datainnsamling ikke ville tilført utfyllende kunnskap på det tidspunktet. En årsak kan være intervjuteknikken, eller at

spørsmålsformuleringene ikke var gode nok til å få frem nye aspekter hos jordmødrene, samt at forsker var uerfaren i intervjusituasjonen.

Et av inklusjonskriteriene i utvalget var krav om minimum to års erfaring. Bakgrunnen for dette var ønsket om å intervju jordmødre med bredest mulig erfaringsgrunnlag, for på den måten få fyldige refleksjoner. Dette medførte at temaet ikke ble belyst fra en nyansatts side, og kan ses på som en svakhet ved studien. En nyansatt ville i denne studien kunne belyst hvordan oppøring på arbeidssted, eller fravær av opplæring, har innvirkning på hvordan temaet psykisk helse tas opp med gravide.

Med mer tid hadde det vært interessant å intervju 2-3 jordmødre etter at analysen var ferdigstilt og resultatene forelå. Et strategisk utvalg med variasjonsbredde ville kunne gi mulighet til å beskrive flere nyanser av det samme fenomenet (Malterud, 2017). Et strategisk utvalg ville dermed kunne bidra til å styrke påliteligheten på resultatnivå.

Rekruttering av informanter var ukomplisert. Forsker henvendte seg først til to helsestasjoner, hvor avdelingsleder fikk informasjonsskriv på epost. To informanter ble rekruttert på denne måten. En informant ble rekruttert via felles jordmorkolleger. I forkant var det utarbeidet et informasjonsskriv hvor studien hensikt ble gjort rede for. Der fremkommer det også at studien er basert på frivillighet, samt en beskrivelse av hvordan personvernet blir ivarettatt og at informanten har mulighet til å trekke samtykket når som helst, uten å oppgi grunn (vedlegg 3). Forsker sendte informasjonsskriv på epost direkte til informanten, som selv avtalte med arbeidsgiver om å få gjøre intervjuet i arbeidstiden. Den siste informanten ble rekruttert ved at forsker tok direkte kontakt siden informanten var eneste jordmor i den kommunen. Forsker snakket først med informanten på telefon for å informere om prosjektet, og avtalte da å sende informasjonsskriv på epost. Informanten responderte raskt og positivt per epost.

Ved å benytte et slikt bekvemmelighetsutvalg risikerer man at informantene som blir rekruttert er de som er mest interessert i temaet. En slik fremgangsmåte ved utvelgelsen kan bidra til å svekke studiens troverdighet (Tjora, 2017).

Å rekruttere ved direkte kontakt har også noe etiske implikasjoner, da informanten kan kjenne seg presset til å delta. Denne utfordringen ble forsøkt løst ved å avtale at informanten skulle tenke over om det var ønskelig å delta, og eventuelt bekrefte på epost til forsker.

5.2.3 Gjennomføring av intervju

Intervjuguide og pilotintervju

For å holde tråden under intervjuet, slik at erfaringene og refleksjonene til jordmødrene kunne gi svar på problemstillingen, ble det utarbeidet en intervjuguide på forhånd (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017).

I forkant av intervjuene ble det utført et pilotintervju med en tidligere kollega. Pilotintervjuet ga en mulighet til å teste ut intervjuguiden og var i tillegg en måte å teste diktafon app og bruk av nettskjema. Erfaringer fra pilotintervjuet medførte justeringer i intervjuguiden, og bidro dermed til å styrke studiens pålitelighet (Kvale et al., 2015)

Den endelige intervjuguiden inneholder 5 hovedspørsmål som inviterte jordmødrene til fritt å fortelle om sine erfaringer og tanker om svangerskapsdepresjon. I tillegg ble det utformet oppfølgingsspørsmål hvor informantene ble oppfordret til å utdype og fortelle mer om temaer som berørte det de betraktet som viktig ved identifisering av depresjon hos gravide. Eksempel på oppfølgingsspørsmål som ble brukt er: «Kan du si noe mer om det?», «Kan du gi en mer detaljert beskrivelse av hva som skjedde?» (vedlegg 2).

Intervju:

Før intervjuene startet var det satt av litt tid til en uformell prat. Dette ble gjort for å skape en mest mulig avslappet atmosfære, noe som igjen kan bidra til at jordmødrene føler seg mer komfortable når de skal fortelle om sine tanker og erfaringer (Kvale et al., 2015). Selve intervjusituasjonen startet med en briefing. Jordmødrene fikk en kort gjennomgang av studiens hensikt og problemstilling. De ble påminnet egen taushetsplikt, slik at personidentifiserende informasjon ikke skulle komme frem i intervjuet. Samtykkeerklæring ble signert ved oppmøtet til intervjuet, og muntlig under de digitale intervjuene. Jordmødrene fikk også informasjon om muligheten for å trekke seg når som helst fra prosjektet.

Intervjuene hadde en varighet på mellom 40 og 65 minutter. Intervjuene ble tatt opp med diktafon app og lagret i nettskjema i tråd med UiTs retningslinjer (UiT-Norges Arktiske universitet, 2021)

De to første intervjuene foregikk på jordmødrenes arbeidsplass, etter jordmødrenes ønske. Under alle intervjuene fløt samtalen lett og uanstrengt. Evnen til å stille gode oppfølgingsspørsmål krever at forsker inntar en aktivt lyttende posisjon, og er like viktig som

å beherske gode spørreteknikker (Kvale et al., 2015). To av intervjuene foregikk digitalt, noe som medfører at man mister noe av den non-verbale kommunikasjonen, men likevel opplevdes det ikke som om de intervjuene ble av dårligere kvalitet, sammenlignet med dem som foregikk ved oppmøte.

Data ble forsøkt validert underveis ved å be informanten forklare nærmere, dersom noe var uklart for forskeren. På den måten sikrer man at forsker har forstått det informanten deler av refleksjoner og erfaringer (Kvale et al., 2015). I tillegg ble det gjort en oppsummering på slutten av intervjuet, hvor informanten hadde mulighet til å korrigere og komme med innspill. På to av intervjuene ga den avsluttende oppsummeringen utfyllende og oppklarende informasjon.

Transkribering:

Intervjuene ble transkribert av forsker. Det er tilstrebet å være grundig og etterrettelig i transkriberingsarbeidet. Transkriberingen startet med å høre gjennom lydopptakene en gang til. Alle lydopptakene var av god kvalitet og det tekniske arbeidet forløp bra. Alle lydopptakene var lagret i nettskjema (UiO), som krever to autentiseringsfaktorer for å få tilgang til. Intervjuene ble transkribert fortløpende etter at de var gjennomført. Det ga en mulighet til å justere intervjuguiden før neste intervju.

Det største tapet i overgangen fra intervju til transkripsjonen er tap av kroppsspråk og stemning (Tjora, 2017). Ved å selv transkribere unngår man å miste for mye av disse uttrykkene. Å selv transkribere anses som en styrke i analyseprosessen.

For å bevare anonymiteten og integriteten til informantene ble lydfilene transkribert til bokmål og ikke på dialekt. Alle ord ble tatt med, bortsett fra navn, stedsnavn, arbeidsplass eller samarbeidspartnere, som kunne bryte med anonymiteten. Disse ble markert i parentes med forklaring, for eksempel (navn). Alle lyder som «hmm» og «ehm» hos intervjuperson ble transkribert. Latter og andre lyder ble markert i parentes. Pauser ble markert med (...).

Alle intervjuene ble avslutningsvis sjekket opp mot lydfilen, for å sikre at all tekst var tatt med. Det viste seg at under et intervju var deler av en setning ikke tatt med, og under et annet var setningsoppbygningen feil. En slik gjennomgang styrker transkripsjonens pålitelighet (Kvale 2017, s. 211).

5.2.4 Diskusjon av analyseprosessen

Analysemetoden er kort presentert i artikkelen. I artikkelen er også analyseprosessen presentert i en tabell med de ulike kategorier, undergrupper, kondensat, samt utdrag av meningsbærende enheter. Se tabell 1 i artikkel. I det følgende vil det bli presentert en dypere beskrivelse av analyseprosessen, samt en diskusjon av prosessen.

Analyseprosessen er en spørsmålsdrevet prosess hvor man leter etter svar på spørsmål i datamaterialet (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2018). Denne analyseprosessen er inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering (STC). Ved å benytte en anerkjent analysemetode styrker man studiens pålitelighet (Tjora, 2017. s.231)

STC er påvirket av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode. Det innebærer at STC deler fenomenologenes tanke om at de subjektive erfaringene fra verden er gyldig kunnskap (Malterud, 2017, s.116). Et viktig fellestrekk mellom STC og fenomenologi er at analysen skal beskrive de sidene som er mest relevante med det fenomenet som vi undersøker, så nøyaktig som mulig (Malterud, 2017).

Systematisk tekstkondensering er egnet for nybegynnere og gir en grundig beskrivelse av fremgangsmåten. Den har fellestrekk med flere andre analysemetoder, men, i motsetning til mange metoder, starter man ikke med å gå bredt ut, men konsentrerer seg om relativt få temaer og kodegrupper. Metoden har en induktiv tilnærming. Det innebærer at empiriske data fra enkeltpersoner og enkelthendelser bidrar til å belyse problemstillingen, og man kan på den måten trekke slutninger fra det enkeltstående til det mer allmenne (Malterud, 2017).

Denne analyseprosessen har ikke vært en lineær prosess, men en prosess som har beveget seg frem og tilbake i materialet, både for å sikre at betydningen ikke ble tatt ut av konteksten eller at et utsagn skulle bli gitt en annen betydning enn det som var hensikten.

Analysemetoden til Malterud beskrives gjennom følgende fire trinn:

- 1) Helhetsinntrykk: Å få en oversikt over datamaterialet og lage foreløpige temaer
- 2) Meningsbærende enheter: Fra foreløpige temaer til koder og sortering.
- 3) Kondensering: Fra kode til meningsinnhold.
- 4) Sammenfatning: Å sette sammen bitene igjen og rekontekstualisere.

5.2.4.1 Helhetsinntrykk

Første trinn i Malteruds tekstanalyse starter med å få et helhetsinntrykk. Alle intervjuene ble derfor gjennomgått nøye, først ved å høre på dem flere ganger, deretter ved gjennomlesing av transkribert tekst. I denne fasen er det viktig å forsøke å sette egen forforståelse og det teoretiske rammeverket til side, slik at man kan stille seg åpen for det som datamaterialet formidler (Malterud, 2017). Det ble derfor nødvendig å hente frem problemstillingen for å være sikker på at de foreløpige temaene kunne gi svar på problemstillingen. På den måten kan man styrke analysens validitet. Det ble gjort fortløpende notater og markeringer i den transkriberte teksten. Deretter kunne foreløpige temaer knyttet til hva jordmødre i svangerskapsomsorgen erfarte som viktig for at de skulle kunne identifisere svangerskapsdepresjon, bli samlet i en matrise. Til sammen ble materialet inndelt ble 8 aktuelle temaer, som representerte det første intuitive steget i organiseringen av datamaterialet.

Foreløpige temaer: *Kartleggingsverktøy, tilknytning, mestring hos mor, tid, tilgjengelighet, erfaring, tverrfaglig samarbeid, forankring i ledelsen*

5.2.4.2 Meningsbærende enheter

Andre trinn i analysen handler om å organisere den delen av datamaterialet som vi skal se nærmere på (Malterud, 2017). Igjen er det nødvendig å ha problemstillingen foran seg og stille spørsmålet, hvordan kan disse temaene belyse problemstillingen? Det anbefales at denne prosessen gjøres sammen med en annen forsker, for på den måten skape et analytisk rom med flere nyanser (Malterud, 2017). Denne analyseprosessen ble utført av forsker alene, men det er nærliggende å tro at analysens kvalitet hadde vært høyere dersom den hadde vært utført sammen med annen forsker. Uerfarenhet i analysearbeid, samt kjennskap til forskningsfeltet, medfører en risiko for at utsagn og refleksjoner kan ha blitt gitt en annen mening enn det var ment som, og må ses på som en svakhet ved analysen, noe som igjen kan svekke analyseprosessen troverdighet.

Prosessen startet ved en gjennomlesing av teksten linje for linje for på den måten å identifisere de meningsbærende enhetene. Det ble deretter hentet ut tekst fra intervjuene som på en eller annen måte bar med seg kunnskap om ett eller flere temaer fra første trinn. Setninger eller hele avsnitt fra den transkriberte teksten ble kopiert og limt inn eget dokument. Tekst som ikke hadde relevans for oppgaven, ble lagt bort.

De meningsbærende enhetene ble deretter sortert i ulike koder, som på hver sin måte belyste ulike sider av problemstillingen. Målet med kodearbeidet er å sortere og samle alle de meningsbærende enhetene som har noe til felles i koder. De meningsbærende enhetene ble systematisert med fargekoder. Hver tekstbit ble også markert med tall for å vise til hvilken informant utsagnet kom fra. Denne delen av analyseprosessen blir omtalt som dekontekstualisering, som innebærer at tekst blir tatt ut av den sammenhengen den står i (Malterud, 2017). Kodingen og begrunnelsen for de endringene som ble gjort underveis, ble dokumentert i en analyselogg. På den måten ble det lettere å følge egen tankerekke i etterkant. Flere koder endret navn underveis.

5.2.4.3 Kondensering

I analysens trinn tre er målet å abstrahere den sorterte informasjonen som ble utført i andre trinn (Malterud, 2017). De meningsbærende enhetene som ble identifisert i forrige trinn, var nå kodet i fire ulike kodegrupper. Fordelingen av meningsbærende enheter var noe ujevnt fordelt i de ulike kategorier. Noen kodegrupper inneholdt mange meningsbærende enheter, mens andre hadde få meningsbærende enheter. Hver kategori fikk undergrupper, ettersom det var nyanser i materialet som beskrev ulike meningsaspekter. Underveis i analysearbeidet kom det frem at flere meningsbærende med samme innhold var plassert i ulike kategorier. Det ble derfor opprettet en ny kodegruppe med tilhørende undergrupper. Det endelige resultatet ble fem kategorier med til sammen 16 tilhørende undergrupper. Det ble i trinn tre utarbeidet kunstige sitater til hver av kodegruppe, omtalt som kondensat (Malterud, 2017).

5.2.4.4 Sammenfatning

I analysens fjerde trinn gjøres en sammenfatning. Tekstbitene ble rekontekstualisert, for på den måten å vurdere om resultatene fra de foregående trinnene ga en gyldig beskrivelse av sammenhengen de opprinnelig var hentet fra (Malterud, 2017). Sammenfatningen skal formidles slik at den er lojal mot jordmødrenes stemmer, den skal gi leseren innsikt og tillit, samtidig som forsker må ta sitt ansvar som fortolker (Malterud, 2017). Det ble utarbeidet en analytisk tekst fra hver kodegruppe som sammenfattet essensen fra jordmødrenes historie. De analytiske tekstene fikk en overskrift og en kategori, som sammenfattet det den analytiske teksten handlet om.

Det er gjennom hele analyseprosessen forsøkt å gå systematisk frem, noe som kan bidra til å styrke overførbarheten av funnene (Malterud, 2017).

Det er forsøkt i dette kapitlet å gjøre forskningsprosessen så transparent som mulig, gjennom beskrivelser av forskningsmetode og analyseprosess. Å synliggjøre valg og beslutninger kan være med på å styrke tilliten til at studien er gjennomført på en troverdig måte.

5.2.5 Forforståelsen

Egen påvirkning på forskningsprosessen er et aspekt ved studien som kan bidra til å redusere studiens pålitelighet.

Forforståelsen var en viktig motivasjon for å sette i gang prosjektet, og det ville vært umulig å ha en nøytral rolle uten innflytelse på kunnskapsutviklingen. Faglige interesser og personlige erfaringer fra svangerskapsomsorgen har påvirket hele prosessen, fra utarbeidelsen av intervjuguide, gjennomføring av intervju, til analyseprosessen. En fare ved forforståelsen er at den kan farge prosessen slik at informasjon som ikke samsvarer med egne tanker og oppfatninger kan overses (Kvale, 2015). På den andre siden kan egen forkunnskap om fagfeltet også være betydningsfull for resultatet ved at det gir større forståelse for temaet, og større mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål i intervjusituasjonen, samt forståelse av fortolkningen i analysearbeidet (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017). Det er forsøkt i hele prosessen å ha et bevisst forhold til egen forforståelse og hvordan det kan påvirke kunnskapsutviklingen.

6 Forskningsetiske overveielser

I dette kapitlet redegjøres det for de forskningsetiske vurderingene som er gjort i forbindelse med denne studien.

De forskningsetiske overveielserne er ikke knyttet opp mot enkelte deler av dette prosjektet, men har vært en kontinuerlig prosess gjennom hele forskningsprosjektet.

Studien er meldepliktig til personvernombudet, og prosjektsøknad ble godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), referansenummer 930665, høsten 2021 (vedlegg 4).

For sikker lagring av datamaterialet ble det benyttet diktafon app og nettskjema knyttet opp til UiO. Opptakene er lagret i nettskjema database. Det transkriberte datamaterialet oppbevares på sikker word fil i one drive i henhold til retningslinjer for oppbevaring av datamateriale på UiT.

De etiske overveielserne bygger også på Helsinkikonvensjonen som all medisinsk forskning er underlagt (World Medical Association, 2018). Der står anonymisering, samtykke, frivillighet, retten til å trekke seg, bruk av vitenskapelig metode, samt at nytteverdi skal være større enn risiko, som sentrale begrep (World Medical Association, 2018).

Alle informantene fikk informasjonsskriv i forkant av intervjuene. Her ble de informert om studiens formål og hensikt, hvor lenge intervjuet varer og hvordan det er tenkt gjennomført, samt hva som skjer med datamaterialet i etterkant. Informasjonsskrivet er tenkt å gi informanten mest mulig informasjon slik at de i størst mulig grad skulle kjenne seg trygge og forberedt før intervjuet startet (vedlegg 3). Et overordnet forskningsetisk prinsipp for rekruttering og deltakelse i et forskningsprosjekt, er at det er frivillig og basert på skriftlig eller muntlig samtykke (Kvale et al., 2015). I dette prosjektet samtykket to informanter skriftlig, mens to informanter samtykket muntlig og digitalt. Alle informantene ble påminnet egen taushetsplikt før intervjuene startet slik at de ikke skulle nevne navn eller andre personidentifiserende opplysninger underveis i intervjuet.

Et dybdeintervju er basert på en relasjon og et personlig tillitsforhold mellom forsker og informant. Det er nødvendig at forsker er bevisst sin egen rolle og hvordan egen kunnskap, erfaring og ærlighet er avgjørende faktorer i kunnskapsutviklingen i et intervju (Kvale et al., 2015).

Når det gjelder forskningsetiske krav til rapportering av resultatene i studien, er det tilstrebet å være transparent i alle ledd, både ved forberedelsene, gjennomføringen, og gjennom hele analyseprosessen i oppgaven. Presentasjon av funn er forsøkt knyttet opp mot forskningsområdet så nøyaktig og representativt som mulig (Kvale et al., 2015).

Gjeldende retningslinjer for forskningsetikk ved UiT-Norges arktiske universitet ble fulgt under hele prosessen (UiT-Norges Arktiske universitet, 2021).

7 Oppsummering av resultatene

I følgende kapittel vil studiens hovedfunn presenteres kort. For fyldigere redegjørelse av resultater vises til artikkelen (vedlegg 1).

Analyseprosessen resulterte i 5 hovedkategorier basert på hva informantene fremhevet som viktig i forbindelse med identifisering av depresjon hos gravide.

1) jordmors rolle, 2) metoder for kartlegging av depresjon, 3) kunnskap og opplæring, 4) rammebetingelser, 5) ivaretagelse av gravide med depresjon.

Å skape en god relasjon til gravide er viktig for jordmødrene. Gjennom tillit og en god relasjon kom de i en posisjon til å ta opp temaet psykisk helse.

Jordmødrene kartlegger risiko for depresjon hos gravide tidlig i svangerskapet, men de bruker ulike metoder for kartlegging. Samtlige vektlegger samtalen med den gravide, og spør konsekvent om psykisk helse på første eller andre konsultasjonen. Flere jordmødre trakk også frem intuisjonen eller magefølelsen som en viktig komponent i vurderingen av depresjonssymptomer.

Noen av jordmødrene brukte i tillegg det validerte kartleggingsverktøyet EPDS. De beskrev det som en måte å komme inn på temaet, og at det ble ufarliggjort ved at man brukte verktøyet på samtlige gravide.

Å skille mellom det som er normale svingninger, og det som kan være tegn på depresjon beskrev alle jordmødrene i studien som utfordrende, og noe som krever både kunnskap og erfaring.

Kunnskap om hvordan en depresjon kan påvirke barnet, bidrar til at jordmødrene kan legge fram temaet på en måte som gir kvinnen økt forståelse for viktigheten av spørsmål om psykisk helse.

Gode kollegaer og tverrfaglighet synes også å være viktig for jordmødrene. Både de uformelle samtalerne med kollegaer og tverrfaglig veiledning, bidro til en økt bevissthet rundt de vurderingene de gjorde i møtet med gravide.

En helhetlig omsorg for den gravide, hvor psykisk helse er en integrert del av arbeidsplassen, påvirker de valgene jordmødrene tar ved identifisering av depresjon eller andre psykiske helseutfordringer.

Alle jordmødrene i studien tilbød ekstrakonsultasjoner og støttesamtaler, dersom de mistenkte en depresjon eller var usikre på om det var normale svingninger i svangerskapet. Samtlige jordmødre hadde erfart at en samtale med jordmor kunne være nok i mange tilfeller, og at det dermed ikke var behov for videre henvisning.

8 Diskusjon - Jordmors rolle knyttet opp mot teori og empiri

I følgende kapittel diskuteres jordmors rolle i identifiseringen av depresjon, knyttet opp mot teori og empiri.

Jordmors rolle i overgangsfasen

Samtlige jordmødre i studien fremhevet nødvendigheten av å ha kunnskap om svangerskapets psykologi og de normale svingninger som gravide gjennomgår, for å kunne identifisere en depresjon.

Å bli mor regnes som en av livets største overgangsfaser. Graviditeten er derfor en periode i livet som innebærer både endringer og utfordringer. Brodén beskriver denne fasen som en omstillingsprosess hvor den gravide går gjennom en identitetsendring, fra å være datter, til selv å bli mor (Brodén, 2007). For mange kvinner innebærer denne identitetsendringen at de også kan trekkes mot bevisste og ubevisste følelser og minner fra egen barndom, for eksempel forholdet til sin egen mor og opplevelse av å ha blitt imøtekommet eller ikke, når det gjelder egne behov (Nugent, Thorbjørnsen, Slinning, & Vannebo, 2018). Flere jordmødre i studien trakk frem at de i møtet med gravide vektla å snakke med kvinnen om hennes historie og nettverk. En jordmor sa:

«Jeg synes det er en fin innfallsvinkel å begynne å prate om livet deres» J1.

Når kvinner forteller sin historie, får jordmor en mulighet å kartlegge risikofaktorer, samtidig som hun får anledning til å normalisere det mange kvinner opplever som utfordrende ved overgangsfaser. Jordmors kunnskap om svangerskapets psykologi kan bidra til at gravide får en økt bevissthet og forståelse for den omstillingsprosessen de gjennomgår mentalt. Ved at jordmor kjenner til kvinnens historie og kvinnens nettverk, kan jordmor legge til rette for støtte og hjelp. Å kjenne til viktige livshendelser og sårbarhetsfaktorer allerede tidlig i svangerskapet, vil ha stor betydning og kan gi kvinnen en individuelt tilpasset oppfølging. Det kan være viktig å ha oppmerksomhet også rettet mot kvinnens partner, og i hvilken grad hun har støtte i partneren sin (Glavin, 2019).

Overgangsfasen som gravide befinner seg i, innebærer også en økt sårbarhet (Brodén, 2007). Brodén beskriver psyken som mer fleksibel og mottakelig i denne fasen, og ved å se innover, vil man også utvikle seg, samtidig som det skjer en reorganisering som åpner for en ny forståelse av seg selv som forelder. For mange gravide er denne økte sårbarheten krevende og kan oppleves som emosjonelt overveldende (Brean et al., 2009; Brodén, 2007). For jordmødre kan det også være utfordrende å håndtere de følelser som oppstår i møtet med gravide, noe en jordmor fra studien uttrykte slik:

«Jeg tror det blir lettere for meg å se forskjeller nå som jeg er blitt mer erfaren. I starten fikk jeg helt bakoversveis over hvor mange som kom til meg og gråt og sa de hadde det tungt» J4.

Erfaring og kunnskap om omstillingsprosesser bidrar til at jordmødre opplever en økt trygghet i møtet med gravide og det kan bli lettere for jordmor å forstå de følelsene kvinnene uttrykker. Dette vil igjen medføre at jordmor kan støtte kvinnen gjennom innsikt og forståelse for de prosessene hun gjennomgår.

I tillegg til den mentale endringen som gravide går gjennom, er det også store fysiske forandringer som skjer med kvinnen, noe flere av informantene i studien beskrev. En av informantene sa:

«Jeg tror fysiske plager og kan bidra til at de blir deprimerte når de ikke mestrer livet sitt slik de er vant til å mestre det» J3.

Fysiske endringer og plager i svangerskapet, som bekkenplager, kvalme og oppkast, kan være utfordrende for mange kvinner, og medføre at noen kan kjenne seg nedstemt eller deprimert, noen kan også ha en opplevelse av å miste kontrollen på livet, og ikke kjenne igjen hverken

seg selv eller livet de lever (Glavin, 2019). For mange kvinner kan det å få støtte av jordmor være av stor betydning for hvordan hun mestrer svangerskapet (Glavin, 2019).

I svangerskapsomsorgen er det jordmors rolle å ivareta gravide, og tilrettelegge for at kvinnens individuelle behov blir ivaretatt (Helsedirektoratet, 2018) Ut fra et helhetlig omsorgsperspektiv innebærer det at jordmødre ivaretar både den fysiske og den psykiske helsen til gravide (ICM, 2014). Gjennom en helhetlig svangerskapsomsorg kan jordmor støtte gravide som strever i overgangsfasen, og på den måten forebygge utvikling av en depresjon.

For noen gravide skjer denne overgangen helt intuitivt, mens andre trenger mer tilrettelegging i svangerskapet for å håndtere svingningene som normalt oppstår. For noen kvinner kan overgangsfasen bli så krevende at det kan oppstå en depresjon, noe som medfører at de kan få behov for behandling (Brean et al., 2009; Glavin, 2019)

Jordmødrene i studien beskrev det som utfordrende å bevege seg i gråsonen mellom det som er normalt og det som gjør det nødvendig, enten å henvise videre, eller å følge kvinnen tettere opp i svangerskapet. En jordmor sa det slik:

«Man må ha is i magen, men samtidig reagere når man skal reagere, det synes jeg kan være litt vanskelig» J4.

Dette utsagnet beskriver den gråsonen som kan være utfordrende for jordmødre, og som er noe av bakgrunnen for denne oppgaven.

Hvor grensene går mellom det normale og en depresjon kan være vanskelig å se både for kvinnen, hennes partner og for jordmor (M. Eberhard-Gran et al., 2007).

Mange gravide i Norge har flest svangerskapskontroller hos jordmor, noe som innebærer at jordmor i svangerskapsomsorgen har et stort ansvar når det gjelder å identifisere depresjon hos gravide. Noen velger å utelukkende gå til jordmor i svangerskapet, noe som innebærer at jordmor kan være den eneste helsearbeideren kvinnen treffer i løpet av svangerskapet.

Ulike følelsesmessige reaksjoner og perioder med nedstemthet, er vanlig i svangerskapet. Det som kjennetegner en depresjon, er en vedvarende tilstand hvor kvinnen opplever hverdagen som grå og tom. Hun kan kjenne seg initiativløs og kan kjenne på meningsløshet. Kjernen i en depresjon er beskrevet som en følelse av håpløshet og likegyldighet som berører hele livssituasjonen (M. Eberhard-Gran et al., 2007). En depresjon i svangerskapet fortoner seg på

samme måte som en depresjon som oppstår eller i livet. Det som gjør en svangerskapsdepresjon spesiell, er at den oppstår i en fase av livet hvor kvinnen er spesielt sårbar (Brean et al., 2009).

Jordmødre i studien fremhevet tverrfaglig samarbeid som svært viktig i arbeidet med gravide og psykiske helseutfordringer. En jordmor sa:

«Og nå som kommunepsykologen er her, det hever det faglige nivået veldig. Da kan man sette ting i perspektiv på en annen måte. Hva man skal bekymre seg for og hva som ikke er så farlig, hva man kan normalisere, det har gitt meg større trygghet, det faglige miljøet». J4.

Det tverrfaglige samarbeidet står sentralt i jordmødres yrkesetiske retningslinjer, hvor jordmødre skal konsultere og samarbeide med annet helsepersonell, og henvise når det er nødvendig, i tilfeller der omsorgsbehovet kvinnen har, overstiger kompetansen til jordmoren (ICM, 2014).

Samtlige jordmødre i studien beskrev det tverrfaglige samarbeidet som avgjørende for at de skal kunne ivareta gravide på en god og forsvarlig måte. Dette samarbeidet innbefatter både å få veiledning til selv å ivareta gravide med psykiske helseutfordringer, og å gjøre det enklere å henvise når det er behov for det.

Nærhet til annet helsepersonell innenfor psykisk helse har betydning på flere plan.

En jordmor beskrev et dilemma hun hadde erfart flere ganger:

«fødselsangst kan blande seg inn i dette, så de faller liksom mellom to stoler. Psykiatritjenesten har ikke kompetanse på det, men jeg synes depresjon blir for vanskelig for meg» J4.

Utsagnet understøtter behovet for samarbeid og tverrfaglighet rundt gravide med psykiske helseutfordringer.

Å styrke tilknytningen mellom mor og barn

Den økte sårbarheten i overgangsfasen som mange kvinner erfarer, blir i litteraturen beskrevet som nødvendig for at hun skal knytte seg til barnet (Brean et al., 2009).

Brodén beskriver denne prosessen som avgjørende i overgangen til å bli mor, og det er først når kvinnen vender blikket innover, at hun kan utvikle seg og klargjøres til morsrollen. Daniel Stern kalte denne prosessen for «konstruktiv skrøpелighet» (Holme, Valla, Hansen, & Olavesen, 2016). Det er nødvendig at kvinnen er sårbar i denne perioden. Hun er på en reise hvor hun skal oppdage seg selv som kommende mor til et nytt menneske som vil være helt avhengig av henne (Holme et al., 2016). Denne konstruktive skrøpелigheten som kvinnen erfarer, bidrar til at hun lettere kan ta imot barnet og lese barnets signaler (Stern, 2018). En depresjon i svangerskapet er en av de største risikofaktorene for depresjon etter at barnet er født, og kan ha betydning for måten mor knytter seg til barnet (M. Eberhard-Gran et al., 2007; Glavin, 2019).

Flere jordmødre i studien fremhevet betydningen mors psykiske helse har for tilknytningen mellom mor og barn. En av jordmødrene i studien forklarte kvinnene hvorfor hun tok opp temaet psykisk helse:

«Jeg forklarer hvorfor jeg spør, at det faktisk påvirker barnet til syvende og sist» J1.

Allerede tidlig i svangerskapet lager kvinnen indre bilder av barnet hun venter. Kvinnen lager mentale bilder om barnets utseende, hvordan hun skal være som mor, og hun lager bilder om fremtiden. På denne måten dannes en indre forestilling om barnet, og tilknytningen til barnet starter dermed allerede i svangerskapet. Måten mor knytter seg til barnet på i svangerskapet, vil ha betydning for hvordan hun knytter seg til barnet også etter fødselen (Brean et al., 2009; Brodén, 2007).

Dersom en depresjon inntreffer i svangerskapet er det av stor betydning at kvinnen får den oppfølgingen hun trenger og har behov for og øker sjansen for tilfriskning hos mor. I tillegg vil det også kunne bidra til å forebygge tilknytningsutfordringer mellom mor og barn (Brodén, 2007; Glavin, 2019).

En jordmor i studien var opptatt av at den gravide skulle oppleve mestring i svangerskapet og i barseltiden og hun sa det slik:

«Jeg er så opptatt av at de gravide skal oppleve mestring i svangerskapet, og i barseltiden. Derfor tenker jeg det er så viktig å få avdekket svangerskapsdepresjon, sånn at man kan hjelpe de å mestre det»

Jordmors rolle her vil være å tilrettelegge for en tettere og individuelt tilpasset oppfølging. Ved å støtte mor i svangerskapet kan det også bidra til å legge til rette for en god tilknytning mellom mor og barn etter fødselen.

Tilknytningsteorien utviklet av Bowlby har bidratt til en forståelse av de overføringene som skjer mellom generasjoner. Bowlby beskrev den første tilknytningen som barnet knyttet til sine omsorgspersoner, allerede fra fødselen. Denne første tilknytningen mellom barnet og omsorgspersonene beskrives som det aller første og sterke følelsesmessige båndet som knyttes mellom barnet og omsorgspersonene (Wennerberg & Arneberg, 2011).

Dersom en depresjon inntreffer etter fødselen, kan det gjøre mor mindre oppmerksom på barnets signaler. Hun vil kunne være mimikk-løs, og hun vil kunne være mindre oppmerksom på barnet (Glavin, 2019). En mor med depresjon vil også kunne ha mindre mulighet og kapasitet til å forstå barnets signaler, noe som kan medføre mangelfull respons på spedbarnets signaler (Glavin, 2019). Det at mor har en redusert kapasitet til å respondere på barnets signaler, kan være uheldig for tilknytningen og barnets utvikling (Brean et al., 2009; Brodén, 2007).

Ifølge Bowlby kan disse tidlige relasjonelle erfaringer forme barnet i stor grad, både i forhold til hvordan barnet forholder seg til andre, men også hvordan barnet forholder seg til seg selv (Wennerberg & Arneberg, 2011).

Det er derfor av stor betydning at gravide får god og tett oppfølging også når det kommer til den psykiske helsen. Gjennom å støtte mor i utfordrende overgangsfaser kan jordmor være med å forebygge at en depresjon utvikles. Videre vil jordmor gjennom en kontinuerlig og individuelt tilpasset omsorg bidra til at en eventuell depresjon identifiseres tidlig, slik at muligheten for tilfriskning øker.

Den største helseutfordringen som gravide står overfor er psykiske utfordringer. Det betyr at jordmødre har en viktig og samfunnsnyttig funksjon både i et forebyggende perspektiv, men også en funksjon i behandling av en depresjon, dersom denne identifiseres på et tidlig nok tidspunkt. Det betyr at jordmor har en viktig rolle også innenfor psykisk helseomsorg.

9 Oppsummering

Studiens hensikt var å undersøke hva jordmødre anser som viktig for å kunne identifisere depresjon hos gravide.

Jordmødre i denne studien vektla psykisk helse i møtet med gravide. Å opparbeide en god relasjon til gravide er viktig for å komme i posisjon til å ta opp temaet psykisk helse. Kunnskap om perinatal mental helse, i tillegg til erfaring, bidrar til at det blir lettere for jordmor å ta opp temaet. Alle jordmødrene kartlegger depresjon hos gravide, men metoden om benyttes kan være ulike. Tverrfaglig samarbeid, psykisk helse som en integrert del på arbeidsplassen, bidrar til å heve kompetansenivået. Å tilby ekstrakonsultasjoner i form av individuelt tilpassede støttesamtaler anses som viktig for jordmødrene ved identifisering av depresjon.

I dag er retningslinjene for ivaretagelse av gravides psykiske helse utydelige, og det er opp til den enkelte helsestasjon og jordmor å vurdere hvordan man skal gå frem i arbeidet med å identifisere depresjon hos gravide og hvilken oppfølging som eventuelt skal gis.

Studien viser at det er behov for å sette både kartlegging og oppfølging av gravides psykiske helse i system, for å sikre at gravide i Norge får det samme tilbudet. Ved å ivareta mors psykiske helse, ivaretar man også barnet. Jordmor har derfor en viktig rolle også innenfor feltet psykisk helsearbeid.

Studien kan bidra til å gi økt kunnskap om hva som skal til for å gjøre jordmødre i Norge best mulig rustet til å gi helhetlig omsorg og til å avdekke tidlige symptomer på depresjon hos gravide.

Studien belyser et tema som er lite forsket på i Norge og kan dermed være et bidrag til økt kunnskap på området.

Det bør gjøres mer omfattende studier for å kartlegge behovet for økt kompetanse blant jordmødre i Norge, når det kommer til å identifisere psykiske helseutfordringer hos gravide.

Referanseliste

- Baker, N., Gillman, L., & Coxon, K. (2020). Assessing mental health during pregnancy: An exploratory qualitative study of midwives' perceptions. *Midwifery*, 86, 102690-102690. doi:10.1016/j.midw.2020.102690
- Bayrampour, H., Hapsari, A. P., & Pavlovic, J. (2018). Barriers to addressing perinatal mental health issues in midwifery settings. *Midwifery*, 59, 47-58. doi:10.1016/j.midw.2017.12.020
- Bjørndal, A., Flottorp, S., & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brean, G. V., Moe, V., & Brean, A. (2009). Starten på livet - mulighetenes tid. In (pp. s. 94-101). Oslo: Universitetsforl., cop. 2009.
- Brodén, M. (2007). *Graviditetens muligheter : en tid hvor relationer skabes og utvikles* (2. udg. ed.). København: Akademisk Forlag.
- Brunstad, A., & Tegnander, E. (2017). *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Christensen, T., Videbech, P. (2021). Graviditet og depression. *Ugeskr Læger* 2021;183:V11200843, .
- Coates, D., & Foureur, M. (2019). The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. *Health Soc Care Community*, 27(4), e389-e405. doi:10.1111/hsc.12740
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression. *Br J Psychiatry*, 150(6), 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Cronin, H. H., & Ribe, J. H. (2018). *Identifikasjon av symptomer på depresjon i svangerskapet*. Høgskulen på Vestlandet/ Western Norway University of Applied Sciences,
- Eberhard-Gran, M., Engelsen, L, Al-Zirqi, I, Vangen, S. (2022). Depressive symptoms og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19 pandemien. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2022/02/originalartikkel/depressive-symptomer-og...>
- Eberhard-Gran, M., Slinning, K., & Nasjonalt, f. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Espejord, S., Auberg, S. H., Kvitno, T. K., & Lukasse, M. (2022). Experiences of Norwegian community midwives with caring for vulnerable pregnant women – A national cross-sectional study. *Sex Reprod Healthc*, 31, 100693-100693. doi:10.1016/j.srhc.2021.100693
- Glavin, K. (2019). *Ikke alltid fantastisk : psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid* (1. utgave. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale faglige retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Retrieved from www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/
- Helsedirektoratet. (2018). Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Oslo. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Higgins, A., Downes, C., Monahan, M., Gill, A., Lamb, S. A., & Carroll, M. (2018). Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period: The Mind Mothers study. *J Clin Nurs*, 27(9-10), 1872-1883. doi:10.1111/jocn.14252

- Howard, L. M., Megnin-Viggars, O., Symington, I., & Pilling, S. (2014). GUIDELINES Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. *BMJ (Online)*, 349. doi:10.1136/bmj.g7394
- Høivik, M. S., Eberhard-Gran, M., Wang, C. E. A., & Dørheim, S. K. (2021). Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Norway. *BJPsych international*, 18(4), 102-105. doi:10.1192/bji.2021.2
- ICM. (2014). Core documents. International code of ethics for midwives. Retrieved from <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforl.
- Kvale, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervjuet som kontekst. In J. Rygge, T. M. Anderssen, & S. Brinkmann (Eds.), *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed., pp. 114-132). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Legeforeningen. (2020). Veileder i fødselshjelp. Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/.../veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp>
- Lindis Kathrine, H., & Sven Inge, M. (2020). Empowerment i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. *Klinisk sygepleje*(2), 150-157. doi:10.18261/issn.1903-2285-2020-02-07
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Mathiesen, I. H., & Skoland, K. (2016). *Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn – hva har skjedd i kommunene?* Retrieved from
- Norge, H., & Pedlex. (2019). *Pasient- og brukerrettighetsloven : med forskrifter og Helsedirektoratets kommentarer*. Oslo: Pedlex.
- Nugent, J. K., Thorbjørnsen, K. M., Slinning, K., & Vannebo, U. T. (2018). *Nyfødtes atferd og tidlige relasjoner : manual for NBO (newborn behavioral observations)*. Oslo: Gyldendal.
- Polit, D. F. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Schmied, V., Reilly, N., Black, E., Kingston, D., Talcevska, K., Mule, V., & Austin, M. P. (2020). Opening the door: midwives' perceptions of two models of psychosocial assessment in pregnancy- a mixed methods study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1), 451-451. doi:10.1186/s12884-020-03133-1
- Slinning, K., Holme, H., & Valla, L. (2012). Pregnancy care and prevention of depression. In (Vol. 49, pp. 69).
- Stern, D. N. (2018). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*: Taylor and Francis.
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., Freeland, A., & Lundemo, K. (2000). *En mor blir til*. Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- UiT-Norges Arktiske universitet. (2021). Retningslinjer for personvern i forsknings - og studentarbeid. Retrieved from https://uit.no/forskning/art?dim=179056&p_document_id=604029#kap08
- Wennerberg, T., & Arneberg, T. J. (2011). *Vi er våre relasjoner*. Oslo: Arneberg.
- WHO. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for positive postnatal experience. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforl.

World Health Organization. (2009). *WHO ICD-10 : psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser : klassifikation og diagnostiske kriterier* (1. udg., 14. rev. opl. ed.). København: Munksgaard

World Health Organization. (2022). WHO recommendation on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva. WHO. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

World Medical Association. (2018). WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for Medical Research Involving Human Subjects. Retrieved from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki>

Vedlegg 1: Artikkel

Sykepleien Forskning

Hva anser jordmødre som viktig for å identifisere depresjon hos gravide?

– En kvalitativ studie.

Trude Elin Benonisen

Jordmor, Tromsø Kommune

Master psykisk helsearbeid,

Norges arktiske universitet (UIT).

tbe079@uit.no

90783723

Antall ord: 3000

Antall tabeller: 1

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Depresjon i svangerskap og barseltid rammer 10-15 % av kvinner. En tredjedel av disse har symptomer allerede i svangerskapet. En depresjon i denne fasen er ikke bare utfordrende for mor, men kan også påvirke barnets utvikling, og i verste fall ha betydning for tilknytningen mellom mor og barn. Helsedirektoratets retningslinjer for svangerskapsomsorgen anbefaler at jordmødre og fastleger bør identifisere gravide med risiko depresjon, men retningslinjene er uklare på hvordan dette skal gjøres.

Hensikt: Studien undersøker hva jordmødre anser som viktig for å identifisere depresjon hos gravide.

Metode: Studien har et kvalitativt design, og datamaterialet bygger på fire semistrukturerte dybdeintervjuer. Utvalget består av kommunejordmødre med minimum to års erfaring fra svangerskapsomsorgen. Analysen er inspirert av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Jordmødrene vektlegger å etablere en god relasjon og tillit i møtet med den gravide, for å kunne identifisere depresjon. Erfaring og kunnskap påvirker hvordan de går frem når de skal kartlegge og ivareta gravides psykiske helse. Jordmødrene bruker ulike metoder for å kartlegge. Tid, arbeidspress, tverrfaglig samarbeid, samt støtte i ledelsen er andre elementer som påvirker hvordan jordmødre tar opp temaet psykisk helse. I tillegg er støttesamtaler et element jordmødre anser som viktig i identifisering og oppfølging av depresjon.

Konklusjon: Jordmødre ser behov for at kartlegging og oppfølging settes i system. Studier med større utvalg bør gjennomføres for å kartlegge hva jordmødre vektlegger og har behov for, ved identifisering av depresjon hos gravide.

Nøkkelord: Jordmødre. Depresjon. Graviditet. Kvalitativ metode.

INTRODUKSJON

Bakgrunn:

Forekomsten av depresjon i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid er hyppig, og har en prevalens på mellom 10 og 15 % (1-4). En tredjedel av disse har symptomer allerede i svangerskapet (1).

En norsk undersøkelse gjennomført 2021 blant småbarnsmødre som hadde født under covid-19 pandemien, viser at psykiske helseutfordringer har økt betraktelig. Om lag hver tredje kvinne (32%) hadde høy score på depressive symptomer. Tilsvarende oppga like mange (30%) at de ikke hadde blitt spurt om sin psykiske helse av helsepersonell (5).

En depresjon i denne fasen av livet er ikke bare krevende for kvinnen selv, men ofte utfordrende for hele familien. Omfattende forskning viser at depresjon i svangerskapet gir økt risiko for tidlig fødsel, lav fødselsvekt, inngrep under fødselen og manglende etablering av amming (1, 6, 7). I tillegg er depresjon i denne fasen forbundet med flere aspekter ved uheldig utvikling hos barnet. I verste fall kan en depresjon føre til tilknytningsutfordringer mellom mor og barn (1, 2).

Å oppdage depresjon i svangerskapet kan være vanskelig, ikke bare for kvinnen selv, men også for helsepersonell som møter kvinnen i løpet av svangerskapet. Normale svingninger i svangerskapet, som søvnforstyrrelser, humørsvingninger, appetittendringer og mangel på energi, kan også være tegn på depresjon (1, 2, 8).

Svangerskapsomsorgen i Norge er gratis, og de fleste gravide velger å gå til jordmor og fastlege i svangerskapet. Derfor har disse yrkesgruppene en unik mulighet til å fange opp og forebygge depresjon på et tidlig tidspunkt (9).

Nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen anbefaler at jordmødre og fastleger har rutiner for å identifisere gravide med risiko for depresjon og andre psykiske helseplager (10). Retningslinjene stiller ingen krav til metode for å identifisere depresjon, men foreslår å benytte validert verktøy i kartleggingen. EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) er det mest anvendte screeningsinstrumentet internasjonalt, og er validert i to norske studier (9, 11). En norsk rapport fra 2021 konkluderer med at oppfølgingen av gravide og spedbarnsmødres psykiske helse er mangelfull (12). Rapporten viser at cirka 50% av kommunejordmødre benytter EPDS, selv om det ikke er pålagt av helsedirektoratet (12). Tilsvarende viser en

norsk tverrsnittsundersøkelse fra 2018, blant 45 kommunejordmødre, at bare halvparten av deltakerne var fornøyd med egen metode for å identifisere depresjon (13).

En oppsummering av britiske retningslinjer viser til at man allerede på første konsultasjon spør den gravide depresjonsidentifiserende spørsmål (14).

En oversiktsartikkel fra 2018 viser at uklare retningslinjer, manglende opplæring og tidsbegrensninger, er faktorer som jordmødrene oppfattet som barrierer når de skulle kartlegge og følge opp gravides mentale helse (15).

Tidlig identifisering av kvinner med symptomer på nedstemthet og depresjon, kombinert med oppfølgingsprogram i form av støttesamtaler, har vist seg å gi gode resultater (2, 9). Gode metoder for å oppdage og behandle depresjon på et tidlig tidspunkt er derfor svært viktig for både mor og barn, og vil gi en helsegevinst på flere plan (11).

Det er få studier fra Norge som belyser hva jordmødre anser som viktig i arbeidet når de skal identifisere depresjon i svangerskapet.

Hensikt:

Studien undersøker hva jordmødre i svangerskapsomsorgen anser som viktig i forbindelse med identifisering av depresjon hos gravide.

Studien skal bidra til en bedre forståelse av hvordan jordmødrene i dag håndterer psykisk helseomsorg for gravide, og hvilke utfordringer de står overfor.

Studien har følgende problemstilling: «*Hva anser jordmødre som viktig for å identifisere depresjon hos gravide?*».

METODE

Forskningsdesign

Studien har en kvalitativ tilnærming, og er basert på 4 semistrukturerte dybdeintervjuer. Et kvalitativt dybdeintervju er velegnet når målet er å innhente opplysninger og data om personers erfaringer, opplevelser og holdninger. I et dybdeintervju oppstår en form for sosial interaksjon mellom intervjuer og informant, hvor målet er å skape empiriske data som ikke finnes fra før (16).

Utvalg og rekruttering

Utvalget besto av fire kommunejordmødre fra tre ulike kommuner. Inklusjonskriteriene var følgende: Utdannet jordmor, jobber som kommunejordmor i svangerskapsomsorgen og minst to års erfaring som kommunejordmor.

To informanter ble rekruttert gjennom informasjonsskriv sendt til lederne på helsestasjonene. En informant ble rekruttert gjennom felles kollega, og en informant ble rekruttert ved at forsker tok direkte kontakt med informanten. Yrkeserfaring som kommunejordmor varierte fra 2 til 14 år.

Gjennomføring av intervjuene

Datainnsamlingen ble gjennomført i løpet av oktober og november 2021 av forsker selv. To av intervjuene foregikk ved personlig oppmøte, mens to av intervjuene foregikk digitalt som en konsekvens av den pågående covid-19 pandemien.

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide i samarbeid med veileder (17, 18). Intervjuguiden ble testet i et pilotintervju med en kommunejordmor som forsker kjente fra tidligere. Pilotintervjuet resulterte i at noen av spørsmålene i intervjuguiden ble justert, slik at de ble tydeligere for informanten.

Intervjuguiden inneholdt fem overordnede spørsmål i tillegg til flere dyptgående oppfølgingsspørsmål (17). Intervjuene startet med at jordmødrene ble bedt om å fortelle om et godt møte med en gravid, hvor temaet svangerskapsdepresjon ble tatt opp. Når samtalen berørte temaer som sa noe om de valgene og vurderingene jordmødrene gjorde for å identifisere en depresjon, ble det brukt oppfølgingsspørsmål som for eksempel: «kan du fortelle mer om det?», «Hvordan opplevde du det?» eller «kan du gi en mer detaljert beskrivelse av det?». Både fremmende og hemmende faktorer ble vektlagt.

Intervjuene varte mellom 45 og 65 minutter. Det ble benyttet diktafon app knyttet opp mot nettskjema, utarbeidet ved Universitet i Oslo. Intervjuene ble transkribert ordrett av forsker.

Analyse

Datamaterialet ble analysert etter inspirasjon av Malteruds systematiske tekstkondensering (STC). Metoden har en induktiv tilnærming, som innebærer at empiriske data fra enkeltpersoner og enkelthendelser bidrar til å belyse problemstillingen (18). Analysemetoden består av fire trinn (18) (figur 1).

Figur 1.

Trinn 1: Etablere helhetsinntrykk og foreløpige temaer
Trinn 2: Finne meningsbærende enheter
Trinn 3: Lage kondensat og subgrupper
Trinn 4: Lage kategorier som danner grunnlag for resultatene

I trinn 1 ble helhetsinntrykket etablert ved å lese gjennom den transkriberte teksten flere ganger. Deretter ble det utarbeidet åtte foreløpige temaer.

I trinn 2 ble 121 meningsbærende enheter fra datamaterialet identifisert, det vil si hele avsnitt eller setninger som bar med seg kunnskap om ett eller flere temaer fra første trinn. De meningsbærende enhetene ble systematisert med fargekoding. Hver kode samlet tekst som belyste problemstillingen. Hver tekstbit ble markert med et tall for å vise hvilken informant utsagnet kom fra (18).

I trinn 3 i analyseprosessen ble det dannet kondensat til de ulike meningsbærende enhetene og undergrupper til de ulike kodegruppene. Totalt 16 undergrupper ble laget.

I analysens siste trinn ble det laget fem kategorier som danner grunnlaget for resultatet. Se tabell 1.

Forskningsetikk

Studien er godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD), med referansenummer 930665. Informantene fikk tilsendt informasjonsskriv om studien i forkant. To fikk den direkte tilsendt, og to fikk den via sin avdelingsleder.

Informantene samtykket skriftlig og muntlig, og ble påminnet egen taushetsplikt før intervjuet startet. Informantene ble informert om frivillighet og muligheten til når som helst å trekke seg fra studien. Under transkriberingen ble direkte person og stedsidentifiserende informasjon slettet. Datamaterialet er anonymisert og behandlet konfidensielt i tråd med Norges arktiske universitets (UiT) retningslinjer (19).

RESULTATER

Analyseprosessen resulterte i 5 hovedkategorier informantene fremhevet som viktige for å identifisere depresjon hos gravide: 1) jordmors rolle, 2) metoder for kartlegging av depresjon, 3) kunnskap og opplæring, 4) rammebetingelser, 5) ivaretagelse av gravide med depresjon.

Jordmors rolle

I denne kategorien presenteres funn fra studien som sier noe om betydningen jordmors rolle har for identifisering av depresjon, basert på undergruppene: Relasjonsbygging, bevissthet rundt egen rolle og tillit.

Å skape en god relasjon til den gravide, gjennom blant annet å vise at man lytter og er interessert, ble fremhevet som viktig av jordmødrene. Gjennom en god relasjon kom de i en posisjon til å ta opp temaet psykisk helse. En jordmor sa:

«Ja, at de ser at det går an å snakke med meg» J1.

Relasjonsbygging og tilliten som skapes, har også betydning for tidspunktet temaet tas opp. Det sikrer at svarene de får fra gravide er ærligere.

«føler jeg at dette blir for mye, forteller jeg at dette kan vi snakke om neste gang. Da er de litt mere forberedt» J1.

Flere jordmødre fremhevet bevissthet rundt egen rolle i valgene de tok ved identifisering av depresjon:

«Det er mange ting som spiller inn på hva jeg gjør, det kan være dagsformen til og med, både for henne og for meg» J1.

Belastning i arbeidshverdagen påvirker også de valgene jordmødrene tar:

«I perioder hvor jeg har alvorlige saker, da synes jeg det er for slitsomt å gå inn i for mange sine depresjoner, eller psykiske helse. Da kan jeg skjerme meg selv litt, mot mer, fordi jeg har nok» J3.

Metoder for kartlegging av depresjon.

I denne kategorien samles utsagn og synspunkter som sier noe om jordmødrenes erfaringer nå fra kartlegging av depresjonssymptomer, basert på følgende undergrupper: Samtale, EPDS og magefølelse.

Alle informantene i studien kartla risiko for depresjon hos gravide tidlig i svangerskapet. Samtlige vektla samtalen med den gravide, og spurte konsekvent om psykisk helse på første eller andre konsultasjon. Flere jordmødre vektla også intuisjonen eller magefølelsen som en viktig komponent i vurderingen av depresjonssymptomer. En jordmor sa det slik:

«Det blir jo mye følelse hos meg også. Noen ganger stemmer det, og noen ganger har folk det verre enn jeg klarer å oppfatte» J3. En annen jordmor sa det slik:

«Det er jo mye hva man i starten kanskje bare værer, man kan oppleve at det er noe, på en måte, men jeg klarer ikke sette fingeren på det» J2.

Noen av jordmødrene brukte EPDS. De beskrev det som en måte å komme inn på temaet, og det ble ufarliggjort ved at man brukte samme verktøy på samtlige gravide. En jordmor beskrev det slik:

«Vi bruker jo EPDS. Fordelen er at man kommer inn på temaet, og at dette er noe vi gjør med alle» J1.

En annen jordmor sa:

«Jeg kunne huske noen ganger da jeg synes jeg hadde hatt en veldig fin samtale med en gravid og tenkte at her var det ingen ting å sette fingeren på, så gikk vi gjennom EPDS skjemaet, og så kom det frem at hun faktisk ikke hadde det så bra.» J4.

Kunnskap og erfaring

I denne kategorien presenteres utsagn og synspunkter som omhandler kunnskap om perinatal mental helse og betydningen av erfaring, basert på undergruppene: Kunnskap, erfaring og kunnskap om tilknytning mellom mor og barn.

Å skille mellom normale svingninger i svangerskapet og tegn på depresjon, beskrev alle jordmødrene som utfordrende, og avhengig av både kunnskap og erfaring. En jordmor sa:

«Overgangen fra ting som mange berøres av, til det begynner å gå over i en depresjon, er jo ikke alltid enkel» J3.

Resultater fra studien viser at erfaring påvirker jordmødre når de skal ta opp psykiske helse med gravide. Erfaring bidrar til økt trygghet i jobben:

«Jeg tror det blir lettere for meg å se forskjeller nå som jeg blir mer erfaren. I starten fikk jeg helt bakoversveis over hvor mange som kom til meg og gråt og sa de hadde det tungt» J4.

Kunnskap om hvordan en depresjon kan påvirke barnet, bidrar til at jordmødrene kan legge fram temaet på en måte som gir kvinnen økt forståelse for viktigheten av spørsmål om psykisk helse. En jordmor sa:

«Det er viktig at damene vet hvorfor vi spør, for tilknytningen starter jo allerede i svangerskapet» J1.

Rammebetingelser

I denne kategorien presenteres utsagn og synspunkter om ulike faktorer på arbeidsplassen som ble ansett som viktige for å kunne identifisere depresjon så tidlig som mulig. Kategorien bygger på undergruppene: Tilstrekkelig med tid, tverrfaglig samarbeid, å føle seg mindre alene, samt støtte hos ledelsen.

Høy arbeidsbelastning og lite tid påvirker de valgene som jordmor tar ved identifisering av depresjon. En jordmor sa:

«Tid igjen er kjempeviktig. Det er vanskelig å ta opp slike ting når det er travelt» J4.

Gode kollegaer og tverrfaglighet synes også å være viktig for jordmødrene. Både uformelle samtaler med kollegaer og tverrfaglig veiledning bidro til økt bevissthet i vurderingene av de gravide:

«Nå som kommunepsykologen er her, det hever det faglige nivået veldig. Hva skal man bekymre seg for og hva er ikke så farlig? Hva kan man normalisere? Det har gitt meg større trygghet, det faglige miljøet» J4.

Å vite hva man skal gjøre dersom man oppdager tegn på depresjon ble fremhevet som viktig av jordmødrene. Flere beskrev episoder hvor de følte seg alene om ansvaret, og en jordmor sa:

«det er jo sånn at alt skal forbli her, så det blir et veldig personlig ansvar. Jeg synes det er lettere når jeg kan dele ansvaret, for eksempel med fastlegen» J2.

En helhetlig svangerskapsomsorg, hvor psykisk helse er en integrert del, vil påvirke valgene jordmødre tar for identifisering av depresjon: En jordmor uttrykte det slik:

«Det er ikke bare enkelte ildsjeler som skal bære det frem; Snakk med henne, hun er god på det, men at det er noe som er viktig for alle.» J4.

Ivaretakelse av gravide med depresjon

Denne kategorien presenterer utsagn og synspunkter som belyser valgene og jordmødrenes egne vurderinger ved en mistenkt depresjon, basert på undergruppene: Støttesamtale, mestring hos mor og forebygging.

Alle jordmødrene i studien tilbød støttesamtaler, dersom de mistenkte en depresjon. Samtlige jordmødre hadde erfart at en samtale med jordmor kunne være nok i mange tilfeller, og at det dermed ikke var behov for videre henvisning.

En jordmor sa: *«Jeg har en oppfatning av at de samtalene som jordmor har virker» J1.*

En annen jordmor påpekte balansegangen mellom å gi mor støtte, samtidig som hun ikke skulle bevege seg over i rollen som terapeut: *«Jeg lytter, og de forteller og forteller. Min rolle i det er jo at jeg må være obs på at her må jeg passe meg, jeg er jo ikke noe terapeut, men så ser jeg at det å lytte kan funke så sykt bra!» J4.*

En jordmor beskrev innholdet i en støttesamtale slik: *«Det er veldig ofte vi snakker om følelser, som ikke blir et problem, men som kunne blitt det hvis de holdt alt for seg selv og ikke fikk luftet det» J3.*

Tabell 1. Utdrag fra analyseprosessen.

Eksempel på meningsbærende enheter	Kondensat	Undergrupper	Kategorier
<p>«Det har jo med personlighet og kjemi å gjøre, det er mange ting som kan spille inn, det kan jo være dagsformen til og med» J1.</p> <p>«Jeg vet ikke om alle svarer ærlig, men da vet de i alle fall at jeg er her hvis de skulle trenge meg» J2.</p>	<p>En god relasjon og tillit gjør det lettere å ta opp temaet psykisk helse.</p>	<p>Relasjonsbygging, tillit, Bevissthet rundt egen rolle.</p>	<p>Jordmors rolle</p>
<p>«Det falt meg ikke inn at hun var en jeg burde screenet, for det virket som om allting var greit» J4.</p> <p>«Hun hadde risikofaktorer som hun ikke fortalte meg om» J4.</p> <p>«ved å tørre å spørre de spørsmålene, så kan det jo være spørsmål hun ikke har turt spørre seg selv» J2.</p> <p>«Jeg går veldig grundig gjennom helsekortet» J3.</p> <p>«EPDS er veldig godt å ha, for å holde fokus og tråden» J1.</p>	<p>Det er viktig å identifisere depresjon tidlig, det øker den gravides sjanse for tilfriskning.</p>	<p>Magefølelse, EPDS, samtale</p>	<p>Metoder for kartlegging depresjon</p>
<p>«Man må ha litt is i magen, men samtidig reagere når man skal reagere, det synes jeg kan være litt vanskelig» J4.</p> <p>«Jo mer man jobber med det, jo tryggere blir man, det å være bevisst på hvordan man spør» J1.</p> <p>«Jeg synes det er en fin innfallsvinkel å begynne å prate om livet deres» J1.</p> <p>«Det blir lettere etter hvert som man får erfaring og kjenner til sårbarhetsfaktorer» J3</p> <p>«Jeg forklarer hvorfor jeg spør, at det faktisk påvirker barnet til syvende og sist» J1.</p>	<p>Å ha kunnskap om graviditetens psykologi og tilknytning gjør det lettere å se forskjeller mellom det normale, og det som kan være tegn på depresjon.</p>	<p>Erfaring, kunnskap, tilknytning mellom mor og barn.</p>	<p>Kunnskap og erfaring</p>

<p>«og spesielt nå som kommunepsykologen er her, det hever det faglige nivået veldig. Da kan man sette ting i perspektiv på en annen måte. Hva man skal bekymre seg for og hva som ikke er så farlig, hva kan man normalisere, det har gitt meg større trygghet, det faglige miljøet» J4.</p> <p>«så det blir jo et veldig personlig ansvar, så jeg synes det er lettere når jeg kan dele på ansvaret, med for eksempel fastlegen» J3</p> <p>«Tid er helt avgjørende» J1</p> <p>«Men så kom dilemmaet, hva gjør jeg med denne informasjonen. Hva gjør jeg nå, hva kan jeg tilby henne. Jeg husker jeg følte med veldig alene» J4</p> <p>«Det er veldig strukturert og det merkes godt at ledelsen er opptatt av det» J4.</p>	<p>Det er viktig at alle på jobb har samme mål.</p>	<p>Tverrfaglig samarbeid, tid nok, støtte hos leder, å føle seg mindre alene</p>	<p>Rammebetingelser</p>
<p>«Jeg lytter, og de forteller og forteller. Så min rolle her er jo at jeg må være obs på her må jeg passe meg, jeg er jo ikke noen terapeut eller noen ting, men så ser jeg jo at det å lytte kan funke så sykt bra» J4.</p> <p>«Jeg tilbyr støttesamtaler selv, hvis det ikke er en sånn heftig tung sak, tenker jeg at time hos jordmor er nok i mange tilfeller» J2</p> <p>«Men jeg tror fysiske plager og kan bidra til at de blir deprimert når de ikke mestrer livet sitt slik de er vant til å mestre det» J3.</p> <p>«Fødselsangst kan blande seg inn i dette, så de faller liksom mellom to stoler. Psykiatritjenesten har ikke kompetanse på det, mens jeg syns depresjonen blir for vanskelig for meg» J4.</p> <p>«Jeg er så opptatt av at de gravide skal oppleve mestring i svangerskapet, og i barseltiden. Derfor tenker jeg det er så viktig å få avdekket svangerskapsdepresjon, sånn at man kan hjelpe de å mestre det» J4.</p>	<p>En samtale med jordmor kan gi god støtte til mor.</p>	<p>Støttesamtaler, mestring hos kvinnen og forebygging</p>	<p>Ivaretagelse av gravide med depresjon</p>

DISKUSJON

Studien undersøker hva jordmødre anser som viktig for å identifisere depresjon hos gravide. Resultater fra studien viser at jordmødrene kartlegger depresjon på ulike måter. Tillit og relasjonsbygging er avgjørende for å komme i posisjon til å ta opp temaet. Studien viser også at tid, tverrfaglig samarbeid, opplæring på arbeidsplassen, samt støtte fra ledelsen og muligheten til å tilby gravide støttesamtaler, er viktige faktorer for identifisering av depresjon.

Jordmors rolle

Informantene fremhevet relasjonsbygging og tillit som avgjørende i møtet med gravide. Gjennom å lytte og vise interesse kom de i posisjon til å ta opp psykisk helse. Tillit i forholdet mellom jordmor og kvinnen, øker sjansen for at kvinnen er åpen om psykiske helseutfordringer. En australsk studie viser at fravær av tillit til jordmor er den vanligste årsaken til at gravide ikke forteller om psykiske helseutfordringer (20).

Noen jordmødre opplevde det som et personlig ansvar å identifisere depresjon, og flere i studien beskrev det som «å ta dama med seg hjem», og at de følte seg alene. Uttalelsen beskriver kompleksiteten i yrkesutøvelsen, hvor jordmors ansvar ligger i å følge både nasjonale retningslinjer (10), og internasjonale etiske retningslinjer, hvor omsorgsfilosofien bak jordmors rolle blir beskrevet som helhetlig og kontinuerlig, gjennom ivaretagelse av kvinnens psykiske, fysiske, emosjonelle og sosiale behov (21).

Utfordringer oppstår når forholdene ikke ligger til rette for å utøve helhetlig svangerskapsomsorg. En oversiktsstudie fra 2019 peker på uklare retningslinjer mellom samarbeidspartnere, manglende lokale retningslinjer og prosedyrer, som årsaker til at jordmødre ikke tok opp temaet med gravide (15).

Å kartlegge depresjon

Informantene vektla viktigheten av tidlig kartlegging av depresjon. Metodene de brukte var ulike, og viser at jordmødrene må ta egne valg når det kommer til å identifisere depresjon. Noen jordmødre beskrev bruk av EPDS som en døråpner. EPDS kan ses på som en kvalitetssikring av retningslinjene (10).

I Norge benytter rundt halvparten av jordmødrene EPDS (12). Det innebærer at norske gravide får ulikt tilbud (9). Innføring av standardisert verktøy har vært diskutert av helsemyndighetene, og kan være en måte å gi gravide og jordmødre et felles utgangspunkt i kartlegging av depresjon. En norsk studie fant at bruk av EPDS blant helsesykepleiere, bidro til å identifisere flere med behov for hjelp, sammenlignet med vurderinger basert på klinisk skjønn (22). Samtidig viser studier at kartleggingsverktøy alene ikke er tilstrekkelig (23).

Støttesamtaler

Alle jordmødrene tilbød ekstrakonsultasjoner og støttesamtaler for identifisering og oppfølging av depresjon. Flere studier viser at tettere oppfølging av jordmor i svangerskapet med fokus på forventninger til morsrollen og styrking av kvinnens opplevelse av mestring i overgangsfasen til morsrollen, har god effekt på depressive symptomer i svangerskapet og en forebyggende effekt på depresjon i barseltid (1, 24). Tilsvarende viser andre studier at støttesamtaler utført av trent helsepersonell i primærhelsetjenesten, har god og vedvarende effekt også på barselkvinner med moderate depressive plager. Støttesamtalene er basert på empatisk lytting som innebærer: Å lytte og forsøke å se situasjonen fra kvinnens synsvinkel, undersøke om man har forstått det riktig, behandle kvinnen med respekt og hensyn, samt være selvbevisst, aksepterende og åpen i møtet med kvinnen (9, 25).

Resultater fra studien tyder på at jordmødre er bevisst på hvor langt de skal gå i et forebyggende og behandlende perspektiv, men grensene kan noen ganger være flytende. Tverrfaglig samarbeid, spesielt med kommunepsykolog, hever kompetansen. Denne studien og tidligere forskning viser at jordmødre i Norge har ulikt utgangspunkt når de tilbyr støttesamtaler. Noen bygger på opplæringsprogram, andre på erfaring (9,12). Nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen gir heller ikke noe entydig svar på hva som er jordmors rolle i oppfølgingssammenheng (10).

Metodediskusjon

En styrke ved studien er at forsker er jordmor og kjenner forskningsfeltet. Det bidrar til at forsker kan følge jordmødrene i beskrivelsene og stille oppfølgingsspørsmål. Motsvarende kan kjennskap til forskningsfeltet bidra til at forsker stiller ledende spørsmål, eller overser viktige elementer.

Studien er kvalitativ med et lite utvalg, og tar derfor ikke sikte på å generalisere, men å oppnå en dypere forståelse for jordmødres erfaring med identifisering av depresjon hos gravide.

Implikasjoner for praksis

Studien kan bidra til økt kunnskap om hva som skal til for at jordmødre i svangerskapsomsorgen skal være best mulig rustet til å gi helhetlig omsorg og avdekke tidlige symptomer på depresjon.

Studien belyser et område som er lite forsket på i Norge, og kan dermed være et bidrag til økt kunnskap på området.

KONKLUSJON

Identifisering av depresjon vektlegges av jordmødre i svangerskapsomsorgen. Jordmødre ser behov for at identifisering og oppfølging av depresjon i svangerskapet settes i system.

Studier med større utvalg bør gjennomføres for å underbygge denne studiens resultater.

REFERANSELISTE:

1. Glavin K. Ikke alltid fantastisk : psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid. 1. utgave. ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2019.
2. Eberhard-Gran M, Slinning K, Nasjonalt f. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2007.
3. Legeforeningen. Veileder i fødselshjelp 2020 [hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/.../veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp>].
4. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord.* 2017;219:86-92.
5. Eberhard-Gran M, Engelsen, L, Al-Zirqi, I, Vangen, S. Depressive symptomer og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19 pandemien k2022 [Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2022/02/originalartikkel/depressive-symptomer-og...>].
6. Haga SM, Universitetet i Oslo Psykologisk i. Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms : the importance of social support, self-efficacy, and emotion regulation. Oslo: Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo; 2012.
7. Christensen T, Videbech, P. Graviditet og depression. *Ugeskr Læger* 2021;183:V11200843. 2021; .
8. Brean GV, Moe V, Brean A. Starten på livet - mulighetenes tid. Oslo: Universitetsforl., cop. 2009; 2009. p. s. 94-101.
9. Slinning K, Holme H, Valla L. Pregnancy care and prevention of depression. 2012. p. 69.
10. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Oslo 2018 [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>].
11. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening.* 2014;134(3):297-301.
12. Høivik MS, Eberhard-Gran M, Wang CEA, Dørheim SK. Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Norway. *BJPsych international.* 2021;18(4):102-5.
13. Cronin HH, Ribe JH. Identifikasjon av symptomer på depresjon i svangerskapet: Høgskulen på Vestlandet/ Western Norway University of Applied Sciences; 2018.
14. Howard LM, Megnin-Viggars O, Symington I, Pilling S. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. *BMJ.* 2014;349(dec18 5):g7394-g.
15. Bayrampour H, Hapsari AP, Pavlovic J. Barriers to addressing perinatal mental health issues in midwifery settings. *Midwifery.* 2018;59:47-58.
16. Tjora AH, Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 4. utgave. ed. Oslo: Gyldendal; 2021.
17. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
18. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
19. UiT-Norges Arktiske universitet. Retningslinjer for personvern i forsknings - og studentarbeid 2021 [Available from: https://uit.no/forskning/art?dim=179056&p_document_id=604029#kap08].
20. Mule V, Reilly NM, Schmied V, Kingston D, Austin M-PV. Why do some pregnant women not fully disclose at comprehensive psychosocial assessment with their midwife? *Women Birth.* 2022;35(1):80-6.
21. ICM. Core documents. International code of ethics for midwives 2014 [Hentet fra: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/>].
22. Langvik E, Håberg CH, Storholt HH. Rutinemessig kartlegging av fødselsdepresjon setter psykisk helse på dagsordenen. 2020.

23. Baker N, Gillman L, Coxon K. Assessing mental health during pregnancy: An exploratory qualitative study of midwives' perceptions. *Midwifery*. 2020;86:102690-.
24. Silje M. Haga AL, Kari Slinning, Pål Kraft. A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2011.
25. Nygård I, Nåden D, Foss B. Hvordan kan samtale bidra til å lindre lidelse og fremme helse hos kvinner med fødselsdepresjon? *Vard i Norden*. 2011;31(1):34-8.

Vedlegg 2: Intervjuguide

Problemstilling:

«Hva er viktig for jordmødre i svangerskapsomsorgen for å oppdage svangerskapsdepresjon, og hvorfor?»

Før intervjuet starter vil jeg informere informanten om prosjektet mitt.

Hensikten med prosjektet er å øke kunnskapen om hva jordmødre anser som viktig i møte med den gravide når de kartlegger og identifiserer svangerskapsdepresjon.

Jeg vil fortelle at dette er et semistrukturert intervju og at jeg vil benytte en intervjuguide.

Jeg vil også ta opp samtykke og muligheten til å trekke seg fra studien.

Jeg vil minne om at informantene er underlagt taushetsplikt før intervjuet starter, og at det ikke må framkomme opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner, som for eksempel, navn, steds navn, eller spesielle gjenkjennbare hendelser.

Jeg vil spørre informanten om det er noe hun/han lurer på.

Jeg vil starte intervjuet med å spørre informanten hvor lenge hun/han har jobbet som jordmor, og hvor lenge hun/han har jobbet som kommunejordmor.

- 1) Kan du fortelle om et møte med en gravid kvinne (uten å nevne navn eller annen identifiserende bakgrunnsopplysning) der du opplevde at risiko for svangerskapsdepresjon ble kartlagt på en god måte?
- 2) Kan du fortelle om dine erfaringer med å ta opp temaet depresjon på svangerskapskontrollene?
- 3) Hva vektlegger du når du kartlegger svangerskapsdepresjon?
- 4) Hvilke rutiner har din arbeidsplass for å kartlegge depresjon?

-hvilke konkrete verktøy benyttes eventuelt?

- 5) Kan du fortelle om et møte med en gravid (uten å nevne navn) hvor du opplevde utfordringer rundt temaet svangerskapsdepresjon?

Oppfølgings spørsmål:

Kan du si noe mer om det?

Hvordan opplevde du det?

Hva var det som gjorde at du/at du ikke..?

Kan du gi en mer detaljert beskrivelse av hva som skjedde?

Har du flere eksempler på det?

Avslutningsvis vil jeg spørre om informanten har noe hun hun ønsker å utdype eller tilføye før intervjuet avsluttes.

Vedlegg 3: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hva anser jordmødre i svangerskapsomsorgen som viktig for å oppdage svangerskapsdepresjon?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hva jordmødre som jobber i svangerskapsomsorgen anser som viktig for å oppdage svangerskapsdepresjon hos gravide. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg er jordmor og mastergradsstudent ved Master psykisk helsearbeid, UIT Norges arktiske universitet. I mitt masterprosjekt ønsker jeg å undersøke hva jordmødre som jobber med gravide og har svangerskapskontroller anser som viktig for å oppdage svangerskapsdepresjon. Formålet med prosjektet er å se hvilke muligheter og utfordringer jordmødre i svangerskapsomsorgen møter i sitt arbeid med gravide når temaet svangerskapsdepresjon tas opp på konsultasjonene. Erfaringer fra jordmødre kan være med å gi økt kunnskap om svangerskapsdepresjon.

Forskningsspørsmålet er: «Hva anser jordmødre i svangerskapsomsorgen som viktig for å oppdage svangerskapsdepresjon?»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UIT Norges arktiske Universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg retter en forespørsel til deg som er jordmor og jobber i svangerskapsomsorgen i kommunehelsetjenesten.

Fire til seks jordmødre vil bli inkludert i studien.

Jordmødrene vil tilhøre to til tre ulike kommuner.

Det er ønskelig at du har minimum to års erfaring fra svangerskapsomsorgen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Metoden jeg vil benytte er intervju.

I forkant har jeg utarbeidet en intervjuguide som jeg bruker under intervjuet, men intervjuet vil være preget åpenhet og fleksibilitet. Jeg ønsker å innhente beskrivelser av dine erfaringer fra møter med gravide hvor temaet svangerskapsdepresjon tas opp.

Jeg vil gjøre notater underveis, og intervjuet vil ha en varighet på ca. 45 minutter.

Intervjuet vil bli tatt opp på godkjent lydopptaker. Ved bruk av lydopptaker vil opptak, videre behandling og oppbevaring av lydfilen følge en egen datahåndteringsplan ved utdanningen som sikrer datamaterialet.

Under intervjuet vil det ikke bli stilt spørsmål eller transkribert svar som gjør at du som informant kan gjenkjennes; for eksempel navn, alder, arbeidssted eller andre personidentifiserende opplysninger.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun jeg som masergradstudent som vil ha tilgang til lydfilen. Lydfilen vil bli skrevet om til tekst (transkribert) til bruk i analysearbeid. Veileder vil også ha tilgang til det transkriberte materialet. Datamaterialet (lydopptak og transkribert tekst) vil slettes når sensur for oppgaven foreligger.
- Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn eller direkte gjenkjennende opplysninger.
- Analyse og resultat fra transkribert tekst i datamaterialet kan bli presentert for medstudenter under masterseminar i skriveperioden. Ved bestått masteroppgave kan denne publiseres og bli tilgjengelig for andre. Det kan også bli aktuelt å publisere forskningsdataene i et fagfelleurdert tidsskrift etter at prosjektet er slutt.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent. Senest innen 15.juni 2023. Ved prosjektslutt vil alle data (lydopptak og transkribert tekst) slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UIT Norges arktiske universitet har NSD, Norsk senter for forskningsdata AS, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Prosjektansvarlig/veileder ved UIT Norges arktiske universitet:

Maria Bakland

Mobil: 91695406

Mail: maria.bakland@uit.no

Mastergradsstudent ved UIT Norges arktiske universitet:

Trude Elin Benonisen

Mobil: 90783723

Mail: tbe079@uit.no

Vårt personvernombud ved UIT:

Joakim Bakkevold

Telefon: 77646322 eller 97691578

Mail: personvernombud@uit.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Maria Bakland

Mastergradsstudent

Trude Elin Benonisen

Vedlegg 4: NSD meldeskjema

Referansenummer

930665

Prosjekttittel

Hva anser jordmødre i svangerskapsomsorgen som viktig for å oppdage svangerskapsdepresjon?

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Bente Agnes Steinholt Simonsen, bente.a.simonsen@uit.no, tlf: 77660678

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Trude Elin Benonisen, tbe079@uit.no, tlf: 90783723

Prosjektperiode

12.10.2021 - 15.06.2023

Vurdering (2)

27.01.2022 - Vurdert

Personverntjenester har vurdert den registrerte endringen. Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 27.01.2022. Behandlingen kan fortsette. ENDRING Prosjektansvarlig er oppdatert. OPPFØLGING AV PROSJEKTET Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til videre med prosjektet!

01.11.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29.10.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. DEL PROSJEKTET For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i

meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.06.2023 LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: · lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen · formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål · dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet · lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 5: Forfatterveiledning

Forfatter-veiledning

Om Sykepleien Forskning

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfellevurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremme og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen. Tidsskriftet utgis av Norsk Sykepleierforbund og er indeksert i CINAHL.

Tidsskriftet søker å publisere artikler av høy kvalitet, der både forfattere og tidsskriftet følger kriterier for høy vitenskapelig standard og internasjonale konvensjoner.

Sykepleien Forskning henvender seg spesielt til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere, men også andre med interesse for å søke aktuell helserelevant kunnskap.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke grunnlaget for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Videre er det et mål at tidsskriftet skal bidra til å stimulere sykepleiefaglig forskning og fagutvikling, samt fremme og underbygge faglige og fagpolitiske diskusjoner og refleksjoner.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskapen raskt når ut til mange lesere. Alle publiserte artikler oversettes til engelsk og er dermed tilgjengelige også for internasjonale lesere.

Dobbelt- eller sekundærpublikasjon

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til andre vitenskapelige tidsskrifter for bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som rapporter, aviser, magasiner og på internett, for eksempel i institusjonelle arkiver.

Hvis manuskriptet bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatterne opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering. Se her for råd til masterstudenter.

Hvis du er i tvil om manuskriptet er en dobbelt- eller sekundærpublikasjon, må du ta kontakt med redaktøren for avklaring.

Sjekkliste for rapportering

Alle artikkelmanuskripter som sendes til redaksjonen, skal følge denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne, selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Forfatterne skal følge en av EQUATOR-retningslinjene for rapportering av forskning og oppgi i metodekapittelet hvilken av dem som er fulgt, for eksempel:

for kvalitative studiedesign: SRQR eller COREQ

for kvantitative studiedesign: STROBE for observasjonsstudier og CONSORT for randomiserte, kontrollerte studier

for systematiske litteraturstudier: PRISMA eller PRISMA-ScR

for «mixed methods»-design: GRAMMS

Lengde på manuskriptet

Standard tillatte ordramme er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

Begrenset unntak fra ordrammen kan vurderes for manuskripter av høy vitenskapelig kvalitet som rapporterer fra kvalitative studier eller systematiske litteraturstudier. Avvik fra ordrammen skal angis og begrunnes i følgebrev til redaktøren (cover letter). Eventuelt unntak vurderes i hvert enkelt tilfelle og i dialog mellom kontaktforfatteren og redaktøren.

Merk at en utvidet ordramme ikke kan benyttes til en mer omfattende resultatdel, som for eksempel å legge inn flere sitater – men heller for å styrke metod delen av manuskriptet der det er nødvendig.

Format og struktur

Artikkelmanuskriptet med alle vedlegg skrives i Microsoft Word-programmets .doc- eller docx-form.

All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.

Overskriftene markeres med fet skrift.

Linjeavstand skal være 1,5.

Ikke bruk rett høyremarg.

Fotnoter skal ikke brukes.

Tabeller og figurer fremstilles sist i hovedmanuskriptet, på en egen side etter referanselisten.

Figurer som er bilder, lastes opp i riktig format (TIFF, JPG, PNG) og med høy oppløsning.

Bilder skal lastes opp som egne filer og ikke limes inn i Word-dokumentet.

Tittel

Tittelen skal med så få, men presise ord som mulig beskrive artikkelens innhold, hensikt og metode. Sammen med sammendrag og nøkkelord er tittelen avgjørende for å skape interesse og gi synlighet. Redaksjonen lager en egen fronttittel til forsiden Sykepleien.no og sosiale medier.

Overskrift

Overskriftene (mellomtittlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift. Forfatterne oppfordres til å lage flere mellomtitler, særlig i resultatdelen og i diskusjonen, som viser hva avsnittene handler om.

Redaksjonen kan foreslå mellomtitler der det vurderes som hensiktsmessig med tanke på artikkelens lesbarhet på ulike digitale flater, som for eksempel mobiltelefon.

Mellomtittler er i tillegg søkbare, slik at gode mellomtitler øker sjansen for treff ved søk og gjør det lettere for leserne å følge med og orientere seg i artikkelen.

Språk

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)

Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøker ...?)

Bruken av fremmedord bør begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser skal skrives fullt ut- første gangen de forekommer i teksten.

Struktur

Artiklene skal struktureres etter IMRAD-prinsippet (Introduction, Methods, Results and Discussion):

innledning

metode

resultater

diskusjon

Manuskriptets oppbygning og innhold

Artikkelmanuskriptet skal ha følgende oppbygning og innhold:

Sammendrag

Forfatterne fremstiller kun et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres med følgende overskrifter:

bakgrunn

hensikt

metode

resultat

konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Nøkkelordene skal være unike og ikke brukt i tittelen.

Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Introduksjon

Her gis en introduksjon til emnet/tematikken og bakgrunn for studien, som inkluderer en litteraturgjennomgang som beskriver nyere og aktuell forskning innen det samme emnet/temaet, og som begrunner behovet for at studien artikkelen beskriver, ble gjennomført.

Litteraturgjennomgangen skal belyse forskningsfronten på et område, inkludere relevant internasjonal forskning og avdekke kunnskapshull. Denne delen av manuskriptet skal forklare behovet for studien gjennom å utvikle en argumentasjonsrekke (en problemstilling).

Studiens hensikt skal beskrives under en egen overskrift, og målet med studien kan beskrives dersom det er hensiktsmessig. Forsknings spørsmål og/eller hypoteser beskrives til slutt i introduksjonskapittelet og legger føringer for beskrivelse av design og metode.

Se her for en kort innføring i skillene, men også sammenhengene mellom tema, problemstilling, forskningsspørsmål, hypotese, hensikt og mål.

Metode

Forfatterne skal oppgi forskningsdesign og beskrive og begrunne metode(r) som ble benyttet i studien. Unngå generelle metodebeskrivelser, som «kvalitative intervjuer» eller «kvantitativ spørreundersøkelse». Beskriv konkret og presist hvilke(n) type(r) metode(r) som ble brukt, alltid underbygget av metodelitteratur. Gjennom beskrivelse av metode skal det komme frem hvordan validitet og reliabilitet ble ivaretatt.

Utvalg og utvelgelsesprosess skal gjøres rede for, begrunnes og underbygges av metodelitteratur.

Datainnsamlingsmetode skal gjøres rede for, begrunnes og underbygges av metodelitteratur. Oppgi i hvilken tidsperiode dataene ble samlet inn, og av hvem.

Bearbeiding og analyse av dataene skal gjøres rede for, begrunnes og underbygges av metodelitteratur. Ved kvalitative studiedesign skal analyseprosessen fra rådata til hovedfunn illustreres i en tabell eller figur.

Er studien vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), personvernombud / Norsk senter for forskningsdata (NSD) eller andre relevante instanser, skal dette beskrives og referansenummeret oppgis. Om studien ikke er vurdert av de ovennevnte instansene, skal dette også oppgis og begrunnes. Ethiske overveielser utover forskningsetikk skal, der det er hensiktsmessig, diskuteres – for eksempel der forskningsobjekter er i sårbare situasjoner, eller kan være utsatt for stigmatisering.

Tillatelser til å bruke eksisterende spørreskjemaer må være innhentet, hvis relevant. Egenutviklet spørreskjema, intervjuguide og beskrivelse av søk, inkludert resultater, fra minst én database ved litteraturstudier må gjøres tilgjengelig for fagfeller ved å laste disse opp når manuset og tilhørende filer sendes inn.

Resultater

Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål i en logisk rekkefølge og uten tolkning eller diskusjon. Hovedfunn beskrives i tekst før resultater fremstilles i tabeller. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Bruk overskrifter/mellomtitler som viser hvilke(t) resultat(er) som presenteres i avsnittene under.

Diskusjon

Studiens resultater diskuteres i relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og i lys av annen nasjonal og internasjonal relevant forskning. Diskusjonen skal inkludere en metodediskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres. Bruk overskrifter/mellomtitler som viser hva som diskuteres i avsnittene under.

Konklusjon

Konklusjonen beskriver hva studiens bidrag er (til hva eller hvem), og skal fullt ut underbygges av studiens resultater.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer og tabeller (for eksempel tre tabeller og to figurer eller omvendt). Disse skal være en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene). Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten. Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antallet referanser begrenses normalt til 30. For artikler som beskriver litteraturstudier, kan antallet referanser overstige 30 samlet sett, men referanser som ikke kan relateres til resultatet av litteratursøk, skal ikke overstige 30.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato.

Tilleggsinformasjon, som «tilgjengelig fra», «nedlastet», «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai;45(5):668–81. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010
2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. *Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. Palliasjon: nordisk lærebok.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Melbye L, Ådnes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.* Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/sbMDzXsesQLTfYe7EHR9MTnzAchuSASE1QHW1f8IkTY2mSrtoh.pdf> (nedlastet 01.02.2021).
5. Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.* Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).

7. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
8. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
9. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan [doktoravhandling]. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

Referansene skal utformes slik som illustrert i disse eksemplene. Lenker eller DOI-nummer kan oppgis der disse finnes hvis ønskelig.

Innsending av manuskriptet

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatterne må likevel sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

Innsending til tidsskiftet skal bestå av følgende dokumenter:

følg brev til redaktøren

tittelside

studiets kunnskapsbidrag

artikkelmanus

Alle dokumenter lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskripthåndteringssystem

ScholarOne via følgende adresse: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Følg brev til redaktøren (cover letter)

I følgebrevet må forfatterne oppgi

en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for Sykepleien Forsknings lesere.
en redegjørelse for hvorvidt resultatene er presentert tidligere, for eksempel som masteroppgave, poster eller abstrakt på en vitenskapelig konferanse. Ved masteroppgave må det oppgis hvorvidt og hvor lenge denne er klausulert.

begrunnelse for eventuelt avvik fra ordrammen på maksimalt 3000 ord.

forfatterens bidrag som kvalifiserer til forfatterskap.

Studiets kunnskapsbidrag

Forfatterne skal fremheve studiets kunnskapsbidrag ved å sette inn tre kulepunkter i et eget dokument, og med et enkelt språk, som skal beskrive følgende:

Hva visste man fra før?

Hva ble gjort?

Hva er studiets bidrag / hva tilfører den, til hva eller hvem?

Disse tre punktene skal være forskjellig fra sammendrag og konklusjon, til sammen maksimalt 150 ord. Punktene integreres i artikkelen hvis denne publiseres.

Filnavnet skal være «Studiets kunnskapsbidrag».

Tittelsiden

Tittelsiden skal inneholde følgende:

tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom)
forfatterens navn, akademisk tittel, stilling og arbeidssted
Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, angis det en kontaktperson og kontaktpersonens

for- og etternavn

postadresse

e-postadresse

telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme

antallet tegn (inkludert ordmellomrom) og antallet ord (ikke medregnet tittel, sammendrag, tabeller/figurer eller referanser)

antallet figurer og tabeller

Vurderingsprosessen

I første omgang foretar redaktøren og/eller en assisterende redaktør en vurdering av hvorvidt artikkelmanuskriptet avvises direkte eller oversendes til minst to fagfeller for vurdering. Etter fagfellevurdering gjør assisterende redaktør ny vurdering og anbefaler beslutning til redaktøren.

Redaktøren beslutter på bakgrunn av fagfellevurderingene, assisterende redaktørs vurdering og egen vurdering. Det er tre mulige utfall etter fagfellevurderinger: a) manuskriptet aksepteres, b) større eller mindre revisjon anbefales, c) manuskriptet avvises.

Kontaktforfatteren kan følge med på hvor manuskriptet er i vurderingsprosessen ved å logge seg inn i manuskripthåndteringssystemet ScholarOne.

Fagfellevurdering

Sykepleien Forskning praktiserer åpen fagfellevurdering. Det vil si at forfatterne og fagfellene har tilgang til hverandres identitet. Alle manuskripter vurderes normalt av minst to fagfeller, inkludert redaktøren og assisterende redaktør før en beslutning fattes.

Vi tilstreber en rask vurderingsprosess fra innsendelse til beslutning og fra aksept til publisering. Fagfellene bes følge COPE – etiske retningslinjer for fagfeller.

Forfatterne skal ved innsending av manuskriptet anbefale minst to fagfeller som er aktuelle med tanke på

habilitet: skal ikke ha tidligere eller pågående samarbeid, kan ikke være nære kolleger, nære venner eller i familie. Ved tvil konferer Forskningsrådets habilitetsregler.

kompetanse: substansielt og/eller metodisk.

Forslagene til fagfeller skal begrunnes. Fagfeller fra andre nordiske land kan foreslås. Bygger manuskriptet på en masteroppgave, skal ikke sensor foreslås som fagfelle.

Innsending av revidert manuskript

Etter fagfellevurderingen blir artikkelen sendt tilbake til forfatterne med kommentarer fra både fagfeller og redaktører.

Forfatterne må utarbeide et eget dokument som viser punktvis hvordan forfatterne har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktørene. Dette dokumentet

skal lastes opp sammen med det reviderte manuskriptet i manuskriphåndteringssystemet ScholarOne som «Author's response».

Alle endringer som er relevante og substansielle med tanke på ny vurdering av manuskriptet, skal markeres med rød skrift i det reviderte manuskriptet. Vi ønsker ikke at det brukes funksjonene Spor endringer og Merknader i dokumentet.

Revidert manuskript og «Author's response» lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning> som en revisjon og ikke som et nytt manuskript. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren eller gå til «Author» i ScholarOne.

Godkjenning av manuskript

Forfatterne får en e-post fra redaktøren når artikkelen er akseptert for publisering.

Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding, såkalt språkvask (inkluderer også tittelen og eventuelle mellomtitler/overskrifter), og følges opp av manusredaktøren. Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid.

Kontaktforfatteren mottar språkvasket manuskript for gjennomgang og godkjenning. Rett før publisering mottar kontaktforfatteren også publiseringsklar artikkel i PDF-format til godkjenning. Her har artikkelen også blitt gitt en fronttittel, ingress, bilde og bildetekst og eventuelt flere mellomtitler og avsnitt for å imøtekomme Sykepleiens krav til nettpublisering.

Oversetting til engelsk

Sykepleien Forskning sørger for profesjonell oversetting av hele artikkelen til engelsk, inkludert sammendraget, tabeller og figurer. Den engelske versjonen av publisert artikkel blir gjort tilgjengelig i CINAHL.

Kontaktforfatteren får tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.

Krav til medforfatterskap

Sykepleien Forskning følger de nasjonale forskningsetiske komiteenes anbefalinger om å følge Vancouver-reglene for medforfatterskap.

Alle forfatterne skal ha deltatt i arbeidet i et slikt omfang at hver av dem kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet i artikkelen. Alle av følgende kriterier skal være oppfylt:

Forfatter(ne) skal ha bidratt vesentlig til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data.

Forfatter(ne) skal ha bidratt til utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold.

Alle forfatterne skal ha godkjent artikkelversjonen som skal publiseres.

Det skal være enighet blant forfatterne om å være ansvarlig for alle delene av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon eller integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt.

Vancouver-reglene med utdypninger finnes her.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må personene som har ansvaret for innholdet, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Ved delt førsteforfatterskap må dette

dokumenteres i følgebrevet til redaktøren. Det blir da markert i publisert artikkel på følgende måte nederst i artikkelen: «NN og NN har bidratt like mye og deler førsteforfatterskapet.»

Personer som har bidratt til arbeidet, men som ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Sykepleien Forskning har kontakt med forfatteren som er oppgitt som kontaktperson, og det er kontaktpersonens ansvar å videreformidle fagfellenes vurderinger og redaksjonens beslutninger til eventuelle medforfattere.

Interessekonflikter

Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis under punktet «Kartlegging av mulige interessekonflikter» når manuskriptet sendes inn. Det er ikke nødvendig å sende inn selve dokumentet «Erklæring om interessekonflikter».

Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen, blir returnert til innsenderen.

Kontakt

Kontakt redaktør Edith Roth Gjevjon på [edith.gjevjon\(at\)ldh.no](mailto:edith.gjevjon@ldh.no) hvis du har spørsmål.

Sist oppdatert 01/2022

