



Akademien för hälsa, vård och välfärd

# ATT VÅRDA GRAVIDA MED PSYKISK OHÄLSA INOM MÖDRAVÅRDEN

En kvalitativ enkätundersökning om barnmorskors erfarenheter

**JEANETTE RUBENSSON**

*Huvudområde:* Reproduktiv, Perinatal och Sexuell hälsa

*Nivå:* Avancerad nivå

*Högskolepoäng:* 15hp

*Program:* Barnmorskeprogrammet

*Kursnamn:* Examensarbete inom reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

*Kurskod:* VAE261

*Handledare:* Magdalena Mattebo

*Examinator:* Inger K Holmström

*Seminariedatum:* 2022-11-01

*Betygsdatum:* 2022-11-10

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Psykisk ohälsa av varierande allvarlighetsgrad under graviditet ökar. Psykisk ohälsa under graviditet medför bland annat ökad risk för nedsatt anknytning till barnet och tillväxthämningar hos barnet. Barnmorskor är den profession som ansvarar för graviditetskontroller och har därmed ett ansvar att upptäcka tecken på psykisk ohälsa under graviditet. **Syfte:** Att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda gravida med psykisk ohälsa inom mödravården. **Metod:** Webbaserad enkätundersökning, analyserad med kvalitativ manifest innehållsanalys med induktiv ansats. **Resultat:** *Förutsättningar och möjlighet* att vårda innebar att barnmorskorna hade ett förtroendeingivande och professionellt förhållningssätt som en del av *att ha en stödjande och professionell roll* samt *att ha tillgång till team och resurser* för remittering och samarbete/samverkan vid behov. Resultatet visade även på *utmaningar och hinder* som tidsbrist, kunskapsbrist som resulterade i *att inte räcka till* samt *att sakna stöd och resurser* där det förekom en brist på- eller bristande resurser och samarbete/samverkan. **Slutsats:** Att barnmorskor har tillgång till tid, kunskap, teamarbete och samverkan är nödvändigt för att identifiera och bemöta behoven av stöd och insatser vid psykisk ohälsa under graviditet.

**Nyckelord:** mental ohälsa, mödravård, tidsbrist, teamarbete, samverkan

## ABSTRACT

**Background:** Mental health problems of varying severity during pregnancy increases. Mental health problems during pregnancy entails, among other things, an increased risk of reduced attachment to the child and growth retardation in the child. Midwives are the profession responsible for pregnancy checks and thus have a responsibility to detect signs of mental health problems during pregnancy. **Purpose:** To describe midwives experiences of caring for pregnant people with mental health problems in maternity care. **Method:** Web-based survey, analyzed with qualitative manifest content analysis with an inductive approach. **Results:** Conditions and opportunity to care meant that the midwives had a trusting and professional approach as part of having a supportive and professional role as well as having access to teams and resources for referral and cooperation/collaboration when needed. The result also showed challenges and obstacles such as lack of time, lack of knowledge which resulted in not being enough and a lack of support and resources where there was a lack of or lack of resources and cooperation/collaboration. **Conclusion:** That midwives have access to time, knowledge, teamwork and collaboration is necessary to identify and respond to the needs for support and interventions in the case of mental health problems during pregnancy.

**Keywords:** mental health problems, maternity care, time pressure, teamwork, cooperation

# INNEHÅLL

1. INLEDNING.....	1
2. BAKGRUND .....	1
2.1. Definition av psykisk ohälsa.....	1
2.1.1. Prevalens psykisk ohälsa.....	3
2.2. Konsekvenser av psykisk ohälsa under graviditet .....	3
2.3. Att identifiera och möta psykisk ohälsa hos gravida.....	4
2.4. Barnmorskors kompetensområde och den etiska koden.....	5
2.5. Teoretiskt perspektiv.....	5
2.6. Problemformulering .....	6
3. SYFTE.....	7
4. METOD .....	7
4.1. Design.....	7
4.2. Datainsamling och urval .....	7
4.3. Analys .....	9
4.4. Etiska överväganden.....	10
5. RESULTAT .....	11
5.1. Förutsättningar och möjlighet att vårda.....	11
5.1.1. Att ha en stödjande och professionell roll .....	11
5.1.2. Att ha tillgång till team och resurser.....	12
5.2. Utmaningar och hinder .....	13
5.2.1. Att inte räcka till.....	13
5.2.2. Att sakna stöd och resurser .....	13
6. DISKUSSION.....	14
6.1. Resultatdiskussion .....	14
6.1.1. Resultatet i ett vidare sammanhang .....	17
6.2. Metoddiskussion .....	18

<b>6.3. Etisk diskussion .....</b>	<b>20</b>
<b>7. SLUTSATS .....</b>	<b>21</b>
<b>8. KLINISKA IMPLIKATIONER .....</b>	<b>22</b>
<b>9. FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING .....</b>	<b>22</b>
<b>REFERENSLISTA .....</b>	<b>24</b>
<b>BILAGA A KORT INBJUDAN TILL ENKÄT</b>	
<b>BILAGA B INFORMATION TILL DELTAGARE</b>	
<b>BILAGA C ENKÄTFRÅGOR</b>	
<b>BILAGA D ARTIKELMATRIS</b>	

# 1. INLEDNING

När det var dags att välja ett syfte till examensarbetet under utbildningen såg jag en chans att kombinera två områden som ligger varmt om hjärtat, det vill säga psykiatrisk vård och huvudområdet för barnmorskor, vilket är reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Det är ett spännande och roligt område att få läsa om samt arbeta med i mitt kommande yrke. Psykisk ohälsa är ett ämne som diskuteras alltmer i media och sociala medier, vilket är en positiv utveckling då det länge har varit tabubelagt att berätta om psykisk ohälsa. Det finns dock fortfarande ett visst stigma och enligt berättelser från bekanta samt föräldraforum på internet kan det vara svårt att berätta om dåligt mående och att söka vård. Detta inte minst under graviditet eller efter förlossning då det kan finnas en rädsla för att bli dömd av andra eller förlora vården om barnet. Inom barnmorskans huvudområde ligger fokus på stödjande och att bygga förtroendefulla relationer. Under barnmorskeutbildningen riktas fokus in främst på den normala graviditeten och förlossningen, vilket handläggs självständigt av barnmorskor. Att barnmorskor har förmåga att upptäcka och identifiera det som går utanför det normala är viktigt för att veta när barnmorskor bör rådgöra med eller remittera vidare till andra professioner. Inför examensarbetet fanns en önskan att få veta mer om barnmorskors erfarenheter av att vårda gravida med psykisk ohälsa.

## 2. BAKGRUND

Här nedan kommer en beskrivning för att definiera psykisk ohälsa, samt beskrivning av konsekvenser av psykisk ohälsa under graviditet, identifiering och bemötande vid psykisk hälsa med svensk och internationell forskning, barnmorskors kompetensområde och etiska koden, teoretisk referensram och slutligen problemformulering. I examensarbetet valdes ordet gravida i stället för ordet kvinna för en mer neutral benämning då inte alla gravida väljer att identifieras som kvinna.

### 2.1. Definition av psykisk ohälsa

Med psykisk ohälsa menas, i examensarbetet, tecken på psykisk ohälsa som inte ryms inom ramen för normala psykologiska förändringar. Enligt Rubertsson och Skalkidou (2021) kan graviditeten delas in i tre psykologiska faser, vilka är normala faser under graviditeten och benämns *fusionsfasen*, *differentieringsfasen* och *separationsfasen*. *Fusionsfasen* äger rum i

första delen av graviditeten och det är normalt att gravida svänger i humör mellan positiva och negativa känslor. Det är en anpassningsperiod gravida genomgår, vilket kan påverkas av fysiska graviditetssymtom och om graviditeten var planerad eller inte (Rubertsson & Skalkidou, 2021). Under andra trimestern däremot genomgår gravida normalt *differentieringsfasen* där gravida har börjat vänja sig vid graviditeten och ökad anknytning till det blivande barnet som nu ses som en individ. I tredje trimestern däremot, under *separationsfasen*, kan negativa känslor återkomma i samband med ökade fysiska besvär och en önskan att avsluta graviditeten (Rubertsson & Skalkidou, 2021). Psykisk ohälsa under graviditet kan däremot vara oro, ångest, förllossningsrädsla, kvarstående ambivalens till graviditet, lindrig till allvarlig depression som uppstått före eller under graviditeten, tidigare bipolär störning eller psykos samt andra psykiatriska störningar och funktionshinder (Josefsson & Lillecreutz, 2021).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, är en manual för att beskriva och diagnosticera psykiatriska tillstånd som är framställd av American Psychiatric Association (2013). Ångest är, enligt DSM-5, ett tillstånd där det finns en orimlig vanda eller rädsla inför eller under en situation. Det kan handla om separationsångest där det finns en oro för att förlora eller att vara ifrån närstående. Andra tillstånd är specifika fobier eller rädsla inför sociala sammankomster exempelvis. Att lida av ångest kan innebära isolering och undvikande av sociala sammankomster eller folktäta platser men även det motsatta att inte klara av att vara ensam eller utan närstående. Ångest kan även vara stressreaktioner efter ett trauma, Posttraumatiskt Stressyndrom (American Psychiatric Association, 2013). Depressiva tillstånd innebär en varande nedstämdhet eller minskat intresse eller glädje inför dagliga aktiviteter. Det kan förekomma tankar och känsla av att vara värdelös, svårigheter i att tänka och behålla koncentrationen, trötthet och brist på energi samt tankar på döden med tankar på eller planer för suicid. Det är dock viktigt att särskilja normala sorgereaktioner från depression och vara uppmärksam på sorgereaktioner som över går i depression (American Psychiatric Association, 2013). Bipolära tillstånd innebär perioder av depression och maniska perioder. Här finns även en risk för negativa vanföreställningar som katastroftankar eller under maniska perioder grandiosa vanföreställningar (American Psychiatric Association, 2013). Psykotiska tillstånd kan vara schizofreni eller tillfällig psykos som framkallas av exempelvis narkotika. Psykos innebär vanföreställningar eller hallucinationer när det handlar om positiva symtom, medan negativa symtom kan vara depressiva symtom och katatoni som innebär exempelvis stelt och/eller nedsatt rörelsemönster eller att fastna i en onaturlig posering (American Psychiatric Association, 2013). Samtliga tidigare nämnda tillstånd kan förvärras av samt orsaka sömnproblematik. Intellectuell funktionsnedsättning kan innebära bristande slutledningsförmåga, förmåga att planera, att lära sig utifrån erfarenheter eller sociala situationer samt nedsatt omdöme (American Psychiatric Association, 2013).

För att sammanfatta definitionen av psykisk ohälsa under graviditet, är det normalt att gravida behöver tid för anpassning till graviditeten och möjligen accepterade om graviditeten var oplanerad exempelvis. Efter en tid bör däremot graviditeten vara accepterad och en anknytningsprocessen till det blivande barnet ska ha påbörjats i den andra trimestern. Under slutet av graviditeten är det normalt att vilja få ett slut på graviditeten. Psykisk ohälsa under graviditet däremot kan innebära ett avvikande från de normala psykologiska faserna

och yttra sig som förlossningsrädsla, ambivalens eller tecken på depression som uppstått före, under- eller efter graviditet samt andra psykiatriska diagnoser av olika allvarlighetsgrad.

### **2.1.1. Prevalens psykisk ohälsa**

Folkhälsomyndigheten (2020) mäter psykisk ohälsa genom indikator *nedsatt psykiskt välbefinnande* och beskriver psykisk ohälsa som tillstånd av allt mellan enstaka och mildare former av psykiatriska besvär till allvarlig psykisk sjukdom. Undersökningen visar att 17% av befolkningen i åldrarna 16–84 år uppger ett *nedsatt psykiskt välbefinnande* (Folkhälsomyndigheten, 2020). En studie av Sunnqvist m.fl. (2019) visar att en av tio gravida drabbas av depressiva symtom under eller efter graviditet. Enligt Josefsson och Lilliecreutz (2021) ökar prevalensen av psykisk ohälsa hos gravida och drabbar ungefär 15% av alla gravida i Sverige.

Förekomsten av psykisk ohälsa är större i gruppen gravida som inte har svenska som modersmål än gravida med svenska som modersmål. Gravida som tillhör gruppen som inte har svenska som modersmål söker dock i lägre utsträckning vård för psykisk ohälsa och läkemedelsbehandling är ovanligt (Wangel, 2012). Folkhälsomyndigheten (2020) har fastställt att utlandsfödda drabbas i högre grad av psykisk ohälsa, eller *nedsatt psykiskt välbefinnande*, jämfört med svenskfödda. Sunnqvist m.fl. (2019) beskriver att flertalet gravida med tecken på depression enligt självskattningsformulär är yngre, har annat modersmål än svenska och lever under ekonomisk stress. En sammanfattande slutsats utifrån texten ovan är att gravida med utländskt ursprung och språk utgör en riskgrupp för psykisk ohälsa samt att psykisk ohälsa kan vara svårare att upptäcka hos utlandsfödda då de söker vård i lägre utsträckning.

## **2.2. Konsekvenser av psykisk ohälsa under graviditet**

I Sverige är suicid en av de vanligaste dödsorsakerna perinatalt. Andra möjliga konsekvenser för gravida med psykisk ohälsa är, förutom försämrad livskvalitet, även svårigheter att ta hand om barnet och påfrestningar på relationen med partner samt familj. Barnet riskerar att födas med lägre födelsevikt, födas för tidigt och med neonatala komplikationer samt psykisk ohälsa i framtiden (Blomdahl Wetterholm, 2018). Gravida som lider av obehandlade depressiva symtom löper även en större risk för att inte knyta an till det väntade barnet (Hildingsson m.fl., 2021; Rubertsson m.fl., 2014). Förutom depression är negativa känslor inför förlossning och föräldraväsende och brist på stöd från familj eller partner riskfaktorer för att påverka anknytningen negativt (Rubertsson m.fl., 2014). Hos gravida som genomgår kejsarsnitt på egen begäran förekommer psykisk ohälsa hos en signifikant större andel födande i relation till totala antalet födande. Att ha flera samtida diagnoser ökade sannolikheten för förlossning med kejsarsnitt (Sydsjö m.fl., 2014). Förlossningsvården har genom att förlösa med kejsarsnitt och ge adekvat smärtlindring därmed har tagit hänsyn till medicinska och psykosociala faktorer vid förlossningsplanering, bedömer Socialstyrelsen (2019). Det finns även ett visst samband mellan förlossningsrädsla och depressiva symtom samt ångest under graviditet (Hildingsson & Rubertsson, 2022; Hildingsson m.fl., 2021).



### 2.3. Att identifiera och möta psykisk ohälsa hos gravida

Mödrahälsovården i Sverige har genom sin allmänna sjukvård och gemensamma screeningprogram, som ska erbjudas alla gravida, en unik förutsättning för att identifiera psykisk ohälsa under graviditet. Under graviditet är majoriteten motiverade till livsstilsförändringar och behandling, nästan samtliga gravida och nyblivna föräldrar går på regelbundna kontroller. Det är då viktigt att ta vara på möjligheten att stötta gravida och erbjuda behandling vid behov. Det finns dock inte förutsättningar resursmässigt att ge behandling till alla gravida med måttlig till allvarlig psykisk ohälsa idag (Wickberg m.fl., 2019). Enligt Socialstyrelsen (2019) råder en ojämn fördelning av resurser och tillgång till stödjande insatser inom hela hälso-och sjukvården landet, vilket leder till ojämlig vård. Regionerna bör ta ett ansvar för att utjämna skillnaderna (Socialstyrelsen, 2019). För att en jämlik, god och säker vård ska kunna utföras är det viktigt att samtliga professioner har förutsättningar i form av tid för samtal och kompetens för att göra korrekta bedömningar (Socialstyrelsen, 2019). Regionerna har dock skilda förutsättningar beroende på befolkningens mängd och befolkningstäthet. Ett samarbete inom hela hälso-och sjukvården på flera nivåer är nödvändigt för att utjämna skillnader (Socialstyrelsen, 2019).

Edinburgh Postnatal Depression Scale, förkortat EPDS, är enligt en svensk studie där 2271 gravida screenades i början av graviditeten en effektiv metod för att identifiera gravida med såväl depressiva symtom som andra former av psykisk ohälsa under tidigt skede av graviditeten (Lilliecreutz m.fl., 2020). EPDS formuläret som baseras på tio frågor publicerades av Cox (2019) för mer än 30 år sedan. Formuläret är ursprungligen beprövat för att upptäcka tecken på postnatal depression. Vidare är EPDS inte avsett för screening för exempelvis bipolära störningar. Enligt Cox (2019) används formuläret för att upptäcka tecken på depression, men blir även felanvänt och det finns en risk för felöversättning. EPDS är inte ett diagnosverktyg för depression och formuläret ersätter inte samtalet utan frågorna och svaren ger en grund för dialog (Cox, 2019).

Gravida med förlossningsrädsla, som får kontinuerliga besök med samma barnmorska under graviditeten, uppger en mer positiv förlossningsupplevelse än gravida med förlossningsrädsla som får standardvård (Hildningsson & Larsson, 2021). Barnmorskor har till uppgift att följa graviditeten under flertalet besök och är den profession med störst möjlighet att identifiera psykisk ohälsa samt risk för psykisk ohälsa. Ökad kunskap och stöd för barnmorskor är därför viktigt för att kunna inleda tidiga insatser, vilket är viktigt för att minska risken för gravida, barn och familjer. Där är screeningmetoder ett verktyg för att minska antalet upptäckta och obehandlade fall av psykisk ohälsa (Haynes, 2017; Kohlhoff m.fl., 2021). I kontrast med detta beskriver Fletcher m.fl. (2021) att för barnmorskor kan stigma kring psykisk ohälsa utgöra ett hinder för att samtala om psykisk ohälsa innan en relation har skapats. Vidare upplever barnmorskor avsaknad av tillräckliga kunskaper för att våga gå in på området, vilket leder till ett undvikande av att samtala om psykisk ohälsa, trots att psykisk hälsa uppges vara lika viktig som fysisk hälsa (Fletcher m.fl., 2021). En annan studie visar att tidspress utgör ett hinder för barnmorskor att fånga upp berättelsen från gravida och att ett besök inte räcker till för att fördjupa relationen som krävs för att uppnå ett förtroende (Baker m.fl., 2020). Gravida uppger däremot att de känner störst stöd av och förtroende för barnmorskor jämfört med psykiatriker. Gravida anser att barnmorskor ser hela personen

medan psykiatriker endast visar intresse för att ställa diagnos utan intresse för det egentliga måendet (Viveiros & Darling, 2018). Gravida kan vara försiktiga med att svara på frågor om den psykiska hälsan av rädsla för att svara fel och kan behöva tid för att besvara dem. En del gravida önskar stöd vid besvarande av formulären medan andra gravida föredrar att sitta själva. Screening kan både upplevas opersonligt och tryggt för gravida som har svårt att vara öppen om psykisk ohälsa. Studien visar vidare att kontinuitet är viktigt för att bygga en relation och förtroende mellan gravida och barnmorskor. Gravida behöver även få bekräftelse och positiv feedback. När barnmorskor inte ger återkoppling kan det tolkas som ett ointresse för att hjälpa gravida framåt (Bayrampour m.fl., 2017). Svårigheter att identifiera psykisk ohälsa beror på flera orsaker. Symtom på psykisk ohälsa kan överlappas av normala symtom vid graviditet och perinatal depression är ett komplext tillstånd. Att väga in subjektiva och självrapporterade uppgifter som uppges av gravida är därför viktigt vid identifiering av psykisk ohälsa (Jarrett, 2017).

## 2.4. Barnmorskors kompetensområde och den etiska koden

Barnmorskors kompetensområde har tagits fram utifrån den internationella etiska koden för barnmorskor, framställt av International Confederation of Midwives. ICM beskriver *barnmorskans professionella relation, verksamhetsområde, professionella ansvar samt utveckling av barnmorskans kunskaps- och arbetsområde*. Barnmorskor ska tillsammans med gravida definiera behov och säkra att resurserna fördelas rättvist samt överensstämmer med tillgänglighet och prioriteringar, vilket innebär ett stort ansvar för att säkra vården för gravida. Samhörighet och delande av information med gravida möjliggör informerade val och en ansvarsfullt utvecklad vårdplan (Svenska Barnmorskeförbundet, 2020). Vidare beskriver den etiska koden att barnmorskor tar hänsyn till helheten hos gravida och ger stöd genom livet, det vill säga till fysiska och psykiska, emotionella och andliga behov. Barnmorskor får aldrig uppträda diskriminerande mot gravida beroende av bakgrund eller livssituation. Barnmorskor är skyldiga att vara uppdaterade och genomföra arbetet utifrån evidensbaserad yrkeskunskap, samt att prioritera personlig och professionell utveckling (Svenska Barnmorskeförbundet, 2020). Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR, är en viktig del i mänskliga rättigheter som ger alla människor rätt till högst möjliga fysiska och psykiska hälsa. För en reproduktiv hälsa är vården en nyckelfaktor, alla har rätt till en god och säker vård under graviditet och förlossning. Att ha en reproduktiv hälsa innebär inte enbart frånvaro av sjukdom utan ett gott fysiskt, psykiskt och socialt välmående. Alla har rätt till insatser för en förbättrad hälsa, oavsett ekonomisk status (Starrs m.fl., 2018).

## 2.5. Teoretiskt perspektiv

Teorin *The Good Midwife* beskriver den professionella barnmorskan och kommer i detta examensarbete att benämnas *den professionella barnmorskan*, vilket blir en mer neutral översättning än en direktöversättning. Teorin delas in i fem huvudområden vilka är;

*professionell omsorg, professionell visdom, professionell kompetens, interpersonell kompetens och personlig och professionell utveckling* (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Barnmorskor visar en *professionell omsorg* och bygger upp ett förtroendefullt partnerskap med gravida. Professionell omsorg innefattar även anhöriga. Individuell vård utgör centrum för relationen mellan barnmorskor och gravida. Det finns en genuin omtanke gentemot gravida och familj. Barnmorskor visar, inom ramen för *professionell omsorg*, sympati vid lidande, välvillighet och empati. Det ska vara lätt för gravida att få stöd och hjälp av barnmorskor. Barnmorskor är goda lyssnare som är uppmärksamma på berättelser och ger aktiv respons samt avser att ge en god service (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

*Professionell visdom* innebär att barnmorskor vet hur erfarenheter från yrkeslivet ska användas och när. Barnmorskor med professionell visdom kan integrera kunskap och utförande, är kreativa, gör miljön runt gravida lugn och trygg samt ser personen. Att ha professionell visdom innebär att ta ansvar för utförda handlingar och beslut samt tar hjälp av andra när det är nödvändigt (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Barnmorskor med *professionell kompetens* inom barnmorskeprofessionen säkrar en trygg miljö för gravida och arbetar för att stärka egenförmåga hos gravida. Kompetensen innebär förmåga att bedöma och ge vården gravida behöver under graviditet, förlossning och efter förlossning. En professionell kompetens innebär även att kunna se när graviditeten eller förlossningen är utöver det normala och kräver insatser av andra professioner (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

*Interpersonell kompetens* handlar om att kunna kommunicera, utveckla partnerskap med gravida och anhöriga, kan samarbeta med kollegor, andra yrkesgrupper och anhöriga för att ge gravida en god vård. Barnmorskor med interpersonell kompetens kan avgöra när det är nödvändigt att initiera kommunikation, kan stödja gravida på ett uppmuntrande sätt. När det uppstår komplikationer eller är nödvändigt att ge negativa nyheter meddelar barnmorskor med interpersonell kompetens det på ett omsorgsfullt sätt (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Barnmorskor tar ansvar för *personlig och professionell utveckling* genom att reflektera över och utvärdera kunskaper och kompetens. Personlig och professionell kompetens innebär även att vara medveten om personliga känslor, värderingar och att arbeta förebyggande mot utbrändhet genom självkännedom (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

## **2.6. Problemformulering**

Barnmorskor har ett ansvar att se till att gravida ges en god och säker vård, att hålla sin kunskap uppdaterad och att ta hjälp av andra professioner vid behov. Det är utifrån den etiska koden samt det teoretiska perspektivet, *den professionella barnmorskan*, viktigt att barnmorskor har en bred och fördjupad kunskap samt tar ansvar för *professionell och personlig* utveckling. Forskningen visar en kunskapsvariation om psykisk ohälsa bland barnmorskor, vilket påverkar huruvida de är bekväma att hantera samtal om ämnet. Många

barnmorskor har goda kunskaper om depression och ångest men desto mindre om psykiatriska diagnoser som bipolära störningar och psykotiska störningar. Både gravida själva och barnmorskor kan uppleva att det finns ett stigma runt psykisk ohälsa. Många barnmorskor anser att psykisk hälsa är lika viktig som den fysiska men att kunskaps-och tidsbristen får dem att undvika fördjupat samtal. Gravida kan däremot uppleva ett större förtroende för barnmorskor än andra professioner med mer utredande funktioner. Det är viktigt att barnmorskor är trygga med att identifiera och bemöta psykisk ohälsa på rätt sätt för att undvika skador, inte minst suicid. Det behövs mer kunskap om barnmorskors erfarenheter av att vårda gravida med psykisk ohälsa för att bidra till utvecklingen av såväl kompetens som vårdkvalitet. Förhoppningen med examensarbetet är därmed att bidra till kunskap om och förståelse för barnmorskors erfarenheter av att vårda gravida med psykisk ohälsa, vilket kan komma till nytta för förbättringsarbete av vård vid psykisk ohälsa hos gravida.

### **3. SYFTE**

Syftet med examensarbetet var att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda gravida med psykisk ohälsa inom mödravården.

## **4. METOD**

### **4.1. Design**

Då syftet var att beskriva barnmorskors erfarenheter valdes en kvalitativ design för att få fram ett beskrivande data utifrån barnmorskors skrivna berättelser (Olson & Sörensen, 2021). Analysmetoden som användes var kvalitativ manifest innehållsanalys med induktiv ansats. Det var en lämplig metod för att nå en djupare förståelse för respondenternas erfarenheter genom att identifiera skillnader och likheter (Graneheim & Lundman, 2004).

### **4.2. Datainsamling och urval**

Datainsamlingsmetoden som valdes i examensarbetet var en webbaserad enkätundersökning som framställdes av författaren. Frågorna utformades utifrån syftet för examensarbetet. Enkätundersökningens framställande diskuterades med och godkändes av handledare för publicering. Enkäter faller vanligen in i studiedesigner för kvantitativ ansats (Billhult, 2017),

men valdes för att användas för öppna frågor som granskades genom kvalitativ ansats. För datainsamling vid kvalitativ metod kan flertalet datainsamlingar användas, exempelvis berättelser, bloggar, intervjuer med mera (Henricson & Billhult, 2017). Enkätundersökningen valdes efter resonemanget att genom att ställa öppna frågor i enkätundersökning som sedan analyseras med kvalitativ manifest innehållsanalys kan enkätundersökningen liknas vid skrivna personberättelser. Skrivna personberättelser kan, enligt Olsson och Sörensen (2021), återge en livsberättelse som helhet eller en berättelse om en företeelse. Till skillnad från intervjustudier kunde inte enkätundersökningen kompletteras i efterhand, vilket innebar att formuleringen av frågorna var viktig för att besvara syftet. I enlighet med Billhult (2017) övervägdes vid upprättande av enkätundersökningen formulering av frågor för att vara lämpligt för syftet samt tydligt för att undvika missförstånd. Enligt Olsson och Sörensen (2021) skulle enkätundersökningen ha testats för att kontrollera att frågorna kunde besvaras i enlighet med syftet. Detta förbisågs dock, se metoddiskussion.

Enkätundersökningen upprättades via Microsoft Forms, vilket är ett verktyg för att upprätta enkätundersökningar och andra formulär (Microsoft, u.å.). Efter godkännande av handledare för publicering av enkät tillfrågades administratör för Facebookgruppen ”Barnmorska – aktuellt och intressant” via direktmeddelande. Administratören godkände förfrågan och presenterade länk till enkäten med en kort beskrivande inbjudan (bilaga A). Vald rekryteringsmetod bedömdes vara lämplig för att nå barnmorskor med erfarenhet av att vårda psykisk ohälsa oberoende av region eller kommun. Enligt Henricson och Billhult (2017) är ett variationsrikt material att föredra då det kan ske skilda berättelser om samma fenomen. Utifrån den begränsade tiden för examensarbetet och att datainsamlingen genomfördes av en person bedömdes datainsamlingsmetoden enkätundersökningen lämplig för att uppnå variationer i erfarenheter.

Urvalet i examensarbetet bestod av legitimerade barnmorskor med erfarenhet av att vårda gravida med psykisk ohälsa inom mödravården. Deltagarna hade arbetat minst 6 månader vid medverkan. Enkäten inleddes med en presentation av syfte och information till deltagarna. Det var 10 frågor (bilaga C) varav den första frågan ombad respondenten att intyga att informationen blivit läst under undersökningens information (bilaga B) och gav samtycke till deltagande i enkätundersökningen. Även här påmindes respondenten om att det var frivilligt att slutföra enkätundersökningen och att deltagandet kunde avbrytas. Första frågan säkrade samtycke genom att svaret ”ja” var tvingande, vilket innebar att svaren inte kunde skickas in utan att kryssa i ”ja”. Övriga frågor som ställdes i enkäten var icke-tvingande och därmed kunde deltagarna välja att avstå från att besvara en eller flera frågor. Förhoppningen var 10 till 15 barnmorskor skulle slutföra enkäten. 10 barnmorskor slutförde enkäten. Samtliga barnmorskor uppgav minst 6 månaders yrkeserfarenhet och hade erfarenhet av att vårda gravida med psykisk ohälsa under graviditet och uppfyllde därmed inklusionskriterierna. Den kortaste svarstiden var 4 minuter och 28 sekunder medan den längsta svarstiden var 54 minuter och 5 sekunder, frågorna tog i snitt 16 minuter och 54 sekunder att besvara.

### 4.3. Analys

Under analysfasen för examensarbetet användes manifest kvalitativ innehållsanalys för att granska texterna från den webbaserade enkätundersökningen. Enkätundersökningen hade författats med syftet som utgångspunkt. Genom en induktiv ansats utgick analyserandet från enkätsvarens innehåll där mönster i svaren från respondenterna kunde hittas och likheter och skillnader konstaterades. Tolkning av data var sparsam, i enlighet med metoden (Graneheim m.fl., 2017).

Inledningsvis lästes respondenternas svar under insamlingen, samt efter samtliga svar inkommit. Då lästes svaren noggrant flertalet gånger. Svaren från respondenterna kunde svara på syftet och utifrån metodbeskrivningen av Graneheim och Lundman (2004) delades svaren upp i meningsbärande enheter, vilket är text som besvarar syftet. För att underlätta analysprocessen användes tabeller för att få en överblick av meningsbärande enheter som delades upp utifrån liknande innehåll. I enlighet med Graneheim och Lundman (2004) formulerades sedan meningsbärande enheter om till kondenserade meningsbärande enheter. Detta innebar att kondensera utan att förvränga innehåll och innebörd. Efter det bildades koder för att tydliggöra innebörden och sedan kategorisera i enlighet med analysmetoden (Graneheim & Lundman, 2004). För att genomföra en noggrann kategorisering skrevs tabellerna med meningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter och koder ut på pappersark. Därefter klipptes raderna i tabellerna ut och kunde därefter placeras ut på pappersark i olika färger för att sedan framställa subkategorier utifrån liknande koder. Detta resulterade i fyra subkategorier som sedan kunde uppdelas mellan två kategorier.

Tabell 1. Exempel på analys.

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserad meningsbärande enhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Kategori</b>
Jag tycker att jag har bra förutsättningar med de resurser som finns på vår kvinnohälsa. Om mina resurser inte räcker till har vi ett psykosoc team som tar över där de har nära samarbete med socialtjänst, psykiatri och samtalsterapi.	Bra förutsättningar att möta upp behoven hos gravida med psykisk ohälsa genom resurser inom kvinnohälsan och externa resurser via psykosocialt team.	Goda förutsättningar vid teamarbete.	Att ha tillgång till team och resurser.	Förutsättningar och möjligheter att vårda.
Jag upplever att min roll beror mycket på vilken problematik det	Min roll varierar beroende på vilken problematik det handlar om och	Roll utifrån behov och resurstillgång	Att sakna stöd och resurser	Utmaningar och hinder

<p>handlar om och vilken hjälp min patient får från andra vårdområden. Om patienten är väl omhändertagen genom t.ex. psykiatri behövs jag inte stötta den biten eller initiera kontakter etc. Om det däremot inte fungerar bra med övrig vård kan jag uppleva att jag blir "den enda patienten har" och då blir min roll en annan.</p>	<p>hjälp från andra vårdområden. Om exempelvis psykiatri tar hand om patienten behöver jag inte ordna med det. Om övrig vård inte fungerar kan jag i stället få en roll där jag upplevs som "den enda patienten har".</p>			
--	---	--	--	--

#### 4.4. Etiska överväganden

Examensarbetet räknas enligt SFS 2003:460 §2 som ett examensarbete inom ramen för högskola på avancerad nivå och det fanns därmed inte något krav på etisk prövning. Däremot skrevs en ansökan om etisk prövning till Etikgruppen vid specialistsjuksköterskeutbildningarna & barnmorskeprogrammet, Akademin för hälsa, vård och välfärd, Mälardalens Universitet (Mälardalens Universitet, 2022). Ansökan godkändes efter mindre ändringar som godkändes av handledare.

Etiska överväganden inför enkätundersökningen innebar att väga olika etiska principer mot varandra samt nytta kontra risker i enlighet med Vetenskapsrådet (2017). *Forskningskravet* innebär att det undersökta området bidrar till nytta för individer och samhälle i form av exempelvis förbättringsarbete. *Individskyddskravet* handlar om att skydda individer från kränkning och skada (Vetenskapsrådet, 2017). Det var därmed viktigt att nyttan med undersökningen övervägde *individskyddskravet*. *Forskningskravet* bedömdes överväga *individskyddskravet* då nyttan bedömdes vara större än risken för individen, då respondenterna deltog i egenskap av barnmorskor och inte som privatpersoner. Resultatet förväntades bidra till ökad kunskap om barnmorskors erfarenheter av att vårda gravida med psykisk ohälsa. Risker för individen kunde dock inte helt uteslutas då det inte var möjligt att förutse negativa reaktioner och tankar hos respondenterna. *Informationskravet* innebar, enligt Vetenskapsrådet (2017), att respondenterna gavs möjlighet till informerat samtycke. Inför enkätundersökningen informerades tilltänkta deltagare om studiens syfte, metod och hantering av information, se Bilaga B. För att säkra samtyckeskravet var fråga nummer 1

frågan om samtycke. Samtyckesfrågan var den enda obligatoriska frågan för att skicka in svaren på webenkätundersökningen. (Vetenskapsrådet, 2017). Enkätundersökningen upprättades via Microsoft Forms, vilket enligt Microsoft (u.å) inte hade något inloggningskrav och svaren kunde därmed lämnas in anonymt. Det etiska kravet *konfidentialitet* innebär enligt Vetenskapsrådet (2017) att det finns ett etiskt ansvar att inte dela uppgifter med obehöriga. Författaren angav e-postadressen, som tilldelats av Mälardalens Universitet, i det fall det fanns några frågor om enkäten, även kontaktuppgifter till handledaren lämnades. Deltagarna benämns under resultatet som barnmorska 1, barnmorska 2 och så vidare vid citat.

## 5. RESULTAT

Barnmorskorna uppgav att de möter en bredd tillstånd av psykisk ohälsa hos gravida. Olika tillstånd som förlösningsrädsla, ambivalens till graviditeten, oro, depression, ångest av olika slag, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt psykiatriska diagnoser. Vidare beskrevs erfarenheter av att identifiera, möta behov samt vikten av samarbete vid vård av gravida med psykisk ohälsa. Kategorierna som kom fram under analysen var *Förutsättningar och möjlighet att vårda* med subkategorierna *Att ha en stödjande och professionell roll* och *Att ha tillgång till team och resurser* samt kategorin *Utmaningar och hinder* med subkategorierna *Att inte räcka till* och *Att sakna stöd och resurser*.

### 5.1. Förutsättningar och möjlighet att vårda

Svaren från barnmorskorna visade att det måste finnas förutsättningar på såväl individnivå som gruppnivå för att barnmorskorna ska ha möjlighet att vårda gravida med psykisk ohälsa under graviditet. Barnmorskorna beskrev således den individuella rollen och rollen i samarbete med andra professioner och instanser som förutsättningar för att identifiera och bemöta behoven hos gravida med psykisk ohälsa inom mödravården. Barnmorskorna som hade tillgång till team och resurser fick avlastning och kunde fokusera på det friska i graviditeten samt beskrev en positiv syn på yrkesrollen. Det fanns även en uppfattning om att barnmorskorna hade förutsättningar att identifiera psykisk ohälsa och möta behoven gravida hade inom ramen för barnmorskeyrket även om det sedan brustit i tillgång till stöd och resurser.

#### 5.1.1. *Att ha en stödjande och professionell roll*

Barnmorskorna beskrev samtalsvana som resurs i att identifiera psykisk ohälsa genom att skapa förtroendefulla relationer till gravida. Barnmorskorna balanserar den professionella



rollen med omsorg för gravida, genom att lyssna in och stötta utan att bli privat. Möjlighet att utöka tider för besök vid behov och ta hjälp av riktlinjer stärker barnmorskorna i arbetet med gravida med psykisk ohälsa. Formulär som EPDS kunde vara till stöd för identifiering av psykisk ohälsa och bekräftade informationen som barnmorskorna redan fått under samtal. Kontinuitet lyftes fram som viktigt och att bygga en förtroendefull relation uppgavs som en del i att utöva yrket.

Det är viktigt att lyssna och finnas till hands. Vi har en fin roll och möjlighet då vi träffar kvinnorna vid flertalet besök under graviditeten. Man får möjlighet att följa kvinnan och följa upp måendet i relation till ev åtgärder som görs. Hitta lösningar där kvinnan får hjälp utifrån de behov hon har. Det kan handla om extra stöd av olika slag (Barnmorska 6).

Barnmorskorna beskrevs ha en viktig roll vid vård av gravida med psykisk ohälsa, vilket betonades vara ett stort fokus på stöd, bekräftande av känslor hos gravida samt att normalisera. Vid behov remitterade barnmorskorna vidare till utökat stöd och för sjukskrivning.

### **5.1.2. Att ha tillgång till team och resurser**

Barnmorskorna som hade tillgång till team och andra resurser uppgav förutsättningar för att möta behoven hos gravida med psykisk ohälsa. Svaren från barnmorskorna vittnade om ett stort ansvarstagande för vården för och runt den gravida. Även vid remittering vidare fortsätter barnmorskorna att ta ansvar för att följa upp patientens mående och kontrollerar att gravida får rätt hjälp och stöd. Barnmorskorna beskrev en roll som spindeln i nätet som säkerställde att gravida fick hjälp och stöd som behövdes. Om det framkom att gravida behövde mer insatser eller stöd diskuterades fler åtgärder. Men det fanns även en lättnad när andra professioner kunde ta över den psykosociala aspekten och därmed kunde barnmorskorna fokusera mer på det friska i graviditetens utveckling.

Att ha tillgång till eller att ingå i ett specialiserat team uppgavs ge förutsättningar för att bättre möta gravida med psykisk ohälsa genom att avsätta längre tid per barnmorskebesök, särskild tidbok samt psykosociala ronder med kurator och psykolog. Ett psykosocialt team som kunde ta över vid behov och hade nära samarbete med psykiatri och socialtjänst.

Tillgång till teamarbete och samverkan innebar förutsättningar att rätta till.

Barnmorskornas erfarenheter visade att det är viktigt med struktur och ramar för att arbeta med gravida med svår psykisk ohälsa samt att kunna föra diskussioner med andra instanser. Möjlighet att skriva remiss till kurator och att ha avsatt tid för samtal om förlossningsrädsla samt samverkansmöten och samarbete med barnhälsovården före och efter förlossning förbättrade förutsättningarna att ge gravida stöd och hjälp. Det kunde även vara livsavgörande att kunna hänvisa till annan vårdgivare *”En av mina patienter ville inte leva runt v 16 och blev inlagd på psykiatri i några veckor. Men mådde bra igen när graviditeten var över faktiskt”* (Barnmorska 8).

## 5.2. Utmaningar och hinder

I svaren från barnmorskorna framkom det att det fanns utmaningar och hinder för att identifiera och möta behoven vid psykisk ohälsa hos gravida. En utmaning var tidsbrist och kunskapsbrist som ledde till *att inte räcka till*. Det framkom även att barnmorskorna hade skilda förutsättningar i form av tillgänglighet till stöd och resurser samt kunde variera beroende på problematik och situation. *Att sakna stöd och resurser* var ett hinder för att möta behoven hos gravida med psykisk ohälsa.

### 5.2.1. *Att inte räcka till*

Barnmorskorna uppgav brist på tid och kunskaper som påverkande faktorer för om gravida med psykisk ohälsa kunde identifieras och bemötas på ett korrekt sätt. Orsaker till kunskapsbrist hos barnmorskorna var bland annat avsaknad av utbildning om psykisk ohälsa hos gravida. Att begreppet psykisk ohälsa uppfattades som ett brett och oklart tillstånd som yttrade sig individuellt hos gravida innebar svårigheter att generalisera en modell för alla gravida med psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa beskrevs som ett stort område som kunde påverka vårdbehovet beroende på vilken grad av ohälsa och typ, aktuell situation och inverkan på graviditeten och föräldrabilivandet. Barnmorskorna beskrev tidsbrist som en stressfaktor som ledde till trötthet och otillräcklighet. Tidsbrist innebar att gravida inte kunde erbjudas tid för stödsamtal, vilket beskrevs som svårt och utmattande.

Goda på den nivå vi barnmorskor ska göra. Dåliga förutsättningar för att lotsa den gravida vidare pga dåligt med resurser inom psykosocialt team på primärvårdsnivå. Långa väntetider gör att mycket hamnar på mig som barnmorska. Tar mer tid, behöver utöka de ordinarie besöken vilket ibland är svårt pga fulla tidboken och då skapar det stress. Tillgång till konsultation med psykolog finns vilket är bra men ingen tillgång till handledning vilket skulle behövas. Risk för compassion fatigue när man har många gravida med psykisk ohälsa (25% har medicinsk och/eller psykologisk behandling under grav på vår mottagning). (Barnmorska 5).

Citatet ovan visar att trots goda förutsättningar att identifiera och möta behoven hos gravida med psykisk hälsa är goda på barnmorskornas nivå. Dock innebar resursbrist och tidspress till stress. Att konsultera med psykolog var en fördel men handledning saknades. Att en stor del av gravida lider av psykisk ohälsa kunde innebära risk för känslomässig utmattning.

Det framkom även önskemål om fortbildning inom psykisk ohälsa under och efter graviditet samt att psykisk ohälsa skulle få mer fokus i barnmorskeutbildningen.

### 5.2.2. *Att sakna stöd och resurser*

I motsats till *att ha tillgång till team och resurser* beskrev en del av barnmorskorna brister i samarbete och brist på tillgängliga resurser. Detta ledde fram till *att sakna stöd och resurser*. Barnmorskorna beskrev en ökad belastning när andra professioner inte gav gravida det stöd och hjälp som behövdes.

Väldigt olika. Ofta behövs utökat stöd med extrabesök eller förlängda rutinbesök. Min roll är inte alltid helt tydlig – när andra vårdgivare (oftast psykiatrin) inte kan bistå med rätt hjälp/vård så är upplevelsen att jag ofta behöver stötta upp runt pat. På ett sätt som egentligen inte ingår i mitt arbete. Jag månar om ett gott psykiskt mående i samband med graviditet och föräldrablivande vilket gör mig motiverad. Däremot känner jag frustration över att kompetens kring perinatal psykiatri är så låg både inom min egen organisation och andra ex Vårdcentral/ÖPV. MBHV-psykologerna är inte tillgängliga för pat med känd psykisk sjukdom vilket är helt fel tycker jag (Barnmorska 2).

Citatet ovan visade på hur rollen för barnmorskorna gällande vård av gravida med psykisk ohälsa blev otydlig när gravida inte gavs nödvändigt stöd och hjälp från psykiatrin eller mödravårdspsykologerna exempelvis. Kunskapsbrist inom organisationen och hos vårdcentral gällande psykisk ohälsa hos gravida lyftes fram som orsak till frustration.

En särskilt svår utmaning var att se hur gravida nekades vidare stöd och insatser trots att behovet fanns. Då behoven var tillgodosedda enligt andra mottagningar eller specialistmödravården erbjöds inga fler insatser, vilket innebar att graviditetskontrollerna då blev den enda vårdkontakten gravida fick därefter. Det framkom även att prioriteringar inom organisationen påverkade förutsättningar att möta behoven hos gravida med psykisk ohälsa då medicin prioriterades över psykiatri. Ett annat problem var långa vårdköer till psykiatrin. Bristen på resurser och samverkan ställde ökade krav och ökad belastning på barnmorskorna som då beskrev att det saknades stöd i vårdandet av gravida med psykisk ohälsa.

## 6. DISKUSSION

Nedan följer resultatdiskussion med resultatet i ett vidare sammanhang, metoddiskussion samt etisk diskussion. Resultatets subkategorier skrivs med kursiv text i fet stil för att urskilja från begreppen som beskrivs i det teoretiska perspektivet samt forskning.

### 6.1. Resultatdiskussion

Resultatet visade att **förutsättningar och möjlighet att vårda** bestod av ***att ha en stödjande och professionell roll*** och ***att ha tillgång till team och resurser***. Barnmorskorna beskrev erfarenheter av att vårda gravida med psykisk ohälsa av olika allvarlighetsgrader och med behov av stödjande insatser. Att ha verktyg för att identifiera psykisk ohälsa samt PM och riktlinjer vid vård av gravida med psykisk ohälsa gav barnmorskorna ett stöd i arbetet. Utöver individuella förutsättningar beskrevs även tillgång till teamsamverkan och andra instanser. **Utmaningar och hinder** bestod ***av att inte räcka till*** och ***att sakna stöd och resurser***. Förutsättningar att identifiera psykisk ohälsa och att möta behoven hos gravida med psykisk ohälsa varierade beroende på

kunskaper om psykisk ohälsa och tid. En reflektion över detta är att saknad utbildning om psykisk ohälsa under graviditet och dessutom tidsbrist får negativa konsekvenser för gravida som inte kunde erbjudas tillräckligt stöd. Resultatet visade att det även påverkade måendet hos barnmorskorna som beskrev en otillräcklighet. Barnmorskorna beskrev en stolthet i att vara barnmorskor och kunskaper om normal graviditet, samt förmågan att bemöta gravida på ett respektfullt och förtroendeingivande sätt. Barnmorskorna tog ett fortsatt ansvar efter remittering till andra professioner och instanser genom att fortlöpande följa upp måendet hos gravida och beskrev rollen som ”spindeln i nätet”. Det var viktigt att kunna erbjuda gravida mer tid vid behov. Detta visade på att barnmorskor följer upp och tar ett ansvar för gravida hela vägen.

**Att ha en stödjande och professionell roll** relateras till Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) som i teorin *den professionella barnmorskan* beskriver hur barnmorskor bygger ett partnerskap med gravida baserat på förtroende och genom att visa en *professionell omsorg* och genuin omtanke. Barnmorskor är tillgängliga som goda lyssnare och stödjer gravida genom att ge tid och aktiv respons (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). *Professionell omsorg* visade sig i resultatet genom att barnmorskorna skapade förtroendefulla relationer, att gravida vågade berätta under samtal och att barnmorskorna lyssnade. Det framkom även att det var viktigt att visa omtanke utan att gå över gränsen för professionalism. Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) beskriver vidare att med *professionell visdom* omsätter barnmorskorna teoretiska kunskaper i verklig handling på ett trygghetsskapande sätt. Barnmorskorna visar *professionell visdom* genom att ta ansvar för handlingar och beslut, vilket även innebär att ta hjälp av andra vid behov (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Resultatet visade att barnmorskorna tog ansvar för att remittera vid behov samt följde upp måendet över tid samt uppmärksammade om gravida inte fick tillräcklig hjälp och stöd. Dock berättade även barnmorskorna om tidspress och begränsade möjligheter att utöka samtalens duration och antal. Tid och att ta tiden att ge det stöd som gravida behöver är viktigt för att förmedla *professionell omtanke* som beskrivs av Halldorsdottir och Karlsdottir (2011). Brist på tid påverkar gravida negativt då Bayrampour m.fl. (2017) menar att gravida behöver kontinuitet för att bygga ett förtroende för barnmorskorna. Gravida kan behöva ett stöd och tid för att svara på frågor gällande psykisk hälsa och det kan finnas behov av stöd för att besvara formulären. Det är viktigt med bekräftelse och återkoppling för att gravida ska uppleva att barnmorskan visar omtanke (Bayrampour m.fl., 2017). I relation till resultatet bekräftar detta att barnmorskorna har en viktig roll och bör ges möjlighet att utöka duration och antal besök. Detta bekräftas ytterligare av Viveiros och Darling (2018) som i en studie visar att gravida uppger ett stort stöd och förtroende för barnmorskor jämfört med exempelvis psykiatriker. Gravida upplever att barnmorskor ser hela personen i stället för endast diagnosställande (Viveiros & Darling, 2018). Detta överensstämmer med resultatet som beskrev hur barnmorskorna hade en viktig stödjande och professionell roll samt byggde förtroendefulla relationer. Barnmorskorna såg behov av stöd och insatser hos gravida med psykisk ohälsa. I resultatet framkom det att barnmorskorna tog ansvar för att remittera gravida och söka stöd i team när gravida behövde stöd från annan kompetens. Dock visade resultatet även på en ojämn tillgång till teamsamverkan och resurser, baserat på svaren som skiljde mellan barnmorskorna gällande stöd, team och resurser. Brist på resurser och/eller samarbete medförde att barnmorskorna inte fick nödvändig avlastning. Barnmorskorna

beskrev att gravida hänvisades tillbaka till barnmorskorna eller ”faller mellan stolarna”. Även barnmorskor med tillräcklig kunskap och verktyg för att identifiera psykisk ohälsa kunde uttrycka frustration när gravida inte fick stödet och hjälpen som krävdes av andra professioner. Prioriteringar inom organisationen försvårade situationen då medicin prioriterades över psykiatri. Wickberg m.fl. (2019) menar att det saknas tillräckliga resurser för att behandla samtliga gravida med måttlig till allvarlig psykisk ohälsa idag. Reflektioner utifrån detta var att studien av Wickberg m.fl. (2019) därmed till del kunde förklara den ojämna tillgången till stöd och resurser som framkom i resultatet. Detta då studien visade att resurserna inte räcker till för att hjälpa samtliga med psykisk ohälsa. Vidare reflektion är att brist på resurser försvårar prioriteringar. I resultatet framkom inte andra professioners levda erfarenheter. Andra professioners berättelser hade möjligen bidragit till förståelse för orsaken till den upplevda bristen på stöd och resurser samt nedprioriteringen av psykiatri som beskrevs av barnmorskorna.

Att sakna tillräckliga kunskaper om psykisk ohälsa kan få barnmorskor att undvika ämnet (Fletcher m.fl., 2021). I kontrast till studien av Fletcher m.fl. (2021) visade resultatet att barnmorskorna inte undvek att samtala om psykisk ohälsa även om kunskaperna var begränsade. Barnmorskorna beskrev snarare utmaningarna med att uppfylla behoven av stöd och hjälp under korta besök och att samtala på djupet och bygga relationer på begränsad tid. Det överensstämmer med Baker m.fl. (2020) som i sin studie menar att ett kort besök är inte tillräckligt för barnmorskor att fånga upp berättelsen från gravida eller nå en fördjupad förtroendefull relation. Resultatet visade att brist på tid och kunskaper ledde till *att inte räcka till*. *Att inte räcka till* kunskapsmässigt eller tidsmässigt kan ses som en riskfaktor för utbrändhet. I resultatet nämndes *compassion fatigue* för att beskriva mental trötthet vid en stor del gravida med psykisk ohälsa. Det fanns behov av stöd och avlastning för att undvika upplevelsen av *att inte räcka till*. Att vara medveten om risken för utbrändhet beskrivs som en viktig aspekt av *personlig och professionell utveckling* (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Reflektioner utifrån detta gällande ansvar för eventuell utbrändhet är att faktorer som inte barnmorskorna råder över som exempelvis långa vårdköer, bristande kompetens inom organisationen, försvårar möjligheten för barnmorskorna att undvika utbrändhet. Vidare reflektioner är att om barnmorskorna utvecklar utmattningssyndrom och inte orkar arbeta eller utför arbetet på ett bristande sätt riskerar gravida att bli lidande på grund av bristande stöd.

Barnmorskor är enligt Haynes (2017) och Kohlhoff m.fl. (2019) den profession som har störst möjlighet att identifiera risk för och pågående psykisk ohälsa hos gravida genom att följa graviditeten uppdelat på flertalet besök, vilket ställer krav på ökad kunskap och stöd för barnmorskor. Verktyg som kan underlätta är olika screeningmetoder. Resultatet visade att EPDS kunde användas som ett verktyg för att identifiera psykisk ohälsa men inte kunde ersätta samtalet. Detta stämmer överens med Cox (2019) som menar att EPDS ska användas tillsammans med dialog utifrån frågor och svar. Resultatet visade att genom en förtroendefull relation kunde barnmorskorna ta del av berättelsen som sedan bekräftas av EPDS. För gravida som hade svårare att samtala om psykisk ohälsa kunde EPDS och formulär hjälpa enligt barnmorskorna. Däremot visade resultatet även att psykisk ohälsa kunde uppfattas av barnmorskorna som otydligt och svårt att urskilja från sorgereaktioner eller symptom relaterade till graviditeten. Enligt Jarret (2017) kan det bero på flera orsaker som att

symtomen på psykisk ohälsa kan döljas bakom normala graviditetsyndrom samt komplexiteten hos perinatal depression. Det är därmed viktigt att ta hänsyn till subjektiva och självrapporterade uppgifter från gravida för att identifiera psykisk ohälsa. Enligt den etiska koden ska barnmorskor kunna definiera behov hos gravida och säkra en rättvis fördelning av resurser enligt prioriteringar och tillgänglighet (Svenska Barnmorskeförbundet, 2020). Reflektioner är, utifrån resultatet i relation till den etiska koden, att det kan bli svårt att uppfylla kraven som ställs på barnmorskorna på grund av bristfälliga resurser och teamsamarbete samt tidspress. När barnmorskorna såg behovet av stödinsatser men gravida hänvisas tillbaka utan att få rätt stöd och hjälp visade beskrevs en ensamhet i rollen. Att resultatet visade olikheter gällande tillgång till utökade tider och teamsamarbete kan möjligen tyda på ojämlig vård. Det går således mot rättigheter till insatser för ett gott fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande som beskrivs under SRHR (Starrs, 2018). Barnmorskorna som saknade teamsamverkan eller möjlighet till handledning uttryckte ensamhet och att ansvaret lades på barnmorskorna när det egentligen krävdes insatser av andra professioner eller instanser. **Att sakna stöd och resurser** ökade pressen på barnmorskorna som tvingades ta ett ansvar utöver kompetensområdet. Enligt reflekterande bedömning av detta är att barnmorskorna ställs mellan kravet på att kunna hänvisa till andra professioner vid behov och att möta behoven hos gravida när andra professioner avsäger ansvar eller resurser saknas.

**Att ha tillgång till team och resurser** gav möjlighet att fokusera på det friska, att följa upp och återkoppla under graviditeten. Utifrån reflektioner över resultatet och forskningen samt kraven på barnmorskorna gällande kompetens och ansvar ses ett behov av ökad balans mellan utmaningar och förutsättningar. Barnmorskor har en unik och central roll med en särskild möjlighet att uppnå en förtroendefull relation och inspirerande till livsstilsförändringar och behandling, men är i behov av tid och resurser för att bemöta behoven vid psykisk ohälsa. Det är utifrån resultatet viktigt att barnmorskor får stöd av andra professioner och instanser för att ge en god vård samt fokusera på det friska i graviditeten med tryggheten i att samtliga aspekter tas om hand genom teamarbete och samverkan.

### **6.1.1. Resultatet i ett vidare sammanhang**

Resultatet visade på skillnader i levda erfarenheter hos barnmorskor av att ha tid, kunskap och resurser för att identifiera och möta behoven hos gravida med psykisk ohälsa. Barnmorskorna med goda förutsättningar beskrev en mer positiv syn på sin roll, däremot beskrev barnmorskorna med tidsbrist, otillräcklig kunskap, brist på teamsamverkan och resurser en otillräcklighet, frustration, stress och trötthet. Det framkom inte i resultatet om barnmorskorna arbetade i olika delar av landet. Dock kan resultatet möjligen tyda på att det finns en ojämn fördelning av resurser mellan barnmorskornas arbetsplatser. Det kan speglas mot Socialstyrelsen (2019) som menar att ojämn fördelning av kompetens och resurser inom hela hälso- och sjukvården är ett upprepat problem i hela landet. Jämlig vård kräver att hälso- och sjukvården arbetar tillsammans för att stärka kunskaper hos sjukvårdspersonalen och avlastning genom tillgängliga resurser så att varje profession får förutsättningar att utföra sitt arbete (Socialstyrelsen, 2019). Resultatet visade att barnmorskorna som saknade stöd och resurser tog ett stort ansvar för vården av gravida men upplevde en otillräcklighet då

behoven hos gravida överskred kompetens och möjlighet till utökade samtal hos barnmorskorna. Regionerna bör, enligt Socialstyrelsen (2019) ta ansvar för att utjämna skillnader i vården och därmed underlätta arbetet för vårdpersonalen. Statliga aktörer utvärderar, tar fram data och föreslår förbättringsområden för att underlätta regionernas arbete. En orsak till den ojämna fördelningen är regionernas förutsättningar, vilket är skillnader i befolkningsmängd- samt struktur, invånarnas varierande behov av vård inom eller mellan regioner (Socialstyrelsen, 2019). Samarbete mellan regioner skiljer sig i landet, några regioner samarbetar med andra regioner och andra inte (Socialstyrelsen, 2019). En viktig aspekt är tid och det behövs tillräckligt med tid att avsätta för att vårdpersonalen ska hinna ta del av berättelsen som krävs för en korrekt bedömning och handlingsplan. Det är viktigt att det finns tid för att delge information på ett förståeligt och mottagbart sätt. Att inte ha tillräckligt med tid ökar risken för såväl missförstånd som felbehandling (Socialstyrelsen, 2019). Vårdpersonalens bemötande är en förutsättning för delaktighet och patientsäker vård då ett negativt bemötande leder till undvikande av sjukvården. Delaktighet är viktigt för en fungerande vård, vilket förutsätter tid i mötet, kontinuitet, pedagogik och samordning (Socialstyrelsen, 2019).

## **6.2. Metoddiskussion**

Examensarbetet författades självständigt. Enkätundersökningen utformades utifrån syftet och förankrades hos handledare under ett handledningstillfälle i början av kursen för examensarbetet. Frågorna och enkätundersökningen godkändes av handledare för publicering. Efter godkännande för publicering genomfördes ingen pilotenkät. Författaren insåg att detta förbisets när enkätundersökningen redan var publicerad. Avsaknad av pilotenkät var en svaghet i examensarbetet då Olsson och Sörensen (2021) menar att en förberedande undersökning där frågorna testats är viktigt för att bedöma att forskningsprocessen gick att fullfölja. Författaren bedömde att svaren från respondenterna kunde besvara syftet och en revidering av frågorna var därmed inte nödvändigt för att slutföra examensarbetet. Hade det visat sig att frågorna inte resulterade i svar som besvarade syftet hade enkätundersökningen avbrutits och kontakt med handledare för att gå vidare med examensarbetet hade tagits. En nackdel med vald metod var att det inte är möjligt att barnmorskorna utveckla svaren. Att ställa följdfrågor hade varit möjligt vid intervjuundersökning där öppna frågor hade kunnat följas upp med ett mindre urval av följdfrågor enligt en intervjuguide vid behov (Danielson, 2017). Genom att välja enkätundersökningen som datainsamlingsmetod för kvalitativ ansats i stället för intervju var det dock möjligt att få fler deltagare samt mer variationsrika svar och erfarenheter genom att barnmorskor kunde delta oavsett var i landet de arbetade. Enligt Henricson och Billhult (2017) är ett variationsrikt material att föredra då det möjliggör skilda berättelser om fenomenet. Enkäter hör vanligen till kvantitativ studiedesign (Billhult, 2017) och därmed fanns inte någon analysmetod särskilt för kvalitativ analysmetod. Svaren från enkätundersökningen kunde däremot genom frågornas framställning och utgångspunkt från syftet användas för datainsamling vid kvalitativ studiedesign. Kvalitativ studiedesign kan innefatta olika former av datainsamlingsmetoder såväl i muntlig som skriftlig form (Henricson & Billhult, 2017). För att kontrollera att frågorna var relevanta för syftet

diskuterades enkätfrågorna med handledare som godkände publicering av enkäten. Det var viktigt att frågorna både passade syftet och var tydligt formulerat (Billhult, 2017). Författaren bedömde att det var lämpligt att inkluderingskriterier var barnmorskor med erfarenhet av att vårda gravida med psykisk ohälsa inom mödravården samt hade minst 6 månaders erfarenhet. Att barnmorskorna uppfyllde kriterierna kontrollerades med kontrollfrågor i enkätundersökningen. Inklusionskriterierna syftade till säkerställande av att respondenterna hade erfarenheter av det som efterfrågades. Enligt Henricson och Billhult (2017) är det viktigt att deltagarna har erfarenhet av det fenomen som undersökningen gäller (Henricson & Billhult, 2017). Svarstiden för respondenterna varierade mellan några minuter och närmare en timme. Möjligen hade deltagarna som gav korta svar bidragit med utförligare svar under intervju där det funnits möjlighet be om exempel, alternativt hade frågorna möjligen formulerats med uppmaning som ”utveckla gärna”. Flertalet gav dock utförliga svar som visade på likheter och skillnader. En reflektion utifrån detta är att det i efterhand inte går att bedöma med säkerhet att tillägget ”utveckla gärna” hade utvecklat svaren då det är möjligt att respondenten ändå hade valt att svara kortfattat. Hade författaren valt intervju som datainsamlingsmetod hade antalet intervjuer varit färre, beroende av att författaren ensam skulle ha genomfört intervjuerna och transkriberingarna. Detta hade möjligen resulterat i en lägre variation mellan erfarenheter, med avseende på skillnader mellan arbetsplatser exempelvis. Dock hade följdfrågor möjligen resulterat i ett mer variationsrikt resultat om undersökningen hade utförts som intervju relaterat till möjligheten att be deltagare utveckla eller ge exempel på situationer.

Frågorna som ställdes i enkätundersökningen var öppna för att barnmorskorna skulle ges möjlighet att beskriva sina erfarenheter utan att styras i en särskild riktning. Syftet med induktiv ansats är i motsats till deduktiv ansats inte avsedd att bekräfta en specifik tes utan att utläsa mönster ur data (Olsson & Sörensen, 2021). Under analysprocessen lästes svaren från enkätundersökningen noggrant flertalet gånger, analysen följde metodbeskrivningen enligt Graneheim m.fl. (2017) och Graneheim och Lundman (2004). Processen var dock inte linjär då det var nödvändigt att läsa materialet på nytt och att starta om analysen för att se materialet ur ett annat perspektiv. Detta berodde på att det tidigt i läsningen gick att identifiera mönster, vilket resulterade i att materialet delades upp i för många meningsbärande enheter samt att kategorier övervägdes för tidigt i analysen. För att motverka tolkning utifrån första intrycket och förförståelse började författaren om från början. Detta för att säkerställa att resultatet skulle spegla det som framkom under datainsamlingen. Mårtensson och Fridlund (2017) menar att genomföra analysen noggrant och med en så neutral inställning som möjligt är viktigt för *bekräftelsebarhet* (Mårtensson & Fridlund, 2017). Manifest innehållsanalys innebär dock inte avsaknad av tolkning då det är omöjligt att bearbeta data utan tolkning, utan innebär en mer sparsam tolkning än en latent innehållsanalys som kan innebära en hög tolkning av underliggande mening i data. En induktiv ansats är lämpligt för att hitta mönster och kategorisera data. Det finns en utmaning i att genomföra en induktiv innehållsanalys att säkra att resultatet uppkommer ur deltagarnas levda erfarenheter och inte utifrån förförståelse hos undersökaren (Graneheim m.fl., 2017). Förförståelsen inför examensarbetet var att det förekommer psykisk ohälsa hos gravida och att det kan ställa ökade krav på barnmorskor. Förförståelsen grundade sig i tidigare erfarenhet av arbete som specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. Författaren



hade ingen erfarenhet av att vårda gravida inom mödravård inför examensarbetet. Det fanns inget förväntat resultat inför enkätundersökningen gällande om barnmorskorna upplevde att de hade tillräcklig kompetens och resurser för att identifiera och möta behoven hos gravida med psykisk ohälsa. Enligt Mårtensson och Fridlund (2021) är det viktigt att reflektera över och diskutera förförståelsen för att uppnå *pålitlighet* i examensarbetet. Utifrån detta reflekterade författaren noggrant vid kategorisering och bearbetande av materialet för att undvika tolkning utifrån förförståelsen. Förförståelsen bidrog däremot till förståelse för det barnmorskorna berättade om relaterat till erfarenheten om att psykisk ohälsa kan vara ett komplext område som kräver förmåga att bygga vårdande relationer och att se till hela personen.

Resultatet diskuterades mot den tidigare forskningen samt tidigare referensram, vilket tyder på  *trovärdighet* och *överförbarhet* (Henricson, 2017). *Trovärdighet* uppnås genom att författaren presenterar information som visar på kännedom om det studerade området (Mårtensson & Fridlund, 2021). Genom en röd tråd från början till slut i examensarbetet uppnås en ökad  *trovärdighet* (Graneheim m.fl., 2017), vilket författaren har eftersträvat att uppnå i examensarbetet genom att använda relevant information och forskning i bakgrunden som leder fram till problemformulering och syfte. Mårtensson och Fridlund (2017) beskriver att *överförbarhet* är beroende av att arbetet uppfyller  *trovärdighet*, *pålitlighet* och *bekräftelsebarhet*. En *överförbarhet* innebär att examensarbetets resultat är överförbart till andra grupper eller kontext samt situationer (Mårtensson & Fridlund, 2017). Utifrån detta har resultatet presenterats utifrån kategorier och respektive subkategorier, vilket förstärktes med citat från barnmorskorna. Antalet citat som valdes ut var däremot färre än antalet respondenter, maximalt ett citat per respondent. Respondenterna som inte blev citerade inkluderades i den bearbetade löpande texten. Användande av citat syftade till att illustrera och stärka den löpande texten i resultatet. I resultatdiskussionen jämfördes resultatet med forskning, teoretisk referensram, etisk kod samt i ett vidare sammanhang.

### 6.3. Etisk diskussion

Examensarbetet föll inte under lagen SFS 2003:460 gällande krav på etisk prövning. Att däremot skicka ansökan till universitetets etiska råd (Mälardalens Universitet, 2022) kunde säkra att etiska överväganden gjordes. Ansökan där examensarbetets syfte, metod och etiska övervägningar presenterades fick då godkänt med mindre ändringar som skulle godkännas av handledare. Handledare godkände ansökan efter att ändringarna genomförts.

När etiska överväganden gjordes övervägdes fyra etiska principer för att säkra att nyttan var större än riskerna med undersökningen. Principerna var *forskningskravet*, *individskyddskravet*, *nyttjandekravet* och *konfidentialitet*. Examensarbetet bedömdes medföra en nytta som övervägde individskyddskravet. Nyttan var att genom undersökningen få en ökad förståelse för barnmorskors erfarenheter av att vårda gravida med psykisk ohälsa. Vilket kan användas för att visa på förbättringsområden för arbetssituationen för barnmorskor och förbättra vården för gravida med psykisk ohälsa, men även visa det som fungerar enligt barnmorskornas erfarenheter. Det innebär att forskningskravet bedömdes

överväga *individskyddskravet*, vilket innebär att undersökningen inte får orsaka skada eller men för individen som studeras. Barnmorskorna svarade på enkätundersökningen i egenskap av yrkesverksam person och inte privat. Ingen personliga eller känsliga privata uppgifter efterfrågades. Att forskningskravet kunde bedömas överväga individskyddskravet innebar även att nyttjandekravet blev tillgodosett. Deltagarna fick information först i kort form vid inbjudan, sedan en mer omfattande information som presenterades i enkätundersökningen. Att informera deltagarna var ett krav för att uppfylla *informationskravet* (Vetenskapsrådet, 2017). Deltagarna fick endast skriftlig information vid inbjudan, möjligheten att kontakta författare via mejl eller handledare via mejl eller telefon gav deltagarna möjlighet att ställa frågor.

Hade någon valt att kontakta via mejl hade identiteten hos deltagaren inte delats med någon annan för att säkra så god anonymitet som möjligt. Ingen av barnmorskorna valde att kontakta författaren. Deltagarna ombads att inte skriva personuppgifter i sina svar, vilket ingen deltagare gjorde. Att inte samla in personuppgifter ledde till att kravet för *konfidentialitet* uppnåddes (Vetenskapsrådet, 2017). Enligt Olsson och Sörensen (2021) innebär *anonymitet* att data är avidentifierat och varken forskaren eller obehöriga kan urskilja identiteten hos deltagaren. Utifrån definitionen av *anonymitet* och att deltagarna inte kontaktade författaren eller skrev personuppgifter i enkätsvaren var deltagandet anonymt.

För att säkra att *samtyckeskravet* (Vetenskapsrådet, 2017) uppfylldes var första frågan tvingande att besvara, det vill säga obligatorisk för att kunna skicka in svaret på enkätundersökningen. Efter det var det frivilligt att besvara frågorna helt eller delvis samt att avsluta om så önskades genom att stänga ner enkäten utan att skicka in enkätsvaret. Ingen avbruten enkät redovisades i Microsoft Forms. Det var därför inte möjligt att veta om det var en eller flera som avbröt deltagandet då informationen om eventuella avbrutna svar inte delades med författaren.

## 7. SLUTSATS

Barnmorskor möter gravida med olika former av psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa är ett brett begrepp som varierar i allvarlighetsgrad med stor variation av stöd. Detta ställer särskilda krav på barnmorskor att identifiera behov av stöd, när problematiken kräver stöd från andra professioner samt ett förtroendeingivande bemötande. Det finns skillnader i förutsättningar och utmaningar för att barnmorskor ska ge gravida med psykisk ohälsa nödvändigt stöd och insatser. Att ha erfarenhet, förtroendeingivande förhållningssätt, kunskaper, verktyg och tid samt samarbete är viktiga faktorer för att identifiera och möta behoven hos gravida med psykisk ohälsa. Skillnader i förutsättningar och utmaningar mellan barnmorskor innebär att det finns barnmorskor som upplever att de arbetar ensamma utan stöd för att ge gravida med psykisk ohälsa god vård. Detta medan andra barnmorskor har stöd i såväl kunskap, verktyg och samverkan i team samt tillgängliga resurser. Det innebär skillnader i såväl

arbetsbelastning som ansvar och tidspress och arbetsförhållanden mellan barnmorskor samt vårdkvalitet för gravida med psykisk ohälsa.

## **8. KLINISKA IMPLIKATIONER**

Resultatet kan bidra till förbättringsarbete gällande mödravårdsbesök under graviditet. Att se över avsatt tid för besök och möjligheten att utöka besökstider i duration och/eller antal. Om möjligheten saknas visar det på att barnmorskor har ett tidspressat schema i förhållande till behov. Det skulle kunna leda till att verksamheten ser ett behov av att anställa fler barnmorskor eller avlasta barnmorskor inom andra möjliga områden.

Resultatet visade behov av utökade kunskaper om psykisk ohälsa under graviditet både för att identifiera samt möta behoven hos gravida. Det skulle kunna ske genom utbildning internt i grupper med blandade professioner eller genom uppdragsutbildning.

Vikten av teamarbete och samverkan framkom tydligt i resultatet. Genom att hålla möten på arbetsplatsen där barnmorskor och andra professioner kommer till tals kan ansvarsfördelning diskuteras, vilket kan leda till ett förbättrat samarbete samt uppstart eller förbättring av ronder.

Resultatet visade en avsaknad av handledning. Handledningstillfällen där barnmorskor delar erfarenheter och reflektioner med erfaren psykolog skulle möjligen stärka såväl förståelse för varandra som för individuella reaktioner. Det skulle möjligen leda till att barnmorskorna upplever en ökad trygghet i att samtala med gravida med psykisk ohälsa.

## **9. FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING**

Enligt Olsson och Sörensen (2021) är det omöjligt att undersöka allt i en studie, eller som nu examensarbete. Forskare tar stöd i tidigare forskning och inspireras till nya studier. Genom att undersöka olika perspektiv med hjälp av nya undersökningar kan en bredare förståelse uppnås såväl som fördjupning inom enskilda faktorer eller områden. Det som inte framkommer i en undersökning kan med ett annat syfte och frågeställning bli en grund för att starta en ny undersökning eller ett forskningsprojekt.

Den tidigare forskningen (se artikelmatris, bilaga D) om psykisk ohälsa under graviditet i Sverige är med kvantitativ ansats. För att få en mer fördjupad förståelse av barnmorskors erfarenhet av att vårda gravida med psykisk ohälsa inom mödravården är det lämpligt att genomföra studier med kvalitativ studiedesign. Förslag på inriktningar:

- Att beskriva barnmorskors erfarenheter av att upprätta vårdplan vid vård av gravida med psykisk ohälsa.
- Att beskriva barnmorskors erfarenheter av att hantera tid och besöksplanering vid vård av gravida med psykisk ohälsa.
- Barnmorskors erfarenheter av att prioritera behov av stöd vid vård av gravida med psykisk ohälsa.
- Barnmorskors erfarenheter av att samarbeta med psykiatrin vid vård av gravida med psykisk ohälsa.

För att få en fördjupad förståelse för gravida med psykisk ohälsa under graviditet kan det vara lämpligt att undersöka, med kvalitativ studiedesign:

- Att beskriva erfarenheter av att lida av psykisk ohälsa under graviditet.
- Att beskriva erfarenheter av mödravården under graviditet med psykisk ohälsa.
- Att beskriva hur nyblivna föräldrar upplever anknytningen efter en graviditet med psykisk ohälsa.

Fortsatta kvantitativa undersökningar kan vidare jämföra skillnader mellan regioner och orter, skillnader beroende på befolkningsmängd och befolkningsstruktur, gällande tillgång och efterfrågan av barnmorskor och andra professioner som ingår i mödravårdens arbete. Samma typ av studie skulle kunna genomföras för att kartlägga psykisk ohälsa bland gravida i landet och nöjdhet med vården.

## REFERENSLISTA

- American Psychiatric Association. (2013). *Mini-D 5 Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press.
- Baker, N., Gillman, L., & Coxon, K. (2020). Assessing mental health during pregnancy: an exploratory qualitative study of midwives' perceptions. *Midwifery*, 86, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102690>
- Bayrampour, H., McNeil, D A., Benzies, K., Salmon, C., Gelb, K., & Tough, S. (2017). A qualitative inquiry on pregnant women's preferences for mental health screening. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1512-4>
- Billhult, A. (2017). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 121-132). Studentlitteratur.
- Blomdahl Wetterholm. (2018). Bättre perinatalpsykiatrisk vård genom integrerat samarbete. *Läkartidningen*, 115, 1-4. <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/EditorialFiles/ES/%5BE9ES%5D/E9ES.pdf>
- Cox, J. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *The British Journal of Psychiatry*, 214 (3), 127–129. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.245>
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143-
- Fletcher, A., Murphy, M., & Leahy-Warren, P. (2021). Midwives' experiences of caring for women's emotional and mental well-being during pregnancy. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9/10), 1403-1416. <https://doi.org/10.1111/jocn.15690>
- Folkhälsomyndigheten (2020). *Nedsatt psykiskt välbefinnande*. Hämtad 2022-10-20 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-nedsatt-psykiskt-valbefinnande>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S I. (2011). The Primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 806-817. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>

- Haynes, E. (2017). Reaching women with perinatal mental illness at the booking-in appointment. *International Journal of Health Governance*, 23(1), 38-45. <https://10.1108/IJHG-08-2017-0044>
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111-119). Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2017). Forskningsprocessen. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 43-55). Studentlitteratur.
- Hildingsson, I., Nilsson, J., Merio, E., & Larsson, B. (2021). Anxiety and depressive symptoms in women with fear of birth: A longitudinal cohort study. *European Journal of Midwifery*, 5(32), 1-9. <https://doi.org/10.18332/ejm/138941>
- Hildingsson, I., & Rubertsson, C. (2022). Depressive symptoms during pregnancy and after birth in women living in Sweden who received treatments for fear of birth. *Archives of women's mental health*, 25, 473-484. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01213-z>
- Jarrett, P M. (2017). How do women's self-report symptoms impact on identification of perinatal mental health problems? *The journal of mental health training, education and practice*, 12(3), 173-187. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-06-2016-0029>
- Josefsson, A., & Lilliecreutz. (2021). Psykisk sjukdom i samband med graviditet. I G. Ajne, M. Blomberg & Y. Carlsson (Red.), *Obstetrik* (s. 517-525). Studentlitteratur.
- Kohlhoff, J., Cibralic, S., Tooke, S., Hickinbotham, R., Knox, C., Roach, V., & Barnett, B. (2021). Health professional perspectives on an antenatal mental health screening program in a private hospital. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 61(6), 891-897. <https://doi.org/10.1111/ajo.13394>
- Lilliecreutz, C., Josefsson, A., Mohammed, H., Josefsson, A., & Sydsjö, G. (2020). Mental disorders and risk factors among pregnant women with depressive symptoms in Sweden – A case control study. *Acta obstet Gynecol Scand*, 100, 1068-1074. <https://doi.org/10.1111/aogs.14051>
- Mälardalens Universitet (MDU). 2022. Forskningsetik och god forskningsed. Hämtad 2022-10-19 från <https://www.mdu.se/forskning/etik>
- Microsoft. (u.å.). *Kan någon som inte har ett Microsoft-konto ta min undersökning eller mitt test?* Hämtad 2022-04-13 från <https://support.microsoft.com/sv-se/office/kan-nagon-som-inte-har-ett-microsoft-konto-ta-min-undersokning-eller-mitt-test-41d26559-8fa9-4e3d-b88e-0bb316764e0e>
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*, (s. 421-438). Studentlitteratur.
- Olson, H., & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen*. Liber.

- Rubertsson, C., & Skalkidou (2021). Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I G. Ajne, M. Blomberg & Y. Carlsson (Red.), *Obstetrik*. (s. 151-165). Studentlitteratur.
- Rubertsson, C., Pallant, J F., Sydsjö, G., Haines, H M., & Hildningsson, I. (2014). Maternal depressive symptoms have a negative impact on prenatal attachment – findings from a Swedish community sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(2), 153-164. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2014.992009>
- SFS 2003:460. Etikprövning av forskning som avser människor: Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2019). Arbetssätt för jämlik vård Redovisning av metodutvecklingsprojekt på Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6636.pdf>
- Starrs., A M., Ezeh, A C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J T., Blum, R., Coll-seck, A M., Gover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z A., Say, L., Serour, G I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., & Ashford, L S. (2018). Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, 391, 2642-2692. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
- Sunnqvist, C., Sjöström, K., & Finnbogadóttir, H. (2019). Depressive symptoms during pregnancy and postpartum in women and use of antidepressant treatment – a longitudinal cohort study. *International Journal of Women's Health*, 11, 109-117. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S185930>
- Svenska Barnmorskeförbundet. (2020). *Den Internationella etiska koden för barnmorskor*. Hämtad 2022-09-28 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/05/Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>
- Sydsjö, G., Möller, L., Lilliecreutz, C., Bladh, M., Andolf, E., & Josefsson, A. (2014). Psychiatric illness in women requesting caesarean section. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(3), 351-358. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12714>
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningsed*. Hämtad 2022-04-13 från [https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed\\_VR\\_2017.pdf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf)
- Viveiros, C J., & Darling, E K. (2018). Barriers and facilitators of accessing perinatal health services: The perspectives of women receiving continuity of care midwifery. *Midwifery*, 65, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.018>
- Wangel, A-M., Schei, B., Ryding, E L., Östman, M., & The Bidens study group. (2012). Mental health status in pregnancy among native and non-native Swedish-speaking women: a Bidens study. *Acta obstet gynecol scand*, 91, 1395-1401. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01512.x>

Wickberg, B., Bendix, M., Blomdahl Wetterholm, M., & Skalkidou, A. (2020). Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Sweden. *BJPsych International*, 17(1), 6-7. <https://doi.org/10.1192/bji.2019.23>



## **BILAGA A KORT INBJUDAN TILL ENKÄT**

Hej barnmorskor med erfarenhet av att vårda gravida med psykisk ohälsa!

Mitt namn är Jeanette och jag studerar till barnmorska vid Mälardalens Universitet. I utbildningen ingår ett examensarbete. Syftet är att beskriva barnmorskors erfarenhet av att vårda gravida med psykisk ohälsa inom mödravården. Metoden är en kvalitativ webbaserad enkät, via Microsoft Forms som inte kräver inloggning och du ombeds att inte ange personuppgifter.

För mer info samt för deltagande följ länken nedan:

<https://forms.office.com/r/kZ7NJevHk3>

Tack på förhand! Med vänliga hälsningar Jeanette Rubensson

# **BILAGA B INFORMATION TILL DELTAGARE**

## **Vårda gravida med psykisk ohälsa inom mödravården - barnmorskors erfarenheter**

### **Tillfrågan om deltagande i undersökning "Barnmorskors erfarenheter av att vårda gravida med psykisk ohälsa inom mödravården" - en kvalitativ webbaserad enkät.**

Hej!

Mitt namn är Jeanette Rubensson och jag är student på Barnmorskeprogrammet vid Mälardalens Universitet i Västerås. I utbildningen ingår ett examensarbete i form av en uppsats där jag har valt att genomföra en webbaserad enkätundersökning som ska analyseras med kvalitativ metod. Syftet med den här webbaserade enkäten är att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda gravida med psykisk ohälsa inom mödravården.

Du som deltar ska ha arbetat som barnmorska under minst 6 månader och ha erfarenhet av att vårda gravida med psykisk ohälsa inom mödravården. Det kan vara oro, ångest, förlossningsrädsla, kvarstående ambivalens till graviditet, lindrig till allvarlig depression som uppstått före eller under graviditeten, tidigare bipolär störning eller psykos samt andra psykiatriska störningar och funktionshinder.

Resultatet från undersökningen kommer att publiceras som en uppsats på Diva-portalen samt eventuellt en vetenskaplig artikel. Era personuppgifter kommer inte att delas med någon utomstående i de fall ni kontaktar mig angående undersökningen. Texterna i svaren kan visas för handledare på Mälardalens Universitet för att säkra analysen stämmer överens med era svar och jag kan även komma att behöva skriva ut texterna. Jag kommer inte att skriva ut några personuppgifter. Ni ombeds att inte skriva ut personuppgifter i era svar. I examensarbetet kommer citat att presenteras för att förstärka resultatets trovärdighet.

Undersökningen är frivillig och du kan avbryta din medverkan om du så önskar, dock kan du inte återkalla din enkät efter att du skickat in den då den är anonym.

Med vänlig hälsning

Jeanette Rubensson

jrn19004@student.mdu.se

Handledare: Magdalena Mattebo, ämnesföreträdare/lektor/docent/barnmorska.

magdalena.mattebo@mdu.se

021-103108

Box 883, 721 23 Västerås Tfn: 021-10 13 00

Box 325, 631 05 Eskilstuna Tfn: 016-15 36 00  
E-post: [info@mdu.se](mailto:info@mdu.se) Webb: [www.mdu.se/hvv](http://www.mdu.se/hvv)

## BILAGA C ENKÄTFRÅGOR

1.Härmed intygar jag att jag har läst informationen som angivits under undersökningens presentation och ger mitt medgivande till deltagande i studien. Jag är medveten om att det är frivilligt att slutföra studien och att jag kan avbryta mitt deltagande om jag önskar.

Ja, jag vill delta i undersökningen

2.Hur länge har du arbetat som barnmorska? (Frågan är för att säkerställa att du uppfyller kriterierna för att delta i undersökningen).

mindre än 6 månader

mer än 6 månader

3.Har du arbetat med gravida inom mödravården som visat symtom på eller med konstaterad psykisk ohälsa? (Frågan är för att säkerställa att du uppfyller kriterierna för att delta i undersökningen).

Ja

Nej

4.Vill du berätta lite om vilka former av psykisk ohälsa som de gravida du mött i ditt arbete lidit av?

5.Hur erfar du din roll som barnmorska under graviditet där psykisk ohälsa förekommer?

6. Hur erfar du dina förutsättningar för att identifiera gravida med psykisk ohälsa?

7.Hur erfar du dina förutsättningar för att möta behoven hos gravida med psykisk ohälsa?

8.I de fall (om) du hänvisat den gravida till andra professioner på grund av psykisk ohälsa, hur har din roll varit därefter?

9.Har du varit med om ett särskilt svårt fall av psykisk ohälsa där du kan berätta om din erfarenhet i rollen som barnmorska?

10.Har du något övrigt du vill berätta om avseende dina erfarenheter av att vårda gravida med psykisk ohälsa?

Skicka

## BILAGA D ARTIKELMATRIS

Art. Nr:	Författare Titel Tidskrift År Land	Syfte	Metod Material Urval Design	Resultat
1	Baker, N., Gillman, L., & Coxon, K.  <i>Assesing mental health during pregnancy: an exploratory qualitative study of midwives' perceptions.</i>  Midwifery.  2020.  England.	Att identifiera barnmorskors perspektiv på barriärer och möjligheter att screena för mental hälsa under graviditet med användande av aktuella riktlinjer i UK.	Kvalitativ ansats.  Fokusgrupper.  9 barnmorskor.  Tematisk analys.	Tre nyckelteman; systemfaktorer, sociala faktorer och förtroende.
2	Bayrampour, H., McNeil, D A., Benzies, K., Salmon, C., Gelb, K., & Tough, S.  A qualitative inquiry on pregnant women's preferences for mental health screening.  BMC Pregnancy and Childbirth.  2017.  Canada.	Att förstå kvinnors perspektiv på olika hälsoscreeningsmetoder och uppfattning av kommunikation och konstaterande av psykisk ohälsa under graviditet.	Kvalitativ ansats.  Semi-strukturerade intervjuer.  15 kvinnor.  Tematisk analys.	Det skiljde sig åt mellan kvinnorna gällande vilken metod de föredrog. Kvinnor med tidigare känd problematik föredrog överlag en öppen kommunikation medan kvinnor som inte hade tidigare konstaterad psykisk ohälsa upplevde att det var svårt att öppna sig. Att inte förstå eller känna igen känslorna samt rädsla försvårade samtal.

3	<p>Fletcher, A., Murphy, M., &amp; Leahy-Warren, P.</p> <p><i>Midwives' experiences of caring for women's emotional and mental well-being during pregnancy.</i></p> <p>Journal of Clinical Nursing.</p> <p>2021.</p> <p>Irland.</p>	<p>Att undersöka barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnors emotionella och mentala välbefinnande under graviditet.</p>	<p>Kvalitativ ansats.</p> <p>Semi-strukturella intervjuer.</p> <p>10 barnmorskor.</p> <p>Tematisk innehållsanalys.</p>	<p>Tre framträdande teman; <i>medvetenhet om perinatal mental hälsa, diskutera välbefinnande och kvinnan har något att avslöja.</i></p> <p>Temana innefattar en beskrivning av barnmorskornas medvetenhet, förmåga att uppfatta och bedöma mentalt välbefinnande under graviditet samt att diskutera och identifiera barriärer och möjligheter.</p>
4	<p>Halldorsdottir, S., &amp; Karlsdottir, S I.</p> <p>The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery.</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences.</p> <p>2011.</p> <p>Island.</p>	<p>Att skapa en teori om självstärkande av kvinnor under barnalstrande perioden med fokus på barnmorskans professionalism för att besvara frågan om vad som gör en barnmorska till <i>en bra barnmorska</i>.</p>	<p>Kvalitativ ansats</p> <p>Tidigare studier av författarna</p> <p>9 artiklar av författarna, jämfördes med ca 300 artiklar.</p> <p>Teoretisk syntetisering</p>	<p>5 faktorer;</p> <p>Den goda barnmorskans professionella omtanke.</p> <p>Den goda barnmorskans professionella visdom.</p> <p>Den goda barnmorskans professionella kompetens.</p> <p>Den goda barnmorskans interpersonella kompetens.</p> <p>Den goda barnmorskans personliga och professionella utveckling.</p>

5	<p>Haynes, E.</p> <p><i>Reaching women with perinatal mental illness at the booking-in appointment.</i></p> <p>International Journal of Health Governance.</p> <p>2017.</p> <p>England.</p>	<p>Att få inblick i de positiva framtidsvinsterna av att nå fram till kvinnor med perinatal psykisk ohälsa vid det första inskrivningsbesöket, en unik möjlighet som skulle kunnat användas för att bredda upptäckter, medvetenhet och förebyggande av psykisk sjukdom under den perinatale perioden.</p>	<p>Forskningsrapport.</p> <p>Litteraturstudie.</p>	<p>Korta besök, stress, kostnader för resor och besök utgör hinder för att identifiera psykisk ohälsa. Att identifiera psykisk ohälsa först efter förlossningen kan vara för sent och redan ha hunnit orsaka skada på kvinnan, barnet och familjen.</p>
6	<p>Hildingsson, I., Nilsson, J., Merio, E., &amp; Larsson, B.</p> <p>Anxiety and depressive symptoms in women with fear of birth: A longitudinal cohort study.</p> <p>European Journal of Midwifery.</p> <p>Sverige.</p> <p>2021.</p>	<p>Att undersöka prevalens och förändringar i ångest och depressiva symtom hos gravida kvinnor med förlossningsrädsla. Det andra syftet var att undersöka associationer mellan ångestsymtom och depression med prenatal anknytning.</p>	<p>Kvantitativ ansats.</p> <p>Frågeformulär i mitten av graviditeten, slutet av graviditeten samt 2 månader efter förlossningen.</p> <p>77 gravida med förlossningsrädsla.</p> <p>Statistisk analys med SPSS version 24.</p>	<p>Ångestsymtom var vanligare än depressiva symtom. Ångest var associerat med låg utbildning, negativa känslor inför förlossningen samt förlossningsrädsla. Var femte kvinna hade både ångest- och depressiva symtom med samtidig förlossningsrädsla. Depression eller kombinerad problematik hade negativ påverkan på perinatal anknytning.</p>
7	<p>Hildingsson, I., &amp; Rubertsson, C.</p> <p>Depressive symptoms during pregnancy and after birth in women living in Sweden who</p>	<p>Att undersöka prevalensen av depressiva symtom och associerade faktorer hos kvinnor som behandlades för förlossningsrädsla; internetbaserad kognitiv terapi, rådgivning med</p>	<p>Kvantitativ ansats.</p> <p>Frågeformulär i andra trimestern och 2 månader efter förlossning.</p> <p>422 kvinnor med förlossningsrädsla.</p>	<p>Depressiva symtom under graviditet i relation till bakgrundsfaktorer. Depressiva symtom efter förlossning i relation till bakgrundsfaktorer. Förändringar i depressiva symtom</p>

	<p>received treatments for fear of birth.</p> <p>Archives of women's mental health.</p> <p>2022.</p> <p>Sverige.</p>	<p>barnmorskor, kontinuerlig kontakt med en barnmorska eller standardvård.</p>	<p>Beskrivande analys.</p>	<p>över tid. Banor av depressiva symtom.</p>
8	<p>Jarret, P M.</p> <p>How do women's self-report symptoms impact on identification of perinatal mental health problems?</p> <p>The journal of mental health training, education and practice.</p> <p>2017.</p> <p>England.</p>	<p>Syftet har två sidor: att undersöka kvinnors självrapporterade symtom för perinatal depression och att förstå hur symtomen som kvinnorna presenterar påverkar identifiering.</p>	<p>Kvalitativ ansats</p> <p>Webbforum</p> <p>Kvinnor</p> <p>Deduktiv tematisk analys</p>	<p>Triggers för graviditetsrelaterad depression: tidigare sjukdom. Tankar: negativa tankar om sig själv, våldsamma tankar, inte värdig hjälp, förminsakar. Humör: rädsla, oro, ångest. Somatiska eller fysiska symtom på depression: hetsätning, låg energi, magproblem. Beteende: våldsamhet, aggression och okontrollerade utbrott, låg motivation.</p>
9	<p>Kohlhoff, J., Cibralic, S., Tooke, S., Hickinbotham, R., Knox, C., Roach, V., &amp; Barnett, B.</p> <p>Health professional perspectives on an antenatal mental health screening program in a private hospital.</p> <p>Australian &amp; New Zealand Journal of</p>	<p>Den här studien undersökte hälso- och sjukvårdspersonals perspektiv på Pre-admission Midwife Appointment Program (PMAP), ett screeningprogram för prenatal mental hälsa vid Mater Hospital, Sydney.</p>	<p>Kvalitativ ansats.</p> <p>Fokusgrupper eller individuella intervjuer.</p> <p>9 barnmorskor och 3 medicinska specialister.</p> <p>Kvalitativ tematisk analys.</p>	<p>Fem huvudteman och tre subteman: omedelbara fördelar för kvinnor (identifiera kvinnor i risk; hänvisa till stödsatser, stödja och utbilda kvinnor), förbättrad vårdkvalitet överlag på sjukhus: dilemma med närvarande partner; faktorer</p>



	<p>Obstetrics &amp; Gyneacology.</p> <p>2021.</p> <p>Australien.</p>			och rekommendationer för programmet).
10	<p>Lilliecreutz, C., Josefsson, A., Mohammed, H., Josefsson, A., &amp; Sydsjö, G.</p> <p>Mental disorders and risk factors among pregnant women with depressive symptoms in Sweden – A case control study.</p> <p>Acta obstet Gynecol Scand.</p> <p>2020.</p> <p>Sverige.</p>	<p>Att beskriva mental sjukdom och riskfaktorer för kvinnor med depressiva symtom med Edinburgh Postnatal Depression Scale under första trimestern och att jämföra dem med gravida kvinnor utan depressiva symtom.</p>	<p>Kvantitativ ansats.</p> <p>Frågeformulär.</p> <p>2271 kvinnor</p> <p>Statistisk analys, SPSS version 23.</p>	<p>Totalt 149 (6,6%) screenades positivt. Det var vanligt att ha minst en mental diagnos eller riskfaktor för mental diagnos, som depression och ångest eller allvarlig förlossningsrädsla. Det var även vanligare bland de som screenades positivt att röka, ha låg utbildning, utan arbete eller sjukskrivna. EPDS är ett värdefullt verktyg för att identifiera depression eller andra mentala diagnoser tidigt i graviditeten.</p>
11	<p>Rubertsson, C., Pallant, J F., Sydsjö, G., Haines, H M., &amp; Hildingsson, I.</p> <p><i>Maternal depressive symptoms have a negative impact on prenatal attachment – findings from a Swedish community sample.</i></p>	<p>Att utvärdera anknytning och dess association till demografiska faktorer såväl som emotionellt välbefinnande genom att använda en standardmätning för prenatal anknytning under graviditet.</p>	<p>Kvantitativ ansats.</p> <p>Två formulär: en i gestagenvecka 8-9 och en i gestagenvecka 36.</p> <p>918 kvinnor genomförde den första, varav 775 kvinnor besvarade den andra.</p> <p>Statistisk analys.</p>	<p>Kvinnor med höga värden för depression visade sig ha lägre grad av anknytning. Brist på stöd av partner eller annan anhörig ledde även till lägre grad. Anknytningen kunde även associeras med känslor inför den kommande förlossningen.</p>

	Journal of Reproductive and Infant psychology.  2014.  Sverige.			
12	Sunnqvist, C., Sjöström, K., & Finnbogadóttir.  Depressive symptoms during pregnancy and postpartum in women and use of antidepressant treatment – a longitudinal cohort study.  <i>International Journal of Women's Health.</i>  2019.  Sverige.	Att undersöka huruvida kvinnor som rapporterade symtom på depression och upp till 1,5 år post partum, som rapporterade partnervåld eller inte, behandlades med antidepressiva läkemedel.	Kvantitativ ansats.  EPDS och andra formulär. EPDS jämfördes i början av graviditeten, i slutet av graviditeten samt postpartum.  1939 kvinnor.  Statistisk analys.	EPDS 13 p och uppåt förekom hos 10.1%
13	Sydsjö, G., Möller, L., Lilliecreutz, C., Bladh, M., Andolf, E., & Josefsson, A.  <i>Psychiatric illness in women requesting caesarean section.</i>  An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.  2014.  Sverige.	Att jämföra psykiatrisk sluten- och öppenvård under 5 år hos förstföderskor som förlöst med kejsarsnitt på egen begäran med alla andra kvinnor som födde barn under samma period.	Kvantitativ ansats.  Register.  Samtliga förstföderskor under åren 2002-2004, antal 64834.  Statistisk analys, Pearson's chi-square test. SPSS, version 19.	Förstföderskor som begärt kejsarsnitt stod ut jämfört med resterande förstföderskor; äldre, använde mer tobak, lägre utbildningsnivå, mer somatiska sjukdomar och hade ofta psykiatriska diagnoser. 10 % hade någon psykiatrisk diagnos och risken att föda med kejsarsnitt på egen begäran ökade signifikant vid psykiatrisk

				diagnos under senaste 5 åren.
14	<p>Viveiros, C J., &amp; Darling, E K.</p> <p><i>Barriers and facilitators of accessing perinatal health services: The perspectives of women receiving continuity of care midwifery.</i></p> <p>Midwifery.</p> <p>2018.</p> <p>Canada.</p>	<p>Att utforska vilka faktorer barnmorskevårdstagare uppfattar för att förebygga eller underlätta tillgången till psykisk vård i den perinatale perioden.</p>	<p>Kvalitativ ansats.</p> <p>Semi-strukturella intervjuer och fokusgrupper.</p> <p>16 mödrar som nyligen fått mödravård.</p> <p>Tematisk analys.</p>	<p>Fem framträdande teman: kulturella värderingar, kunskap, relationer, flexibilitet och glapp i systemen. Varje tema delades upp i barriärer och förutsättningar. Barnmorskor står för kontinuerlig, kvinnocentrerad vård, informerat val och tryggar resultatet av behandlig, men är även beroende av resurser.</p>
15	<p>Wangel, A-M., Schei, B., Ryding, E L., Östman, M &amp; The Bidens study group.</p> <p><i>Mental health status in pregnancy among native and non-native Swedish-speaking women: a Bidens study.</i></p> <p>2012.</p> <p>Sverige.</p>	<p>Att beskriva den mentala hälsostatusen hos infödda och icke-infödda svensktalande gravida kvinnor och undersöka riskfaktorer för depression och posttraumatiskt stressyndrom (PTS).</p>	<p>Kvantitativ ansats.</p> <p>Frågeformulär.</p> <p>1003 kvinnor.</p> <p>Statistisk analys, Pearson's chi-squared och Fisher's exact test. SPSS, version 18.</p>	<p>Fler utlandsfödda hade psykisk ohälsa som depression, ångest, PTS men söker trots detta psykiatrisk vård i lägre utsträckning.</p>
16	<p>Wickberg, B., Bendix, B., Blomdahl Wetterholm, M., &amp; Skalkidou, A.</p> <p><i>Perinatal mental health around the world: priorities for research and</i></p>	<p>Att rapportera utvecklingsbehov för service och forskning som behöver prioriteras i Sverige.</p>	<p>Kvantitativ ansats.</p> <p>Artiklar.</p> <p>Rapport.</p>	<p>Prenatalvård och Barnhälsovård: Sverige har fri sjukvård. Barnmorskor står för mödravården och sjuksköterskor leder arbetet på barnhälsovården. Tidig identifiering:</p>

<p><i>service development in Sweden.</i></p> <p>BJPsych International.</p> <p>2020.</p> <p>Sverige.</p>				<p>redan under graviditeten för bästa möjligheterna till god vård, exempelvis med EPDS. Perinatal psykiatri. Prioriteringar för forskning och utveckling av service: viktigt att sätta upp nationella guidelinjer baserat på evidens.</p>



Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00  
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00  
**E-post:** [info@mdh.se](mailto:info@mdh.se) **Webb:** [www.mdu.se](http://www.mdu.se)