



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatala hälsa

Psykisk ohälsa

En litteraturstudie om barnmorskors upplevelser av att möta gravida kvinnor med psykisk ohälsa inom mödrahälsovården

En litteraturöversikt

Mental illness

A literature study on midwives' experiences of meeting pregnant women with mental illness in maternal healthcare

A literature study

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2021

Författare: Layali Kanbar
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare:
Ewa Andersson
Leg. Barnmorska
Docent

Författare: Sucdi Hirsi
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Examinator:
Emilija Wilson
PhD., Leg. Barnmorska

Sammanfattning

Bakgrund: Graviditet kan upplevas som påfrestande och utmanande för många kvinnor. Tidigare forskning och litteratur visar att psykisk ohälsa är relativt vanligt bland gravida kvinnor i Sverige. Undersökningar visar att det finns negativa konsekvenser som den psykiska ohälsan för med sig för både mor och barn. Den största delen av hälsovården under graviditeten i Sverige sköts idag av barnmorskan på mödrahälsovården. Inom hälso-och sjukvård låg tidigare fokus på den somatiska hälsan men den psykiska hälsan har uppmärksamrats de senaste decennierna.

Syfte: Att beskriva barnmorskors upplevelser av att möta gravida med psykisk ohälsa inom mödrahälsovården.

Metod: En litteraturstudie med tolv kvalitativa studier valdes efter sökningar i databaserna CINAHL och PubMed med tidspann mellan 2011–2021. De inkluderade studierna har kvalitetsgranskats och analyserats med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Resultat: Analysen resulterade i ett tema, tre kategorier och fem subkategorier. Resultatet visade att barnmorskor hade en bristande utbildning och redskap för att kunna möta gravida kvinnor med psykisk ohälsa inom mödrahälsovården. Barnmorskorna önskade att få vidareutbildning inom ämnet psykisk ohälsa, något som skulle underlätta för omhändertagandet samt identifieringen.

Slutsats: Trots att tidigare forskning visar på vikten av kunskap om psykisk ohälsa under graviditeten är brister inom omhändertagandet och stödjandet fortfarande ett stort globalt hälsoproblem. Ytterligare utbildning krävs för att säkerställa barnmorskans kompetens i psykiska hälsa. Organisatoriska faktorer såsom kommunikation och tidsbrist som barnmorskor stöter på måste åtgärdas för att effektivt stödja kvinnor som lider av psykisk ohälsa under graviditeten.

Nyckelord: Psykisk ohälsa, mödrahälsovården, barnmorskors upplevelser, graviditet

Abstract

Background: Pregnancy can be experienced as a stressful and challenging time for many women. Previous research and literature show that mental health issues are relatively common among pregnant women in Sweden. Studies show that mental illness has negative consequences for both mother and child. Most of the healthcare during pregnancy in Sweden is today provided by the midwife at the maternal healthcare. In healthcare, there was previously a focus on somatic health, but mental health has received attention in recent decades.

Aim: The aim was to describe midwives' experiences of meeting pregnant women with mental illness in maternal healthcare.

Method: A literature study compound with twelve qualitative studies found after searches in the databases CINAHL and PubMed between 2011-2021. The studies that were included have been reviewed, analyzed with qualitative content analysis according to Graneheim and Lundman (2004).

Findings: The analysis resulted in one theme, three categories and five subcategories. The results showed that midwives have a lack of education and tools to be able to meet pregnant women with mental health issues in maternal healthcare. The midwives wanted to receive further education in the subject of mental illness, something that would facilitate identification and the caregiving of this particular group of patients.

Conclusion: Although previous research shows the importance of knowledge about mental illness during pregnancy, deficiencies in care and support remain a major global health problem. Further training is required to ensure the midwife's competence in mental health. Organizational factors such as communication and lack of time that midwives encounter need to be addressed to support effective women suffering from mental illness during pregnancy.

Keywords: Mental illness, maternal health services, midwives' experiences, pregnancy

Mödrahälsovården

Mödrahälsovården benämns olika i olika delar av världen. I föreliggande litteraturöversikten används ordet mödrahälsovård oavsett land.



Innehållsförteckning

1 Bakgrund	1
1.1 Psykisk ohälsa	1
1.2 Psykisk ohälsa under graviditeten	2
1.3 Riskfaktorer som påverkar psykisk hälsa under graviditeten	2
1.4 Konsekvenserna av psykisk ohälsa under graviditeten	3
1.5 Mödrahälsovårdens ansvar	4
1.6 Barnmorskans roll	5
1.7 Problemformulering	7
2 Syfte	7
2.1 Frågeställningar	7
3 Metod	8
3.1 Design	8
3.2 Datainsamling	8
3.2.1 Sökstrategi	8
3.2.2 Urval	8
3.2.3 Urvalsprocess	9
3.2.4 Kvalitetsgranskning	10
3.3 Dataanalys	11
4 Etiska överväganden	12
5 Resultat	13
5.1 Hinder och utmaning	13
5.1.1 Barnmorskans Kunskapsbrist och utveckling	13
5.1.2 Påverkan av organisatoriska faktorer	18
5.1.3 Vikten av förtroendefulla relationer	21
6 DISKUSSION	22
6.1 Metoddiskussion	22
6.1.1 Styrkor	23
6.1.2 Svagheter	24
6.1.3 trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet	25
6.2 Resultatdiskussion	27
6.2.1 Sammanfattning av huvudresultat	27
6.2.2 Barnmorskans kunskap och utveckling	27
6.2.3 Påverkan av organisatoriska faktorer	29



6.2.4 Vikten av förtroendefulla relationer	32
7 SLUTSATS	33
8 Förslag för vidare forskning och klinisk förankring	33
Referenslista.....	34
Bilaga 1.....	41
Bilaga 2.....	42
Bilaga 3.....	43
Bilaga 4.....	48

1 Bakgrund

1.1 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett folkhälsoproblem som växer globalt (Folkhälsomyndigheten, 2020). Detta stärks av en översiktsartikel från USA som visar att psykisk ohälsa fortsätter att växa som ett stort folkhälsoproblem med sociala och ekonomiska konsekvenser över hela världen (Luca et al., 2019). År 2018 uppgav 17 procent av Sveriges befolkning i åldersgruppen 16 - 84 år, att de led av psykisk ohälsa. Andelen var högre bland kvinnor än män och hade högre förekomst hos den yngre befolkningen (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Begreppet psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för tillstånd av olika svårighetsgrad och varaktighet (Folkhälsomyndigheten, 2021). Begreppet används för psykiatriska tillstånd men även vissa psykiska besvär. De psykiska besvären kan uttryckas som exempelvis oro, nedstämdhet eller sömnbesvär. De kroppsliga psykiska besvären i form av huvudvärk, yrsel, magont som kan uppstå till följd av vanliga påfrestningar, är ofta övergående och kortvariga. Dessa besvär brukar lättas när situationen har förändrats och är alltså tillfälliga. Psykiska besvär som är svåra och ihållande kan få mer omfattande konsekvenser och innebära svårigheter i att hantera vardagen (Folkhälsomyndigheten, 2021).

Med psykiatriska tillstånd menas att besvären är så komplexa att de uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos (Folkhälsomyndigheten, 2021). För att en diagnos ska kunna ställas måste flera olika symtom existera under en längre tid och dessutom ha påverkat funktionsförmågan negativt. Psykiatriska tillstånd delas in i psykiska sjukdomar och syndrom samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Psykiska sjukdomar kan debutera när som helst under livet, hit hör depression, utmattningssyndrom, ångestsyndrom, alkohol- och drogberoende, bipolär sjukdom samt psykossjukdomar. ADHD och Autismspektrumsyndrom är ett exempel på neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som debuterar tidigt i livet och kvarstår oftast i vuxen ålder (Folkhälsomyndigheten, 2021).

1.2 Psykisk ohälsa under graviditeten

Graviditeten är ett skede då kvinnan löper större risk att utveckla psykisk ohälsa (Muzik & Hamilton, 2012). Anledningen är skiftande hormonnivåer i kroppen, fysiska och psykiska förändringar samt omställningen i livet och den kommande föräldrarollen. Vidare menar Muzik och Hamilton att graviditet och förlossning utgör betydande stressfaktorer som utmanar moderns hälsa och avslöjar underliggande känslighet för psykiatrisk sjuklighet. Därmed är risken för att uppleva en depressiv episod som högst under denna tid, vilket påverkar 10 procent av nyblivna mödrar (Woody et al., 2017). Liknande visar en systematisk litteraturöversikt från Iran att psykiska hälsoproblem drabbar nästan en femtedel av gravida kvinnor under prenatal- och postpartumperioden (Alipour et al., 2018).

Enligt Rubertsson et al. (2014) förekommer ångest ofta under graviditeten, speciellt under första trimestern. Rubertsson et al. fann även att ångest är vanligare än depression och 15,6 procent av deltagarna i studien påvisade ångestsyndrom. I en svensk beskrivning från 2019 skattade 15 procent av nyförlösta kvinnor att de under graviditeten mådde ganska eller mycket dåligt psykiskt (Socialstyrelsen, 2019a). Det är inte sällsynt att personer som upplever oro och ångest samtidigt upplever andra typer av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2019a). En metaanalys från England visar att samsjuklighet av ångest och depression under graviditeten är förekommande och leder ofta till kritiskt symptom med sämre långsiktiga utfall (Dennis et al., 2017).

1.3 Riskfaktorer som påverkar psykisk hälsa under graviditeten

En riskfaktor för att drabbas av psykisk ohälsa och att inte klara omställningen under den barnafödande perioden är tidigare depression eller ångest (Rubertsson, 2016; O'Hara & Wisner, 2014). Ytterligare riskfaktorer enligt Rubertsson (2016) som kan påverka den psykiska hälsan är en annan tidigare eller pågående psykisk sjukdom, bristande stöd från nätverk, isolering på grund av annan kulturell eller språklig bakgrund, problem i parrelationen samt stress till följd av sociala och ekonomiska svårigheter samt påfrestande händelser. Alipour et al., (2018) anser att gravida kvinnor med sämre ekonomisk status ofta lider av

depression och ångest jämfört med utbildade kvinnor med anställning som tenderar att ha ett mer hälsosamt psyke. Ryding (2014) menar att gravida som är sjukpensionerade, långvarigt arbetslösa, asylsökande eller nyanlända invandrare löper högre risk för att drabbas av psykisk ohälsa. Vidare beskriver Ryding att social isolering kan vara en riskfaktor och innebära en belastning under graviditeten för kvinnan.

Problem i parrelationen och våld i nära relationer kan ge negativa konsekvenser på graviditetens utveckling (Tomasdottir et al., 2016). Dessutom menar Tomasdottir et al., att det är en svår situation att vara gravid och vara utsatt för våld från sin partner. Våldsutsatta kvinnor löper större risk att utveckla psykisk ohälsa än andra. Studien har kunnat bevisa de negativa konsekvenserna såsom viss risk för låg födelsevikt, för tidig förlossning samt tillväxthämning (Tomasdottir et al., 2016). Detta stärks av en intervjustudie från Norge där kvinnor med depressiva symtom och psykiska besvär under graviditeten har tre gånger så hög risk för utsatthet av våld i nära relationer (Engnes et al., 2013).

1.4 Konsekvenserna av psykisk ohälsa under graviditeten

En graviditet kan vara en mycket omtumlande upplevelse med en mängd fysiska förändringar såväl som psykologiska (Bergström, 2012). Det kan finnas en förmodan om att de psykologiska upplevelserna av en graviditet ska vara positiva. För en del kan dock tiden under graviditeten innebära många känslor och påfrestande tankar såsom nedstämdhet, oro och ångest (Bergström, 2012). Enligt en översiktsartikel av Kingston et al. (2015) är psykisk ohälsa hos gravida kvinnor bland de vanligaste besvären under en graviditet och kan ha långsiktiga negativa konsekvenser för både mamman och barnet. Ungefär 25 procent av gravida kvinnor blir påverkade av symtom som oro, ångest, depression och stress. Enligt Lewis et al. (2016) har det påvisats ett samband mellan mammans psykiska hälsa under graviditeten och påverkan på både foster, spädbarn och barn upp till tonåren. Författarna i studien menas att höga nivåer av stress, oro och ångest kan leda till prematur födsel, låg födelsevikt samt emotionella och kognitiva störningar. Detta kan bero på att höga halter av noradrenalin och kortisol hos gravida kvinnan stimulerar produktionen i placentan, vilket gör

att fostrets kortisolproduktion bli påverkad. När det gäller utveckling av fostret fanns det ett samband mellan mammans mentala hälsa och tillväxten av fostrets huvud (Lewis et al., 2016).

Prevalensen för rapporterade ångestsyndrom hos gravida var ungefär 18 procent i första trimestern och ökade sedan till 25 procent i tredje trimestern (Dennis et al., 2017). Mammans psykiska mående kan ha stor påverkan på hennes förmåga att ta hand om sitt barn. Studier har visat ett samband mellan psykisk ohälsa, framför allt ångest och depression under graviditeten och mammans förmåga att interagera med barnet. Detta genom en minskad lyhördhet och förmåga att uppmärksamma barnets signaler, vilket i sin tur inverkar på det tidiga samspelet mellan mamman och barnet och på så sätt påverkas anknytningen negativt (Dennis et al., 2017). Studien av Rubertsson et al., (2014) beskriver en annan aspekt av hur psykisk ohälsa kan ha en negativ påverkan. Det framkom att kvinnor med ångest under graviditeten oftare hade mer negativa tankar inför förlossningen, de upplevde oftare förlossningsrädsla och önskade oftare planerade kejsarsnitt.

1.5 Mödrahälsovårdens ansvar

Olovsson (2016) beskriver mödrahälsovården som en förbyggande hälsovård för kvinnor under graviditeten och efter förlossningen. Mödrahälsovårdens syfte är att förebygga komplikationer hos blivande mödrar och foster.

År 1915 inleddes den första mottagningen i Sverige vars grundläggande uppgift var att uppmärksamma Preeklampsi. Genom åren utökades undersökningar såsom kontroll av blodtryck, hemoglobin, vikt och prov för syfilis samt röda hund. I första hand hade vården en somatisk inriktning men i mitten på 1900 talet började en mer social synvinkel uppträda. En stor utveckling skedde under åren 1970–1990 inom mödrahälsovården då föräldrautbildningar blev lagfäst, mödragymnastik infördes, pappor blev inbjudna till att delta i besöken och allt fler screeningundersökningar infördes. År 1981 implementerades en utredning gällande mödra- och barnhälsovårdens innehåll. Enligt denna utredning skulle fokus läggas på identifiering av hälsoproblem. Dessa hälsoproblem kunde vara somatiskt och psykologiskt (Hildingsson, 2016).

I dagens Sverige är det barnmorskemottagningar som står för den främsta delen av den hälsovård som erbjuds gravida (Hildingsson, 2016). Hälsovård i anknytning med graviditet innebär att befrämja en naturlig process, att stärka det friska samt främja goda levnadsvanor. Flertalet gravida och kommande föräldrar besöker barnmorskemottagningen under graviditeten (Vårdgivarguiden, 2020a). Mödrahälsovården är idag kostnadsfri och frivillig och därför besöker alla gravida kvinnor mödrahälsovården (Hildingsson, 2016). Även papperslösa kvinnor erbjuds gratis mödrahälsovård (Socialstyrelsen, 2019b).

1.6 Barnmorskans roll

Trots den starka evidensen på hur livsviktigt det är för alla kvinnor att ha tillgång till en utbildad barnmorska under sina reproduktiva år är det brist på barnmorskor världen över. Det är därför av stor betydelse att ha en utbildad barnmorska, dels för att förbättra chansen till överlevnad för kvinnor och barn, dels för att det är en rättighet som medför förbättrad kvalitet inom vården, både i Sverige och globalt (Barnmorskeförbundet, 2018).

Enligt World Health Organization (WHO, 2020) sker en global utmaning för att stärka barnmorskans kompetens genom en mängd olika åtgärder. De globala strategiska inriktningarna ger en ram för att säkerställa acceptabla och tillgängliga barnmorskeinsatser. Ramen innehåller fyra teman för att vägleda barnmorskors bidrag för att förbättra den globala hälsan såsom att säkerställa en utbildad och kompetent arbetskraft inom ett effektiv hälso-och sjukvårdssystem på alla nivåer och i olika miljöer; att maximera barnmorskors kapacitet genom professionell samverkan, utbildning och fortbildning; att optimera policyutveckling, effektivt ledarskap, ledning och styrning samt att mobilisera politisk vilja att investera i att bygga effektiv evidensbaserad vård för barnmorskor.

Barnmorskor i Sverige jobbar för kvinnors reproduktiva hälsa inom ett mycket omfattande verksamhetsområde. Barnmorskan stöttar kvinnor under hela deras livscykel från den unga flickan till den äldre kvinnan. Barnmorskan träffar kvinnor och män, ungdomar och vuxna i sitt arbete med reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Barnmorskan på barnmorskemottagningen ansvarar självständigt för kvinnor med normal graviditet samt tar hand om eftervården av kvinnor och omvårdnad vid eventuell sjukdom

(Barnmorskeförbundet, 2021; Olovsson, 2016). Barnmorskan samverkar vid behov med andra yrkeskategorier för att stödja, hjälpa och behandla gravida som drabbas av medicinska sjukdomar eller psykosociala besvär (Hildingsson, 2016). Läkare, undersköterskor, dietister, kuratorer, psykologer, sjukgymnaster, barnsjuksköterskor inom barnavårdscentralen är olika professioner som barnmorskan samverkar med (Olovsson, 2016).

Inom mödrahälsovården finns det medicinska basprogrammet som barnmorskor ska följa vid okomplicerad graviditet (Hildingsson, 2016). Barnmorskan utför uppgifter enligt basprogrammet, exempelvis blodtryckskontroller, avlyssning av fosterljud samt en förlossningsplanering tillsammans med den gravida (Hildingsson, 2016). Basprogrammet inkluderar ett nyinsatt besök i graviditetsvecka 16 som ges enbart för den gravida. Besöket ska fokusera på områden av psykosocial karaktär och ska ge förutsättningar för att främja hälsa under graviditeten, genom att uppmärksamma och förebygga psykisk ohälsa. I besöket uppmärksammas depressionstecken med hjälp av Edinburgh Post Depression Scale (EPDS) för att identifiera symtom och eventuellt behov av stödsamtal. EPDS är en 10-gradigt skattningsformulär där kvinnan skattar sina egna emotionella upplevelser och psykiska mående under de senaste 14 dagarna. Kvinnan ska svara på tio frågor som rör psykisk hälsa där varje svar sedan erhåller olika poäng. Om en kvinna får 12 poäng eller mer anses hon vara i riskzonen för psykisk ohälsa (Vårdgivarguiden, 2020b). Det ingår även uppföljning av levnadsvanor, identifiera eventuell förlossningsrädsla och oro inför amningen samt social livssituation och våld i nära relation (Vårdgivarguiden, 2020a).

Enligt Rubertsson (2016) finns det en motvilja hos de gravida att berätta hur de egentligen mår. Därför är det viktigt att personal inom mödrahälsovården är mottagliga för kvinnor med förändrat sinnestillstånd. Barnmorskans roll på mödrahälsovården innebär att kunna särskilja psykisk ohälsa hos den gravida kvinnan genom att ställa frågor och ta hälsoanamnes och göra en vårdplanering för ytterligare uppföljning. Vid depression eller psykisk ohälsa ska barnmorskan erbjuda kvinnan att träffa läkare och psykolog för att bedömas eller diagnostiseras (Rubertsson, 2016). Barnmorskor ska arbeta i överensstämmelse med den Internationella etiska koden för barnmorskor (International Confederation of Midwives [ICM], 2014). Det står bland annat att barnmorskor ska lyssna till kvinnors fysiska, psykiska,

själsliga och emotionella behov. Barnmorskor ska även tillhandahålla vård med hänsyn till olika kulturella skillnader och stödja kvinnor och deras familjer utifrån deras egna sociala och kulturella förutsättningar.

1.7 Problemformulering

Tidigare forskning och litteratur visar att psykisk ohälsa är relativt vanligt bland gravida. Studier visar att det finns negativa konsekvenser som den psykiska ohälsan för med sig för både mor och barn. Det är barnmorskan inom mödrahälsovården som ansvarar för vården av kvinnan och barnet vid normala graviditeter men även när det avviker från det normala, för att kunna remittera vidare. För att kunna stödja kvinnor med psykisk ohälsa i deras roll som blivande föräldrar och främja deras situation krävs att barnmorskor har kunskap och insikt för hur det upplevs att lida av psykisk ohälsa. Vår studie ämnar belysa vad forskningen säger om barnmorskors upplevelser och tankar kring mötet med denna stora patientgrupp inom mödrahälsovården.

2 Syfte

Att beskriva barnmorskors upplevelser av att möta gravida med psykisk ohälsa inom mödrahälsovården.

2.1 Frågeställningar

- Vad har barnmorskan som arbetar inom mödrahälsovården för erfarenheter gällande mötet med gravida kvinnor med psykisk ohälsa?
- Hur upplever barnmorskan stödet och insatserna som finns för kvinnor med psykisk ohälsa?
- Vilka hinder upplever barnmorskan som arbetar inom mödrahälsovården att de ställs inför gällande mötet med gravida kvinnor med psykisk ohälsa?

3 Metod

3.1 Design

Med litteraturöversikt som studiedesign har författarna valt att fokusera på studier med en kvalitativ ansats. Denna metod ger, enligt Forsberg och Wengström (2016), en bra kunskapsöversikt och kan ge upphov till vägledande forskning inom ämnet.

3.2 Datainsamling

3.2.1 Sökstrategi

Författarna genomförde initialt en generell informationssökning i ämnet för att få överblick av existerande forskning. Dessutom fick författarna handledning i informationssökning i databaserna samt referenshantering via universitetsbiblioteket. Vid den systematiska litteratursökningen använde författarna MeSH-termer och CINAHL subject headings, för att på ett organiserat sätt hitta adekvata sökord och erhålla specificerade träffar i databaserna, utan att artiklar med relevant innehåll skulle sållas bort. Söktermerna sattes samman med hjälp av Booleska sökteknik som enligt Friberg (2017) är en bra metod för att hitta relevanta studier. För att identifiera aktuella artiklar som svarade på syftet utfördes systematiska sökningar i de akademiska databaserna PubMed och CINAHL. CINAHL är en databas som täcker forskning inom omvårdnad och PubMed är en bred databas som täcker forskning inom medicin och omvårdnad (Friberg, 2017). Författarna använde Boolesk sökteknik genom att kombinera sökorden med AND och OR. I PubMed använde författarna sig av sökord och MeSH-termer som kombinerades med Boolesk sökteknik. I PubMed kunde ett avancerat sökalternativ användas för att identifiera MeSH-termer (Bilaga 1 & 2).

3.2.2 Urval

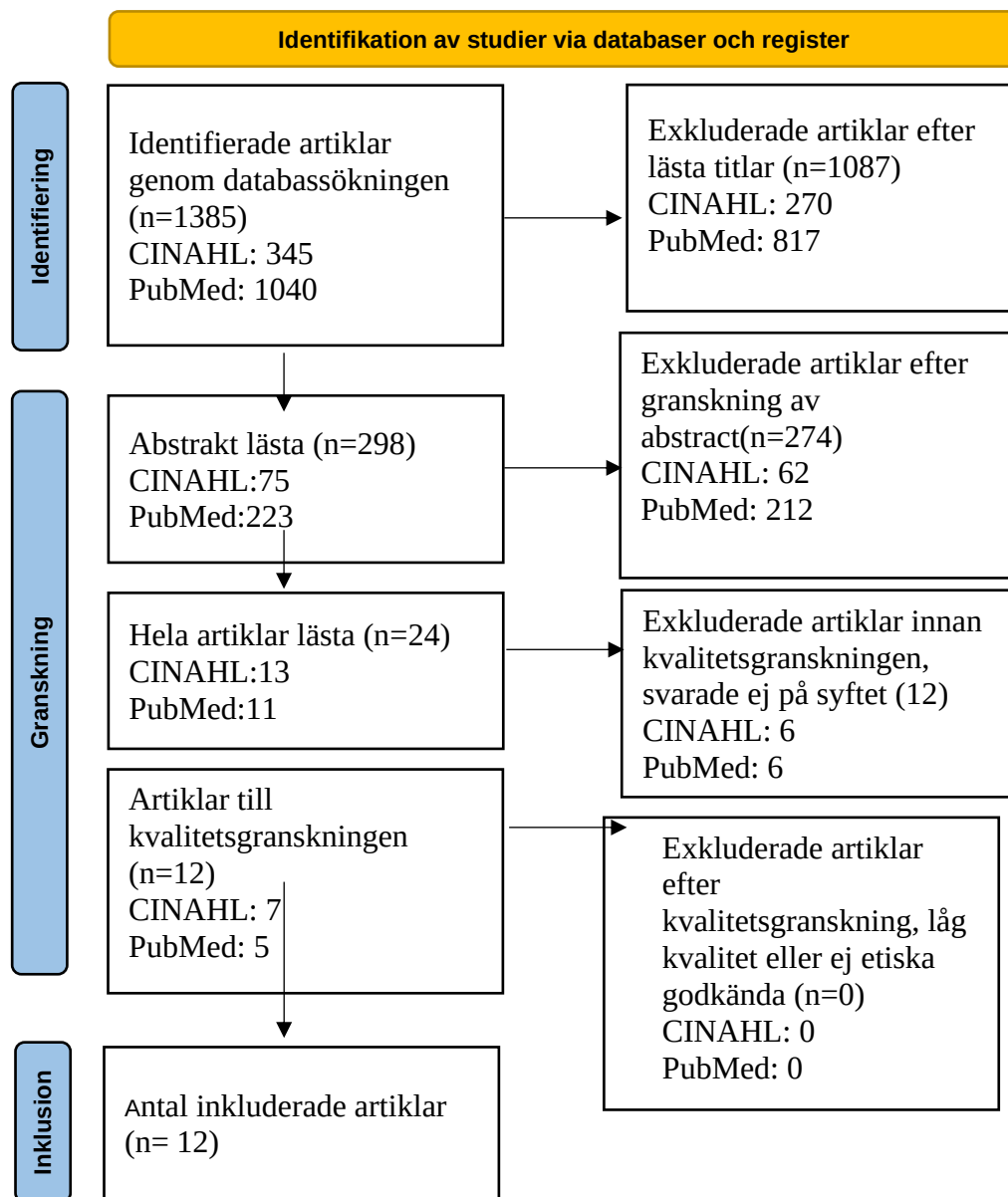
För att identifiera relevanta artiklar som svarade på litteraturstudiens syfte beslutade författarna att använda sig av följande kriterier. Studierna skulle vara publicerade i en vetenskaplig tidskrift under åren 2011 – 2021. De skulle finnas tillgängliga på svenska eller engelska samt bedömas ha en hög eller medelhög kvalitet efter författarnas

kvalitetsgranskning. Med ambition om att öka studiens tillförlitlighet valde författarna peer reviewed vid artikelsökningarna.

Artiklar som belyser kvinnors eller annan vårdpersonals upplevelser, som inte fanns tillgängliga via Karolinska Institutets Universitetsbibliotek, kvantitativa artiklar eller översiktsartiklar exkluderades från sökningen.

3.2.3 Urvalsprocess

För att identifiera de artiklar som skulle kunna möta litteraturstudiens syfte efter att den systematiska litteratursökningen var genomförd, var första steget för författarna att gemensamt läsa titlarna på samtliga artiklar som sökningen genererat. I andra steget lästes artiklarnas abstrakt utifrån de relevanta titlarna, för att få en uppfattning om artiklarnas innehåll och identifiera om artiklarna svarar på syftet. De artiklar vars abstrakt var relevant inkluderades i studiens resultat. Artiklarna som uppfyllde alla inklusionskriterierna samt besvarade studiens syfte kvalitetsgranskades med hjälp av Mall för Bedömning av studier med kvalitativ metodik (Bilaga 4), från Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering [SBU] (SBU, 2020). Urvalsstrategi presenteras nedan i figur 1.



Figur 1. Urvalsstrategi enligt PRISMA:s (2020) modell för flödesschema

3.2.4 Kvalitetsgranskning

Enligt SBU (2020) är granskningsmallarna ett stöd för granskaren vid bedömning av styrkor och svagheter i en enskild studie samt hur stor risken för bias i studien är. Tolv artiklar med kvalitativ ansats granskades med hjälp av SBU:s granskningsmall för bedömning av studier

med kvalitativ metodik. Granskningsmallen består av åtta delar med 23 frågor som berör studiens bakgrund, urval, metod, analys och syfte. Författarna genomförde granskningen gemensamt, genom att besvara mallens frågor med Ja, Nej eller Oklart. Utifrån SBU:s mall utformade författarna sedan en poängskala för att bedöma artiklarnas kvalitetsnivå, där 0 - 13 poäng var "låg", 14 - 19 var "medel" och 20 - 23 bedömdes som "hög" (Bilaga 4). Artiklarna som uppfyllde kriterier för medel och hög kvalitet inkluderades i studien (Bilaga 3).

3.3 Dataanalys

Inom vård- och omvårdnadsforskning är det vanligt att kvalitativ innehållsanalys används för att granska och tolka texter (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2017). Vidare menar Graneheim och Lundman (2004) att en kvalitativ innehållsanalys tillhör det hermeneutiska paradigmet, då analysen utgår ifrån människors upplevelser.

Initialt läste författarna igenom artiklarna upprepade gånger individuellt för att sedan diskutera innehållet gemensamt. Analysen av textinnehållet genomfördes, i enlighet med Graneheim och Lundmans (2004), metod för innehållsanalys med induktiv ansats. Induktiv ansats karaktäriseras av att söka mönster i materialet och innebär en neutral analys av texter som kan vara baserade på människors berättelser om sina upplevelser (Lundman & Graneheim, 2017). Det innebär att meningsenheter som anses vara av relevans för studiens syfte väljs ut. En meningsenhet är enligt Lundman och Graneheim (2017) en bärande mening av en text och utgör grunden för analysen. Författarna plockade ut meningsenheterna ur alla artiklarna, och med hjälp av ett webbaserat översättningsprogram översattes meningsenheterna från engelska till svenska. Meningsenheterna kondenserades sedan genom att korta ned meningarna utan att den centrala innebörden gick förlorad. Därefter kodade författarna meningsenheter för att sammanställa dess betydelse, genom att diskutera och hitta likheter och skillnader. De meningsenheter som hade något gemensamt blev sedan innehållet i de olika kategorier och subkategorier som identifierades. Kategorierna som urskiljdes redovisas i litteraturstudiens resultat och diskuteras därefter i resultatdiskussionen. I

Tabell 1 redovisas ett exempel på hur kategorier och subkategorier utformades under analysprocessen i ett analyschema.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Artikel	Meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori	Tema
Baker et al., (2020)	“I feel that the midwives could be better equipped to support women and if they knew ... If they had had the education.”	Brist på kunskap om psykisk ohälsa var ett hinder för att kunna ge stöd	Barnmorskans brist på kompetens och utbildning	Barnmorskans Kunskap och utveckling	Hinder och utmaning
Baker et al., (2020)	‘We don't have time to actually ask and care about women. I know it's not on its own [continuity] an assessment but when you have continuity you can tell if they're themselves or not which helps’	Frustration över att inte har tid och kontinuitet för samtal om psykisk ohälsa	Brist på kontinuitet och pressad arbetsmiljö	Påverkan av organisatoriska faktorer	

4 Etiska överväganden

Enligt Friberg (2017) är det viktigt att ha ett kritiskt förhållningssätt kring etiskt krav under själva utförandet av litteraturöversikten. Motivet i forskningsetik är att anpassa och bevara de etiska grundprinciperna som innefattar bland annat att främja och värna om individens integritet, självbestämmande, hälsa och välbefinnande (Forsberg & Wengström, 2016). Enligt Helsingforsdeklarationen ska en studie få en etiskt godkännande av en forskningsetisk kommitté innan den påbörjas (World Medical Association, 2018). I denna studie inkluderades artiklar som hade etiskt godkännande, vid avsaknad av detta exkluderades studien.

5 Resultat

Resultatet baseras på tolv vetenskapliga kvalitativa artiklar som beskriver barnmorskors upplevelser av att möta gravida med psykisk ohälsa. Alla barnmorskor som deltog i dessa studier återberättar om deras upplevelse och erfarenheter på mödrahälsovården. Studierna kommer från Norge, England, Indonesien, Irland, Mali samt Australien. Denna litteraturstudie resulterade i ett tema, tre kategorier med fem subkategorier (Tabell 2).

Tabell 2. Subkategorier, kategorier och tema



5.1 Hinder och utmaning

5.1.1 Barnmorskans Kunskapsbrist och utveckling

5.2.1.1 Barnmorskans brist på kompetens och utbildning

I flera av de inkluderade studierna framkom det att barnmorskorna ansåg att de inte hade fått tillräckligt med utbildning inom ämnet psykisk ohälsa under graviditeten (Lasater et al., 2021; Baker et al., 2020; Silverwood et al., 2019; Fletcher et al., 2021; Reilly et al., 2020; Madden

et al., 2018). I en intervjustudie från Indonesien av Surjaningrum et al., (2018) uppgav barnmorskor att de inte visste vilka symptom som kan förekomma vid psykisk ohälsa under graviditeten. De hade svårt att veta vilka riskfaktorer som bidrog till psykisk ohälsa under graviditeten samt vilken metod som var adekvat att använda för att identifiera psykisk ohälsa. Även kunskap om fysiska samt psykiska förändringar under graviditeten var begränsad. I en annan studie av Baker et al., (2020) rapporterade barnmorskorna att de hade dålig kunskap om psykofarmaka och symptomen på psykisk ohälsa under graviditeten. De var varken bekväma eller säkra på att arbeta med kvinnor med psykisk ohälsa. Enligt Silverwood et al., (2019) ansåg barnmorskorna att ångest ofta var normalt eller förståeligt och det var svårt för dem att skilja på när ångesten börjar påverka kvinnans dagliga liv. Vilket i sin tur gjorde att de missade att identifiera kvinnor med psykiska ohälsa under graviditet.

“We need more training so that the midwives feel confident to kind of broach mental health as a whole” (Baker et al., 2020, s. 5).

Madden et al., (2018) och Lasater et al., (2021) beskriver att barnmorskorna upplevde ett starkt behov av att förbättra sin egen och andra barnmorskors kompetens och förmåga att identifiera psykisk ohälsa under graviditeten. De önskade att få mer tillgång till utbildning, screeningsverktyg, stöd, feedback och ett förbättrat samarbete med andra professioner. Fletcher et al., (2021) och Reilly et al., (2020) menar att kontinuerlig träning på att screena gravida kvinnor med psykisk ohälsa skapar självförtroende och ökar kunskapen hos barnmorskorna. I flera studier framkom det att barnmorskor tyckte att de var för dåligt utrustade kunskapsmässigt för att stödja kvinnor med psykisk ohälsa under graviditeten. De kände att de ville ha mer utbildning kring specifika psykiska sjukdomar där risken för psykisk ohälsa under graviditet var hög (Lasater et al., 2021; McGlone et al., 2016; Silverwood et al., 2019).

“We need to gain an appreciation of what we are capable of handling and what is appropriate to refer on” (Madden et al., 2018, s. 567).

Merparten av barnmorskorna kände att den kunskap de hade kring psykisk ohälsa var baserat på tidigare erfarenheter (McGlone et al., 2016). De menade att det fanns en kunskapsbrist inom kåren och att det borde finnas mer fortbildning för barnmorskor inom psykologi. De upplevde att de hade lätt för att öppna upp för samtal kring psykisk ohälsa men att de ofta hade svårt att veta hur de ska bemöta kvinnans psykiska problem. Barnmorskorna i studien lyfte vikten av att ha tydliga riktlinjer och lämpligt stöd för att kunna hänvisa kvinnan vidare till andra instanser (McGlone et al., 2016).

“I feel that the midwives could be better equipped to support women and if they knew ... If they had had the education” (McGlone et al., 2016, s. 388).

I studien av Fletcher et al. (2021) rapporterade några barnmorskor att de fick vidareutbildning inom psykisk ohälsa under graviditeten. Efter utbildningen upplevde barnmorskorna en ökad förståelse för hur den gravida kvinnan bör bemötas, stödjas samt hur hon bör remitteras vidare. Detta stämmer överens med studien av Williams et al. (2016) där en barnmorska som hade specialistutbildning inom psykisk ohälsa rapporterade att hennes självförtroende ökade och hon blev mer bekväm med att ställa frågor till gravida kvinnor. I en studie av Kohlhoff, et al. (2021) beskriver barnmorskorna fördelar med fortbildning, förutom att kvinnorna screenades för riskfaktorer för psykisk ohälsa och våld i nära relation, talade barnmorskorna om de potentiella fördelar som kvinnor fick när de hänvisades till lämpliga stödtjänster.

5.2.1.2 Begränsad tillgång på verktyg och rutiner

I en intervjustudie av Baker et al. (2020) från England undersöktes barnmorskornas åsikter och erfarenheter av att använda ett frågeformulär som var avsett för att screena psykisk ohälsa i tidig graviditet. Majoriteten av barnmorskorna ansåg att frågorna inte var tillräckliga för att fånga upp eventuell psykisk påfrestning under graviditeten. Barnmorskorna upplevde att dessa frågor var ytliga och saknade lämpligt djup för att identifiera psykisk ohälsa. I en annan studie av Easter et al. (2019) påpekar barnmorskorna att verktyg som finns tillgängliga för att

bedöma risk eller symtom på psykisk ohälsa inte var tillförlitliga och de inte genomfördes regelbundet.

“I think they are two very short and very brief questions to identify what could be a plethora of illness” (Baker et al., 2020, s.3).

Baker et al. (2020) påpekar i sin studie att ingen av barnmorskorna använde sig av annat screeningsverktyg än den som var tillgänglig i mödrahälsovården för att bedöma psykisk ohälsa, vilket är Wooley-frågeformulär och EPDS. Några använde dock en mer konversativ metod för att bedöma psykisk ohälsa. I en studie av Vik et al. (2021) från Norge som gjordes för att undersöka barnmorskors långvariga erfarenhet av användningen av EPDS, som ett screeningverktyg för psykisk ohälsa under graviditeten. Flera barnmorskor i studien betonade att EPDS rutinen stärkte deras professionella förtroende. I studien av Williams et al. (2016) rapporterade barnmorskorna att de ställde frågorna på olika sätt. Vissa läste upp frågorna ordagrant, andra formulerade frågorna själva. En barnmorska uppgav att hon hade memorerat dem och en annan beskrev hur hon kunde ändra formuleringen beroende på vem hon pratade med. Barnmorskorna uppgav att frågeformuläret var till stor hjälp och gav bra resultat samt försäkrade kvinnor om att barnmorskorna var intresserade av deras psykiska hälsa. Barnmorskorna upplevde att dessa frågor visade kvinnorna att barnmorskorna fanns tillgängliga för att diskutera deras känslomässiga problem. Detta stämmer överens med en annan studie som gjordes av Fletcher et al. (2021) då några barnmorskor ansåg att frågeformuläret var en användbar guide för att identifiera vilka kvinnor som behöver hänvisning till andra vårdgivare utifrån deras behov av stöd. I en studie av Silvehood et al. (2019) bekräftade barnmorskorna vikten av bedömningsverktyg för att kunna skicka remisser till specialister inom området.

I think the most important benefit of it is that it introduces the concept of screening and us being interested in their emotional health... they may think that we're just there to look after the baby and the pregnancy. But you know this makes them well aware of the fact that we're actually interested in them and how they're feeling and how they're coping and that is really useful (Williams et al., 2016, s. 42-43)

Enligt McGlone et al. (2016) uppgav barnmorskorna att de inte helt förstod syftet med att ställa frågor som handlar om psykisk ohälsa till de gravida vid de första mötena i mödrahäslovården. Barnmorskorna menar att dessa frågor upplevs olämpliga och ej relevanta. Barnmorskorna upplevde att det fanns en risk att kvinnorna missförstod frågorna som ställdes. De menade att det borde finnas ett bättre sätt att screena kvinnor mot psykisk ohälsa än att bara fylla i ett formulär. Enligt Williams et al. (2016) och Reilly et.al. (2020) betonade flera barnmorskor att det kunde vara bra att fråga kvinnorna om deras känslomässiga välbefinnande som en del av deras rutinpraxis under mötena. De menar att när de ställde direkta frågor på ett rutinmässigt sätt normaliserades psykisk ohälsa. Majoriteten av barnmorskorna beskrev de första mötena i tidig graviditet som en olämplig tid att identifiera någon form av psykisk ohälsa på grund av de fysiska symtomen som uppstod under tidig graviditet, såsom trötthet och illamående som kunde misstolkas som psykisk ohälsa (Baker et al., 2020; Williams et al., 2016).

”I suppose it’s about listening to the women isn’t it? But in order for midwives to listen effectively, you have to have some basic understanding of mental health. And you have to have the appropriate skills to ask the question. Um, and then once having asked the question, they have to know how to deal with the information” (McGlone et al., 2016, s. 388).

Enligt Fletcher et al. (2021) använde barnmorskorna en mängd olika metoder för att få kvinnor att prata om sitt välbefinnande. Barnmorskorna upplevde att kvinnors kroppsspråk kan vara ett bra hjälpmedel för att identifiera psykiska hälsoproblem, exempelvis att de tittat ner mot marken, kvinnans axelrörelser eller om hon ser ut vara upprörd. Humor och allmänt samtal upplevdes ha stor betydelse för att hjälpa kvinnan slappna av. Barnmorskorna var medvetna om att de behövde övergå långsamt till de känsligare frågorna. Att ändra frågorna så att det inte ska se ut som en kryssfrågeövning upplevdes som mycket viktigt. Vidare påpekade barnmorskorna att de olika tillvägagångssätten som användes var viktiga för att få information från kvinnorna eftersom barnmorskorna ansåg att allt handlade om hur frågorna

ställdes. Barnmorskorna menade att öppna frågor framkallade mer information jämfört med frågor som bara krävde jakande eller nekande svar. Vidare uppgav vissa barnmorskor i studien av Fletcher et al. (2021) att de kunde känna efter och uppleva om kvinnan led av psykiska hälsoproblem. Att uppmärksamma hur kvinnorna pratade om deras barn gav viktiga ledtrådar till barnmorskan om hur kvinnan skulle klara sig självständigt i graviditeten. I en studie av Madden et al. (2018) beskrev barnmorskor hur det ibland kunde vara lättare att hantera vården av kvinnor som hade bekräftade diagnoser av psykisk ohälsa. Då barnmorskorna uttryckte oro i deras beslutsfattande när de skulle hänvisa kvinnor med psykisk ohälsa till specialisttjänster och göra korrekta bedömningar.

5.2.2 Påverkan av organisatoriska faktorer

5.2.2.1 Brist på samverkan och kommunikation mellan vårdenheter

I flera studier framkom det att det fanns bristande kommunikation mellan vårdenheter (Easter et al., 2019; Silverwood et al., 2019; Lasater et al., 2021; Madden et al., 2018). Enligt Easter et al. (2019) anses tiden under den perinatale perioden innebära kontakt med en rad hälso- och sjukvårdsenheter som är involverade i kvinnans vård. Kommunikation inom och mellan enheterna är därför av största vikt för att identifiera och uppmärksamma riskfaktorer som kan uppstå under graviditeten. I studien av Lasater et al. (2021) påpekas de utmaningar som uppstår för att skapa ett fungerande samarbete mellan olika enheter samt myndigheter för att kunna stödja den gravida kvinnan med psykisk ohälsa.

”With the midwife you’re their advocate. You’re supposed to be able to help and make it better for them and know where they can go to get some help. But it’s just not there”
(Silverwood et al., 2019, s. 772)

Vidare menar barnmorskorna i studien av Lasater et al. (2021) att bristen av integration av vården identifierades som ett hinder för en effektiv hantering av psykisk ohälsa hos kvinnor under graviditeten. Barnmorskor påpekade att arbetet i separata lokaler var ett geografiskt hinder för ett bra arbetsförhållande. De ansåg att det var fördelaktigt att vara placerad med

andra hälso- och sjukvårdskollegor eftersom de kunde ge stöd till varandra och hjälpa till vid hantering av psykisk ohälsa. Merparten av barnmorskorna i studien av Silverwood et al. (2019) upplevde frustration och känslor av hjälplöshet över den begränsade tillgången på specialisttjänster för att kunna hänvisa gravida kvinnor med psykisk ohälsa, särskilt de långa väntetiderna för psykologiskt stöd.

"I find that because we all have different IT systems where we keep our records, nothing speaks to each other; we don't have access to each other's records [...] I think that there are issues with that about the fact we can't see what Mental Health have written, Mental Health can't see what we're writing, Social Care can't see what any of us are writing" (Easter et al., 2019, s. 5)

Silverwood et al. (2019) ansåg att fragmentering av vården ledde till dålig kommunikation mellan olika hälso- och sjukvårdsenheter. Barnmorskorna beskrev hur mängden och kvaliteten på information mellan olika hälsovårdsenheter var mycket varierad. Andra uppgav att det var oklart vem som var ansvarig och vem som egentligen skulle ge stöd vid psykisk ohälsa under graviditeten. Detta stämmer överens med studien av Easter et al. (2019) där barnmorskorna betonade att brist på samarbete var en faktor som bidrog till att kvinnor som var i riskzonen för allvarlig psykisk ohälsa inte fick anpassat stöd.

Enligt Easter et al. (2019) upplevde barnmorskor svårigheter att kommunicera symtom och försämring av psykisk ohälsa till psykiatri och menade att det kändes som att de talade olika språk. Barnmorskorna upplevde känslor av förvirring över vilka symtom som krävdes för att en remiss till psykiatri skulle accepteras. Detta var relaterat till olika uppfattningar om svårighetsgrad mellan specialiseringar och svårigheter att kommunicera risker i remisser. Dessutom ansåg barnmorskorna ofta att tröskeln var för hög vilket ledde till att remisser inte accepteras. Detta medförde osäkerhet hos barnmorskorna i mötet med gravida kvinnor som led av psykisk ohälsa. Vidare i studien uppgav barnmorskorna i mödrahälsovården att deras utbildning och kompetens inte var tillräckligt omfattande för att göra en adekvat bedömning

om vilka symtom som var alarmerande. Detta har lett till förseningar med att ge kvinnor rätt vård.

”...we are working very much and saying if they have got these pre-existing conditions that the referral needs to go in and it needs to bypass the lower level of support. It needs to go straight through to the secondary levels so that the Perinatal [Mental Health] Team will pick it up. But it’s just very difficult to write the referral so that you can get it through to meet those thresholds”. (Easter et al., 2019, s. 5)

5.2.2.2 Brist på kontinuitet och pressad arbetsmiljö

I flera studier framkom det att tidsbrist var ett hinder för att kunna hjälpa kvinnor med psykisk ohälsa under graviditeten (Fletcher et al., 2021; Madden et al., 2018; McGlone et al., 2016; Williams et al., 2016). Baker et al. (2020) menar att tidsbrist var den största barriären för att kunna identifiera och stödja gravida kvinnor med psykisk ohälsa. En stressande miljö framkallade svårigheter att ta upp ämnet psykisk ohälsa med kvinnorna. Barnmorskorna menade att vissa saker inte gick att skynda på. Det handlade om hantering av svåra frågor som var tidskrävande.

”It’s time consuming because if it’s a physical thing, you can say ‘I’ll refer you on to whoever’, whereas, if you’ve somebody crying there in front of you, you can’t say, ‘that’s your 15 minutes up now’ and grand, move on the next thing, so you’re inclined to think, (gasps) not today” (Madden et al., 2018, s. 565).

Barnmorskorna beskrev vikten av att prata om psykiska besvär för att identifiera kvinnor som behövde stöd, brist på tid var dock en begränsande faktor för att engagera kvinnor i samtal om psykisk ohälsa (Madden et al., 2018). Enligt Fletcher et al. (2021); Baker et al. (2020) och Vik et al. (2021) lyfte några av barnmorskorna fram hög arbetsbelastning, begränsad tid och dålig kontinuitet hos vården som hinder för att göra en grundlig bedömning och ansåg att detta avskräckte kvinnor från att avslöja besvär om psykisk ohälsa. Enligt Fletcher et al. (2021) uppgav barnmorskorna god vårdkontinuitet i mödrahälsovårdsenheten jämfört med

sjukhusmiljö. Vårdkontinuitet i mödrahälsovården ansågs vara en fördel eftersom de kunde utveckla en vårdrelation med kvinnor samt lära känna dem. Andra barnmorskor uttryckte svårigheten att hinna med och ge stöd till kvinnor som var i behov av extra stöd, vilket enligt barnmorskorna var en stressfaktor. Det framkom även att barnmorskorna ibland gjorde extra inbokningar med kvinnor utöver sin arbetstid (Baker et al., 2020). Tidsbristen gjorde att en del barnmorskor kände sig missnöjda och frustrerade, samtidigt som de upplevde att de inte kunde utföra sitt jobb på bästa sätt (McGlone et al., 2016). Barnmorskorna i studien uppgav ett flertal faktorer som påverkade deras förmåga att samtala med kvinnorna om deras psykiska hälsa. Det handlade bland annat om miljöfaktorer, tidsbrist, snabba möten och dålig bemanning inom verksamheten. Upplevelsen var att dessa faktorer påverkade deras förmåga att uppmuntra kvinnor att våga prata om sitt psykiska mående.

"We don't have time to actually ask and care about women. I know it's not on its own [continuity] an assessment but when you have continuity you can tell if they're themselves or not which helps" (Baker et al., 2020, s. 4)

5.2.3 Vikten av förtroendefulla relationer

I flera studier beskrevs hur barnmorskorna upplevde svårigheter i att få kvinnor att prata om psykisk ohälsa under graviditeten (Fletcher et al., 2021; Baker et al., 2020; Williams et al., 2016). Barnmorskorna i studien av Vik et al. (2021) betonade vikten av att bygga förtroendefulla relationer med kvinnor under perinatale perioden. Genom acceptans och bekräftande av psykiska hälsoproblem byggs förtroende mellan barnmorskan och kvinnan. Barnmorskor i studien av Fletcher et al. (2021) använde sig av olika metoder för att få kvinnor att prata om sitt välbefinnande. Att skapa en relation med kvinnor ansågs vara avgörande för att kunna ställa de mer känsliga frågor som handlar om psykiskt välmående, vilket i sin tur leder till att upptäcka psykisk ohälsa i tid. Med detta lyfter barnmorskor vikten av att främja vårdens kontinuitet genom att utöka och vidareutveckla mödrahälsovården. Vidare upplevde barnmorskorna i studien av Baker et al. (2020) att psykisk ohälsa är ett känsligt ämne och flera kvinnor ville inte avslöja sina problem. Kvinnorna upplevde att psykisk ohälsa var

pinsamt, skuldbelagt och något att skämmas över. Det fanns ett behov av att hålla fasaden uppe, att utåt sett klara av de krav som föräldraskapet innebar för dem. Barnmorskorna beskrev även att många kvinnor upplevde en rädsla för konsekvenserna av att berätta för andra om sitt psykiska mående. Barnmorskorna upplevde att kvinnorna hade en rädsla över att anses vara en dålig mamma, att vänner och omgivningen skulle döma mamman som misslyckad och oförmögen att ta hand om sina barn. Barnmorskorna uppger att vissa kvinnor hade tankar om att barnet skulle omhändertas vilket ledde till att kvinnorna valde att inte berätta om sitt mående. Barnmorskorna påpekade att stigma kring psykisk ohälsa under graviditeten med socialtjänstens engagemang hade stor inverkan på kvinnans vilja att berätta (Baker et al., 2020; Fletcher et al., 2021). I studierna av Laster et al. (2021) och Surjaningrum et al. (2018) beskrev barnmorskorna att skvaller i samhället var en faktor som ökade stigmatiseringen bland kvinnor.

“There is a stigma I suppose and the stigma that I mean is that they know there's mental health issues and they don't want to talk about it, or we don't want there to be a problem”
(Fletcher et al., 2021, s. 1408).

Merparten av barnmorskor uppgav att förtroende var en viktig faktor som led till att flera kvinnor kunde screenas för psykisk ohälsa under graviditeten (Baker et al., 2020). Utmaningar med kontinuitet, tid och arbetsbelastning ansågs hindra kvinnor från att våga lita på barnmorskor för att avslöja psykiska problem under graviditeten. I studien ansågs det att begreppet förtroende var ömsesidigt och handlade om misstro mot kvinnor att avslöja psykiska problem och även mot sig själva för att tillräckligt utforska kvinnors psykiska hälsa. Detta kan relatera till barnmorskors brist på förtroende för sig själva på grund av begränsad expertis inom psykisk hälsa.

6 DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

I följande avsnitt kommer studiens metodstyrkor och svagheter att diskuteras

6.1.1 Styrkor

En litteraturöversikt med kvalitativ ansats valdes för att få en ökad förståelse för barnmorskors upplevelse av mötet med gravida med psykisk ohälsa. Denna studiedesign är en passande metod för att beskriva kunskapsläget, sammanställa forskning, öka förståelse och besvara syftet (Forsberg & Wenström, 2016). Fördelen med att göra en litteraturöversikt är att informationen blir lättöverskådlig för läsaren. Författarna tog hänsyn till syftet under hela arbetets gång. Detta genom att till exempel med hjälp av syftet upptäcka relevanta sökord, bedöma vilka artiklar som var relevanta och göra urval. Valet av metod bör styras av syftet (Friberg, 2017) och då litteraturstudiens syfte var att beskriva barnmorskors upplevelse så var studier med kvalitativa ansats det bästa valet för denna litteraturöversikt.

Enligt Olsson och Sören (2011) är en väl genomförd artikelsökning en viktig grund för det fortsatta arbetet. I föreliggande litteraturstudie lades mycket tid på att finna relevanta sökord för studiens syfte. Sökningarna utfördes i databaserna PubMed och CINAHL som enligt Friberg (2017) är två databaser som täcker forskning inom omvårdnad, därför anser författarna att detta var de två mest relevanta databaserna att använda för denna studies ändamål. Sökord som mental health, Midwife och pregnancy användes för att kunna hitta existerande forskning. Sökningen blev än mer relevant för studiens syfte och kunde begränsas när söktermer kombinerades med booleska söktechniken som Mesh-termer samt CINAHL headings search. Artiklar som enbart lyfter barnmorskors upplevelse av mötet med gravida kvinnor med psykisk ohälsa inkluderades. Författarna sammanställde forskning från de senaste tio åren, den äldsta artikeln som inkluderas i litteraturstudien är från år 2016 vilket lyfter ämnets samt studieresultatets aktualitet.

Författarna utförde en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats i enlighet med Graneheim och Lundmans metod från (2004). Tillvägagångssättet gick ut på att hitta mönster i texten och att på ett objektivt sätt analysera den. Detta minskar risken för feltolkning av resultatet (Lundman & Graneheim, 2017). Studien baseras på tidigare forskning där författarna bearbetade data som redan blivit analyserad av primärstudiernas författare. Samtliga artiklar som inkluderades i studien använde sig av olika kvalitativa analysmetoder;

innehållsanalys, tematisk analys samt ramanalys. Dessa analysmetoder var välbeskrivna med välutformade teman och kategorier, vilket gör att författarna anser att studiernas olika analysmetoder inte påverkar denna litteraturöversikt negativt. Samtliga artiklar lästes av författarna flera gånger under arbetet och innehållet diskuterades, för att få ökad och djupgående förståelse samt för att öppna upp för olika synvinklar. I föreliggande studieresultat inkluderade författarna citat från artiklarna som ingick i litteraturstudien. Citaten skrevs på engelska, som är artiklarnas originalspråk, för att kunna öka tillförlitligheten till analysen. Detta är en fördel i den bemärkelsen att det kan leda till en ökad förståelse hos läsarna och en följsamhet i analysarbetet.

Enligt Friberg (2017) anses förkunskaper den förförståelsen som författarna har i området innan studien startades. Det innebär att man ska fundera över sina personliga erfarenheter och kunskaper för att upptäcka vilken påverkan det har för resultatet. Författarna har varit medvetna om varandras förförståelse, förkunskaper och erfarenheter för att kunna undvika ett snedvridet resultat. Detta genom upprepade gemensamma diskussioner rörande ämnet. Författarna diskuterade även egna värderingar och tog hänsyn till detta under arbetets gång.

6.1.2 Svagheter

Under dataanalysens arbete upplevde författarna en utmaning i att välja ut meningsenheterna som enligt Lundman och Graneheim (2017) bör vara av lagom storlek. Med detta menas att en för lång meningsenhet kan innehålla flera olika betydelser och risk att data faller bort finns, och en kort meningsenhet kan förlora sitt innehåll. Författarna använde sig av ett webbaserat översättningsprogram vid översättning av meningsenheterna som valdes ut för analys. Detta för att öka förståelsen och minimera risken att missa viktiga delar av resultatfynden. Författarna kan dock ej utesluta brister i översättningen då engelska inte är författarnas modersmål. Under bearbetningen med att kategorisera koderna upplevde författarna ytterligare utmaning, då innehållet gick in i varandra och gjorde det svårt att urskilja specifika data. Detta stämmer överens med Lundman och Graneheim (2017) som framhäver att det kan vara svårt att separera data när det gäller upplevelser, då upplevelserna kan vara integrerade i varandra.

En svaghet i litteraturstudien var det begränsade materialet och att artiklarna som inte var tillgängliga via Karolinska Institutet inte analyserades. Om flera studier hade varit tillgängliga hade analysmaterialet blivit mer heltäckande. Artiklarna kom från länderna Norge, England, Indonesien, Irland, Mali samt Australien. Det är möjligt att det kan finnas nyare eller äldre forskning från andra länder som författarna inte fick med i litteraturstudien. Det kan även ses som en svaghet att artiklar skrivna på annat språk än svenska eller engelska inte kunde inkluderas i litteraturöversikten.

Vid litteratursökningen valde författarna att begränsa sig till databaserna PubMed och CINAHL. Det kan ses som en svaghet att endast använda två databaser och författarna hade eventuellt kunnat använda ytterligare databaser. Psycinfo är ett exempel på en databas med fokus på bland annat psykologi, psykiatri och omvårdnad, vilket skulle ha kunnat bidra med ytterligare relevanta artiklar (Forsberg & Wenström, 2016).

6.1.3 Trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Enligt Graneheim och Lundman (2004) är begreppen trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet viktiga begrepp att förhålla sig till för att beskriva och bedöma trovärdigheten i kvalitativa studier. Författarna till denna litteraturstudie bedömer att dessa begrepp är på många sätt uppfyllda, genom en grundlig beskrivning av studiens genomförande och motivering av vald metod. Enligt Lundman och Graneheim (2017) är en noggrann beskrivning av analysarbetet nödvändigt för att stärka resultatets tillförlitlighet. Författarna analyserade ett tillräckligt stort urval av vetenskapliga artiklar ($n = 12$) för att på ett bra sätt fånga olika perspektiv av ämnet.

Kvalitetsgranskning av artiklarna genomfördes gemensamt med stöd av SBU:s granskningsmall för bedömning av studier med kvalitativ ansats utan att missa viktiga delar som en kvalitativ studie ska innehålla enligt mallen. Detta ökar trovärdigheten i studiens resultat. Författarna har diskuterat och enats om alla steg i genomförandet av arbetet. Författarna har även haft kontinuerlig kontakt med handledare samt fått feedback från kurskamrater och handledning via universitetsbiblioteket för att säkerställa att studiens syfte blivit besvarat. Författarna har medvetet valt att analysera redan tolkat resultat från

originalartiklar. Detta skulle eventuellt ha kunnat leda till viss misstolkning av originaldata. Vilket innebär att perspektivet kan förlorats och att studiens resultat skulle utgå ifrån enskilda beskrivningar, vilket skulle kunna påverka studiens tillförlitlighet (Lundman & Graneheim, 2017). Författarna hade därför inkluderat enskilda citat som återfinns i de vetenskapliga artiklarna som analyserades. Detta för att öka tillförlitlighet i föreliggande studie.

För att kunna höja tillförlitligheten hos en studie är det viktigt att författarna redovisar sin bias och hur den kan ha kommit att påverka datainsamlingen och dataanalysen (Lundman & Graneheim, 2017). Detta kan även stärka trovärdighet. Båda författarna till den här litteraturstudien är legitimerade sjuksköterskor med olika personliga och professionella erfarenheter. Under sjuksköterskeutbildningen och pågående barnmorskeutbildning har författarna erhållit forskningsbaserad kunskap som kan ha bidragit till en viss grad av professionell bias. Författarna har genomgått sin verksamhetsförlagda utbildning inom mödrahälsovården på två olika mödrahälsovårdsenheten i Stockholm, vilket har givit författarna en förståelse och uppfattning om vårdmiljön på en mödrahälsovård. Med hänsyn till psykisk ohälsa har författarna vissa uppfattningar genom egna erfarenheter som kan ha påverkat processen och studieresultateten.

Ett annat sätt att höja trovärdighet i en studie med kvalitativ innehållsanalys är enligt Lundman och Graneheim (2017) att ha en tydlig röd tråd genom hela arbetet, från bakgrund, syfte och metod till resultat, diskussion och slutsats. Det innebär att bakgrunden ska introducera bärande begrepp för syftet och resultaten ska svara på studiens syfte. Fåtal av de inkluderande primärstudierna i litteraturöversikten beskriver annan vårdpersonalens upplevelser. Författarna var noga med att inkludera data som endast handlade om barnmorskors upplevelser. Att tydliggöra vems röst som hörs i resultatet är en annan aspekt av trovärdighet.

Gällande överförbarhet, handlar det om i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper, situationer eller sammanhang. För att underlätta överförbarheten är det viktigt att ge en tydlig beskrivning av urval, deltagare, datainsamling och dataanalys (Lundman &

Graneheim, 2017). Med tanke på tidsramen för det här arbetet och författarnas strävan efter att nå en stor mängd data för att kunna besvara studiens syfte valde författarna att använda sig av litteraturstudie som metodik. I denna studie finns stora variationer då författarna valde att inkludera artiklar från olika länder, vilket ökar studiens överförbarhet. Barnmorskans upplevelse i mötet med gravida med psykisk ohälsa kan upplevas olika i hela världen. En studie av Renfrew et al. (2014) beskriver att det finns skillnader på barnmorskors utbildning och fortbildning globalt. Detta kan påverka hur barnmorskorna upplever mötet med kvinnorna. Den forskning som publiceras, har mestadels utförts i andra länder som skiljer sig sociokulturellt från Sverige vilket leder till att det kan vara svårt att tillämpa resultatet i Svenska kontext. En intervjustudie hade kunnat ge en mer fördjupad förståelse för barnmorskors upplevelser inom sjukvården i Sverige. Studiens resultat kunde då uppnått större överförbarhet inom ett svenskt sammanhang och därav till svensk sjukvård.

6.2 Resultatdiskussion

6.2.1 Sammanfattning av huvudresultat

Syftet med litteraturöversikten var att sammanställa kunskap om barnmorskors upplevelse av att möta gravida med psykisk ohälsa under graviditeten. Tolv kvalitativa artiklar som svarade på studiens syfte inkluderades i studiens resultat. Resultatet visar att barnmorskor upplevde sig ha en bristande utbildning och bristfälliga redskap för att kunna möta gravida kvinnor med psykisk ohälsa. Barnmorskorna önskade att få vidareutbildning inom ämnet psykisk ohälsa, något som skulle underlätta för omhändertagandet samt identifieringen. Förutom att det fanns brist på redskap fanns det också tidsbrist som påverkade omhändertagandet. Det finns även kommunikationsbrist mellan vårdenheter, något som ytterligare motverkar chansen till att hjälpa och identifiera gravida med psykiska ohälsa.

6.2.2 Barnmorskans kunskap och utveckling

I föreliggande litteraturöversikt framkommer det i flera studier att barnmorskorna inte hade tillräckligt med utbildning om ämnet psykisk ohälsa under graviditeten (Baker et al., 2020; Kohlhoff et al., 2021; Fletcher et al., 2021; Reilly et al., 2020; Madden et al., 2018).

Uppfattningen som barnmorskor har om sina kunskaper om psykisk ohälsa varierade, detta påverkades av barnmorskors utbildningsnivå och tidigare yrkeserfarenheter. Merparten av barnmorskorna tyckte dock att psykisk ohälsa inte hade ingått i deras utbildning. Kunskaperna inom ämnet kom främst från tidigare erfarenhet. Många upplevde att de saknade teoretisk kunskap och uttryckte både intresse samt behov av att lära sig mer om psykisk ohälsa (Baker et al., 2020). Enligt Olovsson (2016) bör arbetsgivaren se till att personal inom mödrahälsovården har kunskaper om psykisk ohälsa under graviditeten för att kunna ge god vård. Det är även av vikt att barnmorskan kan överföra teori till praktik i sitt dagliga arbete. Detta styrks av studien av Mahato et al. (2018) som menar att kunskap om psykisk ohälsa gör att barnmorskorna blir mer benägna att ställa frågor om psykisk ohälsa under graviditeten. Detta stöds av studier som har bedömt barnmorskornas kunskaps- och inlärningsbehov och som drar slutsatsen att barnmorskor i allmänhet inte har de kunskaper och färdigheter som krävs för att stödja kvinnor med psykisk ohälsa under graviditeten (Higgins et al., 2018; Coates & Foureur, 2019). Vidare betonar Higgins et al. (2018) att det var viktigt att barnmorskorna hade kunskap om psykisk ohälsa för att snabbt kunna fånga upp dessa kvinnor och ge fortsatt lämplig vård. Brist på kunskap i frågan om psykisk ohälsa kan innebära en risk att barnmorskan inte identifierar kvinnan i tid.

I föreliggande litteraturstudie rapporterar dock flera barnmorskor att de fick vidareutbildning om graviditet och psykisk ohälsa. Barnmorskorna uppgav att förståelse för hur kvinnan skulle remitteras, stödjas och bemötas blev mycket bättre (Fletcher et al., 20; Williams et al., 2016). Mahato et al. (2018) bekräftar detta då barnmorskor med utbildning inom psykisk ohälsa har en bättre förmåga att bemöta denna patientgrupp. Genom att lyssna aktivt, ge egenråd till kvinnan och genom god samverkan med andra vårdgivare. Wilmore et al. (2015) Belyser även i sin studie att en samverkan med andra aktörer bidrar till att barnmorskan med högre precision remitterar gravida vidare och lägger en grund för interprofessionellt samarbete.

I föreliggande studies resultat framkommer det i flera artiklar att screeningsverktyg som användes för screening av psykisk ohälsa var till stor hjälp och ökade förmågan att identifiera gravida kvinnor med psykisk ohälsa. Dessa verktyg ansågs vara som en guide för att kunna

upptäcka, identifiera samt hänvisa gravida kvinnor som led av någon form av psykisk ohälsa (Williams et al., 2016; Fletcher et al., 2021; Silverwood et al., 2019). Detta överensstämmer med vad Noonan et al., (2017) beskriver i sin studie där barnmorskorna som använde sig av screenings verktyget EPDS, fann det användbart för screening av psykisk ohälsa under graviditet. Majoriteten av barnmorskorna i studien rapporterade en hög avsikt för fortsatt användning i praktiken. I samma studie hade dock inte alla barnmorskor en god förståelse för funktionerna och begränsningarna för EPDS och endast få av barnmorskorna identifierade EPDS som ett användbart screeningverktyg. Noonan et al. (2017) påpekar vidare i sin studie i ett led att öka barnmorskors kunskap om psykisk ohälsa bland gravida krävs det utbildning samt avsatt tid för korrekt användning av EPDS. När barnmorskor besitter god kunskap om psykisk ohälsa är det lättare att upptäcka och förebygga psykisk ohälsa under och efter graviditet. Detsamma framkommer det i föreliggande resultatstudien när flera studier påpekade att många barnmorskor ansåg att screeningsverktyg inte var heltäckande och frågeformulären saknade lämplig djup för att identifiera psykisk ohälsa (Baker et al., 2020; Easter et al., 2019) och inte förstod syftet med att ställa frågorna (Mcglone et al., 2016).

Det framkommer även i föreliggande studiens resultat att screeningsverktyg som fanns tillgängliga inte användes på samma sätt. Flera barnmorskor använde sig av en vanlig konversation i stället för att läsa innantill frågeformuläret, vilket gjorde att barnmorskorna kände sig bekväma att ställa frågor om kvinnornas psykiska välbefinnande (Baker et al., 2020; Williams et al., 2016; Madden et al., 2018; Reilly et al., 2020). Liknande beskriver Noonan et al. (2017) i sin studie där barnmorskorna hade en ökad förmåga och komfort när frågeformuläret vävdes in i samtalet. Det vill säga när EPDS frågorna användes som ett dialogsamtal i stället för att fylla i ett frågeformulär.

6.2.3 Påverkan av organisatoriska faktorer

I föreliggande resultatstudie framkommer det att det fanns bristande kommunikation mellan vårdenheter (Easter et al., 2019; Silverwood et al., 2019; Lasater et al., 2021; Madden et al.,

2018). Bristen av integration av vården identifierades som ett hinder för en effektiv hantering av psykisk ohälsa hos kvinnor under graviditet. Barnmorskorna upplevde frustration över brist på samverkan och kommunikation mellan vårdenheter och uppgav känslor av hjälplöshet i mötet med gravida kvinnor inom mödrahälsovården (Silverwood et al., 2019). Detta är något som bekräftas även av flera studier som påpekar att fragmentering av vården och bristande kontinuitet är ett hinder för att integrera psykisk hälso- och sjukvård i kvinnokliniken. Barnmorskorna menade i dessa studier att för att kunna ge bättre psykisk vård under graviditeten krävdes en utvidgning av tillämpningsområdet för barnmorskor och förbättrad tjänsteintegration och samarbete mellan psykiatri och mödrahälsovården (Coates & Foureur, 2019; Higgins et al., 2018; Bayrampour et al., 2018; Myors et al., 2013). Därför har arbetsgivaren en viktig roll för att stärka barnmorskorna i deras arbete inom mödrahälsovården genom bland annat att tydliggöra deras uppdrag när det gäller psykisk ohälsa i mötet med den gravida kvinnan. En förutsättning för att kunna arbeta med psykisk ohälsa är tillgång till personalstöd, vilket många barnmorskor finner genom samarbete med andra verksamheter och yrkesgrupper (Myors et al., 2013).

På grund av tvetydighet ifråga om klinikers riktlinjer och rutiner kring omhändertagandet av kvinnor med psykisk ohälsa gjorde att barnmorskor upplevde kommunikationen med psykiatri som svår och problematisk (Silverwood et al., 2019). Barnmorskorna på en annan studie av Easter et al. (2019) menar att de hade svårigheter att kommunicera symtom och försämring av psykisk ohälsa till psykiatri och kommenterade att det kändes som att de talade olika språk. Vilket stämmer överens med vad Higgins et al. (2018) beskriver i sin studie att barnmorskor saknar kompetens att diskutera psykiska problem samt tillgång till psykiatriska tjänster och stöd för gravida kvinnor. Barnmorskorna uttrycker även att bristande stöd från kollegor eller arbetsgivaren var en utmanande faktor som påverkade deras arbete negativt. Enligt Myors et al. (2013) önskar barnmorskor mer stöd vid hänvisning och remittering, de ansåg att de inte hade utbildning för detta arbete. Barnmorskorna hade ett önskemål om en åtgärdsplan över hur de skulle agera och vart de skulle hänvisa gravida kvinnor med psykisk ohälsa.

I denna litteraturöversikt visar resultatet att den största upplevda svårigheten för att stötta kvinnor med psykiska ohälsa under graviditeten, var tidsbrist. Resultatet visar även att barnmorskor upplever att tidsbrist och pressad arbetsmiljö är en riskfaktor för att kunna upptäcka psykisk ohälsa (Madden et al., 2018; McGlone et al., 2016; Williams et al., 2016). Barnmorskorna upplevde att tiden som behövdes för att kunna lyssna på kvinnans tankar och berättelser var begränsad (McGlone, et al., 2016). Barnmorskor rapporterade att screening vid det första mötet var utmanande på grund av överlappningar med en omfattande fysisk undersökning och brist på tillräckligt med tid för att bygga upp en relation och förtroende för att ställa känsliga frågor (Williams et al., 2016). Detta samstämmer med en studie av McCauley et al. (2011) där barnmorskorna lyfter vikten av att lyssna på kvinnan aktivt och ge god tid. Barnmorskorna menar att detta gjorde att de lärde sig att möta kvinnors behov på ett mer holistiskt sätt. Higgins et al. (2018) och McCauley et al. (2011) menar att tidsbrist var en faktor som framkallade ett stort hinder för att barnmorskorna skulle kunna agera och identifiera gravida kvinnor med psykisk ohälsa för att sedan kunna remittera vidare kvinnan.

I litteraturstudien belyser flera studier fördelen med vårdkontinuitet. Studier betonar även vikten på att bygga förtroende i mötet med kvinnan under graviditeten. Att lära känna kvinnor och utveckla en god vårdrelation ansågs vara nyckeln för att få kvinnans förtroende (Fletcher et al., 2021; Baker et al., 2020; Vik et al., 2021). Detta samstämmer med en studie av Wilmore et al. (2015) som lyfter vikten av vårdkontinuitet. Ett fynd som framgick i resultatet var att barnmorskorna som arbetade på mödrahälsovården uppfattade att gravida kvinnor med psykisk ohälsa var i större behov av längre samtal än gravida kvinnor utan psykisk ohälsa. Enligt McGlone et al. (2016) uppfattade barnmorskorna tidsbrist som ett stressmoment då pågående samtal ofta avbryts i förtid på grund av tidsbrist. Detta kan jämföras med en blandad metodstudie av Lukasse och Henriksen (2019) där studien påvisar att en stressig arbetsmiljö och brist på resurser är associerade med barnmorskors utbrändhet. Andra faktorer som till exempel bristande stöd från kollegor, utmanande kliniska situationer, bristande kontinuitet hos vårdgivare ansågs vara ett hinder för att göra en grundlig bedömning och ansåg att detta avskräckte kvinnor från att avslöja besvär om psykisk ohälsa. Det framkommer i Higgins et al. (2018) att hög arbetsbelastning, tidsbrist och utebliven kontinuitet i vården utgör ett hinder för möjligheten att göra en grundlig bedömning av psykisk ohälsa. Författarna

betonar även att detta avskräcker kvinnor från att prata om sina psykiska besvär. En stressad miljö framkallar svårigheter att ta upp ämnet psykisk ohälsa med kvinnorna. Barnmorskorna uttrycker betydelsen av att ta sig mer tid för kvinnor som led av psykisk ohälsa för att ge dessa kvinnor en fullgod vård. I en annan studie av Bayrampour et al. (2018) indikerar barnmorskorna att de inte hade tid för att screena för psykisk ohälsa. Barnmorskorna menade att de prioriterade de fysiska rutinkontrollerna, de skulle behöva ytterligare 30 minuter för att kunna göra en utförlig screening för psykisk ohälsa. Barnmorskorna upplyser att behovet av stöd och tid för samtal var större än de resurser som fanns.

6.2.4 Vikten av förtroendefulla relationer

I litteraturstudien resultat belyser flera studier vikten av att bygga förtroendefulla relationer i mötet med den gravida kvinnan (Vik et al., 2021; Fletcher et al., 2021; Baker et al., 2020). Enligt Wilmore et al. (2015) ger den regelbundna kontakten i mödrahälsovården mellan barnmorskan och den gravida kvinnan goda möjligheter till att bygga en stark förtroendefull vårdrelation, vilket ansågs vara oerhört viktigt för att främja hälsan hos den gravida kvinnan. Barnmorskans stödjande roll är enligt Wilmore et al. avgörande, detta genom att visa både förtroende och omsorg kan kvinnor lättare öppna upp sina tankar och funderingar och därmed kan barnmorskan lättare sätta sig in i kvinnans situation. Barnmorskorna beskriver att mötet med de gravida kvinnorna på mödravårdscentralen blir enklare med tanke på att de grundar sig på både bekräftelse och lyhördhet. Vidare lyfter barnmorskorna vikten av en personcentrerad vård och att varje kvinna ska behandlas individuellt utifrån hennes behov och önskemål (Wilmore et al., 2015).

Upplevelser av stigmatisering var även framträdande fynd i flera studier (Williams et al., 2016; Fletcher et al., 2021; Baker et al., 2020; Surjaningrum et al., 2018). Barnmorskorna betonade att psykisk ohälsa var ett känsligt ämne och många kvinnor ville inte avslöja sina problem då ämnet upplevdes som pinsamt och stigmatiserat. Resultatet framhåller att barnmorskorna upplevde svårigheter i att få kvinnan att berätta om sitt psykiska tillstånd och upplevde att kvinnorna hade en rädsla för konsekvenserna. Detta stämmer överens med studien av Higgins et al. (2018) som påpekar att många kvinnor var ovilliga att söka hjälp

eller prata om sitt psykiska tillstånd på grund av stigma, rädsla att bli stämplad som “olämplig mamma” eller till och med förlora vårdsnaden av barnet. En annan studie av Mahato et al. (2018) påpekar att barnmorskorna uttryckte att det är utmanade att uppmuntra kvinnor att öppna sig och prata om sitt problem. Barnmorskorna påpekade att det finns ett stigma relaterat till psykisk ohälsa i samhället och många kvinnor ansågs vara en börda för samhället.

7 SLUTSATS

Studien visar att en stor del barnmorskor upplever att de besitter för lite kunskap i ämnet psykisk ohälsa i samband med graviditet. Resultatet belyser även barnmorskors önskemål om kunskapsutveckling inom ämnet samt att mer tid bör avsättas för att i mötet med gravida möjliggöra diagnostisering och adekvat förhållningssätt. Organisatoriska faktorer såsom kommunikation mellan vårdenheter och tidsbrist som barnmorskor stöter på måste åtgärdas för att effektivt kunna stötta kvinnor som lider av psykisk ohälsa under graviditeten.

8 Förslag för vidare forskning och klinisk förankring

Denna litteraturstudie indikerar på att mer forskning behövs gällande psykisk ohälsa under graviditeten inom mödrahälsovården, för att skapa enhetliga vårdprogram, riktlinjer och screeningsverktyg. Det finns inga aktuella studier som är utförda i Sverige som besvarar litteraturstudiens syfte, vilket skulle vara önskvärt för att få en bild av kunskapsläge samt etablerat förhållningssätt. Eftersom psykisk ohälsa är utbrett i samhället så är det intressant att studera vidare kring vad barnmorskorna behöver för att utvidga sin kompetens. Genom att göra en primärstudie där man kartlägger hur barnmorskor i Sverige upplever mötet med gravida som lider av psykisk ohälsa. Det skulle också vara intressant med forskning som belyser upplevelser av gravida med psykisk ohälsa inom mödrahälsovården. Detta är ett ämne som bör forskas mer kring och bedrivas globalt för att nå en bredare förståelse.

Referenslista

*= resultatartiklar i litteraturöversikten

Alipour, Z., Kheirabadi, G., Kazemi, A., & Fooladi, M. (2018). The most important risk factors affecting mental health during pregnancy: a systematic review. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 24(6), 549–559. <https://doi.org/10.26719/2018.24.6.549>

*Baker, N., Gillman, L., & Coxon, K. (2020). Assessing mental health during pregnancy: An exploratory qualitative study of midwives' perceptions. *Midwifery*, 86, N.PAG. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2020.102690>

Barnmorskeförbundet. (04 maj 2021). *Barnmorskan*.
<https://www.barnmorskeforbundet.se/barnmorskan/>

Barnmorskeförbundet. (10 januari 2018). *Barnmorskan. Världens kvinnor behöver barnmorskor*.
<https://barnmorskan.se/varldens-kvinnor-behover-kompetenta-barnmorskor/>

Bayrampour, H., Hapsari, A. P., & Pavlovic, J. (2018). Barriers to addressing perinatal mental health issues in midwifery settings. *Midwifery*, 59, 47–58. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.020>

Berglund, A. (2016). Våldsutsatthet relaterat till sexuell och reproduktiv hälsa. I H. Lindgren., K. Christensson., & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (s. 189–198). Studentlitteratur

Bergström, M. (2012) *Att bli mamma. Tankar och känslor kring att vänta, föda och leva med barn*. Bonnier Fakta.

Coates, D., & Foureur, M. (2019). The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. *Health & social care in the community*, 27(4), e389–e405. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/hsc.12740>

Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315–323. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1192/bjp.bp.116.187179>

*Easter, A., Howard, L. M., & Sandall, J. (2019). Recognition and response to life-threatening situations among women with perinatal mental illness: a qualitative study. *BMJ open*, 9(3), e025872. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1136/bmjopen-2018-025872>

Engnes, K., Lidén, E., & Lundgren, I. (2013). Women's experiences of important others in a pregnancy dominated by intimate partner violence. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(3), 643–650. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/j.1471-6712.2012.01073.x>

*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.proxy.kib.ki.se/10.1111/jocn.15690>

Folkhälsomyndigheten. (16 mars 2020). *Nedsatt Psykiskt välbefinnande*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/>

Folkhälsomyndigheten. (11 mars 2021). *Vad är psykisk hälsa*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur & Kultur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examenarbeten* (s. 37–46). Studentlitteratur.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Higgins, A., Downes, C., Monahan, M., Gill, A., Lamb, S. A., & Carroll, M. (2018). Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period: The Mind Mothers study. *Journal of clinical nursing*, 27(9-10), 1872–1883. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/jocn.14252>

Higgins, A., Tuohy, T., Murphy, R., & Begley, C. (2016). Mothers with mental health problems: Contrasting experiences of support within maternity services in the Republic of Ireland. *Midwifery*, 36, 28–34. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2016.02.023>

Hildingsson, I. (2016). Hälsovård under graviditeten. I H. Lindgren, K. Christensson & A.-K. Dykes (Red.). *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde*. (1 uppl. s.273 - 284). Studentlitteratur.

International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions->

Kingston, D., McDonald, S., Austin, M. P., & Tough, S. (2015). Association between Prenatal and Postnatal Psychological Distress and Toddler Cognitive Development: A Systematic Review. *PloS one*, 10(5), e0126929. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1371/journal.pone.0126929>

*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. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 10.1111/ajo.13394. Advance online publication. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/ajo.13394>

*Lasater, M. E., Murray, S. M., Keita, M., Souko, F., Surkan, P. J., Warren, N. E., Winch, P. J., Ba, A., Doumbia, S., & Bass, J. K. (2021). Integrating Mental Health into Maternal Health Care in Rural Mali: A Qualitative Study. *Journal of midwifery & women's health*, 66(2), 233–239. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/jmwh.13184>

Lewis, A. J., Austin, E., & Galbally, M. (2016). Prenatal maternal mental health and fetal growth restriction: a systematic review. *Journal of developmental origins of health and disease*, 7(4), 416–428. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1017/S2040174416000076>

Luca, D., Garlow, N., Staatz, C., Margiotta, C., & Zivin, K. (2019). Societal Costs of Untreated Perinatal Mood and Anxiety Disorders in the United States.

Lukasse, M., & Henriksen, L. (2019). Norwegian midwives' perceptions of their practice environment: A mixed methods study. *Nursing Open*, 6(4), 1559-1570. doi:10.1002/nop2.358

Lundman, B. & Graneheim, U., (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund-Nielsen, & M. Granskär. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3 uppl., s. 219–233). Studentlitteratur.

*Madden, D., Sliney, A., O'Friel, A., McMackin, B., O'Callaghan, B., Casey, K., Courtney, L., Fleming, V., & Brady, V. (2018). Using action research to develop midwives' skills to support women with perinatal mental health needs. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), 561–571. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/jocn.13908>

Mahato, P. K., van Teijlingen, E., Simkhada, P., Angell, C., Ireland, J., & THET team (2018). Qualitative evaluation of mental health training of auxiliary nurse midwives in rural Nepal. *Nurse education today*, 66, 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.03.025>

McCauley K, Elsom S, Muir-Cochrane E, Lyneham J. Midwives and assessment of perinatal mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011 Nov;18(9):786-95. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01727.x. Epub 2011 May 22. PMID: 21985681.

*McGlone, C., Hollins Martin, C. J., & Furber, C. (2016). Midwives' experiences of asking the Whooley questions to assess current mental health: a qualitative interpretive study. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 34(4), 383–393. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/02646838.2016.1188278>

Muzik & Hamilton (2012). Psychiatric illness during pregnancy. Early detection, individualized care can promote health for mother and infant. *Current Psychiatry* 11 (2), 23- 32.

Myors, K. A., Schmied, V., Johnson, M., & Cleary, M. (2013). Collaboration and integrated services for perinatal mental health: an integrative review. *Child and adolescent mental health*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2011.00639.x>

Noonan, M., Doody, O., Jomeen, J., & Galvin, R. (2017). Midwives' perceptions and experiences of caring for women who experience perinatal mental health problems: An integrative review. *Midwifery*, 45, 56–71. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2016.12.010>

O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>

Olovsson, M. (Red.). (2016). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa* (Rapport nr 76).

Stockholm: Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG).

<https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*.

Stockholm: Liber.

Phillips, L. (2015). Assessing the knowledge of perinatal mental illness among student midwives.

Nurse education in practice, 15(6), 463–469. DOI:10.1016/j.nepr.2014.09.003

Prisma. (2020). *Transparent reporting of systematic reviews and meta-analysis*. <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>

*Reilly, N., Brake, E., Kalra, H., & Austin, M. P. (2020). Insights into implementation of routine depression screening and psychosocial assessment in a private hospital setting: A qualitative study. *Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynecology*, 60(3), 419–424. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/ajo.13083>

Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014).

Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet (London, England)*, 384(9948), 1129–1145. [https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)

Rubertsson, C. (2016). Psykisk ohälsa under graviditet och barnafödande. I H. Lindgren., K.

Christensson., & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (1 uppl., s. 309-). Studentlitteratur.

Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., & Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Archives of women's mental health*, 17(3), 221–228. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1007/s00737-013-0409-0>

Ryding, E.-A. (2014). Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I H. Hagberg., K. Marsal., & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 128–139). Studentlitteratur.

*Silverwood, V., Nash, A., Chew-Graham, C. A., Walsh-House, J., Sumathipala, A., Bartlam, B., & Kingstone, T. (2019). Healthcare professionals' perspectives on identifying and managing perinatal anxiety: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 69(688), e768–e776. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.3399/bjgp19X706025>

Socialstyrelsen. (2019a). *Gravida och nyförlösta kvinnors situation och behov*. (Artikelnummer 2019-11-6436). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6436.pdf>

Socialstyrelsen. (8 augusti 2019b). *Vilken vård ska en region erbjuda asylsökande och papperslösa?* <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/asylsokande-och-andra-flyktingar/halsovard-och-sjukvard-och-tandvard/erbjuden-varld/>

Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering. (15 oktober 2020). *SBU:s metodbok* <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/>

*Surjaningrum, E. R., Jorm, A. F., Minas, H., & Kakuma, R. (2018). Personal attributes and competencies required by community health workers for a role in integrated mental health care for perinatal depression: voices of primary health care stakeholders from Surabaya, Indonesia. *International journal of mental health systems*, 12, 46. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1186/s13033-018-0224-0>

Tomasdottir, M. O., Kristjansdottir, H., Bjornsdottir, A., Getz, L., Steingrimsdottir, T., Olafsdottir, O. A., & Sigurdsson, J. A. (2016). History of violence and subjective health of mother and child. *Scandinavian journal of primary health care*, 34(4), 394–400. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/02813432.2016.1249060>

*Vik, K., Aass, I. M., Willumsen, A. B., & Hafting, M. (2021). Experiences with the routine use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale from health visitors' and midwives' perspectives - An exploratory qualitative study. *Midwifery*, 100, 103017. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2021.103017>

Vårdgivarguiden. (1 mars 2020a). *Basprogram – vård under graviditet*. <https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/bmm/basprogram.pdf>

Vårdgivarguiden. (23 november 2020b). *EPDS- Riktlinjer*.

<https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/bmm-bvc-forlossning/bvc/regionala-riktlinjer/metoder/epds-riktlinjer/>

*Williams, C. J., Turner, K. M., Burns, A., Evans, J., & Bennert, K. (2016). Midwives and women's views on using UK recommended depression case finding questions in antenatal care. *Midwifery*, 35, 39–46. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2016.01.015>

Willman, A, Bahtsevani, C, Nilsson, R och Sandström, B. 2016. Tolka, värdera och sammanväga bevis. *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 4:e. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Wilmore, M., Rodger, D., Humphreys, S., Clifton, V. L., Dalton, J., Flabouris, M., & Skuse, A. (2015). How midwives tailor health information used in antenatal care. *Midwifery*, 31(1), 74–79. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2014.06.004>

Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of affective disorders*, 219, 86–92. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.jad.2017.05.003>

World Health Organization (9 januari 2020). *Nursing and midwifery*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>

World Medical Association. (9 juli 2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>

Bilaga 1.

Artikelsökning i CINAHL

Sökning	Sökord	Avgränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Kvalitetsgranskade och inkluderade
# 1	mental health AND midwives experience* AND prenatal care	English 2011–2021 Peer reviewed	29	29	14	3	2
# 2	mental health AND (midwives or midwife or midwifery) AND (perspective or perception)	English 2011–2021 Peer reviewed	74	74	15	6	3 (1 dubblett från sökning #1)
# 3	mental health AND (pregnan* or expectant mother or pregnancy) AND (midwife or midwives)	English 2011–2021 Peer reviewed	242	242	46	4	2 (5 dubletter från sökning #1 och #2)
							Total = 7

Bilaga 2.

Artikelsökning i PubMed

Sökning	Sökord	Avgränsning ar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Kvalitetsgranskade och inkulderade
# 1	(Midwife experience or midwives experiences) AND (pregnan* women or pregnancy) AND (mental health)	English Swedish 2011–2021	285	285	68	3	1 (3 dubletter)
# 2	(Nurse midwives or professionals) AND (pregnan* women or pregnancy) AND (mental health)) AND (experience* or perception*)	English Swedish 2011–2021	250	250	74	4	2 (4 dubletter)
# 3	(Nurse midwives or professionals or midwives counseling) AND (pregnan* women or pregnancy) AND (mental health or psychological distress or mental health services) AND (experience* or perception* or perspective* or view* or qualitative)	English Swedish 2011–2021	505	505	81	4	2 (4 dubletter)
							Total = 5

Bilaga 3.

Artikelmatis

Författare År/ Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat huvudfynd	Kvalitets grad
Baker et al., 2020 England Midwifery	Assessing mental health during pregnancy: An exploratory qualitative study of midwives' perceptions	Att identifiera barnmorskors åsikter om hinder och stöd för screening för psykisk hälsa under graviditeten med hjälp av nuvarande brittiska riktlinjer.	Design och urval: Kvalitativ ansats. Nio barnmorskor Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Tematisk analys.	Tre teman identifierades; inkluderade organisatoriska faktorer, sociala faktorer och förtroende. Utmaningar och hinder för screeningen definierades som hög arbetsbelastning, dålig kontinuitet och brist på förtroende mellan kvinnor och barnmorskor.	Hög
Madden et al., 2018 Irland Journal of clinical nursing	Using action research to develop midwives' skills to support women with perinatal mental health needs.	Att identifiera och utveckla barnmorskors färdigheter för att stödja kvinnor med psykisk ohälsa under graviditeten	Design och urval: Kvalitativ ansats. En sju barnmorskor Datainsamling: Intervjuer från tre möten Innehållsanalys	Barnmorskorna upplevde olika nivåer av osäkerhet om hur de ska stödja kvinnor med psykiska ohälsa under graviditet. Brist på samverkan mellan olika vårdgivare gjorde att barnmorskorna hade svårt att kunna remittera vidare kvinnorna. Barnmorskorna belyste även vikten med utbildning och öppna frågor för att främja samtal med gravida kvinnor med psykisk ohälsa.	Hög



Karolinska Institutet

Fletcher et al., 2021 Irland Journal of clinical nursing	Midwives' experiences of caring for women's emotional and mental well-being during pregnancy.	Att utforska barnmorskors erfarenheter av att ta hand om kvinnors emotionella och mentala välbefinnande under graviditeten.	Design: Kvalitativ beskrivande design. Tio barnmorskor Datainsamling: halvstrukturerade intervjuer Tematisk analys	Tre teman identifierades "medvetenhet om perinatal psykisk hälsa", "diskutera känslomässigt välbefinnande" och "kvinnan har något att avslöja". Teman förmedlar barnmorskans medvetenhet, erkännande och uppfattningar om psykiskt välbefinnande under graviditeten. Hur barnmorskor bedömer emotionellt välbefinnande, färdigheter som de använder och vad de uppfattar som hinder för att diskutera psykiskt välbefinnande.	
Surjaningrum et al., 2018 Indonesia International journal of mental health systems	Personal attributes and competencies required by community health workers for a role in integrated mental health care for perinatal depression: voices of primary health care stakeholders from Surabaya, Indonesia.	Att utforska deltagarnas åsikter om egenskaper och kompetenser som krävdes för att identifiera och hänvisa perinatal depression.	Design och urval: Kvalitativ ansats. 62 deltagare (inom primärvården samt gravida kvinnor) Intervjuer med halsstrukturerade frågor. Ramanalys	Resultatet påvisade att barnmorskor upplevde brist på kunskap för var ett hinder, för att kunna identifiera och stödja gravida kvinnor med psykisk ohälsa under graviditeten. Kunskap om fysiska samt psykologiska förändringar under graviditeten saknades hos barnmorskorna i studien.	Medel
McGlone et al., 2016 England	Midwives' experiences of asking the Whooley questions to	Att utforska barnmorskornas erfarenheter av att ställa Whooley frågor med gravida kvinnor	Design och urval: Kvalitativ ansats. Åtta barnmorskor	Tre teman och underteman framkom under analysen som beskrev barnmorskors erfarenheter av att ställa Whooley -frågorna för att bedöma gravida med psykisk ohälsa. Ingen tydlig förståelse av syftet, obehag när avslöjande inträffar, känsla av tidsbrist,	Medel

Journal of Reproductive & Infant Psychology	assess current mental health: a qualitative interpretive study.		Datainsamling: Halvstrukturerade intervjuer Ramanalys	resulterande av missnöje och frustration, brist på kunskap och hur man hänvisar.	
Williams et al., 2016 England Midwifery	Midwives and women's views on using UK recommended depression case finding questions in antenatal care.	Att utforska barnmorskors och gravida kvinnors erfarenheter om screening av psykisk ohälsa.	Design och urval: Kvalitativ ansats. 15 barnmorskor och 20 gravida Datainsamling: Halvstrukturerade intervjuer Tematisk analys	Barnmorskorna beskrev att de anpassade ofta frågorna snarare än att använda de formuleringar som anges i Storbritanniens riktlinjer. Barnmorskorna beskrev relationen med kvinnorna var bristfälliga. Ibland valde barnmorskorna att inte använda frågorna, till exempel om en partner var närvarande. Barnmorskorna tyckte att var viktigt att identifiera depression under graviditeten.	Hög
Silverwood et al., 2019 England British Journal of General Practice,	Healthcare professionals' perspectives on identifying and managing perinatal anxiety: a qualitative study.	Att utforska häslo-och sjukvårdspersonalens perspektiv och erfarenheter av identifiering och behandling av perinatal psykisk ohälsa	Design och urval: Kvalitativ ansats 23 deltagare Datainsamling: Halvstrukturerade intervjuer Innehållsanalys	Fyra teman framkom under analysen, Perinatal anxiety som ett okänt begrepp, beroende av kliniska intuition och inte kliniska verktyg, fragmentering av vården och möjligheter att förbättra vården.	Hög
Lasater et al., 2021 Mali	Integrating Mental Health into Maternal	att identifiera en genomförbar och godtagbar	Design och urval: Kvalitativ ansats	Resultatet påvisade att stora behov av psykiatriska vårdtjänster för kvinnor under graviditeten som bor på landsbygden i Mali. Det saknades screening för	Hög



Journal of
midwifery &
women's health

Health Care in
Rural Mali: A
Qualitative Study

integrerad vårdstrategi
för tillhandahållande
av mödrahälsovård på
landsbygden i Mali för
att bidra till att minska
behandlingsgapet och
öka tillgången till vård

Sju barnmorskor, åtta
vårdpersonal och tio
gravida kvinnor
Datainsamling:
Djupintervjuer
Tematisk analys

psykiska ohälsa under graviditeten, brist på utbildad
barnmorska och kommunikation mellan vårdgivare.

Reilly et al., 2020
Australian
Australian & New
Zealand journal
of obstetrics &
gynecologi

Insights into
implementation of
routine depression
screening and
psychosocial
assessment in a
private hospital
setting: A
qualitative
study.

Syftet var att
identifiera faktorer
som underlättade
framgångsrikt
genomförande av
prenatala psykosociala
bedömning i en privat
sjukhusmiljö

Design och urval:
Kvalitativ
forskningsdesign. Nio
hälso-sjukvårdspersonal
Datainsamling:
Halvstrukturerade
intervjuer
Tematisk analys med
induktiv ansats

fem huvudteman framkom: Tvärvetenskapligt stöd för
programmet, utbildning och klinisk övervakning,
tilldelning av tillräckliga resurser, tillgång till lokala
hänvisningsvägar och normalisering av processen.

Hög

Kohlhoff et al.,
2021
Australian
The Australian &
New Zealand
journal of
obstetrics &
gynaecology

Health
professional
perspectives on
an antenatal
mental health
screening
program in a
private hospital

Att undersöka hälso-
och sjukvårdens
personal perspektiv på
ett screeningsprogram
för psykisk ohälsa
under graviditeten.

Design och urval:
Kvalitativ ansats. Nio
barnmorskor och tre
specialister inom medicin
Datainsamling: Intervjuer
Tematisk analys

Fem huvudtema och tre underteman identifierades:
omedelbart fördelar för kvinnor (identifiering av
kvinnor i riskzonen, hänvisningar till stödtjänster, stöd
och utbildning av kvinnor), förnedrad övergripande
kvalitet på vården, dilemma med kvinnor som har med
sig partner medföljare, faktorer som gör programmet
framgångsrikt och rekommendationer samt
förbättringar.

Hög

Vik et al., 2021 Norge Midwifery,	Experiences with the routine use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale from health visitors' and midwives' perspectives - An exploratory qualitative study.	Att undersöka hur hälsobesökare och barnmorskor uppfattar och övar denna rutinmässiga screening.	Design och urval: Kvalitativ ansats. Tio hälsoarbetare och två barnmorskor Datainsamling: Fokusgruppintervju Tematisk analys	Resultatet påvisade Edinburgh Postnatal Depression Scale var väl accepterat som ett screeningsverktyg. För att kunna ge vårdpersonal och barnmorskor information om mödrar som behöver extra stöd angående psykiska ohälsa. Barnmorskorna beskrev tidsbrist, sociala och kulturella faktorer kunde vara ett hinder för att kunna upptäcka psykiska ohälsa under graviditeten.	Hög
Easter et al., 2019 England British medical journal BMJ	Recognition and response to life-threatening situations among women with perinatal mental illness: a qualitative study.	att utforska hinder för att upptäcka psykisk hälsa-relaterade livshotande händelser bland kvinnor med perinatal psykisk sjukdom.	Design och urval: Kvalitativ ansats. Femton deltagare från primärvård, mödravård och psykiatri Datainsamling: Djupgående halvstrukturerade intervjuer Tematisk analys av induktiv och deduktiv ansats	Tre övergripande teman analyserades, erkännande av svårighetsgrad, kommunikationsbrister mellan verksamheterna. Olika perspektiv på psykiska ohälsa under graviditeten och bedömningen av svårighetsgraden. Motvilja att ordinera medicin eller ta in kvinnor på psykiatriska sjukvård, stigma och missade möten skapade ytterligare hinder för barnmorskor att stödja kvinnor.	Hög



Bilaga 4.

SBU:s granskningsmall

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2020-10-06

Författare: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre ☐

Måttliga ☐

Stora brister, studien ingår inte i syntesen ☐

Kommentarer: _____

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien¹

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	Ja ☐	Nej ☐	Oklart ☐
--	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Kommentarer: _____

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:

Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?

Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?

Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?

Kommentarer: _____

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

	Ja	Nej	Oklart
Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	☐	☐	☐

Kommentarer:

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	Ja	Nej	Oklart
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	☐	☐	☐
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	☐	☐	☐
Validerades tolkningarna?	☐	☐	☐
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	☐	☐	☐

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	Ja	Nej	Oklart
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	☐	☐	☐
Har forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt? Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	☐	☐	☐

Finns det allvarliga brister som kan påverka ☐ ☐ ☐
tillförlitligheten?

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten. För in det på sida 1.

Frågor som används i samband med bedömning i CERQual

Bedömningarna görs enbart för studier som ska ingå i syntesen

6. Relevans

Studien är relevant ☐
Studien har partiell relevans ☐
Studien har indirekt relevans ☐
Relevansen går inte att bedöma ☐

Kommentarer: _____

7. Koherens

Stödfrågor:	Ja	Nej	Oklart
Användes huvuddelen av data i analysen?	☐	☐	☐
Hanterades motstridiga data på ett lämpligt sätt?	☐	☐	☐
Underbyggde insamlade data resultatet?	☐	☐	☐
Sammantaget, finns det allvarliga svagheter som kan leda till bristande koherens i det sammanvägda vetenskapliga underlaget?	☐	☐	☐

Kommentarer: _____

8. Tillräckliga data

Stödfrågor:	Ja	Nej	Oklart
Var antalet studiedeltagare tillräckligt stort? (t.ex. om mättnad uppnåtts)	☐	☐	☐
Har formen för datainsamling varit sådan att den medger möjlighet till rika data?	☐	☐	☐

Kommentarer: _____