



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15hp

Barnmorskors upplevelser av att arbeta med psykisk ohälsa inom mödrahälsovården

En kvalitativ intervjustudie

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp

(Avancerad nivå), 2018

Författare:

Jennifer Brännerud

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Handledare:

Katarina Kornaros

Socionom

MSc i psykologi

Doktorand

Manna Hagos

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Examinator:

Helena Lindgren

Leg. Barnmorska

Docent



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Department of Women's and Children's Health

Division of Reproductive Health

Program of Midwifery

Course: Master Thesis in Sexual, Reproductive and Perinatal Health, 15 p

Midwives experiences of working with mental illness in maternal health services

A qualitative interview study

Master Thesis in Sexual, Reproductive and Perinatal Health, 15 p

(Advanced level), 2018

Authors:

Jennifer Brännerud

Reg. Nurse

Midwifery Student

Manna Hagos

Reg. Nurse

Midwifery Student

Supervisor:

Katarina Kornaros

BSc in Social Work

MSc in Psychology

PhD Student

Examiner:

Helena Lindgren

Reg. Midwife

Associate Professor

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Graviditeten och första året efter förlossningen kan upplevas som påfrestande för många kvinnor. Depression och ångestsyndrom är vanligt förekommande. Den största delen av hälsovården under graviditeten i Sverige sköts idag av barnmorskor på barnmorskemottagningar. Tidigare låg fokus på den somatiska hälsan men den psykiska hälsan har fått mer fokus sista årtiondena.

Syfte: Syftet med studien är att beskriva barnmorskors upplevelser av att arbeta med kvinnor med psykisk ohälsa inom mödrahälsovården.

Metod: Detta är en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Fem intervjuer genomfördes med barnmorskor från olika barnmorskemottagningar runt om i Stockholm. Intervjuerna transkriberades, därefter genomfördes en tematisk analys.

Resultat: Analysen resulterade i två övergripande teman med sju underteman. Första temat beskrev barnmorskornas upplevelser av att arbeta med kvinnors psykosociala problematik. Andra temat beskrev barnmorskornas upplevelser av deras egna behov, kunskap och känslor.

Slutsats: Barnmorskorna upplevde att kvinnorna hade behov att få mer stöd med deras psykiska ohälsa. De upplevde ofta att resurserna att stödja kvinnorna inte räckte till, exempelvis var PM och riktlinjer svåra att efterfölja. Barnmorskorna var självsäkra att identifiera psykisk ohälsa men kände att de inte var kompetenta nog att föra psykologiska samtal.Handledning och samverkan var oundgängligt.

Nyckelord: Psykisk ohälsa, Barnmorskors upplevelser, Mödrahälsovård, Psykosocialt arbete

ABSTRACT

Background: Pregnancy and first year postpartum could be perceived as demanding for many women. Depression and anxiety are usual occurrences among women. The biggest part of maternal health during the pregnancy in Sweden is handled by midwives in maternal health services. Psychological health has garnered more attention these past decades, the previous attention used to be on somatic health.

Aim: The aim of the study is to describe midwives experiences of working with women with mental health in maternal health services.

Method: This is a qualitative interview study with an inductive approach. Five interviews were made with midwives from different maternal health services around Stockholm. The interviews were transcribed, thematic analysis was conducted.

Results: Two themes and seven subthemes was found. The first theme described midwives experiences of working with womens psychological problems. The second theme described midwives experiences of their own needs, knowledge and feelings.

Conclusion: The midwives experienced that women with mental health needed more support. The midwives often experienced that resources to support women weren't enough. They were confident in themselves to identify mental health but felt that they weren't competent enough to hold a psychological conversation.

Keywords: Mental health, Midwives experiences, Maternal health services, Psychosocial work

BEGREPPSFÖRKLARING

Psykisk ohälsa

Under intervjuerna i denna studie var de mest återkommande psykiska besvären depression och ångest. Barnmorskorna nämnde vid några tillfällen även andra psykiska åkommor men i dessa fall kommer detta tydligt framgå i denna studie vad barnmorskorna syftar på. Med psykisk ohälsa är det således depression och ångest som åsyftas fortsättningsvis.

Barnmorskorna i studien ansåg att emotionella besvär ingick i begreppet psykisk ohälsa och det kunde vara alltifrån psykos till lättare orosproblematik, även inkluderat depression och ångest.

Emotionell problematik

Ett återkommande begrepp i denna studie är emotionell problematik. Detta innebär i fortsättningen känslomässiga upplevelser hos barnmorskorna som kunde kännas svårhanterliga, komplicerade eller negativa. Detta relaterat till kvinnornas psykiska ohälsa.

Psykosocialt arbete

Med psykosocialt arbete menas i denna studie det arbete som barnmorskor bedriver för att stödja och hjälpa gravida kvinnor som lider av psykiska besvär och även de som har sociala bekymmer som kan leda till psykisk ohälsa.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Psykisk ohälsa under graviditet	1
Depression och ångestsyndrom	2
Konsekvenser av psykisk ohälsa under graviditet	2
Mödrahälsovården i Sverige	3
Ansvar och arbetsuppgifter inom mödrahälsovården	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Studiedesign	5
Urval	6
Datainsamling	6
Dataanalys	7
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT	10
Barnmorskans upplevelser av att arbeta med kvinnors psykosocial problematik	11
Psykosocialt arbete i inhemsk respektive mångkulturell kontext	12
Identifikation av emotionell problematik	13
Främjande arbetssätt för psykosocialt arbete	15
Riktlinjer som kan vara svåra att följa	16
Barnmorskans upplevelser av behov, kunskap och känslor	17
Emotionell problematik är tidskrävande och påfrestande	18
Inte kompetent nog att föra psykologiska samtal	20
Handledning och samverkan är oundgängligt	21

DISKUSSION	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion.....	25
Förslag för vidare studier	30
SLUTSATS	30
REFERENSLISTA.....	32
Bilaga 1	35
Bilaga 2	36

INTRODUKTION

Efter att författarna nyligen varit ute på verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inom mödrahälsovården så uppmärksammades att det inte alltid läggs så stor vikt vid den blivande mammans psykiska hälsa. Upplevelsen var att störst vikt läggs på den somatiska hälsan och olika mätbara kontroller. Författarna anser att även den psykiska hälsan är en mycket viktig del eftersom den psykiska hälsan påverkar en människa på många sätt. När en kvinna ska bli mamma kommer hon även få ansvar för ett nytt liv och det är då viktigt att barnmorskan kan stötta kvinnan så att hon har de bästa förutsättningarna att må bra fysiskt såväl som psykiskt. Därför vill författarna nu studera närmare hur barnmorskor arbetar med psykisk ohälsa. Vad har praktiserande barnmorskor för erfarenheter av detta och hur upplever de att samtala med och stödja kvinnor med psykisk ohälsa?

BAKGRUND

Psykisk ohälsa under graviditet

Enligt Folkhälsomyndigheten (2018) är psykisk ohälsa mycket vanligt runt om i hela världen. Ungefär en av fem människor uppvisar psykiska besvär. Bland dessa besvär så är ångest och depression bland de vanligaste. Det är vanligare att kvinnor drabbas av psykisk ohälsa än män. Folkhälsomyndigheten (2018) beskriver vidare att psykisk ohälsa kan ses som ett paraplybegrepp. I detta inbegrips alltifrån lättare psykiatriska symtom till svårare psykiatriska sjukdomar. De psykiatriska symtomen kan även ha olika svårighetsgrader, intensitet och varaktighet.

Ångest är en mycket vanlig åkomma under graviditet, särskilt under första trimestern. Detta visar en studie av Rubertsson, Hellström, Cross och Sydsjö (2014). Det framkom att ångest är vanligare än depression och 15,6 % av kvinnorna i studien uppvisade ångestsymtom.

Rubertsson (2016) skriver att ca 10 % påvisar depressionssymtom. Graviditeten och första året efter förlossningen kan kännas tuff, bland annat på grund av att det uppkommer förändringar och nya utmaningar. Detta är mer påtagligt för de som har riskfaktorer för att utveckla psykosocial sjukdom eller de som redan har psykosocial sjukdom (Rubertsson, 2016). O'Hara och Wisner (2014) beskriver att riskfaktorer för att drabbas av psykisk ohälsa under graviditet och post partum är ifall föräldrar tidigare har lidit av ångest, depression eller någon annan psykisk sjukdom. Andra riskfaktorer kan vara psykosociala problem såsom relationsproblematik, stress samt bristande stöd från nära och kära. Vidare beskriver de att tidiga symtom på psykisk ohälsa kan upptäckas genom screening och det är viktigt med tidig

upptäckt för kvinnans och barnets välbefinnande. Lilliecreutz, Johannesson och Nordenhem (2016) menar att graviditeten kan ses som en övergångsperiod i livet. Detta kan innebära personlig utveckling och förändring för kvinnan men även att relationer till andra människor kan påverkas. Den nuvarande livssituationen och livserfarenheter påverkar hur varje kvinna ska klara av denna förändring.

Depression och ångestsyndrom

Enligt Socialstyrelsen (2017a) så drabbas ungefär en tredjedel av den svenska befolkningen någon gång i livet av depression och ca en fjärdedel drabbas någon gång av ångestsyndrom. Både depression och ångestsyndrom är mycket allvarliga tillstånd och den drabbade kan må mycket dåligt. Om personen inte får rätt behandling och hjälp finns risk att denne kommer få en nedsatt funktionsförmåga, lång sjukdomstid samt risk för återinsjuknande senare i livet. Det finns även ökad risk för självmordsförsök samt fysiska besvär och sjukdomar. Ca 90 % av sjukskrivningar i Sverige idag är på grund av psykisk ohälsa som är orsakade av depression- eller ångestproblematik (Socialstyrelsen, 2017a).

Socialstyrelsen (2017b) skriver att vid depression så uppvisar den drabbade ett sänkt stämningsläge, mindre energi än vanligt samt minskad aktivitetsnivå. Personer som drabbats av depression har ofta svårt att glädja sig åt saker, koncentrationsproblematik, sömnstörningar, förändringar i aptiten och låg självkänsla. Depressionen kan ha olika svårighetsgrader nämligen lindrig, medelsvår eller svår. Besvären ska ha pågått i minst två veckor (Socialstyrelsen, 2017b).

Ångestsyndrom innebär att personen har en rädsla eller oro som denne har svårt att hantera och som återkommer vid vissa specifika händelser (Socialstyrelsen, 2017a). Ångesten kan leda till funktionsnedsättning och påverka personens dagliga liv på ett negativt sätt.

Konsekvenser av psykisk ohälsa under graviditet

Lilliecreutz et al. (2016) menar att det idag finns en ökad medvetenhet om att psykisk ohälsa kan ge negativa graviditets- och förlossningsutfall. Gravida kvinnor med depression och/eller ångest har ökad risk att föda prematura barn och barn med låg födelsevikt. Detta på grund av fysiologiska reaktioner i mammans kropp som påverkar blodflödet till fostret.

Glover (2014) skriver att ångest, stress och depression under graviditeten ökar risken för skador hos barnet. En kvinnas emotionella hälsa under graviditet och även efter förlossningen har setts påverka barnets psykiska hälsa i ett långt perspektiv. Exempel på skador hon nämner är ADHD, nedsatt kognitiv utveckling och emotionella besvär. Av upp till 10 - 15% av de barn som drabbas av kognitiva och emotionella besvär så kan ångest och depression under graviditeten ses ha bidragit till detta.

Enligt Lilliecreutz et al. (2016) kan relationen mellan kvinnan och barnet störas om kvinnan lider av psykiska besvär under graviditeten eller då barnet är litet. Detta kan leda till anknytningsproblem mellan kvinnan och barnet.

Ytterligare en aspekt av hur psykisk ohälsa kan ha en negativ påverkan påvisas i en studie av Rubertsson et al., (2014). I studien framkom att kvinnor med ångest under graviditeten oftare hade mer negativa tankar inför förlossningen, de upplevde oftare förlossningsrädsla och önskade oftare planerade kejsarsnitt.

Mödrahälsovårdens framväxt i Sverige

I dagens Sverige är det barnmorskemottagningar som står för den största delen av den hälsovård som erbjuds gravida (Hildingsson, 2016). 1915 startade den första mottagningen i Sverige som kan liknas vid dagens barnmorskemottagningar. Den huvudsakliga uppgiften på dessa mottagningar var att upptäcka preeklampsi. Under år 1930 utvecklades vården för gravida och en utredning genomfördes vilket resulterade i en rekommendation om två besök under graviditeten, ett barnmorskebesök och ett läkarbesök. Däremellan skulle kvinnans urin kontrolleras med syfte att upptäcka preeklampsi. Genom åren lades nya undersökningar till så som kontroll av blodtryck, hemoglobin, vikt och prov för syfilis och röda hund. Vården hade framförallt somatiskt fokus men ett socialt perspektiv började träda fram runt mitten av 1900-talet. Mellan 1970–1990 skedde stora förändringar inom mödrahälsovården då föräldrautbildningar blev lagstadgade, mödragymnastik infördes, pappor blev inbjudna att delta vid besöken och allt fler screeningundersökningar infördes. 1981 genomfördes en utredning gällande mödra- och barnhälsovårdens innehåll. Enligt denna skulle fokus läggas på identifiering av hälsoproblem. Dessa hälsoproblem kunde ha somatisk, psykologisk och/eller anknytningskaraktär (Hildingsson, 2016).

Mödrahälsovården är idag kostnadsfri och frivillig och därför går i stort sett alla gravida kvinnor till mödrahälsovården (Hildingsson, 2016). Även papperslösa kvinnor erbjuds gratis mödrahälsovård.

Ansvar och arbetsuppgifter inom mödrahälsovården

Barnmorskorna på barnmorskemottagningar ansvarar på egen hand för kvinnor med en normal graviditet samt ansvarar för eftervård av kvinnor, identifiering av avvikelser och omvårdnad vid eventuell sjukdom (Olovsson, 2016). Vid behov samarbetar barnmorskorna även med andra yrkeskategorier för att hjälpa, stödja och behandla gravida som drabbats av medicinska sjukdomar eller psykosociala besvär (Hildingsson, 2016). Exempel på andra professioner är läkare, undersköterskor, dietister, kuratorer, psykologer, sjukgymnaster och barnsjuksköterskor inom barnavårdscentralen (BVC). Olovsson (2016) nämner även att socionomer och sekreterare kan finnas kopplade till barnmorskemottagningarna. Läkarna och barnmorskorna har tillsammans ett uppdrag enligt en överenskommelse från svenska barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). Detta uppdrag går ut på att främja hälsa för gravida kvinnor och deras barn samt även möta familjernas olika behov. Barnmorskornas fokus ligger på normala tillstånd hos kvinna och barn medan läkarna har ett mer medicinskt fokus. Dock behöver både barnmorskor och läkare kunskap om både normala och patologiska förlopp för att kunna utveckla och säkerställa deras egen kompetens. Med tanke på att läkare och barnmorskor har olika utbildning och erfarenheter blir bedömningen av patienter bättre om de samarbetar med varandra (Olovsson, 2016). De flesta besöken sker individuellt men även gruppbesök erbjuds på vissa mottagningar (Hildingsson, 2016). I de flesta fall träffar den gravida och dennes partner en och samma barnmorska under hela graviditeten.

Enligt Hildingsson (2016) har en barnmorska på en barnmorskemottagning många olika arbetsuppgifter. Barnmorskan har en viktig roll i vården av gravida kvinnor. Barnmorskans bland annat kontrollera kvinnans och barnets hälsa, erbjuda föräldrastöd och ge information till kvinnan och hennes partner. Syftet med vården är att identifiera komplikationer som skulle kunna vara en risk för kvinnan eller barnets hälsa. Tidigare låg fokus på den somatiska hälsan men på senare tid har det lagts mer och mer vikt även vid den psykiska hälsan och att barnmorskorna bör använda sig av ett mer psykosocialt arbetssätt. Exempel på ämnen som barnmorskor bör ta upp är reaktioner hos föräldrarna på graviditeten, reaktioner på fosterrörelser, tankar och känslor inför förlossning och kommande föräldraskap

samt anknytning till barnet (Hildingsson, 2016).

Idag finns ett så kallat medicinskt basprogram inom mödrahälsovården som barnmorskor ska följa vid en okomplicerad graviditet (Hildingsson, 2016). I detta ingår sex till nio besök hos barnmorskan men vid behov kan fler besök bokas in. Vid dessa besök finns förbestämda uppgifter som barnmorskan ska utföra vid de olika besöken i de olika graviditetsveckorna. Dessa uppgifter kan vara alltifrån blodtryckskontroller och avlyssning av fosterljud till att barnmorskan och den gravida kvinnan tillsammans gör en skriftlig sammanfattning av graviditeten inklusive en plan inför kommande förlossning (Hildingsson, 2016).

Barnmorskor ska även arbeta i enlighet med den Internationella etiska koden för barnmorskor (International Code of Ethics for Midwives, 2014). I denna står bland annat att barnmorskor ska lyssna till kvinnors olika behov däribland fysiska, psykiska, andliga och emotionella behov. Barnmorskorna ska vidare erbjuda vård utifrån olika kulturella olikheter och stödja kvinnor och deras familjer utifrån deras egna sociala och kulturella förutsättningar.

PROBLEMFORMULERING

Enligt ovanstående studier och litteratur är således psykisk ohälsa relativt vanligt bland gravida kvinnor i Sverige. Psykisk ohälsa har visat sig kunna ha allvarliga konsekvenser för både kvinnan och barnet. Barnmorskor inom mödrahälsovården ansvarar för vården av kvinna och barn vid normala graviditeter men barnmorskan måste även ha kunskap om avvikelser för att kunna remittera kvinnan vidare vid behov. Har barnmorskorna kompetens nog för detta och anser de själva att den psykiska ohälsan bland kvinnor är något som borde få mycket fokus?

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva barnmorskors upplevelser av att arbeta med kvinnor med psykisk ohälsa inom mödrahälsovården.

METOD

Studiedesign

En kvalitativ metod med induktiv ansats har använts i utformandet av denna intervjustudie. Då det ämnades studera barnmorskors upplevelser och erfarenheter av att arbeta med psykisk ohälsa inom deras yrkesprofession, ansågs denna metod lämplig eftersom resultatet av

kvalitativa metoder ger beskrivande data (Olsson & Sörensen, 2011). Data beskriver deltagarnas egna ord, deras texter eller deras beteenden och det centrala är det unika i dessa berättelser. Vidare skriver Olsson och Sörensen (2011) att vid användning av kvalitativa metoder vill forskaren hitta kategorier och beskrivningar som bland annat kan beskriva ett sammanhang i deltagarens livsvärld.

Urval

Inklusionskriterierna för att delta i studien var att deltagarna skulle vara yrkesverksamma legitimerade barnmorskor, arbeta på barnmorskemottagning och arbeta inom Stockholmsområdet. Deltagarna skulle även kunna tala svenska eller engelska.

34 olika barnmorskemottagningar kontaktades antingen via e-post eller telefonsamtal med frågan om någon på mottagningarna var intresserad av att delta i denna studie. Vid intresse skickades ett informationsbrev ut (se bilaga 2). Olsson och Sörensen (2011) menar att syftet och problemområdet som författarna ämnar studera tydligt ska framgå för deltagaren innan intervjun äger rum. Detta för att få ett bra resultat från intervjun. Därför fanns både syfte och problemformulering med i informationsbrevet som barnmorskorna fick läsa innan intervjuerna.

Sju mottagningar tackade nej till att delta, sex stycken svarade att de skulle återkomma om någon var intresserad och 16 stycken svarade inte alls. Fem barnmorskor på fem olika mottagningar tackade ja till att delta i studien. Förhoppningen vid studiens början var att inkludera deltagare från olika socioekonomiska områden och med olika lång yrkeserfarenhet. Detta för att få en god variation av barnmorskornas erfarenheter och på det viset försöka få ett rikt material.

Barnmorskorna som deltog i studien var i åldrarna 36 – 62 år. Barnmorskorna hade olika lång yrkeserfarenhet som barnmorska. De flesta barnmorskor hade varit yrkesverksamma relativt lång tid, mellan 7 – 29 år. En barnmorska hade dock arbetat ett och ett halvt år. Även tiden de hade varit yrkesverksamma inom mödrahälsovården var väldigt varierande, allt från 8 månader – 20 år. Tre barnmorskor hade arbetat max fem år inom mödrahälsovården.

Datainsamling

Data samlades in genom fem stycken intervjuer med fem olika barnmorskor på olika barnmorskemottagningar runt om i Stockholm under februari 2018. Intervjuerna skedde

enskilt på respektive barnmorskemottagning och varade i ca 40 minuter. Författarna genomförde två respektive tre intervjuer var. Vid varje intervju satt en av författarna själv med en barnmorska inne på rummet. En intervjuguide (Se bilaga 1) med 15 frågor användes. Intervjuguiden utformades gemensamt av de båda författarna med hjälp av noggrann diskussion och eftertanke kring varje enskild intervjufråga. Författarna eftersträvar ett djupgående men även ett brett informationsmaterial om upplevelser av psykisk ohälsa i stort bland blivande eller nyblivna mammor. Jakobsson (2011) beskriver att en intervjuguide innehåller ett antal inledningsfrågor och den kan även innehålla stödord efter inledningsfrågorna. Detta för att kunna starta en dialog, att samtalet skall kunna fördjupas och att forskaren inte skall glömma något viktigt. Intervjuerna i denna studie spelades in med diktafon eller mobiltelefon.

Dataanalys

För att kunna analysera resultatet utfördes en tematisk analys enligt Braun och Clarke (2006) samt Howitt (2010). De centrala huvudpunkterna i tematisk analys är transkribering, analys och att identifiera teman och underteman (Howitt, 2010). Tematisk analys lämpar sig bra till intervjustudier eller andra kvalitativa studier där författare vill finna olika teman i materialet. Tematisk analys är inte beroende av någon särskild teori, vilket många andra analysformer inom kvalitativ forskning är. Tematisk analys kräver att den som analyserar materialet känner till innehållet i det mycket väl. Data transkriberas ordagrant och därefter läser analysanden igenom materialet ett flertal gånger. Det görs för att bli förtrogen med data och för att få en helhetsbild av deltagarens svar (Howitt, 2010).

För att analyserna skall bli så noggrant analyserade som möjligt, så analyserade författarna data enligt Braun och Clarkes (2006) 6 steg.

Efter att intervjuerna genomförts så transkriberades de inom kort, av intervjuaren själv. Författarna skulle bekanta sig med empirin och därmed påbörja steg 1 så transkriberades intervjuerna mycket noggrant där alla interjektioner, pauser och andra ljud noterades. Författarna delgav varandra de transkriberingar som hade utförts för att därefter läsa varandras transkriberingar. Båda författarna analyserade samtliga intervjuer var för sig genom att söka efter meningsbärande enheter. Steg 2 inleddes genom att de meningsbärande enheterna skrevs i ett datadokument, intervju för intervju. Enligt Jakobsson (2011) kan kodning göras genom att använda siffror, symboler, färger eller ord. Vid kodning identifieras

meningsbärande enheter vilka markeras alternativt klassificeras. Detta görs för att materialet ska bli mer överskådligt för fortsatt analys.

Författarna träffades för att kunna jämföra de valda meningsbärande enheterna för respektive intervju. Under träffarna kodade författarna materialet gemensamt genom att ta det essentiella, det som var relevant och det som svarade på syftet. Sedan skrevs dessa koder ner på papper, intervju för intervju. Steg 3 initierades genom att författarna sökte efter preliminära teman genom att leta efter gemensamma mönster i de olika intervjuerna. Dessa skrevs ännu en gång i koder i ett gemensamt dokument. För att säkerställa att författarna hade förstått materialet rätt jämförde författarna vid behov kodning, meningsbärande enheter och ibland även transkriberingen med varandra. Författarna påbörjade därefter steg 4 och steg 5 genom att granska de olika preliminära teman för att slutligen kunna namnge och definiera de olika teman som författarna hade funnit. Slutligen avslutades analyserna av data med steg 6 där författarna slutligen funnit två teman och sju underteman. För att få en ytterligare dimension i resultatet av barnmorskors upplevelse av att arbeta med psykisk ohälsa inom mödrahälsovården användes flera citat i texten.

Tabell 1. Exempel på analys av data.

Meningsbärande enhet	Kod	Undertema	Tema
<i>”Men där kan jag tycka att det är svårt att ... eeh ... dra gränsen för det är ju inte det vi är utbildade till. Och det kan lätt bli lite halvterapeutiskt inne på rummet, utan att vi faktiskt har den kunskapen.”</i>	Saknar kunskap	Inte kompetent nog att föra psykologiska samtal	Barnmorskans upplevelser av behov, kunskap och känslor.

Tabell 2. Två preliminära teman och dess koder.

Preliminära teman	Barnmorskans upplevelser av att arbeta med kvinnor med psykosocial problematik	Barnmorskans upplevelser av behov, kunskap och känslor.
Koder	- Depression. - Ångest. - Inskrivningssamtal. - Öppna kvinnor, berättar. - Projekt i Sthlm – efterkontroll. - Riktlinjer och PM. - Svårt följa PM. - Socioekonomiskt utsatt område. - Segregation, språkbarriär. - Prestige, stress. - Välordnat samhälle. - Tolk. - Boka in täta besök. - Behovet av stödet. - BVC, EPDS. - Motiverande samtal. - Missar kvinnor på EK. - Kvinnor kommer ej på EK. - Tillit. - Remitterar vidare. - Prata om känslor. - Långa väntetider. - friska eller för sjuka för psykiatri. - Erfarenhet. - Trygghet.	- Emotionellt påfrestande. - Förtvivlan. - Ej gränser för remittering. - Större ansvar än vad hen har. - Patienter på rasten. - Svårt när patienter inte är öppna. - Energi och kraft. - Tidskrävande. - Tidsbrist. - Kompetensbrist. - Känslomässigt tungt. - Bekvämt med lätta samtal. - Halvterapeutiskt. - Remitterar vidare. - Lång yrkeserfarenhet = mer kunskap och mod. -Handledning. - Samverkansgrupp. - Stöd av kollegor. - Tillit till barnmorska. - Teamwork. - Bra attityd. - Stress.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Deltagarna i studien erhöll muntlig och skriftlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt. Deltagarna lämnade därefter muntligt samtycke till att delta i studien. De avidentifierades och kom därmed att vara anonyma vilket de fick information om innan intervjuerna. Studien var frivillig att delta i och deltagarna informerades om att de när som helst under studiens gång kunde avbryta deltagandet. Det inspelade materialet kommer under studiens gång att förvaras konfidentiellt och vid studiens slut kommer materialet att raderas. Olsson och Sörensen (2011) berättar att konfidentialitet och sekretess råder när deltagare i studien kan vara säkra på att deras information inte kommer att läsas av obehöriga.

Helsingforsdeklarationen beskriver att det är viktigt att författarna har de kunskaperna som krävs för att driva arbetet men också att de skall ha god kännedom i det de studerar (Olsson och Sörensen, 2011).

I färdigställandet av studien har uppgifter som framkommit under intervjuerna gällande specifika personer att vara anonyma och platser eller situationer har inte nämnts vid namn. Ord som "barnmorskan" och "hen" har använts genomgripande under studiens gång. För att avidentifiera barnmorskorna så fingerades de från barnmorska A-E. Författarna arbetade under tystnadsplikt och hade sekretess gentemot samtliga inblandade. Codex (2018) beskriver att det är viktigt att en forskare tar ansvar och följer de etiska föreskrifter som finns. De föreskrifter författarna hade använt sig av var bland annat informerat samtycke, att inte skada, deltagarna i studien hade rätt till integritet och att deltagarna hade rätt att avbryta intervjun närsomhelst under intervjuens gång.

RESULTAT

Sju underteman identifierades: Barnmorskors psykosociala arbete i inhemsk respektive mångkulturell kontext, identifikation av emotionell problematik, främjande arbetssätt för psykosocialt arbete, riktlinjer som kan vara svåra att följa, emotionell problematik är tidskrävande och påfrestande, inte kompetent nog att föra psykologiska samtal samt handledning och samverkan är outhärligt. Ur dessa underteman så identifierades två övergripande teman: Barnmorskans upplevelser av att arbeta med kvinnors psykosocial problematik samt Barnmorskans upplevelser av behov, kunskap och känslor.

Resultatet kommer nedan att presenteras genom en inledande tabell för varje övergripande tema, dess underteman och koder. Sedan kommer resultatet presenteras i löpande text.

Barnmorskans upplevelser av att arbeta med kvinnors psykosocial problematik

Tabell 3. Tabell på ett tema, fyra underteman och dess koder.

Teman	Barnmorskans upplevelser av att arbeta med kvinnors psykosocial problematik			
Underteman	Barnmorskans psykosociala arbete i inhemsk respektive mångkulturell kontext.	Identifikation av emotionell problematik.	Främjande arbetssätt för psykosocialt arbete.	Riktlinjer som kan vara svåra att följa.
Koder	- Socioekonomiskt-utsatt område. - Segregation, språkbarriär. - Prestige, stress. - Världordnat samhälle. - Tolk. - Depression. - Ångest. - Prata om känslor.	- Inskrivnings-samtal. - Öppna kvinnor, berättar. - Missar kvinnor på EK. - Kvinnor kommer ej på EK. - Projekt i Sthlm – efterkontroll. - Behovet av stödet - Tillit. - Förtroende. - Boka in täta besök.	- Motiverande Samtal. - Remitterar vidare. - Erfarenhet - Trygghet	- Riktlinjer och PM. - Svårt följa PM. - Långa väntetider. - För friska eller för sjuka för psykiatri

Psykosocialt arbete i inhemsk respektive mångkulturell kontext

Barnmorskorna inom mödrahälsovården som arbetade i socioekonomiskt utsatta områden men också de barnmorskor som arbetade i ett välordnat medel/högklassområde upplevde att de hade kommit i kontakt med många olika former av psykisk ohälsa. Den psykiska ohälsan som var mest återkommande under alla intervjuer var depression och ångestproblematik. Depression och ångestproblematik kunde te sig på olika sätt och kunde drabba personer olika svårt. En barnmorska nämnde exempelvis att svåra livsöden såsom flykt, våldsutsatthet och trångboddhet kunde leda till nedstämdhet och depressioner. En annan barnmorska menade att samhället var för stressigt. Kvinnor var ständigt uppkopplade till sociala medier och många hade höga prestationskrav. Dessa förhållanden kunde få en kvinna att bli ångestfylld eller deprimerad. Barnmorskorna uttryckte att personer med diagnoser hade högre risk för psykisk ohälsa.

En barnmorska beskrev att de på mottagningen arbetade mycket med kvinnor med missbruksproblematik och även med samkönade par. De här föräldrarna hade hög risk för att uppleva psykisk ohälsa, därför arbetade barnmorskorna på mottagningen mycket med mångfald för att det var extra viktigt för dem att alla skulle känna sig hörda. Anledningen till att kvinnor med missbruksproblematik och samkönade föräldrar hade högre risk för att uppleva psykisk ohälsa var på grund av att de inte var lika inkluderade i samhället som heterosexuella par var. Den emotionella problematiken kunde yttra sig annorlunda hos samkönade respektive heterosexuella föräldrar. Samkönade tenderade att hamna i relationskriser i högre utsträckning i jämförelse med heterosexuella par.

Barnmorskorna beskrev att de antingen arbetade i ett socioekonomiskt utsatt område eller i ett välordnat medel/högklassområde. Beroende på område yttrade sig kvinnors psykiska ohälsa annorlunda. I de välordnade områdena var barnmorskorna förskonade från tunga sociala fall och socioekonomiska bekymmer. Å andra sidan hanterade de kvinnor som led av prestationsångest och jobbrelaterad stress. Den problematiken kunde leda till depression och ångestproblematik.

Barnmorskorna som arbetade i de socioekonomiskt utsatta områdena upplevde att det var mycket segregation, språkliga barriärer, utsatthet i det svenska samhället vid språkliga barriärer, rädsla för att prata om psykisk ohälsa med vårdpersonal såsom barnmorskor, kuratorer och socialtjänsten. En barnmorska beskrev bostadssituationen som en av de största

källorna till psykisk ohälsa. Om en familj inte hade någonstans att bo så blev andra bekymmer oviktiga, det gick exempelvis inte att prata om det fysiologiska när en mår dåligt, då det blev ointressant. Barnmorska A sa:

”Och de är inte intresserade, de tar ändå inte in. Utan man måste fånga dem där de är. Och där de är, är oftast i problemet”.

Något som framkom under intervjuerna var att tolk kunde ta mycket längre tid jämfört med besök utan tolk. Barnmorskorna upplevde att de inte hann med nästa besök men också att de inte hann nysta i allt. Det barnmorskan menade var att hen inte hann med att få fram all information hen behövde för att ta reda på vad kvinnorna behövde för insatser. Dels på grund av den korta besökstiden men också på grund av att det tog mycket längre tid med tolk då samtalet måste översättas från svenska till kvinnornas språk och därefter till svenska igen. Men ändå ansåg barnmorskorna tolk som någonting nödvändigt, för att vara säker på att ge och få rätt information. En barnmorska upplevde att det var svårt att prata om känslor på ett annat språk än sitt eget, därför kände hen att det var nödvändigt att använda tolk. Om det gick att boka samma tolk var det en fördel, så att kvinnorna slapp träffa många olika människor. Fördelen med att kvinnorna helst skulle få träffa samma tolk istället för att få träffa flera olika människor var att kvinnorna så småningom skulle våga prata ut och därmed få förtroende för barnmorskan men också för tolken. Men också för att spara tid då kvinnorna inte skulle behöva börja berätta allt från ruta nummer ett igen. Risken att ha olika tolkar för varje besök var att kvinnorna inte talade om vad kärnan för den psykiska ohälsan var på grund av brist på tillit.

Identifikation av emotionell problematik

Barnmorskorna i studien var eniga om att det fanns ett behov bland kvinnor inom mödrahälsovården att få mer stöd och tid för samtal, för att prata om deras psykiska ohälsa. Anledningen till att barnmorskorna ansåg det, var på grund av att många kvinnor hade någon form av psykisk ohälsa. Barnmorska C sa:

”Ja jag vet inte om det är så att, att psykiska ohälsan ökar eller om det är liksom, behovet som ökar för att det helt plötsligt är legitimt att, att må dåligt psykiskt. ”

Några barnmorskor nämnde att det fanns risk att den psykiska ohälsan kunde aktualiseras

under graviditeten, för kvinnor som har tidigare haft psykisk ohälsa. En anledning som gavs var att det berodde på hormoner, kroppen förändrades och att mycket känslor som kunde dyka upp. Under en intervju framkom det att behovet av stöd och tid för samtal var större än de resurser som fanns. Ett par barnmorskor upplevde därför att vissa kvinnor faller mellan stolarna.

Alla barnmorskorna på barnmorskemottagningarna upplevde att de flesta kvinnorna gärna pratade och var villiga att berätta om deras psykiska ohälsa på inskrivningsbesöket. Vidare beskrev barnmorskorna att kvinnorna oftast var öppna och uppriktiga när de talade om deras bekymmer. De flesta barnmorskorna sa att de upptäckte psykisk ohälsa redan vid inskrivning, där de flesta barnmorskorna ställde öppna och raka frågor för att kunna fånga upp kvinnor. En barnmorska var förvånad över hur uppriktiga kvinnorna kunde vara. Många av barnmorskorna ansåg att kvinnorna kände någon slags tillit till barnmorskorna och gärna pratade med dem, ibland till och med hellre med dem än exempelvis en kurator eller en psykolog. Några tänkte att det kunde bero på att kvinnan och barnmorskan hade hunnit bygga upp en relation under graviditeten. Det framkom att alla barnmorskor uppgav att de kvinnor med psykiska besvär sedan tidigare, oftast redan hade en kontakt och att de då framkom direkt vid inskrivningen. Vissa kvinnor stod på antidepressiva mediciner och då blev det en naturlig väg att spinna vidare på. Detta gjorde att det blev en naturlig och enkel väg till att barnmorskan kunde ställa frågor om kvinnornas psykiska ohälsa.

När barnmorskorna upptäckte psykisk ohälsa bland kvinnorna försökte de först och främst boka in tätare besök. Nästan alla barnmorskor tyckte att det fanns möjlighet att göra detta på grund av att de ansåg att det var deras ansvar att pressa in en tid för dessa behövande kvinnor, trots tidsbristen. Många barnmorskor försökte få kvinnorna att inse sina problem och därmed prata om problemen samt nysta i och ta reda på vad den psykiska ohälsan kunde bero på. Några barnmorskor använde sig utav motiverandesamtal för att ta reda på de bakomliggande orsakerna till problemen.

Psykisk ohälsa som uppstod under graviditet eller efter graviditet som inte hade upptäckts sedan tidigare, påträffades oftast på barnavårdscentralen (BVC). Barnmorskorna påtalade att det var viktigt med samarbete med BVC och därför rapporterade de över de kvinnor med psykisk ohälsa dit. På BVC screenades kvinnorna för depression med hjälp av formuläret

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) och därmed kunde en del av dessa kvinnor upptäckas. Barnmorskorna tyckte att det var svårt att upptäcka kvinnor med psykisk ohälsa efter graviditeten eftersom att många inte kom på efterkontrollerna. Många barnmorskor ansåg att det var svårt att få dit dem, detta gjorde att barnmorskorna missade en del kvinnor. De kvinnor som uppgav att de hade psykisk ohälsa under graviditeten, fick komma på täta besök i slutet av graviditeten och därefter blev de kallade till tidiga efterkontroller efter förlossningen.

Det framkom i intervjuerna att det pågår ett projekt i Stockholm, på grund av att barnmorskorna missade många kvinnor med psykisk ohälsa efter graviditeten. Anledningen till att barnmorskorna missade många kvinnor med psykisk ohälsa kunde bland annat vara för att de helt enkelt inte kom på efterkontrollerna eller att dessa kvinnor föll mellan stolarna eftersom barnmorskor antog att BVC senare skulle fånga upp kvinnorna. Barnmorskorna kunde även ibland ha svårt för att identifiera kvinnor som led av psykisk ohälsa efter graviditeten och därmed började inte barnmorskorna några samtal om psykisk ohälsa. Det kunde dels bero på tidsbrist, kompetensbrist men också brist på att fånga upp kvinnorna, vilket ledde till att kvinnorna inte vågade samtala kring psykisk ohälsa. Emellertid, projektet som pågick i Stockholm gick ut på att barnmorskorna ringde kvinnor inom två veckor efter förlossningen för att ta in dem på tidiga efterkontroller för att på så sätt identifiera kvinnor med psykisk ohälsa. En barnmorska nämnde även ett projekt som pågick på deras mottagning som innebar att en kurator tillsammans med BVC gick på hembesök efter förlossningen. Sedan gick kuratorn på tre egna hembesök, eftersom att den psykiska ohälsan i detta område var mycket utbredd.

Främjande arbetssätt för psykosocialt arbete

I stort så arbetade barnmorskorna på ungefär samma sätt på de olika barnmorskemottagningarna. Många barnmorskor tog en hel del samtal själva men remitterade även en hel del vidare, det som skiljde sig var detaljerna på de olika barnmorskemottagningarna. På en barnmorskemottagning så arbetade barnmorskorna och kuratorerna enligt en omvårdnadsmodell, de påpekade särskilt att de använde sig utav motiverandesamtal i arbetet med kvinnor och de arbetade mycket med mångfald och att alla skulle känna sig trygga. Personalen på mottagningen fokuserade även väldigt mycket på hur det skulle kännas att komma till mottagningen, de ville utstråla en inbjudande miljö och en tillåtande anda. Barnmorskorna på en annan barnmorskemottagning arbetade mycket utifrån

att se fostret. En annan barnmorska berättade att på deras barnmorskemottagning så var det äldre och mer erfarna barnmorskor som arbetade och hen menade med den långa yrkeserfarenheten så hade de blivit gamla och kaxiga, lärt sig av livet och de hade lite mer att bidra med. Det barnmorskan menade var att alla deras erfarenheter gjorde att barnmorskorna förstod kvinnorna mycket bättre, vågade samtala med kvinnorna på djupet och vågade ställa frågor jämfört med en yngre och ”ny” barnmorska. Hen sa även att de hade en bra kontinuitet på deras mottagning eftersom att de inte var så mycket sjukdom och vård av sjukt barn, detta gjorde att kvinnorna fick träffa samma barnmorska, hen tänkte att det kunde vara till en fördel. Med det menade barnmorskan att kontinuitet inkluderar låg personalomsättning, vilket är en fördel för att kvinnorna skulle få kontinuerligvård. En annan barnmorska sa att de hade en familjecentral som de ingick i och där samarbetade barnmorskor, kuratorer, öppna förskolan, BVC och socialtjänsten. Där använde de sig väldigt mycket av deras kuratorer i arbetet med kvinnor med psykisk ohälsa. Kuratorerna var alltid tillgängliga då de arbetade i samma hus, vilket gjorde att de kunde använda sig av kuratorerna vid akuta situationer. Vilket gjorde att kuratorerna kunde sköta om den psykiska ohälsan och barnmorskorna kunde koncentrera sig på graviditeten.

Riktlinjer som kan vara svåra att följa

En gemensam uppfattning var att det fanns riktlinjer och PM på mottagningarna. Exempel på riktlinjer var: Vilka besök som skulle bokas in enligt basprogram och vart patienter skall hänvisas. Dock så ansåg de också att de inte fungerade i praktiken. Exempel på varför riktlinjerna inte fungerade var dels på grund av för långa väntetider till olika insatser såsom exempelvis till kuratorerna. kvinnorna fick inte de kontakter de behövde, en del kvinnor föll mellan stolarna för att de antingen var för friska eller för sjuka för psykiatrien samt att det ibland kunde vara jätte svårt att titta på ett PM och titta på hur en förälder mår psykiskt. En barnmorska ansåg att det fanns bättre PM och riktlinjer för fysiska åkommor än psykiska åkommor. Barnmorska D sa:

”... Men det skulle ju vara ännu värre om riktlinjerna inte heller fanns. Så att säga, man kan ju bara sträva efter att det ska fungera enligt riktlinjerna.”

Barnmorskans upplevelser av behov, kunskap och känslor.

Tabell 4. Tabell på ett tema och fyra underteman och dess koder.

Teman	Barnmorskans upplevelser av behov, kunskap och känslor.		
Underteman	Emotionell problematik är tidskrävande och påfrestande	Inte kompetent nog att föra psykologiska samtal	Handledning och samverkan är outhärligt
Koder	- Tidskrävande. - Tidsbrist. - Emotionellt påfrestande. - Förtvivlan. - Större ansvar än vad hen har. - Patienter på rasten. - Svårt när patienter inte är öppna. - Energi och kraft. - Stress.	- Kompetensbrist. - Känslomässigt tungt. - Bekvämt med lätta samtal. - Halvterapeutiskt. - Remitterar vidare. - Lång yrkeserfarenhet = mer kunskap och mod. - Tillit till barnmorska - Ej gränser för remittering.	- Handledning. - Samverkansgrupp. - Stöd av kollegor. - Teamwork. - Bra attityd. .

Emotionell problematik är tidskrävande och påfrestande

Vid frågor om barnmorskors egna emotionella upplevelse i arbetet med psykisk ohälsa, visade resultatet i denna studie att samtliga barnmorskor upplevde att arbetet var emotionellt påfrestande. Alla beskrev dock det på olika sätt och alla hade egna erfarenheter av emotionella upplevelser i arbetet med psykisk ohälsa. Någon barnmorska beskrev det som emotionellt påfrestande när hen träffade kvinnor med exempelvis gravt missbruk, gravt skadebeteende och självdestruktivitet. Hen sa då att det var lätt att känna förtvivlan och att det då var lätt att gå för fort fram eftersom att det var kort om tid att hinna hjälpa kvinnan innan barnet skulle komma. Upplevelsen av stress i arbetet var påtaglig och berodde på att barnmorskan kände att hen inte hade möjligheten att stötta och då ville hjälpa mer än vad hen kunde. Barnmorskan upplevde därför att det kändes som att hen tog större ansvar än vad hen egentligen hade. De flesta barnmorskorna berättade att de bokade in längre besök genom att de tog av sin egen tid. Barnmorskorna kunde exempelvis boka in längre besök till kvinnor med behov för samtal innan rast, innan lunch, sista passet på dagen alternativt så bokade de in 45-minuters besök. Barnmorskorna visste om att de inte fick boka in kvinnor på längre besök än 30 minuter på grund av att cheferna inte ville det, eftersom att de inte fick mer betalt för längre besök. Men barnmorskorna uppgav att de visste det, men kände att de var tvungna till det för att kunna ge möjlighet till att hjälpa dessa kvinnor med psykisk ohälsa.

En barnmorska menade att hen själv kanske inte skulle hinna med allt men att de då hade god möjlighet till bra teamwork för att kunna lösa tidsbristen. Vid frågan ifall hen kunde boka in extra besök, var svaret av barnmorska D:

” Ja men det har jag en skyldighet att göra. Så det är ju bara att klämma in liksom. Absolut. Man får ta från de rika och ge till de fattiga ibland. Så är det.”.

Barnmorskan menade att de rika var vanliga friska familjer som då inte behövde extra stöd. Då kortade barnmorskan ner på deras besök så att de med psykisk ohälsa fick lite längre tid. Ytterligare en barnmorska sa att det absolut jobbigaste var när det fanns en jättetrasslig social situation. Barnmorskan upplevde att det tog på krafterna och att det tog mycket tid på grund av att det var så mycket jobb, detta kunde barnmorskan uppleva som emotionellt jobbigt i arbetet med kvinnor med psykisk ohälsa. En barnmorska menade att det inte var emotionellt jobbigt om kvinnorna var öppna med sina psykiska besvär, men att det annars var svårt.

Anledningen till att barnmorskan tyckte att det kunde vara svårt när kvinnor inte var öppna med sina besvär var på grund av att det var tidskrävande. Hen menade att det kunde vara svårt att gräva fram information från kvinnorna om deras psykiska besvär, om dessa kvinnor förnekade eller dolde sina problem, vilket ledde till att kvinnor lätt ramlade mellan stolarna. Vilket även en annan barnmorska påpekade att det var svårt när kvinnor skämdes och inte ville prata om sina psykiska problem. Ett exempel på vad kvinnor med psykisk ohälsa kunde skämmas för var våld.

De flesta barnmorskorna nämnde att det ibland kunde finnas fördomar men också att det ibland kunde vara betungande patienter i arbetet med kvinnors psykiska ohälsa. Någon barnmorska ansåg att hen ibland kunde känna frustration på grund av känslan av att hen inte räckte till, då dessa kvinnor med psykisk ohälsa kunde ta extra mycket energi och kraft. Skälet till att barnmorskan kunde känna frustration var på grund av hen upplevde att hen inte räckte till alla gånger. Barnmorskan kunde uppleva att kvinnorna ibland hade lite större behov än vad barnmorskan kunde ge både tidsmässigt men också professionsmässigt. Vilket ledde till att barnmorskan helst remitterade vidare kvinnor när de yttrade att de hade någon form av psykisk ohälsa.

En annan barnmorska upplevde att orospatienter kunde kännas jobbiga. Anledningen till att barnmorskan upplevde det jobbigt var på grund av att de var tidskrävande då kvinnorna gärna ville komma flera gånger om dagen för att bland annat dubbelkolla fosterljud, mäta symfys - fundus mått, ta blodtrycket eller att ta blodsockervärde. Andra skälet till att barnmorskan upplevde orospatienter som jobbiga var för att hen kände sig tvungen att få kvinnorna att inse deras underliggande orsaker till oron. Barnmorskan ville ta reda på detta för att barnmorskan själv skulle förstå vad oron kunde bero på, för att därefter kunna remittera kvinnan vidare till den instansen kvinnan behövde. Men även för att kvinnorna själva skulle förstå sin problematik och att oron inte var normal och att de därför var tvungna att jobba med denna oro för att kunna må bättre psykiskt.

En barnmorska menade att en arbetsmetod hen hade för att hinna stödja kvinnor med deras psykiska ohälsa var att ta det praktiska arbetet snabbt först i början av besöket för att sedan resten av besöket kunna koncentrera sig på samtal om livet. Hen anpassade sitt sätt att arbeta på för hen visste att ett besök pågår i vanliga fall i 20 - 30 minuter där barnmorskan skulle ha hunnit med att bland annat ta blodtryck, ta symfys - fundus mått och lyssna på fostret. Därför

använde hen sig av denna metod för att hinna med alla viktiga mätvärden som skulle dokumenteras för att sedan kunna samtala i ”lugn och ro” med kvinnan då det inte gick att förutspå hur lång tid ett samtal om livet kunde pågå.

En barnmorska upplevde att det kunde bli emotionellt jobbigt när hen hade flera tunga fall samtidigt och att det ibland kunde bli känslomässigt tungt, dels på grund av kompetensbrist men också på grund av tidsbrist. Det kunde kännas känslomässigt påfrestande när hen ville hinna hjälpa kvinnorna mer än vad det fanns tid för. Exempelvis för lite tid för stödjande samtal och att hinna lyssna på kvinnan. Barnmorska A sa:

”För ibland är det inte lätt alltså, det är inte så... Och ibland så bär man med sig vissa, de tar ju in sig i hjärtat liksom.”

Inte kompetent nog att föra psykologiska samtal

De flesta barnmorskorna sa att de tog mycket samtal kring psykisk ohälsa med kvinnor och ofta så kände de sig bekväma med det. Det visade sig att de fallen som barnmorskorna kunde ta samtal själva och var bekväma var vid enkla fall såsom relationsproblem och riskbruk. Barnmorskorna kände inte sig bekväma vid samtal som behövde extra insatser från exempelvis socialtjänsten eller kuratorer, utan då remitterade de kvinnorna vidare. Många kvinnor pratade gärna med barnmorskan, de byggde upp ett förtroende under graviditeten och kvinnan kände tillit till barnmorskorna. Vid frågan om: När bör barnmorskor remittera vidare föräldrar med psykisk ohälsa? Så svarade de flesta att det inte fanns gränser för remittering, utan att det var individuellt från barnmorska till barnmorska och att barnmorskan själv fick känna efter. Ett par barnmorskor uppgav att det ibland kunde vara svårt att dra dessa gränser för vilka samtal de själva skulle ta, eller där de skulle vara i behov av hjälp från andra instanser. Någon barnmorska menade att de inte var någon samtalsenhet och en annan barnmorska upplevde att det ibland kunde bli halvterapeutiska. Därför var det viktigt att tänka på vad en barnmorska kan och inte kan. Barnmorska D sa:

”...svårigheten är att veta liksom vad är mitt jobb och vad är min kunskap?”

Därför ansåg alla att dem remitterade gärna kvinnorna vidare för att kvinnorna skulle få adekvat vård. Många barnmorskor kände att de saknade kunskap och kompetens för att kunna

hjälpa och stödja kvinnorna självständigt. Barnmorska B sa:

”... ja men jag tycker nog att det känns skönt att faktiskt skicka vidare dem med... som påtalar själv att de inte mår bra, för jag tycker inte att jag har den kompetensen liksom att hantera det och att någon annan får göra bedömning...”

Barnmorskorna menade att de var ganska frikostiga och remitterade vidare kvinnorna. Alla barnmorskorna sa att de vid behov kopplade in insatser såsom exempelvis läkare, kurator, psykiatriker, psykolog, familjecentral, vårdcentral och specialistmödravården. En barnmorska ansåg att ju längre yrkeserfarenhet hen erhöll desto mer kunskap och mod fick hen till att samtala med kvinnor självständigt. Barnmorska E uttrycker:

”Jag tror att det handlar om ju mer kunskaper man har desto mer remitterar man. Jag tror faktiskt det. Och inte tvärtom.”

Med det menade hen att kunskapen gjorde att barnmorskan visste vad hen kunde klara av själv och vad som var okänd mark som behövde vidare remittering. Några exempel på vad barnmorskorna uppfattade att klara av att hantera utan remittering var förlossningsrädsla, relationsproblematik, riskbruk, det barnmorskorna trodde var övergående och de kvinnor som kunde hjälpas med hjälp av stöd och samtal. Då barnmorskorna upplevde att de kunde hantera problemen utan vidare remittering, så bokade de gärna in tätare besök.

Handledning och samverkan är oundgängligt

De flesta barnmorskorna sa att de hade handledning en gång i månaden i alla möjliga olika former. Handledningen kunde exempelvis vara: Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) handledning där barnmorskekollegor och kuratorer satt tillsammans och diskuterar patientfall. Handledningen kunde även vara med psykolog och terapeut en gång per månad. Många barnmorskor nämnde att de hade samverkansgrupp en gång per månad, där personal från BVC, barnmorskorna från barnmorskemottagningen, socialtjänsten och vuxenpsykiatrin ingick. Under dessa samverkansgrupperna så tog de upp tyngre fall som handlade om kvinnor. Förutom att prata i grupp så nämnde några barnmorskor att de hade möjlighet till att få samtala individuellt ifall barnmorskan mådde dåligt. Vid frågan ifall handledningen brukade

vara till någon hjälp, svarade barnmorska D:

”... vi vet inte hur vi skulle jobba utan det så det är inte aktuellt kan jag ju säga. Det, det är ett måste för att vidareutvecklas själv och för att liksom få ur sig ibland och för att få guidning i liksom hur ska jag gå vidare med det här och vad händer med mig när det här dyker upp liksom och jag bara blir förbannad eller liksom vad det nu kan vara för någonting.”

Barnmorskorna sa även att de hade en bra personalgrupp som gjorde att de pratade mycket med varandra i gruppen, så att de kunde hjälpa varandra genom att bolla och prata ut om sina känslor. De flesta barnmorskorna upplevde även sina kollegors attityd som mycket positivt. Dessa barnmorskor upplevde att kollegorna var empatiska, medvetna och pålästa. Barnmorska C uttryckte sig såhär:

”Men här är det väldigt öppet tycker jag, vi pratar mycket om sånt här och alla vill hjälpa till... ”.

Några barnmorskor nämnde att det var viktigt med bra teamwork, vilket innebar att det var viktigt att hjälpas åt. På barnmorskemottagningen där barnmorskorna arbetade mycket med mångfald och psykisk ohälsa, menade barnmorskan att det föll sig naturligt att ha en positiv attityd i arbetet med kvinnor med psykisk ohälsa. Anledningen till den positiva attityden var på grund av att vid anställning så visste barnmorskorna vilken policy mottagningen hade gällande psykisk ohälsa. Samma barnmorska menade att hen hade varit och föreläst på andra barnmorskemottagningar och kunde ibland uppleva att barnmorskekollegor där kunde ha en negativ attityd gentemot kvinnor med psykisk ohälsa. Kvinnorna kunde kännas betungande och jobbiga oavsett i vilken kontext barnmorskorna arbetade i.

DISKUSSION

Diskussionen kommer att innehålla de tre delarna, metoddiskussion, resultatdiskussion samt förslag till vidare studier.

Metoddiskussion

Ett vanligt kvalitetskriterium inom kvalitativ forskning är tillförlitlighet (Jakobsson, 2011;

Polit och Beck, 2011). Jakobsson (2011) beskriver att tillförlitlighet bedömer huruvida en utomstående kan upprepa samma studie och få likvärdigt resultat. Vidare menar Polit och Beck (2011) att tillförlitlighet inbegriper termerna trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. En väl utförd kvalitativ studie ska vara tydligt beskrivande, innovativ och rik på tolkningar.

Författarna till studien använde sig av kvalitativ forskning i form av intervjustudier. Författarna valde att använda sig av intervjustudier då syftet med studien var att beskriva barnmorskors upplevelser av att arbeta med kvinnor med psykisk ohälsa inom mödrahälsovården. Författarna anser att en intervjustudie är mest lämpligt för att få ut mer beskrivande information av barnmorskornas upplevelser och tankar, jämfört med vad exempelvis en enkätstudie gör. Bell och Waters (2016) skriver att en fördel med en intervjustudie är att intervjuaren kan ställa följdfrågor och på så sätt vidga och utveckla deltagarnas svar. Olsson och Sörensen (2011) beskriver att målet med en kvalitativ intervjustudie är att ta reda på hur den intervjuade uppfattar sina tankar och känslor men också sin omvärld. Författarna till denna studie anser att de har lyckats bra med att ta del av barnmorskors upplevelser och känslor och att många intressanta fynd gjorts. Dock var en nackdel med intervjustudien tidsaspekten. Intervjustudier tar mycket tid i anspråk och författarna hade ett begränsat tidsutrymme för att genomföra studien. Önskvärt hade varit ifall en större mängd barnmorskor deltog i studien för att få en bredare uppfattning av barnmorskornas upplevelser. Detta hade gett en djupare inblick i barnmorskors syn på psykisk ohälsa. Författarna hade önskat få kontakt med samtliga 34 förfrågade deltagare. Men på grund av det mycket pressade tidsschemat fanns det inget utrymme för att eftersöka de tillfrågade barnmorskorna som inte hade svarat på ifall de ville delta i studien eller inte. Bell och Waters (2016) menar även de att det finns nackdelar med intervjustudier på grund av det tar lång tid att genomföra och därför så hinner författare inte med många intervjuer.

Alla intervjuer genomfördes under en och samma vecka, detta resulterade i att författarna är väl förtrogna och insatta i ämnet. Om det hade gått lång tid emellan intervjuerna så hade det förmodligen kommit nya infallsvinklar mellan varje intervju. Detta skulle troligtvis ändrat på författarnas förståelse och därmed hade det lett till att författarna skulle ändrat sitt sätt till att ställa frågor. Detta hade möjligen kunnat leda till att författarna förvrängt frågorna och på så sätt skulle syftet inte besvarats ordentligt. Detta skulle förmodligen hända om författarna

inte var noga och professionella i sitt arbetssätt. Dock för en van forskare skulle det istället kunna leda till ett ännu djupare resultat av forskningen.

Författarna till studien delade upp intervjuerna mellan sig, detta skulle kunna medföra att frågorna ställs på olika sätt och därmed uppfattas olika av barnmorskorna. Vilket hade kunnat ge ett icke tillförlitligt svar. Dock utformade författarna intervjuguiden gemensamt, vilket gjorde att båda författarna var väl förtrogna med frågorna och syftet med dem. Författarna anser att eftersom båda hade samma uppfattning om vad studiens syfte var så har inte resultatet påverkats på ett negativt sätt. Författarna har olika bakgrund och förförståelse av graviditet, barnafödande och psykisk ohälsa vilket troligen gör att de har olika förförståelse. Detta tror författarna kan vara till en fördel vid analysen av materialet då det kan ge mer djup i materialet.

Hartman (2004) beskriver att vid kvalitativ metod där författaren vill kunna generalisera och hitta ett resultat som kan vara giltigt på en annan grupp människor så måste författaren ha urvalskriterier. Författarna till denna studie hade inte så många inklusionskriterier annat än att de som deltog i studien skall vara barnmorskor som arbetade inom mödrahälsovården i Stockholmsområdet samt skall kunna tala svenska eller engelska. Detta för att författarna ville få ett så brett och djupt resultat som möjligt och inkludera så många som möjligt för att öka överförbarheten i studien. Polit och Beck (2011) menar att en studie har överförbarhet då resultatet av studien går att använda på en annan grupp än den grupp som studerats. För att detta ska vara möjligt måste författarna till studien ge en noggrann beskrivning av tillvägagångssättet i studien, för att andra ska kunna förstå och så att det inte ska finnas risk för misstolkningar. Författarnas förhoppning vid studiens början var att kunna intervjua barnmorskor från olika socioekonomiska områden runt om i Stockholm, för att få ett rikt och beskrivande material. Då det slutligen blev fem barnmorskor som ställde upp, föll det sig turligt nog så att de arbetade på barnmorskemottagningar med väldigt skilda socioekonomiska förutsättningar.

Enligt Braun och Clarke (2006) så är det viktigt att författaren är grundligt insatt i materialet för att kunna genomföra en tematisk analys. Detta har författarna i denna studie blivit genom att författarna själva intervjuade deltagarna, transkriberade intervjuerna, analyserade samtliga intervjuer både enskilt men också gemensamt med den andre författaren. Författarna har gått

tillbaka till intervjuerna vid behov, för att på så vis bli förtrodda med materialet och undvika feltolkningar. Braun och Clarke (2006) beskriver att det är viktigt att gå fram och tillbaka i datamaterialet vid analysprocessen. Analysprocessen är ingen rak process som går från början till slut, utan det är en aktiv process som går fram och tillbaka. Det är även en process som inte skall stressas fram då nya data kommer fram under analysens gång, där forskare måste gå tillbaka till sitt gamla material för vidare analys. Detta är även ett tillvägagångssätt för att få en god bekräftelsebarhet. Enligt Polit och Beck (2011) innebär bekräftelsebarhet att studien beskriver det den intervjuade har berättat och att författaren inte gjort några egna tolkningar. Genom att författarna till denna studie varit noggranna i analysprocessen och även gått fram och tillbaka har de kunnat undvika feltolkningar och förhoppningsvis beskrivit de intervjuades upplevelser så korrekt som möjligt.

Författarna till studien ansåg att tematisk analys passade studiens syfte bäst, då författarna ville analysera om det fanns några särskilda mönster i upplevelser av hur det är att arbeta med psykisk ohälsa som barnmorska inom mödrahälsovården. Förhoppningen är att denna studie har god överförbarhet och bekräftelsebarhet och på så sätt även god tillförlitlighet, då om någon skulle vilja forska inom detta ämne igen så är det troligt att likvärdigt resultat kommer att uppnås. Detta eftersom att studiens metod är välbeskriven. En tabell förtydligar analysprocessen i metoddelen och så har intervjuguiden bifogats (se bilaga 1).

Resultatdiskussion

Intressant vid analysen av denna studie var att författarna vid intervjuerna frågade barnmorskorna om *föräldrarnas* psykiska ohälsa (se intervjuguide). Dock svarade barnmorskorna övervägande vad de ansåg om de *gravida kvinnor* de mötte och inte deras partners. Någon barnmorska nämnde att det inte fanns tid att utreda och stödja eventuell partner och dennes psykiska ohälsa. De andra barnmorskorna reflekterade över huvud taget inte kring partners mående.

Ett intressant fynd i denna studie var att psykisk ohälsa såg olika ut i olika socioekonomiska områden. I de socioekonomiskt utsatta områdena såg författarna att den psykiska ohälsan orsakades bland annat av segregation, språkliga barriärer, bostadssituationen och rädsla att prata med vårdpersonal om sina problem. Byrskog, Olsson, Essén, Allvin (2015) menar att barnmorskorna i deras studie beskriver att de bygger upp en bro mellan invandrarkvinnor och

samhället. Där barnmorskorna själva utgör bron. Det vill säga att barnmorskorna informerade kvinnorna om samhället de har kommit till och dess lagar och regler. Det gjorde barnmorskorna för att kvinnorna skulle få rätt stöd för psykosociala frågor. Jämfört med de två icke- socioekonomiskt utsatta områdena där de i vår studie upplevde att de var förskonade från tunga sociala fall. Där orsakades de istället av psykisk ohälsa dels av samhällsorsakad stress, prestige, karriär och relationer. Gemensamt med dessa är att det är yttre faktorer som påverkade dessa individers välmående. Men att dessa yttre faktorer varierar mellan olika områden.

Barnmorskorna berättade att tolksamtal oftast tog mycket längre tid och risken fanns att viktig information kunde gå till miste av patienten. Ny (2016) menar att det är viktigt att föräldrarna skall förstå den information som barnmorskan ger. Barnmorskorna som deltog i denna studie menade att de helst bokade in tolkar inför samtal då barnmorskorna själva ansåg att det var svårt att tala om känslor på ett annat språk. I en studie gjord av Boerleider, Francke, Van de Reep, Manniën, Wiegers och Devillé (2014) så framkom det att både personal och föräldrar upplevde att det kunde vara svårt att tala om känslor på ett annat språk. Även en studie gjord av Garnweidener-Holme, Lukasse, Solheim och Henriksen (2017) så framkom det att föräldrar som har varit utsatta av våld har det svårt att tala om känslor relaterat till språkligbarriär. Ett förslag i denna studie var att våldsutsatta kvinnor fick tolkar som var professionellt utbildade i våldsfrågan. Därför upplevde personalen inom mödrahälsovården att det kunde kännas svårt och frustrerande att vårda gravida kvinnor som inte talade det inhemska språket. På grund av det var personalen tvungna att vara flexibla och kreativa i sitt arbete med dessa kvinnor och personalen tyckte att det var intressant och spännande att arbeta på ett kreativt sätt. Dock tyckte personalen synd om dessa kvinnor på grund av att de oftast var ledsna och ensamma.

Vidare menar Ny (2016) att barnmorskan och föräldrarna bör ha en likvärdig syn på hälsa och ohälsa, med det menas det att föräldrarna själva måste vilja och kunna arbeta för en bättre hälsa och livsstil. Detta var något som framkom i denna studie då en barnmorska menade att hen måste fånga kvinnorna där de är i problemet, för är kvinnorna inte intresserade så tar de inte in informationen. Således är det mycket viktigt för barnmorskor att samtala med patienterna som har psykisk ohälsa och försöka ställa öppna frågor och verkligen lyssna på vad de har att säga. Ny (2016) beskriver vidare att det även är viktigt att barnmorskor skall använda sig av professionella tolkar av den anledningen att de har bättre kunskap i ämnet och den medicinska terminologin än vad exempelvis anhöriga har.

Endast en barnmorska i vår studie tog upp våld som en orsak till psykisk ohälsa. Författarna har reflekterat över detta och varför det kunde vara så. Författarna har funderat på ifall det kan bero på att barnmorskorna undviker att prata om våld, då våld kan vara ett känsligt ämne. Eller att de är rädda för att trampa föräldern på tårna, om barnmorskorna inte vet vad det skall göra utav svaret eller för att det överhuvudtaget inte har reflekterat över frågan. Higgins, Downes, Monahan, Gill, Lamb och Carroll (2018) beskriver att barnmorskor i deras studie var rädda för att förolämpa föräldrar och väcka negativa reaktioner hos dem, vid frågor om psykisk ohälsa. Detta är trolig orsak även vid frågor om våld. Många i samma studie tyckte att det var obekvämt att samtala om sådana saker när partner var närvarande. Vilket kunde också vara en orsak att inte tala om våld, när partnern var närvarande.

Ett intressant fynd är att många av barnmorskorna ansåg att kvinnorna kände någon slags tillit till barnmorskorna och gärna pratade med dem, ibland till och med hellre med dem än exempelvis en kurator eller psykolog. Detta skulle kunna bero på att kvinnorna träffar samma barnmorska regelbundet under nio månaders tid och väldigt intensivt de sista månaderna och därmed hinner de bygga upp en förtroendefull relation till varandra. Det som kan ses som positivt med detta är att kvinnorna får ett förtroende för barnmorskan, vilket kan leda till att de får ett öppet förhållande till varandra. Detta kan i sin tur leda till att kvinnorna är öppna med sina problem och besvär och barnmorskan kanske inte behöver nysta och lägga mycket tid och energi på detta. Utan kan istället påbörja stödjande samtal tidigare innan problemen hinner bli mycket värre för kvinnorna. Det här kan leda till att barnmorskan kan känna sig tillfredsställd och nöjd med vad barnmorskan har åstadkommit för dessa kvinnor och det kan även spara in tid. Men det kan även ses som något tidskrävande eftersom att barnmorskan måste lägga ner tid på psykologiska samtal samt göra någon annans professions arbete som exempelvis kurator och psykolog. I en studie gjord av Ashford, Ayers och Olander (2017) framkommer det att kvinnor med ångestproblematik post partum ofta besökte barnmorskor på grund av deras psykiska besvär. Det här gav barnmorskorna extra mycket arbete till deras redan tunga arbetsbörda. Därför menar de att det borde finnas bättre resurser inom den psykiatriska vården, för att kunna hjälpa dessa kvinnor.

Något mer som kan ses som negativt med att kvinnor hellre samtalar med barnmorskan är att barnmorskan ibland kan sakna kompetens vid samtal om svåra psykologiska fall. Det ingår inte i barnmorskans utbildning och arbetsuppgifter, detta skulle i värsta fall leda till att barnmorskan ger fel råd eller stöd.

Ett resultat i denna studie var att barnmorskor hellre remitterade kvinnorna vidare när de upptäckte någon form av psykisk ohälsa. Dem menade att det kunde vara bra ifall kuratorerna kunde sköta den psykiska ohälsan medan barnmorskan fokuserade på graviditeten.

Barnmorskorna kände sig bekväma med att ta samtalen själva men däremot så kände de att de saknade kompetens. Därför upplevde barnmorskorna att det skulle vara bra ifall kuratorerna tog dessa samtal själva. Det kan upplevas motsägelsefullt att barnmorskorna ville och kunde ta samtalen själva men att de samtidigt uppgav att de gärna ville remittera fallen vidare till en annan instans. Det kunde bero på brist på kompetens vid svårare fall men att de hade kompetens nog för lättare psykologiska samtal. Higgins, Downes, Carroll, Gill, Monahan (2018) bekräftar i deras studie att personalen som arbetade med gravida med psykisk ohälsa gärna tar lättare psykiska besvär såsom depression och ångest själva. Däremot ansåg personalen att de saknade kompetens för att stödja gravida med svårare psykiska fall som exempelvis trauma och psykos.

Barnmorskorna i författarnas studie hade en välvilja att hjälpa gravida med psykisk ohälsa. Därför skulle det kunna vara så att barnmorskorna tog samtalen själva. Det skulle även kunna vara så att de gärna tar enklare samtal själva där de anser att det kan stödja kvinnorna för att underlätta pressen på psykiatrin.

Ett fynd som framgick i resultatet i denna studie var att barnmorskorna ansåg att det var otroligt viktigt med samarbete med olika instanser men framförallt samtal och samarbete med kollegorna. Det framkommer i Fontein – Kuipers, Budé, Ausems, De Vries, Neiuwenhuiize (2014) studie att barnmorskorna upplevde att det var viktigt att kunna samarbeta med andra yrkeskategorier. För att samarbetet skulle få ett bra resultat så var det en fördel att personalen hade lång yrkeserfarenhet, att de andra yrkeskategorierna skulle tycka att psykisk ohälsa var ett intressant ämne och att de skulle ha positiv attityd till att screena gravida med psykisk ohälsa.

Utan detta samarbete och samtal så skulle inte barnmorskorna i vår studie orka med deras arbete, då det ibland kunde bli så emotionellt påfrestande att träffa och samtala med dessa kvinnor med psykisk ohälsa. Även handledning i form av exempelvis samverkansgrupper ansåg som outhärligt. Handledning kan vara viktigt då det kan föra arbetet vidare om barnmorskan exempelvis fastnar på en viss arbetsuppgift så kan hen få tips och råd för att gå vidare. Då psykisk ohälsa och graviditet kan bland många kännas som känsliga ämnen. Så det är mycket viktigt för barnmorskorna att få samtala om deras egna känslor och erfarenheter

som kan uppkomma i mötet med kvinnor med psykisk ohälsa. Tsaras, Papathanasiou, Vus, Panaqiotopoulou, Katsou, Kelesi och Fradelos (2018) beskriver att vårdpersonal har ett av de mest stressiga yrken. Vårdpersonal som själva arbetar med människor med psykisk ohälsa har högre risk till att själva drabbas av psykisk ohälsa till exempel depression och ångest. Ytterligare faktorer som kan öka risker till psykisk ohälsa är civilstånd, ålder, yrkeserfarenhet och utbildningsnivå. Således är det mycket viktigt för barnmorskor att de får samtala med sina kollegor eller i grupp om sina egna emotionella upplevelser för att på så vis undvika att de själva skall utveckla psykisk ohälsa.

Barnmorskorna i denna studie kände sig självsäkra i att identifiera kvinnor med psykisk ohälsa redan under de första besöken då kvinnorna oftast var öppna och villiga att prata om deras psykiska hälsa. Barnmorskorna tror att de oftast fångade upp de flesta kvinnorna redan på inskrivningssamtalen där de ställde raka frågor om psykisk ohälsa. En risk med att barnmorskorna är så självsäkra i att identifiera kvinnor med psykisk ohälsa är att barnmorskorna riskerar att missa de kvinnor som inte är så öppna och ärliga. I en studie av Byrskog, Olsson, Essén, Allvin (2015) som handlar om våldsutsatta kvinnor och deras psykiska ohälsa så beskriver de att gravida kvinnor inte alltid i första mötet vill berätta om sina problem. Det kan bero på att den gravida kvinnan inte känner tillräckligt med tillit till barnmorskan. Barnmorskan måste därför först bygga upp en förtroendefull relation med kvinnan. Vilket kan leda till att kvinnan så småningom kan känna sig redo och våga berätta om vilka besvär hon har. Det är därför viktigt att barnmorskor frågar de gravida igen, så inte barnmorskor är för självsäkra i sig själva och missar dessa kvinnor. Dock så är det bra att barnmorskorna är självsäkra och vågar ta dessa samtal och det gör så att det förhoppningsvis upptäcker de flesta kvinnorna tidigt. Däremot ansåg barnmorskorna i vår studie att det var svårt att upptäcka psykisk ohälsa efter graviditeten, då kvinnorna ibland inte kom på efterkontrollerna. Det kan även vara så att det är svårare att upptäcka psykisk ohälsa efter graviditeten då det är ett till två efterkontrollbesök, jämfört med under graviditeten då det är tätare besök. En möjlig orsak till svårigheten i att identifiera psykisk ohälsa efter graviditeten kan vara att det är mer medicinsk fokus och fokus på förlossningen under efterkontrollen. Att leta efter nytillkomna psykiska besvär är inte en prioritering, detta skulle kunna vara för att barnmorskorna vet att BVC tar över ansvaret och att de kommer screena för psykisk ohälsa. På grund av svårigheter har upptäckts med identifiering av psykisk ohälsa efter graviditet så är det viktigt med tidiga insatser. Därför har olika projekt inom Stockholms län påbörjats som har framkommit i resultatet. I dessa projekt har bland annat nyförlösta fått tidiga telefonsamtal

av barnmorskor samt tidiga och upprepade hembesök av kuratorer och BVC-personal. Detta kan ses som mycket positivt, detta bör resterande barnmorskemottagningar ta efter då resurser borde läggas på detta och på sätt minskar risken för att missa psykisk ohälsa efter graviditeten.

Ännu ett fynd är att barnmorskorna ansåg att riktlinjer och PM finns, dock att de är svårt att efterfölja dem. I en studie gjord av Higgins, Downes, Carroll, Gill och Monahan (2018) ansåg en majoritet av personalen som arbetade med gravida med psykisk ohälsa att de inte fanns eller visste att det fanns PM och riktlinjer inom deras arbetsplats. Ett förslag på förbättringsarbete från personalen i studien var att prioritera utveckling av PM och riktlinjer för att förbättra deras arbetssätt.

Risken när det är svårt att efterfölja PM och riktlinjer är att kvinnorna inte får den vård de behöver, vilket skulle kunna leda till allvarliga komplikationer för den gravida men också barnet. En annan risk är att barnmorskan kan få extra mycket jobb, då barnmorskan kan behöva lägga ner mycket tid och energi vart hen skall remittera den gravida vidare, därmed finns risken att kvinnorna faller mellan stolarna. Därför borde resurser läggas på att förtydliga riktlinjerna, vart barnmorskorna skall remittera vidare och korta väntetiderna för vård vid remittering.

Förslag till vidare studier

Eftersom att psykisk ohälsa är så pass utbredd i samhället och att det är många som söker för och berättar om psykisk ohälsa inom mödrahälsovården så är det intressant att studera vidare ifall barnmorskornas kompetens borde utvidgas. Skulle det i barnmorskeutbildningen vara möjligt att lägga till kurser gällande psykisk ohälsa för barnmorskor skall kunna hålla fler psykologiska samtal själva. Alternativt utforma en specialistutbildning för legitimerade barnmorskor som skulle kunna ge dem en mer terapeutisk inriktning på barnmorskeyrket.

I studien berättade barnmorskorna att det kan vara svårt att prata om känslor på ett annat språk och därmed kunde viktig information missas och att det kunde vara svårt att hjälpa dessa kvinnor. Intressant vore att ta del av dessa kvinnors åsikter om detta, upplever de också att detta är ett problem? Känner de sig inte hörda? Vad anser kvinnorna om barnmorskans bemötande och hur upplever de att prata med tolk som är inblandad?

SLUTSATS

I denna studie så framkom det att barnmorskorna upplevde ett stort behov för stöd och samtal om kvinnors psykiska ohälsa inom mödrahälsovården. Barnmorskorna upplevde ofta att resurserna att stödja dessa kvinnor inte räckte till tidsmässigt, kompetensmässigt, långa väntetider vid remittering men också att riktlinjer och PM var svåra att följa. Detta kunde leda till att arbetet kunde kännas emotionellt påfrestande och att kvinnorna riskerade att inte få adekvat vård och stöd. Barnmorskorna upplevde att det var lätt att identifiera kvinnor med psykisk ohälsa under graviditeten, dock upplevde barnmorskorna att det var mycket svårare att identifiera kvinnor med psykisk ohälsa efter graviditeten, då kvinnorna oftast inte kom på efterkontrollerna. Barnmorskorna upplevde att den psykiska ohälsan såg annorlunda ut beroende på ifall de arbetade i ett socioekonomiskutsatt område eller inte. Barnmorskorna arbetade utifrån den enskilda kvinnans och barnets behov och anpassade besöken efter detta. Slutligen sågs handledning och samarbete som någonting viktigt och något barnmorskorna inte kunde vara utan i sitt arbete med att stödja kvinnor med deras psykiska ohälsa.

REFERENSLISTA

- Ashford, M.T., Ayers, S., & Olander, E.K. (2017). Supporting women with postpartum anxiety: exploring views and experiences of specialist community public health nurses in the UK. *Health and social care in the community*, (25:3), 1257–1264. doi/10.1111/hsc.12428/epdf
- Bell, J., & Waters, S. (2014). *Introduktion till forskningsmetodik* (upplaga 5:1). Lund: Studentlitteratur.
- Boerleider, A.W., Francke, A.L., Van de Reep, M., Manniën, J., Wiegers, T.A., & Devillé, W.L. (2014). "Being flexible and creative": a qualitative study on maternity care assistants' experiences with non-Western immigrant women. *PLOS One*, 9(3), doi: 10.1371/journal.pone.0091843. eCollection 2014.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*, (3: 2), 77 - 101. http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised...
- Byrskog, U., Olsson, P., Essén, B., & Allvin, M.K. (2015). Being a bridge: Swedish antenatal care midwives' encounters with Somali-born women and questions of violence; a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, (15:1). doi: 10.1186/s12884-015-0429-z
- Codex. (2018). Regler och riktlinjer för forskare. Hämtad 2018-01-25 från <http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>
- Folkhälsomyndigheten. (2018). Nedsatt psykiskt välbefinnande. Hämtad 2018-03-09 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/>
- Fontein – Kuipers, Y.J., Budé, L., Ausems, M., De Vries, R., & Neiuwenhuiize, M.J. (2014). Dutch midwives' behavioural intentions of antenatal management of maternal distress and factors influencing these intentions: an exploratory survey. *Midwifery*, 30(2). 234-241. doi: 10.1016/j.midw.2013.06.010.
- Garnweidener-Holme, L.M., Lukasse, M., Solheim, M., & Henriksen, L. (2017). Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: a qualitative study of pregnant women's advice for better communication in South-East Norway. *BMC pregnancy and childbirth*, (17:123). doi: 10.1186/s12884-017-1308-6
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 25-35. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017. Epub 2013 Sep 18.
- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande - från kunskapsteori till metodteori* (upplaga 2:8) Lund: Studentlitteratur.
- Higgins, A., Downes, C., Carroll, M., Gill, A., & Monahan, M. (2018). There is more to perinatal mental health care than depression: Public health nurses reported engagement and

competence in perinatal mental health care. *Journal of clinical nursing*, (3-4), 476-487. doi: 10.1111/jocn.13986._

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: The Mind Mothers study. *Journal of clinical nursing*. doi: 10.1111/jocn.14252. _

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

Howitt, D. (2010). *Introduction to qualitative methods in psychology* (Upplaga 3) Cambridge: Pearson

ICM. (2014). International Confederation of Midwives. *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtad 2018-03-09 från http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp – en ordbok* (Upplaga 1:1) Lund: Studentlitteratur.

Lilliecreutz, C., Johnnesson, K., & Nordenhem, I. (2016). Psykisk hälsa, ohälsa och sjukdom i samband med graviditet och puerperium. I M. Olovsson (2016). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa* (Rapport nr 76). (s. 60-69). Stockholm: SFOG. Hämtad 2018-03-25 från file:///C:/Users/Jennifer/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/M4T2858Y/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf

Ny, P. (2016). Barnmorskans möte med utlandsfödda kvinnor. I H. Lindgren, K. Christensson & A.-K. Dykes (2016). *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde*. (s. 49 – 53). Lund: Studentlitteratur.

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. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002. Epub 2013 Oct 7.

Olovsson, M. (Red.). (2016). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa* (Rapport nr 76). Stockholm: SFOG. Hämtad 2018-03-25 från file:///C:/Users/Jennifer/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/M4T2858Y/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen* (Upplaga 3). Stockholm: Liber.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9:e uppl.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Rubertsson, C. (2016). Psykisk ohälsa under graviditet och barnafödande. I H. Lindgren, K. Christensson & A.-K. Dykes (2016). *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (s. 399 – 402). Lund: 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), s. 221-228. doi: 10.1007/s00737-013-0409-0. Epub 2014 Jan 18.

Socialstyrelsen. (2017a). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom-Stöd för styrning och ledning. Hämtad 2018-03-07 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2017b). Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem-Systematisk förteckning svensk version 2017 Del 1 (3). Hämtad 2018-03-07 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20574/2017-4-2.pdf>

Tsaras, K., Papathanasiou, I.V., Vus, V., Panaqiotopoulou, A., Katsou, M., Kelesi, M., & Fradelos, E.C. (2018). Predicting Factors of Depression and Anxiety in Mental Health Nurses: A Quantitative Cross-Sectional Study. *Medical archives*, (72:1), 62 - 67. doi: 10.5455/medarh.2017.72.62-67.

Bilaga 1.

Intervjuguide

Allmänna frågor:

1. Hur gammal är du?
2. Hur länge har du arbetat som barnmorska?
3. Hur länge har du arbetat på barnmorskemottagning?
4. Hur länge har du arbetat på denna barnmorskemottagning?

Intervjufrågor:

1. Upplever du att det finns ett behov bland föräldrar inom mödrahälsovården att få stöd för deras psykiska hälsa/emotionella besvär? Motivera!
2. Upplever du att det finns ett behov bland föräldrar inom mödrahälsovården att få mer tid för deras psykiska hälsa/emotionella besvär? Motivera!
3. Hur upptäcker du föräldrar som lider av psykisk ohälsa/emotionella besvär under graviditeten?
4. Hur upptäcker du föräldrar som lider av psykisk ohälsa/emotionella besvär efter graviditeten?
5. Om du upptäcker en förälder med psykisk ohälsa/emotionella besvär-vad gör du då?
6. Var går gränsen för remittering?
7. Vem remitterar ni till?
8. Vilken problematik behöver ni inte remittera vidare, utan klarar att stödja själva?
9. Upplever du att det finns bra riktlinjer och arbetssätt för att kunna hjälpa dessa föräldrar? Om ja, berätta!
10. Hur upplever du det tidsmässigt på din arbetsplats att hinna stödja/hjälpa föräldrar med psykisk ohälsa/emotionella besvär?
11. Anser du att det finns någon särskild problematik i arbetet med föräldrar med psykisk ohälsa/emotionella besvär. Motivera!
12. Hur upplever du det emotionellt när föräldrar säger att det har psykiska/emotionella besvär?
13. Upplever du att viss problematik är svår att lyssna till? I så fall vad?
14. Hur upplever du attityden till föräldrar med psykisk ohälsa/emotionella besvär inom mödrahälsovården bland dina kollegor?
15. Har du som barnmorska möjlighet till stöd om du möter föräldrar med svåra psykiska problem och du sedan själv har behov av guidning eller ventilerings av detta?

Bilaga 2.



KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa

Informationsbrev

Hej!

Våra namn är Jennifer och Manna. Vi studerar på barnmorskeprogrammet på Karolinska Institutet och vi håller just nu på med att skriva magisteruppsatsen. Vi kommer att göra en kvalitativ intervjustudie som ska handla om barnmorskors upplevelser av att arbeta med psykisk ohälsa inom mödrahälsovården. Syftet med studien är att beskriva barnmorskors upplevelser av att arbeta med föräldrar med psykisk ohälsa och emotionella besvär inom mödrahälsovården.

Intervjuerna

Varje deltagare kommer att intervjuas en gång. Intervjun kommer att ta ca 45 minuter och de kommer att spelas in för att sedan kunna transkriberas. Då studien är färdig kommer inspelningarna att raderas. Materialet kommer behandlas så att obehöriga ej kan ta del av det.

Deltagande

Det är frivilligt att delta i studien och det innebär också att deltagaren har rätt till att avbryta när som helst under studiens gång, utan närmre motivering till detta. Deltagarna kommer att vara anonyma. Det kan hända att vi kommer att kontakta deltagaren vid behov för att kunna komplettera intervjun i efterhand.

Resultat

Resultaten kommer att behandlas konfidentiellt och kommer att publiceras i tabellform samt textform i studien. Den information vi kommer att erhålla under intervjuerna kommer att avidentifieras i studien. Ingen enskild person kommer således kunna kännas igen i rapportering av resultatet. Deltagarna kommer att få ta del av resultatet när studien är färdig.

Tack för ditt deltagande!

Med vänliga hälsningar

Jennifer Brännerud och Manna Hagos

Vid frågor, kontakta gärna:

Jennifer Brännerud, Leg. Sjuksköterska och barnmorskestudent, 0730 60 95 96,

jennifer.brannerud@stud.ki.se

Manna Hagos, Leg. Sjuksköterska och barnmorskestudent, 0720 05 90 69, manna.h@live.se