

Anne Marie Hovin & Thea Lundblad

Fremme psykisk helse hos kvinnen i svangerskapet

Hvordan kan jordmor bidra til å fremme psykisk helse i møte med den gravide i svangerskapsomsorgen?

Masteroppgave i jordmorfag

Veileder: Astrid Hansen

Medveileder: Gørill Haugan

Juni 2022

Anne Marie Hovin & Thea Lundblad

Fremme psykisk helse hos kvinnen i svangerskapet

Hvordan kan jordmor bidra til å fremme psykisk helse i møte med den gravide i svangerskapsomsorgen?

Masteroppgave i jordmorfag
Veileder: Astrid Hansen
Medveileder: Gørill Haugan
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for klinisk og molekylær medisin



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: Fremme psykisk helse hos kvinnen i svangerskapet.

Hensikt: Å studere hvordan jordmødre kan jobbe helsefremmende mot den gravides psykiske helse i svangerskapsomsorgen.

Problemstilling: Hvordan kan jordmor bidra til å fremme psykisk helse i møte med den gravide i svangerskapsomsorgen?

Metode: Kvalitativ metode som design med semistrukturerte individuelle intervju. Åtte jordmødre i svangerskapsomsorgen i kommunen ble intervjuet. Analysert ved bruk av Malterud sin systematiske tekstkondensering.

Resultat: Jordmødrene vektlegger kunnskap om psykisk helse. Evnen til å skape tillit, trygghet og tid til omsorg fremstår som relevant for å fremme den gravides psykiske helse. Relasjonskompetanse blir fremhevet som et avgjørende aspekt i den gjensidige interaksjonen mellom den gravide og jordmor. Samtidig vektlegges ferdigheter knyttet til det normale i et svangerskap og individuelt tilpasset omsorg. I tillegg å styrke den gravide i å anvende GMR, som vil kunne resulterer i en høyere OAS. Økt OAS ses på som en helsefremmende faktor. Det ble avdekket manglende kunnskap hos jordmor på forskjellen mellom helsefremming og forebygging i svangerskapsomsorgen. Det ble også synliggjort at jordmødrene prioriterer ulikt i bruken av tid med den gravide. Dette resulterer i ulikt tilbud og ulik oppfølging, avhengig av hvilken kommune og hvilken jordmor den gravide går til. Jordmødrene uttrykker et stort ønske om kompetanseheving i faget og kjennskap til andre tjenestetilbud. Det etterspør mer kursing og fagdager som bidrar til økt kunnskap om psykisk helse og økt kvalitet i utførelsen av arbeidet.

Konklusjon: Studien konkluderer med et ønske om kompetanseheving hos jordmor i svangerskapsomsorgen. Det er behov for gode verktøy og klare retningslinjer for å bruke verktøyene. Det belyses en avstand mellom tjenestene som hindrer tverrfaglig samarbeid, jordmødrene ønsker et bedre koordinert tilbud til det beste for den gravide. Det er behov for å omstrukturere svangerskapsomsorgen til å yte individualisert oppfølging og mulighet for jordmor til å tilpasse konsultasjonene ut ifra den gravides behov. Relasjonskompetanse belyses som avgjørende for å komme i posisjon til å fremme den gravides psykiske helse.

Nøkkelord: Helsefremming, jordmor, svangerskapsomsorg, graviditet, mestring, psykisk helse, salutogenese, kvalitativ forskning & sosial støtte.

Abstract

Title: Promote mental health to women during pregnancy.

Aim: Study how midwives can work to promote health against the pregnant woman's mental health in maternity care.

Research thesis: How can midwives help to promote mental health in meeting the pregnant woman in antenatal care?

Method: Qualitative method as design with semi-structured individual interviews. Eight midwives in antenatal care in the municipality were interviewed. Analyzed using Malterud's systematic text condensation.

Results: Midwives emphasize knowledge about mental health. The ability to create trust, security and time for care appears to be relevant for promoting the pregnant woman's mental health. Relationship competence is emphasized as an aspect of the mutual interaction between the pregnant woman and the midwife. At the same time, emphasis is placed on skills related to the normal in a pregnancy and individually adapted care. In addition to empowering the pregnant woman to use GRR, which could result in a higher SOC. Increased SOC is seen as a health-promoting factor. The midwife's lack of knowledge about the difference between health promotion and prevention in maternity care was revealed. It was also made clear that midwives have different priorities in the use of time with the pregnant woman. This results in different offers and different follow-up, depending on which municipality and which midwife the pregnant woman goes to. The midwives express a great desire for skills development in the subject and knowledge of other services. There is a demand for more courses and subject days that contribute to increased knowledge about mental health and increased quality in the execution of the work.

Conclusion: The study concludes with a desire for competence development in midwives in maternity care. There is a need for good tools and clear guidelines for using the tools. A distance is highlighted between the services that prevents interdisciplinary collaboration, the midwives want a better coordinated offer for the benefit of the pregnant woman. There is a need to restructure maternity care to provide individualized follow-up and the opportunity for a midwife to shape the consultations based on the pregnant woman's needs. Relationship skills are highlighted as crucial for getting in a position to promote the pregnant woman's mental health.

Key words: Health promotion, midwife, antenatal care, pregnancy, well being, salutogenesis, social support, mental health & qualitative research.

Forord

Denne masteroppgaven legger en avslutning på to fine og krevende år som jordmorstudent. Drømmen om å bli jordmor er snart en realitet og vi ser frem til å jobbe som kommende jordmødre fra sommeren.

Arbeidet med denne oppgaven har vært spennende, utfordrende, morsomt, sosialt og kunnskapsrikt. Informantenes budskap har inspirert og beveget oss, og aktiverer en stor motivasjon til å bidra med å fremme psykisk helse i svangerskapsomsorgen. Kunnskapen om psykisk helse og helsefremming i arbeidet med denne studien vil vi ta med oss videre som jordmor.

Vi ønsker å rette en stor takk til alle som har hjulpet oss med oppgaven og våre medstudenters tilbakemeldinger underveis i seminar. Til de som har bistått med korrekturlesing og moralsk støtte. En takk til informantene for deres bidrag til både rike og gode data.

Vi ønsker å takke våre veiledere for deres hjelp og engasjement underveis i studien. Deres tilgjengelighet når utfordringer har oppstått har vært verdifullt for oss. Deres vilje til å bruke egen tid til å hjelpe oss med oppgaven har betydd mye.

Til slutt rettes en takk til våre aller nærmeste, som har stått ved oss i tykt og tynt gjennom arbeidet med denne oppgaven. Dere har tilrettelagt og gitt oss mulighet til å bruke utrolig mye tid på denne oppgaven, igjen tusen takk.

Vi må understreke at denne oppgaven hadde aldri vært så givende og lærerik uten muligheten til å skrive den sammen. Det har dannet seg et sterkt vennskap gjennom dette studieforløpet og skriveprosessen. Muligheten til å vokse og lære av hverandre har beriket vårt kunnskapsnivå.

Denne oppgaven er utformet i tråd med APA 7 og MH fakultetet sine retningslinjer for oppgaveskriving for masterstudenter, se vedlagt link:

https://i.ntnu.no/documents/1305837853/1306916546/NTNU_Master_2018-12-17_NO.dotx/f5237b75-887e-40dd-9717-7b3733684b71?t=1545123903681)

Innholdsfortegnelse

1.0	INTRODUKSJON	11
1.1	STUDIENS HENSIKT.....	12
1.2	PRESISERING OG AVGRENSING	12
2.0	TEORETISKE PERSPEKTIV	14
2.1	SALUTOGENESE	14
2.2	OPPLEVELSE AV SAMMENHENG (OAS).....	14
2.3	GENERELLE MOTSTANDSRESSURSER (GMR).....	15
2.4	PSYKISK HELSE	15
2.5	RELASJONSKOMPETANSE OG JORDMORS EVNE TIL KOMMUNIKASJON OG MENTALISERING	16
3.0	FORFORSTÅELSE	19
4.0	METODE	20
4.1	UTVALG OG REKRUTTERING AV INFORMANTER	20
4.2	DATAINNSAMLING	21
4.2.1	<i>Transkribering</i>	22
4.3	ANALYSE	22
4.4	FORSKNINGSETISKE REFLEKSJONER.....	27
5.0	RESULTAT	28
5.1	FORUTSETNINGER FOR INDIVIDUALISERT OMSORG I SVANGERSKAPET	28
5.1.1	<i>Jordmors kunnskapsgrunnlag i møte med den gravides psykiske helse</i>	28
5.1.2	<i>Hvordan jordmødrene ivaretar den gravides psykiske helse</i>	31
5.2	RELASJONENS BETYDNING FOR MØTE MELLOM DEN GRAVIDE OG JORDMOR.....	33
5.2.1	<i>Jordmors tid til omsorg</i>	35
5.3	KOMPETANSEUTVIKLING OG TVERRFAGLIG SAMARBEID TIL DET BESTE FOR DEN GRAVIDE.....	36
6.0	DISKUSJON	38
6.1	RESULTATDISKUSJON	38
6.1.1	<i>Betydningen av relasjonsbygging mellom jordmor og den gravide</i>	38
6.1.2	<i>Hvordan jordmor kan lede den gravides psykiske helse i svangerskapet</i>	40
6.1.3	<i>Hvilken innvirkning har kompetanseutvikling og tverrfaglig samarbeid på å fremme den gravides psykiske helse</i>	43
6.2	STUDIENS STYRKER OG BEGRENSNINGER.....	45
6.2.1	<i>Troverdighet</i>	45
6.2.2	<i>Overførbarhet</i>	47
7.0	KONKLUSJON	49
7.1	IMPLIKASJONER I PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING	50
	LITTERATURLISTE	51
	VEDLEGG	56

Figurer

Figur 2.1: Illustrasjon av kontinuumet mellom helse og uhelse.....	16
Figur 2.2: Radarbildet som viser måleinstrument for relasjonskompetanse.	17
Figur 5.1: Kategorier og subkategorier.....	28
Figur 6.1: Modell på hvordan interaksjonen mellom jordmor og den gravide kan bidra til å fremme psykisk helse i svangerskapet	38

Tabeller

Tabell 4.1: Inklusjonskriterier	20
Tabell 4.2: Foreløpige tema.	23
Tabell 4.3: Utdrag og eksempler på meningsbærende enheter og foreløpige tema.	24
Tabell 4.4: Kondensat, subgruppe og foreløpige kategorier.....	26
Tabell 4.5: Subkategorier og kategorier	26

1.0 Introduksjon

Hver tredje gravide kvinne opplevde i 2021 utfordringer knyttet til psykisk helse, det er tre ganger så mange sammenlignet med forrige tiår (Eberhard-Gran et al., 2022). Korona pandemien aktiverte et økt fokus på psykisk helse hos gravide, men forskning viste at pandemien ikke kan ses på som en årsak alene til de økte utfordringene. Derimot har psykiske utfordringer hos gravide blitt et økende problem i Norge (Eberhard-Gran et al., 2022).

Det er forsket mye på kvinners opplevelse under svangerskapet og hva som er viktig for at de skal oppleve god psykisk helse. Samtidig understrekes det at det trengs mer forskning på hvordan jordmor kan jobbe i møte med kvinnen i svangerskapet for å fremme hennes psykiske helse (Browne et al., 2014, s. 425; Coates & Foureur, 2019, s. e402; Dahl et al., 2020, s. 15; Downe et al., 2015, s. 537; Fletcher et al., 2021, s. 1415; Heinonen, 2021, s. 26; Widarsson et al., 2012 s. 43). Det belyses at eksisterende tjenestetilbud er mangelfullt og nasjonale retningslinjer vedrørende spørsmål om psykisk helse blir fulgt sporadisk av jordmødrene (Eberhard-Gran et al., 2022). Jordmors behandling og identifisering av patologi i svangerskapet er så altoppslukende at det skaper en barriere for helsefremming, vedlikehold av velvære og helse (Dahl et al., 2020, s. 2; Downe et al., 2015, s. 533).

Medisinsk fødselsregister viser at det ble født 56 551 barn i Norge i 2021, som gjenspeiler hvor mange kvinner som har gjennomgått et fullgått svangerskap (Folkehelseinstituttet, 2022). Regjeringen ønsker å bygge en svangerskapsomsorg som tilbyr behandlende helsetjenestetilbud, som har forebyggende og helsefremmende fokus gjennom svangerskapet (St.meld. 12 (2008-2009), s. 7). Norsk helsepolitikk er sterkt preget av ideologien i Ottowacharteret (WHO, 1986). WHO (1986) utarbeidet i 1986 Ottawa Charteret, med hensikt å videreutvikle samfunnet og helsetjenesten i en mer helsefremmende retning. Helsefremming handler om å sette mennesker i stand til å ta kontroll over egne liv, for å kunne oppnå mental, sosial og psykisk tilfredshet. De nasjonale retningslinjene anbefaler åtte svangerskapskonsultasjoner inkludert ultralydundersøkelsen hos friske gravide (Helsedirektoratet, 2021b). I svangerskapsomsorgen møter jordmødre mange forskjellige kvinner og par med ulike forutsetninger for å bli foreldre. Graviditet kan føre til økt glede og tilfredshet, men kan også bringe frem ubehagelige tanker og følelser ettersom kvinnen står overfor nye utfordringer som må håndteres (Fletcher et al., 2021, s. 1407; Slinning & Eberhard-Gran, 2010).

Svangerskapsomsorgen skal bidra til økt mestring og helse for kvinnen, barnet og den nye familien (Helsedirektoratet, 2021b). WHO (2016) fremhever betydningen av at svangerskapsomsorgen støtter kvinnen og hennes familie. Oppnåelse av livskvalitet og helse underveis i svangerskapet er avhengig av god kommunikasjon og støtte (WHO, 2016). Jordmor er i posisjon til å oppdage de utfordringene kvinnen måtte ha og sette henne i stand til å håndtere de psykiske og fysiske forandringene som et svangerskap medfører. Forskning peker videre på behov for økt kompetanse hos jordmor for å identifisere psykiske helseutfordringer i svangerskapet (Coates & Foureur, 2019, s. e401; Fletcher et al., 2021, s. 1415).

Forskning viser at jordmødrene opplever utfordringer knyttet til å kombinere eksisterende klinisk arbeid med et økt helsefremmende fokus; dette påvirker jordmødrenes tilgjengelighet, kvaliteten på forholdet mellom den gravide og jordmor, kontinuiteten, jordmors ferdigheter og relevant opplæring (Coates & Foureur, 2019, s. e401; Dahl et al., 2020, s. 10; Fletcher et al., 2021, s. 1412; McLellan et al., 2019, s. 7). Jordmors evne til å yte god klinisk praksis og benytte mellommenneskelige ferdigheter er svært viktig for kvinnenes opplevelse av god oppfølging i svangerskapet (Coates & Foureur, 2019, s. e402; Downe et al., 2015, s. 533). Forskning fremhever viktigheten av individuelt tilpasset svangerskapsomsorg for å sette jordmor i posisjon til å hjelpe den gravide å oppnå best mulig resultat (Dahl et al., 2020, s. 15; Heinonen, 2021, s. 26; Widarsson et al., 2012, s. 43). Basert på de yrkesetiske retningslinjer skal jordmor støtte kvinners rett til å aktivt ta beslutninger om egen omsorg, samt yte faglig forsvarlig helsehjelp og bidra til trygg fødepraksis (Den norske jordmorforening, 2016).

1.1 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å belyse hvordan jordmødre i svangerskapsomsorgen kan bidra til å fremme den gravides psykiske helse. Studien stiller seg i en helsefremmende forskningstradisjon. Forebygging og behandling av sykdom er viktig - også i svangerskapet. Forskning belyser behov for en helsefremmende tilnærming og omorganisering av svangerskapsomsorgen (Browne et al., 2014, s. 425; Downe et al., 2015, s. 537; Heinonen, 2021, s. 13; Widarsson et al., 2012, s. 43). Kunnskapen som utvikles i denne studien vil være nyttig med tanke på å utvikle svangerskapsomsorgen i en mer salutogen retning, samt styrke jordmødrenes kompetanse i å hjelpe kvinnen til å opprettholde og ha god psykisk helse i svangerskapet. Langeland (2012, s. 157-178) trekker frem kvinnens personlige og sosiale ressurser, i tillegg til hennes fysiske kapasiteter som vesentlige aspekt i arbeidet med helsefremming. WHO (1986) poengterer at arbeidet med helsefremming ikke kun er helsesektorens ansvar, men involverer også menneskers egen evne til å ta sunne livsstilsvalg som gir økt velvære.

Mot denne introduksjonen er studiens problemstilling som følger:

Hvordan kan jordmor bidra til å fremme psykisk helse i møte med den gravide i svangerskapsomsorgen?

1.2 Presisering og avgrensning

Med svangerskapsomsorgen som arena setter studien et søkelys på jordmors helsefremmende arbeid i møte med den gravide i primærhelsetjenesten. Videre vektlegges jordmødres relasjonskompetanse og den salutogene helseforståelsen i forhold til den gravides psykiske helse, som inkluderer begrepene opplevelse av sammenheng (OAS) og generelle motstandsressurser (GMR). Studien vil ikke bygge på behandling som sådan, jamfør helsedirektoratet (2020) som vektlegger andre kriterier for oppfølging enn det jordmor kan tilby. Derimot er jordmors rolle å sette den gravide i stand til å utnytte sine GMR og hjelpe henne til OAS, for å bidra til å fremme hennes psykiske helse.

Psykisk uhelse og psykisk helse omhandler i denne studien den gravides individuelle bevegelse på kontinuumet, enten mot helse eller uhelse. Studien vil ikke ha et søkelys på utfordringene i seg selv, men heller hvordan de håndteres av jordmor. I de tilfeller

hvor den gravide ikke evner å mestre spenningen hun blir satt overfor vil det kunne resultere i uhelse, derimot vil mestring av spenningen fra stressorene kunne resultere i helse. Studien vektlegger hvordan jordmor kan påvirke bevegelse mot en bedre helse og underbygge ressursene til den gravide for å styrke henne på veien mot helse. Studien avgrenses til ikke å omhandle patologi og diagnostisering. Dermed forholder vår studie seg til Antonovskys definisjon av psykisk helse og uhelse med fokus på bevegelsen langs kontinuumet mot helseenden (Antonovsky, 2012, s. 38).

2.0 Teoretiske perspektiv

2.1 Salutogenese

Antonovsky (2012, s. 42) vektlegger særlig begrepene OAS og GMR som sentrale innenfor den salutogene helseteorien. Han visualiserer menneskets helse som en stadig og kontinuerlig bevegelse langs et kontinuum mellom helse og uhelse; stressorer vi utsettes for og hvordan vi mestrer disse påvirker hvor vi befinner oss på kontinuumet mellom helse og uhelse (Antonovsky, 2012 s, 38; Espnes & Lindström, 2014, s. 32-33). Den salutogene helseforståelsen vektlegger å fremme helse ved å bygge på menneskers ressurser, med fokus på deres kapasiteter og evner (Espnes et al., 2021, s. 17).

Salutogenesen omtales som en paraply-teori, hvorunder ulike dimensjoner og teoretiske begrep har betydning for helsefremming. De ulike dimensjonene dekker begreper som empowerment, "flourishing", "belonging", velvære og indre styrke (Haugan & Eriksson, 2021, s.11).

Hvilke aspekter som er med å prege bevegelsen mot helseenden av kontinuumet står sentralt i jordmors omsorg i møte med gravide. En rekke studier har vist at opplevelse av sammenheng er sentralt for helse hos mennesker generelt og blant mer sårbare populasjoner (Haugan, 2021b, s.123). Aaron Antonovsky (2012, s. 36) sin salutogene helseteori fremhever betydningen av å tenke, handle og møte mennesker på en helsefremmende måte. I lys av den salutogene helsemodellen er jordmors oppgave å kartlegge den gravides OAS, GMR og stressorer og hjelpe henne i bevegelsen mot helseenden av kontinuumet (Antonovsky, 2012). Antonovsky (2012, s. 140) beskriver at stressfaktorer kan bli sett på som helsefremmende, avhengig av om spenningen blir håndtert på en akseptabel måte.

2.2 Opplevelse av sammenheng (OAS)

Antonovsky (2012, s. 39) fremhever OAS som et sentralt begrep; OAS omhandler om mennesker opplever verden som forutsigbar, begripelig, håndterlig og meningsfull. OAS involverer tre dimensjoner: (1) Begripelighet handler om i hvilken grad man opplever stimuli i det indre eller ytre miljø som kognitivt forståelig og klar informasjon. Det handler om at stimuli man møter i livet oppleves forutsigbart eller i hvert fall kan settes i en sammenheng og forklares. (2) Håndterbarhet bygger på evnen til selv å påvirke omgivelsene og ha ressurser til å håndtere ulike situasjoner. Ressursene kan være iboende i personen selv eller kontrolleres av en ektefelle, venn eller jordmor som en kan stole på og har tillit til. (3) Meningsfullhet er sentralt for å oppleve sammenheng; meningsfullhet omtales som den viktigste dimensjonen fordi den knyttes til motivasjon og følelser. Dette aspektet ved OAS omhandler i hvilken grad man opplever at visse områder av livet er verdt å bruke energi og tid på, at utfordringer man møter tas på strak arm og ikke oppleves som belastninger en helst skulle vært foruten. Forutsetningen er at man finner mening i det som skjer og bestemmer seg for å håndtere det på best mulig måte (Antonovsky, 2012, s. 41). Dersom individet oppfatter livets utfordringer som verdt å engasjere seg i, vil opplevelsen av begripelighet og håndterbarhet øke. Videre er begripelighet den nest viktigste komponenten, da

opplevelse av håndterbarhet forutsetter at du har forståelse (Antonovsky, 2012, s. 42; Moksnes, 2021, s. 37).

For å ha en sterk OAS er det avgjørende at det finnes områder i livet som er viktige for personen. Antonovsky trekker frem blant annet personens indre følelser, nære mellommenneskelige relasjoner og eksistensielle tema som avgjørende for at man skal ha en sterk OAS (Antonovsky, 2012, s. 44-45). Videre belyser Antonovsky at grenser er med på å definere hva som er viktig for oss mennesker. For noen er det avgrensede området smalt og for andre bredt. Med dette forklarer Antonovsky at personen har en sterk OAS uten at livet oppleves gjennomgående begripelig, håndterbart og meningsfullt (Antonovsky, 2012, s. 44-45).

2.3 Generelle motstandsressurser (GMR)

Repeterende livsopplevelser øker OAS og GMR defineres som fenomener som danner kombinasjoner av livsopplevelser, påvirket av medbestemmelse, indre sammenheng og balanse mellom under- og overbelastning (Antonovsky, 2012, s. 42). GMR omhandler erfaringer knyttet til begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012, s.42.) Stress er med på å skape en spenningstilstand som mennesket ikke har en automatisk eller umiddelbar respons til. Fravær av GMR kan skape stress hos mennesket og føre til at spenningstilstanden består (Antonovsky, 2012, s. 51). Antonovsky belyser at enkelte klarer å bevare god helse selv i svært stressede situasjoner og forklarer dette med at de har flere motstandsressurser (Espnes & Lindström, 2014, 32-33). Antonovsky (2012, s. 140) skiller mellom to typer stressorer: stressende livssituasjoner og stressende livsbegivenheter. Videre viser den første til et motstandsunderskudd som resulterer i livsopplevelser som kan være ødeleggende for den gravides OAS.

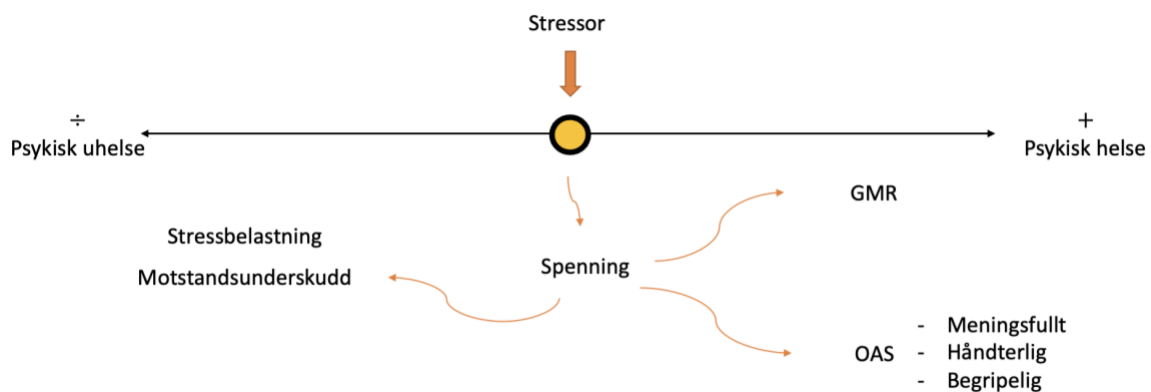
Når mennesket trekkes mot uhelse handler det om generelt motstandsunderskudd. Generelt motstandsunderskudd kan oppstå dersom mennesket ikke evner å håndtere spenning i stressende livsbegivenheter. Personer med sterk OAS kan med fordel velge den best egnede kombinasjonen eller ressursen overfor en kjent stressfaktor, sammenlignet med en person med svak OAS (Antonovsky, 2012, s.51). Beveger mennesket seg mot helseenden av kontinuumet så handler det om at man bruker GMR. GMR kan blant annet være en sterk jeg- identitet, emosjonell støtte, relasjonelle forhold og sosial støtte (Antonovsky, 2012, s. 105).

2.4 Psykisk helse

WHO (2018) definerer psykisk helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller svakheter». God psykisk helse oppnås når vi opplever å ha det bra med oss selv, håndterer livets påkjenninger og er i stand til å anvende våre egenskaper (WHO, 2018). Psykisk uhelse forbindes med store utfordringer i livet som blant annet stress, usunn livsstil, sosial ekskludering og fysisk dårlig helse (WHO, 2018).

I lys av den salutogene helseforståelsen utforsker denne studien hva som oppleves som god psykisk helse for den enkelte gravide sett fra et jordmorperspektiv. Vår studie fokuserer på hva jordmor kan gjøre for å hjelpe den gravide til bedre psykiske helse. Hva jordmødrene definerer som god psykisk helse eller uhelse varierer ut fra deres kunnskaper, ferdigheter og interesse.

I følge Antonovsky (2012) sin salutogene helseforståelse, kan svangerskapet oppleves som en stor endring i kvinnens liv og prege hennes psykiske helse. Hvordan hun mestrer og håndterer endringene er med på å prege utfallet; det vil si om hennes psykiske helse svekkes, styrkes eller forblir uendret. I følge Antonovsky (2012) er identifisering av GMR og OAS avgjørende for hvordan den gravide håndterer utfordringene i svangerskapet. Antonovsky (2012) benevner utfordringene som stressorer som vist i figur 2.1. Aspekter som kan oppleves som en stressor for den gravide kan f.eks. være bekymring for barnet, kroppslige endringer både fysisk og psykisk, manglende nettverk, bekymring rundt fødsel og mangel på informasjon (Randen et al., 2014, s.103).

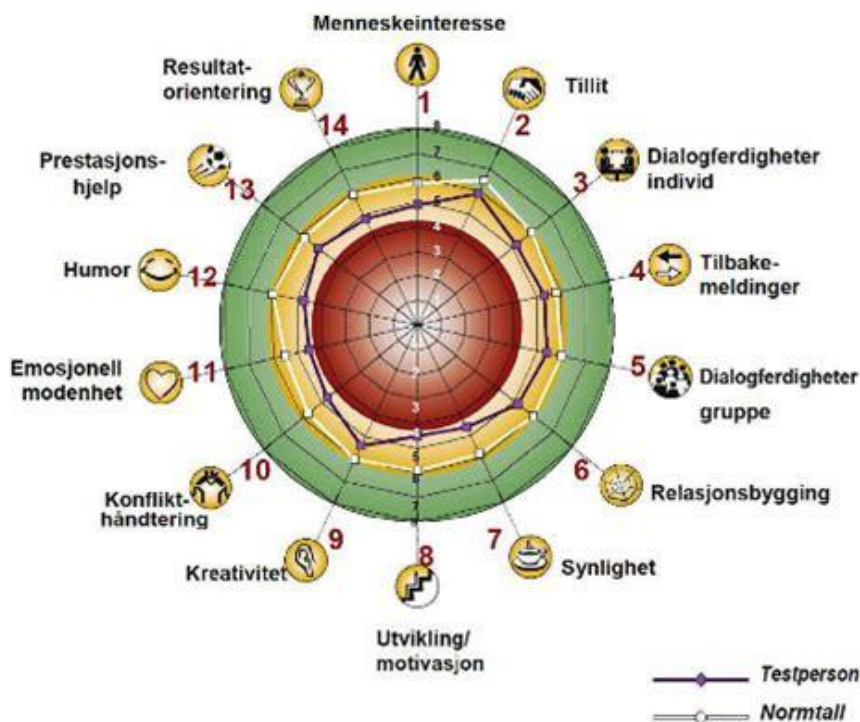


Figur 2.1: Illustrasjon av kontinuumet mellom helse og uhelse. © Anne Marie Hovin & Thea Lundblad

Ved å identifisere den gravides GMR, hjelpe henne til å forstå hva som er normale endringer i et svangerskap, gi rikelig med informasjon og styrke OAS, vil jordmor kunne bidra til at den gravide beveger seg mot helseenden av kontinuumet. For å komme i posisjon til å identifisere GMR og OAS er jordmor avhengig av relasjonskompetanse og tillit hos den gravide (Randen et al., 2014, s.104).

2.5 Relasjonskompetanse og jordmors evne til kommunikasjon og mentalisering

Relasjonskompetanse innebærer ferdigheter, kunnskaper og holdninger som etablerer, utvikler og vedlikeholder relasjoner mellom mennesker. Spurkeland (2020, s.18) fremhever 14 dimensjoner som er sentrale for å bygge en god relasjon, som vist i figur 2.2



Figur 2.2: Radarbildet som viser måleinstrument for relasjonskompetanse. (Spurkeland, 2020, s. 18). Figur gjengitt med tillatelse fra forfatter.

I denne studien vektlegges fem av de 14 dimensjonene i figur 2.2: Menneskeinteresse, tillit, dialogferdigheter individ, relasjonsbygging og emosjonell modenhet. Dette betyr ikke at de andre dimensjonene ikke er viktige (Spurkeland, 2020, s. 18), men at vi anser disse fem som særlig relevant for relasjonen mellom jordmor og den gravide.

Menneskeinteresse belyses med å ha en genuin interesse for å vise at du ønsker å bli kjent med den du har foran deg. Videre trekkes evnen til å skape tillit frem, dersom du ikke evner å skape tillit til et annet menneske, vil ikke den personen åpne seg for deg og du vil ikke komme i posisjon til å kunne skape en relasjon. Tillit benevnes som selve grunnmuren i en relasjon og uten den vil relasjonen være negativ eller kraftløs (Spurkeland, 2020, s. 25-60). Gjennom samtaler setter Spurkeland (2020, s. 20) søkelys på at man er avhengig av å bygge en relasjon, det er avgjørende at man vet hvordan man skal føre en dialog med et annet menneske, for at man skal bli kjent med folk. Det er viktig at samtalen oppleves som likeverdig og at begge opplever å bli lyttet til og forstått. Innenfor den emosjonelle modenheten trekkes emosjonell intelligens og mentaliseringsevne frem som viktig for den profesjonelle for å kunne se andres og eget følelsesregister, for så å kunne spille på lag med dem. For å evne å ha en god mentalisering kreves et klarere bilde på egne og andres motiv og følelser. Mentalisering bygger på hva sinnet er opptatt av og at vårt mentale bilde er annerledes enn virkeligheten. Den genuine formen for kommunikasjon er følelser. Ved å håndtere emosjonene til de menneskene vi møter, vil vi prege møtet og bidra til forutsigbarhet og troverdighet (Spurkeland, 2020, s. 263-286). Relasjonskompetanse blir sett på som den viktigste kompetansen vi kan ha i møte med mennesker. Det trekkes frem at den profesjonelle må ha en grunnleggende holdning til å vise handlekraft og kunne ta initiativ til å bygge en relasjon (Spurkeland, 2020, s. 147- 164).

Å bygge en relasjon tar tid. Det finnes ingen snarveier til en god relasjon, men det er en prosess som må tas trinn for trinn. I teorien belyses det manglende fremgangsmåter for å etablere en sterk og rask relasjon. Spurkeland (2020, s. 159-162) understreker at relasjonen mellom mennesker minker med tid og avstand. Mangel på kontaktpunkter fører til en distansering i relasjonen og bidrar til en økt avstand mellom partene (Spurkeland, 2020, s. 159-162). *"En relasjon er så god som den minst tillitsfulle av partene i relasjonen tillater den å bli - og våger og velger"* (Spurkeland, 2020, s. 158). Dette avhenger av at partene tør å dele av seg selv å slippe den andre inn i sin verden. Det poengteres at mennesker er forskjellige og at noen trenger mer tid for å kunne bygge en relasjon. Mennesker behøver en individuell tilpasset omsorg for å oppnå en gjensidig relasjon.

3.0 Forforståelse

Vi er to masterstudenter i jordmorfag som i samarbeid skriver denne masteroppgaven. I Malteruds (2018, s. 46) kvalitative forskningsmetode vektlegges det at forskeren aktivt jobber med å bli kjent med seg selv, redegjør for eget ståsted i møte med forskningsfeltet og ta stilling til hvordan dette preger konklusjoner og tolkninger. Videre viser Malterud (2018, s.47) til betydningen av å være bevisst valg av teoretisk rammeverk og egen forforståelse, da dette vil være med på å prege studien.

Fordelen med at vi kjenner hverandre bidrar til økt bevisstgjøring omkring vår forforståelse. Vår forforståelse inkluderer at vi begge er utdannet sykepleiere, med klinisk erfaring fra sykehus og sykehjem, hvor en av oss i tillegg har barnevernspedagogutdanning med arbeidserfaring i kommunen. Våre ulike perspektiver og forskjeller er med på å forme og styrke oppgaven. Som fagpersoner er vi begge inspirert av det helsefremmende perspektivet og finner svangerskapet som en periode i livet hvor det er essensielt å ha fokus på helsefremming. Samtidig er helsefremming sentralt i forhold til videre utvikling av svangerskapsomsorgen, da forskning viser en periodevis mekanisk svangerskapsomsorg som har hatt lite fornying de siste årene (Dahl et al., 2020, s. 2; McLellan et al., 2019, s. 7; Widarsson et al., 2012, s. 43). Tidligere forskning lokket frem vår interesse til å forske dypere på svangerskapsomsorgen. Iveren etter å jobbe mer innovativt, i tillegg til muligheten for å modernisere og videreutvikle svangerskapsomsorgen ble en motivasjonsfaktor for å gjøre studien.

4.0 Metode

Denne kvalitative studien stiller seg i en fenomenologisk hermeneutisk forskningstradisjon (Malterud, 2018, s.35). Fenomenologi handler om å forstå meningen med et fenomen, sett gjennom andre menneskers øyne. I fenomenologien utforsker man det subjektive perspektivet og hvordan mennesker oppfatter verden (Thornquist, 2018, s. 101-161). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 45-46) viser fenomenologi til bestrebelsen etter å beskrive verden slik den blir sett av deltakerne og interessen av å forstå sosiale fenomener ut fra deltakernes egne perspektiver. Den virkeligheten mennesker opplever, er den som er virkelig for den enkelte; dvs. at fenomenologien vektlegger personens livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45-46). Ergo vil det samme fenomenet oppleves forskjellig ut fra personens bakgrunn, interesse og forståelse (Thornquist, 2018, s. 101-161). Denne studien anvender Malteruds analysemetode som er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode; begge stiller seg i en fenomenologisk forskningstradisjon (Malterud, 2018). Giorgi vektlegger kjennetegn og essenser ved fenomenet som undersøkes og understreker at egen forforståelse settes til side (Giorgi, 1985).

Hermeneutikken omhandler spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning. Man søker å finne betingelsene for hvordan en skal gå frem for å oppnå rike og gyldige fortolkninger av et materiale (Thornquist, 2018, s. 168-227). En hermeneutisk tilnærming innebærer at det ikke finnes noen egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere måter og nivåer (Thagaard, 2018, s. 37). Vi kan bare forstå helheten ut fra delene og delene ut fra helheten. Helhetsforståelsen påvirkes av at enkeltdelene ses i nytt lys og at de bringer frem ny forståelse (Thornquist, 2018, s. 168-227).

4.1 Utvalg og rekruttering av informanter

Det var viktig å finne informanter som kunne uttale seg på en reflektert måte omkring jordmødres opplevelser, tanker og erfaringer i møte med gravide kvinners psykiske helse (Tjora, 2017, s. 145). Det ble foretatt et strategisk utvalg hvor de valgte representantene var utdannede jordmødre som jobbet i svangerskapsomsorgen i Trøndelag fylke. Målet var at funnene skulle bidra til å belyse hvordan jordmor kan jobbe for å fremme den gravides psykiske helse.

Erfaring i yrket ble vektlagt for å gi rikere kunnskap og innsikt i vår problemstilling. Det var viktig med representanter fra flere kommuner i Trøndelag fylke, slik at utvalget ikke kun ble fra en del av fylket. Det å kunne snakke og forstå godt norsk var vesentlig for å forstå spørsmålene som ble stilt, samt ha evnen til å formidle kunnskap og erfaring på området. Tabell 4.1 viser studiens inklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Jordmor som har jobbet minst tre år på helsestasjon
	Trøndelag fylke
	Snakker og forstår godt norsk

Tabell 4.1: Inklusjonskriterier

Informasjon om studien ble sendt via e-post til 13 helsestasjoner i Trøndelag fylke, med spørsmål om tillatelse til å gjennomføre intervju med jordmødre ansatt ved helsestasjonen. To helsestasjoner takket nei til å delta på grunn av stor arbeidsbelastning. Fem helsestasjoner svarte ikke på vår e-post. Vi tok dermed kontakt med dem per telefon, for å spørre om de ønsket å delta i studien. To helsestasjoner ønsket da å delta og tre sa nei. Under rekruttering av informanter var det et krav fra en kommune at prosjektet måtte godkjennes før helsestasjonen kunne delta i studien. Prosjektet ble godkjent og vårt utvalg resulterte i åtte jordmødre som representerer åtte ulike helsestasjoner i fem kommuner i Trøndelag fylke. Informantene hadde ulik erfaring og ulik bakgrunn i tillegg til å være jordmor. Enkelte jordmødre inkludert i studien hadde relevant videreutdanning. Jordmødrene var i aldersgruppen 35 - 65 år. Yrkeserfaring som jordmor i kommunen varierte fra tre til 20 år.

4.2 Datainnsamling

For å etablere relevante og rike empiriske data er det en forutsetning at informantene opplever seg ivaretatt og trygg i selve intervjusituasjonen. Det er viktig at vi som intervjuer mottar materialet med et åpent sinn, slik at vi oppfatter det uventede eller nye (Malterud, 2018, s. 70).

Hensikten med intervju er deling av synspunkter innenfor et felles tema mellom to personer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Det ble benyttet en induktiv tilnærming hvor spørsmålene ble gjort så åpne som mulig for at informanten kunne sette sitt preg på utfallet av empirien. Dette resulterte i at studien stilte seg ganske åpent i forskningsfeltet før datainnsamlingen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 224; Malterud, 2018, s. 27). Jordmødrene ble intervjuet ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervju, med både åpne og lukkede spørsmål. Denne metodiske tilnærmingen gir økt forståelse og innsikt i hvordan jordmødre kan møte den gravide kvinnen i svangerskapsomsorgen for å kunne bidra til å fremme deres psykiske helse (Malterud, 2018, s. 69). Individuelle intervju gir mulighet for å få klart frem det fortolkende og de individuelle fortellingene (Skilbrei, 2019, s. 65-71). Intervjuguiden ble utarbeidet med bakgrunn i temaet «å fremme psykisk helse» i kontekst av jordmor i møte med den gravide kvinnen. Tidligere forskning og innspill fra veileder, samt vår teoretiske referanseramme preget fokuset og utformingen av spørsmålene i intervjuguiden. Vi ønsket å belyse jordmødrenes kunnskaper, holdninger og erfaringer om temaet, samt hvordan de jobber. Det ble også vektlagt hvilke metoder de benyttet og hvilken kunnskap de hadde om temaet. De to masterstudentene utførte fire intervjuer hver, hvor den andre skrev feltnotat. Fordi båndopptaker ikke fanger opp nonverbal kommunikasjon, ble det skrevet feltnotat. Underveis i intervjuene la vi vekt på at skrivning av feltnotatene ikke skulle forstyrre kontakten mellom intervjuer og jordmor (Malterud, 2018, s. 73). Malterud (2018, s. 73) presenterer feltnotater som et verktøy hvor forskerens refleksjoner og observasjoner underveis i intervjuene nedskrives. Det første intervjuet var et pilotintervju for å pilotere intervjuguiden; intervjuet fungerte godt og ble inkludert i studien. To av intervjuene ble holdt via Zoom, etter ønske fra informantene. Data ble registrert som lydopptak; disse ble oppbevart på NICE-1, sammen med det transkriberte materialet, samt informantenes skriftlige informerte samtykke. Det kvalitative forskningsintervjuet får sin kunnskap gjennom informantenes verbale språk. Kjernen i studien blir informantenes ord, deres beskrivelser og nyanseringer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 42; Skilbrei, 2019, s. 65-71).

4.2.1 Transkribering

I transkriberingen overføres intervjuene fra talespråk til skriftspråk. Intervjuene ble transkribert fortløpende mens de var friskt i minne. Intervjuene ble transkribert ord for ord, så transkripsjonen ble så korrekt som mulig (Malterud, 2018, s. 78). Feltnotat ble benyttet for å få en helhetsvurdering av materialet, samtidig som et redskap for å unngå misforståelser om hva informanten mente (Malterud, 2018, s. 73).

4.3 Analyse

For å analysere datamaterialet ble Malterud sin systematiske tekstkondensering brukt (Malterud, 2018, s. 97). Denne analysestrategien bygger på at forskeren skal danne seg et helhetsinntrykk av datamaterialet med et åpent sinn. I denne fasen av arbeidet skal den teoretiske referanserammen og forforståelsen settes til side (Malterud, 2018, s. 99). Å fortolke betydningen av jordmødrenes utsagn er en viktig del av tolkningsarbeidet (Malterud, 2018, s. 108). Fortolkningsarbeidet innebærer en stadig interaksjon med den transkriberte teksten: dialektisk bevegelse mellom teksten og forskerens fortolkning for å forsikre at tolkningen er forankret i teksten og belyser jordmødrenes meninger (Malterud, 2018, s. 110; Thagaard, 2013, s. 151-167). Slik utforskes et dypere meningsinnhold i datamaterialet enn det som er fremtredende ved første øyekast. Prosessen kan ses på som en dialog mellom forsker og tekst, hvor forskeren studerer den underliggende, så vel som åpenbare, meningen teksten formidler (Thagaard, 2013, s. 151-167).

Vårt empiriske materiale består av åtte intervjuer og 201 transkriberte A4-sider med linjeavstand 1,5. Studiens hensikt var å gi økt forståelse og kunnskap om informantenes livsverden og erfaringer. Den systematiske tekstkondenseringen foregår i fire trinns modell (Malterud, 2018, s. 112):

1. Få et helhetsinntrykk av datamaterialet og identifisere foreløpige temaer.
2. Identifisere og dele inn teksten i meningsbærende setninger og ord. Kode de meningsbærende enhetene i kodegrupper.
3. Dele de ulike kodegruppene inn i subgrupper. Kondensere innholdet i hver subgruppe.
4. Rekontekstualisere: det vil si å sammenfatte resultatene i kategorier.

Første trinn:

Vi ble begge kjent med datamaterialet, ved at vi hver for oss leste igjennom det transkriberte materialet flere ganger. Vi dannet meninger hver for oss om foreløpige temaer og aspekter ved teksten som fanget vår oppmerksomhet. Feltnotatene fra intervjuene ble tatt i betraktning for å få frem stemningen og den nonverbale kommunikasjonen. Dette gav oss en bedre sammenheng mellom det transkriberte materialet og intervjuene (Malterud, 2018, s. 78). De foreløpige temaene er listet i tabell 4.2.

Foreløpige tema	Psykisk helse
	“Tilbud”; hva som finnes av tilbud ift psykisk helse, mangel på tilbud
	Et godt svangerskap
	Hvordan utfører jordmor arbeidet
	Jordmors holdning og erfaring
	“Mangler”; hva jordmor mangler av kunnskap, verktøy og rammer.
	Jordmors kunnskap

Tabell 4.2: Foreløpige tema.

Andre trinn:

Deretter identifiserte vi de meningsbærende enhetene i seks kodegrupper. Det som ble ansett som irrelevant sett opp imot temaet i oppgaven ble lagt til side. Vi gjennomførte kodingen av materialet hver for oss ved å markere tekstbiter som omhandlet det samme med en farge. For så sammen komme frem til seks fargekoder, som resulterte i våre seks kodegrupper: Psykisk helse, et godt svangerskap, jordmors holdning/erfaring, hvordan utfører jordmor arbeidet, metode, mangler/tilbud. Psykisk helse (grønn) omhandlet hvilken kunnskap jordmor har, hvordan begrepet psykisk helse defineres, jordmødres kjennskap til begrepene helsefremming og forebygging. Videre bygget et godt svangerskap hos den gravide (gul) på individuelt tilpasset omsorg, relasjon, normalisering og nettverkets betydning. Jordmødres holdninger og erfaringer i møte med den gravide ble samlet i kodegruppen lilla. I rosa kodegruppe belyses hvordan jordmor ledet sitt arbeid i møte med den gravide. De ulike metodene jordmødre benyttet i møte med den gravide ble illustrert i blå kodegruppe. Til slutt ble det satt søkelys på tilbud og mangler i kodegruppe grå. Både tilbud til den gravide og tilbud til jordmor, samt hva jordmor opplever å mangle og manglende tilbud til den gravide ble inkludert. Vi fikk da til sammen 69 sider med meningsbærende enheter, kodet i seks fargegrupper som vist i tabell 4.3.

Meningsbærende enheter	Foreløpige temaer
Det handler jo om hvordan hun har det følelsesmessig, emosjonelt. Påvirker hverdagen hennes i stor grad. Det handler om alt hvordan hun har det egentlig da. Det påvirker jo svangerskapet, det påvirker hennes fysiske helse og relasjonene hennes.	Psykisk helse (Grønn)
Tror ikke jeg er vant til å bruke uttrykket dårlig psykisk helse, eller	

<p>uhelse, bruker mer det her med hvilke utfordringer med psykisk helse</p>	
<p>Det kan være et godt svangerskap selv om du har utfordringer ikke sant. Det er veldig få gravide som har et problemfritt svangerskap. Et godt svangerskap er ikke likt et problemfritt svangerskap.</p> <p>Et svangerskap hvor du greier å omstille deg. Det er jo en kjempestor omveltning og omstilling i livet.</p>	<p>Et godt Svangerskap (Gul)</p>
<p>At jeg har en holdning, ikke dømmende holdning på en måte, i forhold til, uansett hva de måtte streve med, om de har BMI på 40, om det er at de ikke gleder seg under svangerskapet i det hele tatt, så skal det oppleves greit å si.</p> <p>Sånn at man skal ikke på en måte forhåndsdomme noen heller, som kanskje har med seg mye i bagasjen.</p>	<p>Jordmors holdning/ erfaring (Lilla)</p>
<p>Det handler veldig mye om hele svangerskapet. Så det handle veldig mye om å skape en god relasjon, skape tillit, at den gravide skal føle seg trygg, sånn at hun skal få sagt det hun har på hjertet og hva hun ønsker å si.</p> <p>Så nei jeg tror det handler litt om måten en tør å stille de riktige spørsmålene, for en får svar ut ifra hva en spør om. Hvis man ikke tør å spørre så får han heller ikke høre noen ting.</p>	<p>Hvordan utfører jordmor (Rosa)</p>
<p>MI - bruker det litt på alle mulige måter, også på det med psykisk helse, for å få tak i hennes ressurser, å vri det til at det er noe hun kan ta tak i selv.</p> <p>Jeg synes det er sjelden at jeg finner høy score på EPDS uten at jeg har funnet ut det med å prate med dem. Så jeg synes at fordi vi er blitt så flinke til å ta opp de her temaene, så synes jeg kanskje at EPDS er litt sånn unødvendig, litt unaturlig rett og slett.</p>	<p>Metode (Blå)</p>
<p>Jeg opplever at det er ganske mange som ikke ønsker å gå til fastlege, det er ikke alle som synes at de har en fastlege som møter dem på en god måte.</p> <p>Jeg føler jeg kunne vært flinkere til ulike samtaleteknikker, skulle ha blitt flinkere til å snakke med dem på en litt annen måte.</p>	<p>Mangler/ tilbud (Grå)</p>

Tabell 4.3: Utdrag og eksempler på meningsbærende enheter og foreløpige tema.

Tredje trinn:

Vi opplevde at materialet fortsatt var for stort og uoversiktlig. Noen kodegrupper kunne settes sammen og vi så at noe av materialet ikke var relevant for temaet. Vi systematiserte materialet nå i tre nye kodegrupper: Kunnskap, ferdigheter og verktøy;

slik ble materialet redusert til 47 sider. De tre kodegruppene inneholdt rikelig med meningsbærende enheter. Kodegruppene fikk tilhørende foreløpige subgrupper. Under kodegruppe kunnskap fant vi subgruppene jordmors erfaring, individualisert tilnærming, normaliser svangerskapet og nettverk. Under kodegruppe ferdighet ble subgruppene relasjonskompetanse, kommunikasjon, tillit og trygghet og under kodegruppe verktøy fant vi subgruppene virkemiddel, metode, tilbud og mangel. Det ble gått tilbake i teksten for å kvalitetssikre at alle relevante meningsbærende enheter som omhandlet noe om koden ble inkludert (Malterud, 2018, s.107). Vi jobbet deretter med om noe skulle deles opp, slå sammen og om materialet var relevant sett opp mot problemstillingen. Dette førte til en ytterligere reduksjon av materialet ned til 33 sider. Malterud (2018, s. 106) viser til at kjennetegnet for en god kodegruppe er relevant og rik informasjon som viser ulike nyanser i forskjellige meningsaspekter. Det ble gått tilbake til subgruppene for å se om overskriften svarte til innholdet. De ble modifisert og endret til å passe innholdet bedre og redusere antall subgrupper. Nye subgrupper, Kunnskap: Jordmors kunnskap i møte med den gravides psykiske helse og ivaretagelse av den gravide. Ferdigheter fikk ingen subgruppe da innholdet var vanskelig å skille fra hverandre og omhandlet mye av det samme. Verktøy: Kompetanseutvikling til det beste for den gravide. Videre gjennomgikk vi de meningsbærende enheter innenfor subgruppene for å avgjøre hva som skulle være med i kondensatet, som vist i tabell 4.4. Kondensatet er en samling av materialet som belyser deltakernes stemme og akkurat temaet til subgruppen. Den inneholder tydelige preg av deltagerens begreper (Malterud, 2018, s. 107).

Kondensat	Subgruppe	Foreløpige kategorier
Svangerskapet påvirkes av hvordan du har det emosjonelt og følelsesmessig. Videre preger dette den fysiske helsen og relasjoner. Benytter benevnelsen utfordringer knyttet til psykisk helse istedenfor psykisk uhelse.	Jordmors kunnskap i møte med den gravides psykiske helse	Kunnskap
Tilpasse tilbudet slik at det møter den gravides individuelle behov. Kunnskap om hva som er normalt i svangerskapet og betydning av nettverket for å fremme den gravides psykiske helse.	Ivaretagelse av den gravide	
Skape tillit til den gravide sånn at hun føler seg trygg. Tørre å stille de		Ferdigheter

rette spørsmålene.		
Evne til å lede eget arbeid. Ha tid til å snakke om psykisk helse. Kontinuitet i oppfølgingen og likhet i tilbudet til den gravide.		Verktøy
Tverrfaglig samarbeid og tilgang til andre tjenester. Økt kunnskap gjennom kurs og fagdager.	Kompetanseutvikling til det beste for den gravide	

Tabell 4.4: Kondensat, subgruppe og foreløpige kategorier.

Fjerde trinn:

På bakgrunn av kondensatet i subgruppene kom vi frem til tre resultat kategorier: Forutsetninger for individualisert omsorg i svangerskapet; relasjonens betydning mellom den gravide og jordmor; kompetanseutvikling og tverrfaglig samarbeid til det beste for den gravide. Deretter ble det syntetisert kunnskap fra hver subgruppe. Kondensatet ble en analytisk tekst, hvor innholdet i subkategoriene presenteres samlet med egen overskrift, som vist i tabell 4.5. Deretter rekontekstualiserte vi våre funn opp mot empirien. Materiale ble gjennomgått i sin helhet for å se hva som egentlig ble sagt. Ved å systematisk lete etter innhold som motsier våre funn, utfordret vi våre resultater. Vi stilte kritiske spørsmål til eget arbeid, samt reflekterte rundt vår forforståelse sett opp mot resultatet. Vi vurderte hvordan overførbarheten av det som ble sagt var rettmessig eller skjevt i forhold til deltakernes bidrag. Til slutt i analysen ble funnene sett opp imot vår foreliggende teori og empiri (Malterud, 2018, s. 111).

Subkategorier	Resultat kategorier
Jordmors kunnskapsgrunnlag i møte med den gravides psykiske helse Hvordan jordmødrene ivaretar den gravides psykiske helse	Forutsetninger for individualisert omsorg i svangerskapet
Jordmors tid til omsorg	Relasjonens betydning mellom den gravide og jordmor
	Kompetanseutvikling og tverrfaglig samarbeid til det beste for den gravide

Tabell 4.5: Subkategorier og kategorier

4.4 Forskningsetiske refleksjoner

I datainnsamlingen ble det utvist aktsomhet i utførelsen av intervjuene da vi fikk innsikt i informantenes erfaringer og kunnskap, også på forhold som var fortrolige. Det er viktig å ivareta informantene når det innhentes kunnskap om sensitive temaer. En kvalitativ studie preges av en personlig karakter og er en dialog mellom informantene og forskeren. Det vil være nødvendig å håndtere informantenes budskap, slik at det samsvarer med det som blir sagt (Malterud, 2018, s. 213).

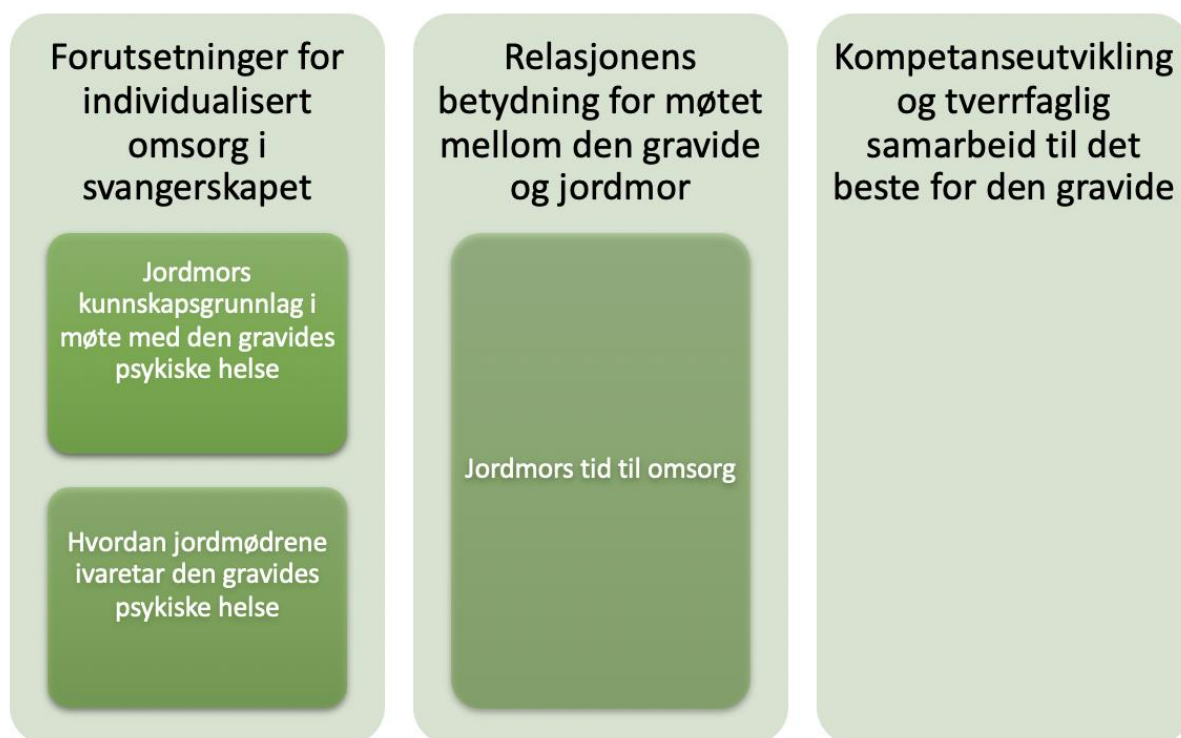
Forskningsprosjektet er godkjent av Nasjonalt senter og arkiv for forskningsdata (NSD) (Vedlegg 3). Samtlige informanter gav informert frivillig samtykke ved å signere et samtykkeskjema som fulgte med informasjonsskrivet de mottok på e-post. Informasjonsskrivet ble sendt både direkte til jordmødrene og til felles mail for helsestasjonen. Der direkte mail til jordmor ikke var tilgjengelig, ble mail videresendt fra helsestasjon til aktuell jordmor. Informasjonsskrivet gav informasjon om studiens mål og hva deltakelsen ville innebære, at deltakelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke sin deltakelse om de skulle ønske dette. Videre inkluderte skrevet informasjon om hvordan data skulle innhentes, håndteres, anonymiseres, og lagres etter gjeldende retningslinjer og slettes etter endt studie. Dette skrevet ble sendt ut i forkant av intervjuene og før innhenting av skriftlig informert frivillig samtykke (Vedlegg 2). Samtykkeskjemaene ble overlevert ved intervju eller sendt per epost for så å bli lagret på NICE-1, som er NTNUs skjermede fillagringsområde.

Data fra intervjuene og transkriberingen ble lagret på NICE-1. Lydopptakene ble direkte overført til NICE-1 etter intervjuene og deretter transkribert. I transkriberingsprosessen ble informantene gitt hver sin farge for å holde identiteten anonym. I oppgaven er informantene referert til som informant eller jordmor. Under hele prosessen har data vært oppbevart på sikkert område og ikke lagret på båndopptaker. Gjennom intervjuene var det vært viktig å ivareta informantenes taushetsplikt. Dersom taushetsbelagt informasjon kom frem i intervjuene, har disse dataene blitt behandlet slik at informanten eller eventuelt den gravide ikke er gjenkjennbar (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Det er gjengitt direkte sitater i studien, det er gjort i tro med at sitatene ikke kan føres tilbake til personen som er intervjuet.

5.0 Resultat

Studiens formål er å belyse informasjon fra åtte jordmødre fra ulike kommuner i Trøndelag fylke. I studiens analyseprosess ble kategoriene med de respektive subkategoriene forsket frem, som belyst i figur 5.1.

I analyseprosessen viser jordmødrene til manglende tid, for stor arbeidsmengde og for få ansatte, som en gjennomgående barrierer for utførelsen av et godt svangerskapstilbud. Disse funnene vektlegges ikke videre i resultatet, da problemstillingen setter søkelys på jordmors utøvelse.



Figur 5.1: Kategorier og subkategorier.

5.1 Forutsetninger for individualisert omsorg i svangerskapet

5.1.1 Jordmors kunnskapsgrunnlag i møte med den gravides psykiske helse

Noen jordmødre tenker at deres kunnskap om psykisk helse er god. De belyser at mye av kunnskapen ligger i utdanningen og den erfaringen man bygger opp underveis når man jobber med de gravide. Jordmødrene viser også til kunnskap fra sykepleierutdanningen og erfaring som sykepleier. Andre jordmødre fortalte at det var lite fokus på psykisk helse da de utdannet seg til å bli jordmødre. Dette kan bety at den kunnskap man har er veldig individuell og preget av egen interesse. Jordmors kunnskap om at graviditeten er en sårbar periode er viktig og ganske mange gravide har på et eller annet tidspunkt slitt med noe, som kan komme opp igjen i svangerskapet. Dette vil

være med å prege hvordan den gravide har det og opplever situasjonen rundt seg. Det jordmor betrakter som psykisk uhelse, trenger ikke den gravide å se på som psykisk uhelse. Kunnskap om den gravide sin livserfaring og hva hun har behov for er nyttig for å hjelpe den gravide å stå i det.

«Men stort sett handler det om den der, er du i stand til å stå i det her eller ikke og hva trenger du for å kunne stå i det»

Informant 7.

Jordmødrene mener det ville være nyttig med mer kunnskap og flere verktøy for å ivareta den gravides psykiske helse. Jordmødrene opplever at de ofte må henvise videre fordi de ikke har kunnskap eller kapasitet til å ta hånd om den gravide. De opplever det utfordrende å avdekke utfordringer hos den gravide som de ikke har kapasitet eller kunnskap til å ta hånd om, i tillegg er det vanskelig å finne tilbud å henvise videre til:

«Noen ganger kan jeg oppleve at jeg kommer til kort, eller at jeg skulle ha fått til å gi dem noe bedre tilbud enn det jeg får til å gjøre.»

Informant 4.

Når det gjelder kunnskap om helsefremming og forebygging syntes jordmødrene det var vanskelig å skille mellom disse to begrepene. Forebygging blir trukket frem som utgangspunktet for hvordan jordmor jobber i svangerskapsomsorgen. Jordmor vektlegger god informasjon, at den gravide er godt orientert om hva som skjer med kroppen og at de har kunnskap om det normale i svangerskapet:

«Forebygging ja, det er jo det vi i utgangspunktet skal jobbe med i kommunen og svangerskapsomsorgen, det er jo forebygging av at det skal skje noen komplikasjoner i svangerskapet.»

Informant 2.

Jordmødrene belyser at kunnskap om hva som fremmer helse er sentralt for å hjelpe den gravide å se sine egne ressurser og ikke bare sårbarhetene. Hjelpe den gravide til å ha det godt med seg selv. Kjenne at de mestrer hverdagen, at livet gir mening, at de har et godt nettverk og er fysisk aktiv; disse kvalitetene fremhever jordmødrene som særlig helsefremmende. Jordmødrene kan ikke initiere hva som er bra for den gravide, men kan bidra til at hun oppdager egne ressurser. Hvis jordmor klarer å få den gravide til å se og si hva hun behøver selv, vil det ha langt større betydning enn om de blir fortalt det:

«Det å se hele mennesket og se ressursene i mennesket, det er helsefremmende i form av at det da blir mer mestring. Skal ikke dømme noen heller. Det å bruke ressursene til den gravide så godt det lar seg gjøre. Selv om andre tjenester må kobles på, kan det allikevel være helsefremmende. For den gravide kjenner på mestring med at det her får jeg til, eller jeg får til enkelte ting.»

Informant 1.

Jordmødrene vektlegger kunnskap om hva som er normalt i et svangerskap og hva som kan være symptomer på at noe er galt. Hvilke levevaner som er viktig og hva som er et riktig kosthold for vekst og utvikling av mor og barn. Det å få den gravide inn tidlig i svangerskapet trekkes frem som et forebyggende aspekt. Det er viktig at jordmødrene

bruker sin kunnskap om normal fysiologisk utvikling i svangerskapet, for å bidra til en god psykisk helse hos den gravide. En del plager under graviditeten er normalt. Den psykiske helsen påvirkes i et svangerskap, det ville vært dumt å si noe annet. Jordmor beskriver det som naturlig og slik det skal være:

«Ikke alt vi kan forebygge, noen er mer disponibel for psykisk sykdom. Så kanskje den informasjonsbiten og den veiledningen, denne kompetansehevingen til paret, er kanskje noe av det viktigste for å forebygge.»

Informant 7.

Jordmødrene belyste at psykisk helse er et stort begrep og at det kan være vanskelig å avgrense. Ulike aspekter spiller inn på den psykiske helsen i svangerskapsomsorgen. Erfaring i yrket blir sett på som nyttig for å avdekke om den gravide forstår spørsmålet vedrørende psykisk helse. Da jordmødrene mente at mange gravide assosierer psykisk helse med det å ha en diagnose og at spørsmålet i konsultasjonen må nyanseres for å kunne snakke med et felles språk. Jordmor beskriver at den gravide kan kjenne på utfordringer relatert til egen psykisk helse, uten at hun selv definerer seg som psykisk syk. De fleste gravide som jordmor jobber med har ikke en diagnose, men ulike variasjoner av utfordringer i livet, som de mestrer i det daglige. Det er kjent at svangerskapet representerer en periode med økt sårbarhet hos den gravide. Jordmødrene har derfor et økt fokus på den gravidens psykiske helse i denne livsfasen, for å kunne hjelpe til med mestrings i hverdagen.

«Vi skal ikke bagatellisere deres psykiske uhelse, men vi må på en måte ikke henge oss opp i at, folk har fått en diagnose. De er like verdifulle som mennesker.»

Informant 8.

For at jordmor skal hjelpe den gravide med den psykiske helsen er det viktig å få kunnskap om hvilke tanker og følelser den gravide har som kan bli så vanskelig, at det går utover hverdagen. Hvis det ikke blir tatt tak i av jordmor, kan dette resultere i uhelse hos den gravide. Det å hjelpe den gravide å finne sine ressurser (GMR) og hennes benyttelse av disse vil være sentralt i arbeidet med deres psykiske helse. Jordmødrene erfarer at svangerskap glorifiseres og at mange gravide ikke kjenner seg igjen i framstillingene som samfunnet og sosiale media har. Den gravide kan da kjenne på at de ikke har det så godt allikevel og at det ikke er så rosenrødt som beskrevet. Selv om graviditeten hennes av jordmor blir sett på som normal, blir det ikke realistisk sett opp mot den gravidens forventninger til graviditeten. Prestasjonsfokus er stort hos den gravide og jordmor har en viktig jobb i å anerkjenne at det sosiale presset er krevende å stå i:

«Det er vanligvis en ressurs at de er orientert. De aller fleste skjønner det her med å være kritisk til det de leser, men så er det noen som ikke er så kritisk til det de leser. Det skaper mye frykt.»

Informant 3.

Flere jordmødre viser til at arbeidet med de gravidens psykiske helse i stor grad går ut på å normalisere hva som er normalt i et svangerskap og hva som ikke er det. Det å fortelle

den gravide hva kroppen hennes klarer, at svangerskapet er friskt og at hun er en frisk gravid kan oppleves styrkende:

«Er man godt forberedt og vet at dette er helt normalt så takler man det på en annen måte.»

Informant 5.

5.1.2 Hvordan jordmødrene ivaretar den gravides psykiske helse

Jordmødrene beskrev at det var viktig å møte den gravides individuelle behov for å fremme deres psykiske helse. Det ble vektlagt at helsekortet i svangerskapsomsorgen ikke var noe man skulle igjennom, men at det var den gravides behov som var sentralt. Det var andre jordmødre som kjente at helsekortet var litt som et intervju, som de følte de måtte skynde seg gjennom. For så å kunne sette søkelyset på den gravides behov. To av jordmødrene dro frem menykart og livsutfordringssirkel, som verktøy for å kartlegge behovet til den gravide. Begge de opplevde at den gravide selv fikk prege behovet av kontakt med jordmor, hva den skulle inneholde og hva de ville ha ut av konsultasjonen:

«Det viktigste er at jordmor tror på den gravide, at hun innehar styrken; det er ikke jeg som jordmor som skal gjøre noe. Jordmor skal stå der stødig som fy og bare få den gravide til å tro at det er hennes ressurser. Empowerment på individnivå er helt avgjørende, jeg hadde aldri klart den her jobben uten det, tenker jeg.»

Informant 7.

Jordmødrene ønsket at den gravide skulle ha det så godt som mulig. Få lov til å være selvsentrert. Det belyses av jordmødrene at kroppen jobber på høygir i svangerskapet og dette fører til at den gravide er mer sårbar enn ellers. Å støtte den gravide til å ta vare på seg selv, slappe av og pleie egne behov er viktig. Flere jordmødre belyster at den gravide kan ha vært igjennom mye i livet som stiller de i en sårbar posisjon. Jordmødrene er opptatt av sårbarheten. De ressurssterke gravide ble belyst som en fallgrube, da jordmødre nødvendigvis ikke prioriterte mer tid til oppfølging. Jordmødrene opplevde at de klarer seg bedre selv og vektla derfor mer tid til de ressurssvake gravide.

«Er det en gang i livet du skal ivareta deg selv, så er det i svangerskapet. Du kan lære deg noen grep som du tar med deg videre i livet.»

Informant 7.

Mange gravide fortsetter som før de ble gravid og blir veldig slitne, gråter og blir emosjonelt ustabile. Det handler egentlig om at hun er utslitt og ikke finner noen balanse i hverdagen mellom forventninger og forutsetninger. Den gravide trenger hjelp til å hjelpe seg selv. Jordmor belyster at mange gravide har for høye krav til seg selv og skal være flink på alt. Et godt svangerskap er ikke alltid likt et problemfritt svangerskap. Det er individuelt hva som oppleves som et godt svangerskap for den gravide. På papiret kan det se ut til at kvinnen har det bra, men dette er likevel ikke alltid tilfelle og motsatt. Jordmødrene opplever at noen gravide finner det tungt å ikke kunne gjøre det de har gjort til vanlig. Jordmødrene trekker frem mestringsfølelse som viktig faktor for psykisk helse hos den gravide:

«De som har slitt mye psykisk gjennom svangerskapet, kan samtidig kjenne på et godt svangerskap, fordi hun vokser på det. Hun har kjent på progresjon og kjent på mestring, selv om hun kanskje har det som vi definerer som en psykisk uhelse, så har hun likevel et godt svangerskap.»

Informant 1.

Enkelte gravide har utfordringer med å sette grenser for familien og/eller venner. De har vært vant til at den gravide ordner, ringer, hjelper til og stiller opp, men som gravid er ikke energien der lengre. Noen ganger blir relasjonen til familien og/eller venner så forstyrrende at den gravide har behov for å beskytte seg selv og unngå kontakten. Jordmor ønsker å være der som en støtte for den gravide i å ta gode beslutninger for seg og barnet:

«Det er kanskje best om den gravide får lov til å lukke seg litt inn og skjerme seg fra de negative forstyrrelsene, selv om det kan høres dårlig ut utad, så er det så viktig at hun får lov til å finne seg selv i sitt eget.»

Informant 8.

Jordmor vektlegger kunnskap om nettverket til den gravide og hvor nyttig dette kan være. Hvem har den gravide rundt seg og hvem kan støtte henne i svangerskapet og etterpå. Hvordan den gravidens oppvekst har vært påvirker også hennes psykiske helse. Hva hun har med seg av erfaringer, tidligere hendelser i livet, samt litt arv og miljø. Derfor er det viktig kunnskap for jordmor å kartlegge familien, nettverket, sosial status, økonomi, bolig, arbeid, belastninger og andre forhold som påvirker den gravidens liv. Der hvor den gravide har dårlige relasjoner eller lite nettverk merker jordmor at det fort kunne blitt sårbart og vanskelig med tanke på den gravidens psykisk helse:

«Mange har med seg noe fra tidligere i livet. De kommer og har vært helt frisk, også blir det plutselig en periode i livet der det er tøft. Så får man litt hjelp og støtte. Så går det på en måte over igjen.»

Informant 3.

Jordmødrene opplever at uvisshet om partner kan være med på konsultasjoner og under fødsel har vært stressende for mange gravide under pandemien. Jordmødrene beskriver at inkludering av partner er en fordel for den gravidens psykiske helse. Kun i veldig få tilfeller er det en ulempe, og det er hvor jordmor kjenner at den gravide blir styrt av sin partner. Det er også mye som omhandler mors helse på konsultasjonene; dette må jordmor utøve respekt overfor hvor den gravide ikke ønsker å dele alt foran partner.

«De aller fleste vil jo helst at partner skal være med og være der. Så er det andre som har litt behov for å snakke alene, at partner ikke er med.»

Informant 4.

En partner som fungerer godt kan være en ressurs (GMR) for den gravide i svangerskapet, og viktig for jordmor å benytte. Det er lettere å bli kjent med situasjonen rundt den gravide om hun har med seg partner. Andre jordmødre belyser at enkelte gravide har behov for å lufte fortvilelse over partneren og at partner ikke stiller opp slik hun hadde ønsket. I enkelte tilfeller kan jordmor oppdage at det er en del hemmeligheter mellom den gravide og partneren, eller behov som blir underkommunisert. Jordmors rolle blir da å ufarliggjøre, slik at partner kan få et innblikk

i det som er vanskelig for den gravide. Dette for å kunne bidra til å fremme den gravides psykiske helse i svangerskapet:

«De parforholdene der det er åpenhet så synes jeg det stort sett er veldig konstruktivt, positivt og bra å ha med partner. Der det er litt hemmelighold og ikke så mye åpenhet så gjør det jo jobben straks litt vanskeligere, fordi du skal ivareta en viss taushetsplikt og moralsk plikt på en måte.»

Informant 6.

5.2 Relasjonens betydning for møte mellom den gravide og jordmor

Jordmødrene belyser at den første konsultasjonen er viktig i arbeidet med å bygge en god og tillitsfull relasjon til kvinnen. Det er veldig mange punkter de skulle igjennom med den gravide og måten man utfører dette på er betydningsfullt for relasjonen. At man stiller seg undrende, «jeg trenger å bli kjent med deg», og fyller ut helsekortet sammen. Enkelte jordmødre belyser at de starter med det fysiske for at samtalen skal komme i gang før de spør om det psykiske. De belyser at det ofte er lettere for den gravide å åpne seg om det som er utfordrende om de ufarliggjør og blir kjent først:

«Jeg tror ikke at man skal jobbe i svangerskapsomsorgen hvis ikke man har interesse for mennesker.»

Informant 8.

Jordmor vektlegger at en god relasjon er avgjørende; uten den har man ikke byggesteinene for videre arbeid. Der det er behov for mer oppfølging blir det riktig å henvise videre, selv om man har en god relasjon til den gravide. Jordmødrene trekker frem egenskaper hos den profesjonelle som å tåle og romme det som blir delt, evne å være et menneske og tørre å vise at man blir berørt av det kvinnen forteller; å kunne si at dette høres forferdelig ut, og samtidig være rolig og håndtere situasjonen, å vise at man tåler det - man står ved henne og forsøker ikke å unngå henne:

«Hvis du hvis du ikke har relasjonskompetanse på det her feltet, så har du ikke sjans, det tør jeg å påstå.»

Informant 7.

Jordmødrene trekker særlig frem betydningen av å være nysgjerrig på det mennesket du har foran deg. Evnen til å vise medmenneskelighet, evnen til å faktisk lytte, hører på den gravide og evnen til å hjelpe den gravide med å hjelpe seg selv er avgjørende. Flere jordmødre trekker fram troen på den gravide som viktig, samt et tjenesteapparat som setter samhandling i fokus. Jordmor uttrykker at hun spiller en viktig rolle i den gravides liv og for familien. Det vektlegges å skape en god relasjon, skape tillit og at den gravide skal føle seg trygg. Den gravide skal få komme med det hun har på hjerte og ta opp det hun ønsker, og jordmor skal møte hennes behov og hjelpe henne på veien:

«Vi må tro på folk, vi må begynne å tro på at folk har det i seg og at vi kan minne dem på at det her kan du få til, gi dem håp, du er laget for å gjøre dette. Å bygge opp selvfølelsen i folk, der tror jeg vi har mye å gå på.»

Informant 8.

Hvordan du opparbeider deg tillit og en god relasjon til den gravide er avgjørende for om du kommer i posisjon til å jobbe med den gravide eller ikke. Jordmødrene er opptatt av å informere den gravide om hva jordmor kan hjelpe og bidra med. Å opparbeide gjensidig tillit og åpenhet bidrar til trygge og forutsigbare rammer. Jordmor opplevde at hun manglet kompetanse om psykisk helse som fersk i kommunen. Det ble etter år med erfaring lettere å undre seg sammen med den gravide og jordmors holdning ble preget til å ikke være så dømmende:

«Sånn at man skal ikke forhåndsdomme noen heller, som kanskje har med seg mye da, i bagasjen. Du er god nok. Også er det mange, mange måter å være gode mødre og fedre på.»

Informant 1.

Jordmødrene trekker frem egenskapene lyttende, spørrende samt ærlighet som sentrale for at den gravide skal føle seg hørt og trygg. Kvaliteter i kommunikasjonen er avgjørende for å skape tillit, relasjon og trygghet, for eksempel å gi uttrykk for å ha tid, selv om man ikke har det. Empatisk lytting og anerkjennende kommunikasjon fremheves som en metode for å la den gravide være i sitt, at jordmor forsterker samtalen med å gjenta elementer som blir snakket om:

«Noen ganger, hvis man har en konsultasjon og så tenker man at her er det noe, også må man pirke litt borti neste gang og kanskje gangen etter der, så etter hvert så får man fram litt. Men noen ganger må man gjøre seg fortjent til den tilliten for å få det fram til slutt.»

Informant 6.

Jordmødrene opplever at et godt svangerskap og god psykisk helse henger sammen: Det handler om hvordan den gravide tar hensyn til signalene som kroppen gir og at jordmor har en oppgave i å belyse og informere om hvordan håndtere disse. Det er avgjørende i det videre arbeide med den gravide at jordmødrene har kompetanse på samtaleteknikk.

«En viss romslighet for forståelsen av hva som er normalt i et svangerskap, det bør vi ha. Så det er jo en utfordring vi har ved hvordan vi kommuniserer om svangerskapet.»

Informant 8.

Både nonverbal og verbal kommunikasjon løftes frem som viktige områder å være bevisst i møte med den gravides psykiske helse; dvs. være bevisst eget kroppsspråk, hvordan spørsmålene blir stilt, hvordan man sitter, ikke ha stolen høyere enn den gravide, ikke sitte med hendene i kors, forskjellen på å sitte frempå eller bak i stolen, osv. Jordmors kroppsspråk påvirker hvordan den gravide tolker eller opplever hennes tilgjengelighet og dette preger relasjonen. Holdningen av omsorg for hvordan den gravide har det og å ønske det beste for den gravide i svangerskapet har stor betydning for kvinnen. Åpne spørsmål er nyttig for å møte den gravide på hennes individuelle behov. Det kan være vanskelig å benytte åpne spørsmål: ofte ledes samtalen av jordmor, slik at den gravide ikke får preget samtalen slik hun burde. Samtidig er varhet for den enkelte avgjørende: en jordmor fortalte at hun en gang hun spurte for mye med den følge at den gravide ikke kom tilbake, men heller ønsket å gå til fastlege. Omsorg er en balansegang:

«Det handler om å tørre å spørre de riktige spørsmålene. Hvis man ikke spør, får man heller ikke svar. Det er viktig å spørre alle de ulike spørsmålene og ikke være redd for å snakke om de ulike temaene. Være trygg i egen rolleidentitet.»

Informant 2.

Edinburgh postnatal depresjonsskår (EPDS) trekkes frem av jordmødrene som en metode innen kommunikasjon og benyttes for å avdekke utfordringer knyttet til psykisk helse hos den gravide. Jordmødrene belyste at nyutdannede kunne finne metoden nyttig, at den bidrar til at de som sliter med å sette ord på hvordan de har det blir fanget opp. Jordmødrene trekker frem at de ikke opplevde å avdekke flere gravide med utfordringer knyttet til psykisk helse ved å benytte EPDS.

«Jeg føler at jeg kunne avdekke like mye før, som nå. EPDS var et fint verktøy når vi begynte med det, for det ble mer konkret, i forhold til når jeg var ganske fersk i kommunen, for da hadde jeg ikke så god erfaring med å snakke om psykisk helse.»

Informant 4.

5.2.1 Jordmors tid til omsorg

Jordmødre i svangerskapsomsorgen disponerer tiden sin ulikt. Noen av informantene setter av en time til konsultasjon for å kunne romme behovene i forhold til psykisk helse hos den gravide, mens andre setter av en halvtime til alle konsultasjoner foruten førstegangskonsultasjon hvor samtlige informanter setter av en time. Særlig i de større kommunene er tidsbegrensningen størst. Jordmødre i mindre kommuner viste til mulighet for å bruke mer tid på den enkelte gravide.

«Det er utfordrende fordi alt er så tilmålt og det er begrenset hva vi har, og begrenset hvor ofte vi kan ta dem inn.»

Informant 5.

Informantene vektlegger tid til å snakke om psykisk helse i konsultasjonene, men at det er mange andre skal- og må-oppgaver i svangerskapsomsorgen som gjør at tiden blir begrenset. Jordmødrene opplever at dersom de ikke har tid til å ta tak i problemene når de dukker opp, er det ikke sikkert den gravide ønsker å snakke om dette senere: man er nødt til å utnytte sjansen når døra står litt på gløtt eller har åpnet seg, ellers så kan det være vanskelig å åpne den døren igjen. Jordmor opplever det som hemmende og holder litt igjen dersom hun kjenner at hun ikke har tid til å følge opp det svaret hun får og opplever dette som frustrerende da hun ønsker å hjelpe den gravide på best mulig måte:

«Jeg har liksom tenkt at det her tar jeg opp på neste konsultasjon, men da er det ikke sikkert det går. Det henger ikke på greip med de kravene akkurat, hvordan skal vi kunne ivareta psykisk helse hvis vi ikke har tid til å snakke med dem.»

Informant 7.

Flere informanter opplever svangerskapsomsorgen som veldig travel og kjenner på belastningen med å vurdere hvem som skal få ekstra oppfølging, og at dette preger tilbudet den enkelte gravide får. Det er ofte de som har en økt sårbarhet som får tilbud om flere konsultasjoner og lengre tid på hver konsultasjon. Alle informantene viser til at den gravide helst ønsker å gå til jordmor og ikke til fastlege, uten at jordmødrene klarer

å tilby alle konsultasjoner hos jordmor. Informantene peker på en helt annen omsorg over tid dersom den gravide går til samme jordmor gjennom hele svangerskapet:

«Men jeg mener jo at det skal være opp til den gravide selv å bestemme hvor hun vil gå.»

Informant 5.

5.3 Kompetanseutvikling og tverrfaglig samarbeid til det beste for den gravide

Informantene fremhever ulike tilbud de kan benytte til gravide som har psykiske utfordringer. De forteller om "forsterket helsestasjon" som er et tilbud hvor den gravide får mulighet for tre støttesamtaler med psykolog og familieterapeut. De legger stor vekt på at tilbudet ikke er et behandlingsløp, men et helsefremmende tilbud som innebærer at den gravide har noen å snakke med. Både forsterket helsestasjon og psykologtjenesten i kommunen oppleves av jordmødrene som veldig begrenset. De understreker at det ikke er kapasitet til å tilby dette til alle gravide som har behov. Informantene forteller om barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og distriktspsykiatrisk senter (DPS) og at det er mulighet for å henvise den gravide dit via fastlege. Jordmødrene opplever at DPS mangler tilbud til de gravide som ikke er alvorlig psykisk syk. Det blir lite brukt i svangerskapsomsorgen, da de gravide oppleves ofte som for friske til å bli prioritert. De har også erfaring med at de avslutter kontakten ganske tidlig, kanskje før den gravide selv føler seg klar til det. Jordmødrene nevner også enhet for psykisk helse og rus (EPHOR) som et lavterskeltilbud til voksne i forhold til psykisk helse og rus. Noen av informantene opplever at tilbudet ikke er godt nok og lite rettet mot hva den gravide trenger i sin livssituasjon. Det er mer fokus på mestringsgrupper, enn at det er et individuelt tilpasset tilbud. En annen svakhet ved tilbudet er at den gravide må ta kontakt selv, noe jordmødrene opplever som en høyere terskel for at den gravide søker hjelp.

«Så jeg tenker at det kunne godt ha vært noe som hadde fanget alle de som sliter litt, for jeg tror at det er veldig god forebyggende helse.»

Informant 5.

Jordmødrene belyser betydningen av å ha tett kontakt med psykolog for å kunne ivareta den gravidens psykiske helse på en best mulig måte, men psykolog er ikke tilgjengelig ved alle helsestasjonene i fylket. Det å jobbe tverrfaglig i forhold til psykisk helse oppleves som viktig. Det oppleves som en trygghet å ha kommunepsykologen i nærheten og at det er kort vei mellom de ulike tjenestene. Noen helsestasjoner har psykolog fra kommunens familiesenter tilgjengelig en dag annenhver uke, og kan ha psykologen med i konsultasjoner. Det er lav terskel for å kontakte psykisk helse og familiesenteret når de ikke er tilgjengelig på helsestasjonen. Psykologen brukes både som en sparringspartner for jordmødrene og som en samtalepartner for kvinnene som kommer til helsestasjonen. Ved noen helsestasjoner har de satt av tid til veiledning fra psykolog en gang i kvartalet: dette opplever jordmødrene som for lite i forhold til behovet og omfanget av psykiske utfordringer de står overfor. På en annen helsestasjon trekker jordmor frem at de har fått ressurser til å ansette en psykolog på

helsestasjonen, som kan ta inn de gravide som trenger ekstra oppfølging og støttesamtaler utover det vi kan bidra med:

«Spesielt når den gravide gir uttrykk selv for at hun skulle hatt noen andre å snakke med så tenker jeg da er det viktig at vi har et tilbud å gi dem.»

Informant 2.

Å vite om og kjenne til de andre enhetene er også vesentlig: Jordmødrene ønsket at de var enda nærmere slik at samarbeidet kunne være enda tettere. Det er høyere terskel for å ta kontakt med de andre faggruppene fordi de ikke kjenner til hva de har å tilby: å kjenne kollegaene dine gjør det enklere å ta kontakt å drøfte ulike tilfeller. Informantene trekker frem samarbeid med helsesykepleier som viktig for å kunne ivareta den gravides psykiske helse, lage en plan for tiden etter fødsel og skape trygghet for den gravide. Det er nyttig å ha en plan for tiden etter fødsel, samt et team rundt familien ut ifra hva de har behov for. Informasjon og forutsigbarhet i svangerskapet er viktig:

«Det jeg har gjort skal få lov til å ha betydning for dem som skal ta stafettpinnen videre. Det hjelper veldig lite hvis alt går rett i dass i det barnet kommer sant, at det ikke er noen som følger opp.»

Informant 8.

Kollegaveiledning fremheves som en arena for å diskutere vanskelige saker og få tips av kollegaer. Det er ulikt hvordan kollegaveiledning praktiseres på de ulike helsestasjonene. Noen har satt av tid ukentlig til kollegaveiledning, mens andre har satt av tid annenhver uke og noen har det en gang i måneden. Informantene mener det er viktig at det blir satt av tid regelmessig til kollegaveiledning, da dette bidrar til debriefing og samtale om ting som er utfordrende. Informantene skulle ønske at det var med en psykolog i kollegaveiledningen, slik at man kan få enda mer hjelp der det er vanskelig.

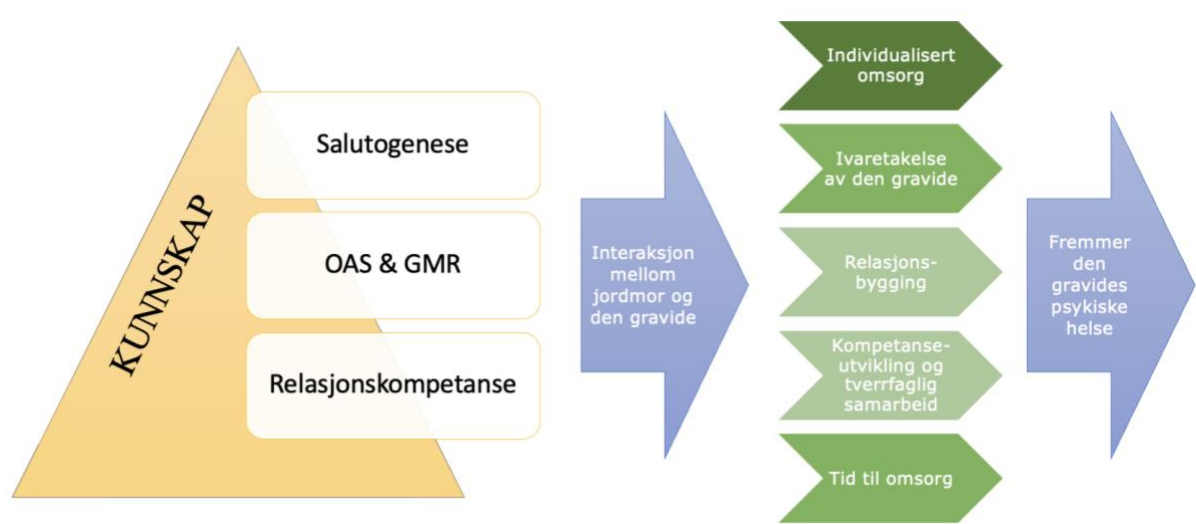
«Vi er flinke til å snakke med hverandre, men innimellom kan det bli for mye for den enkelte jordmor å håndtere og da hadde det vært godt å snakke med en psykolog.»

Informant 2.

Jordmødrene tok opp kurs og fagdag som gode arenaer for å snakke om psykisk helse og ønsket mer av det. Noen informanter hadde vært på kurs om temaet, utfordringen er at det ikke er nok ressurser i kommunen til å sende alle jordmødrene på kurs. Derfor blir det en prioritering i forhold til hvem som får dra og hvilke kurs som prioriteres. De ønsket kurs som tar for seg ulike verktøy som kan bidra til at jordmødrene er bedre rustet i møte med den gravide: videreutdanningspakker for å heve sin kompetanse, for eksempel videreutdanningspakker innen kommunikasjon, psykisk helse, samt rus og vold. Det finnes kurs man kan ta etter mange år som jordmor, men som fersk jordmor kan videreutdanningspakkene bidra til kunnskap på spesifikke områder som er viktig i svangerskapsomsorgen. Hvis ikke kan det ta tid før man oppnår tilstrekkelig kompetanse.

6.0 Diskusjon

Studiens funn vil diskuteres i kapittel 6.1 resultatdiskusjon. Figur 6.1 viser hva resultatet i vår studie vektlegger som viktig sett i lys av teoretisk rammeverk for å fremme psykisk helse hos den gravide. Jordmor må ha kunnskap om salutogenese, OAS og GMR, samt kompetanse til å danne en relasjon. Med denne bakgrunnskunnskapen skapes grunnlaget for interaksjonen mellom jordmor og den gravide. Ulike prosesser er med på å bidra til å fremme hennes psykiske helse: Individualisert omsorg, ivaretagelse av den gravide, relasjonsbygging, kompetanseutvikling og tverrfaglig samarbeid og tid til omsorg.



Figur 6.1: Modell på hvordan interaksjonen mellom jordmor og den gravide kan bidra til å fremme psykisk helse i svangerskapet. © Anne Marie Hovin & Thea Lundblad. Basert på Haugan 2021a, s. 86.

6.1 Resultatdiskusjon

Resultatene diskuteres videre i lys av etablert teori og evidens, opp imot vår problemstilling: Hvordan kan jordmor bidra til å fremme psykisk helse i møte med den gravide i svangerskapsomsorgen?

6.1.1 Betydningen av relasjonsbygging mellom jordmor og den gravide

En god relasjon fremsto i studien som en av de viktigste forutsetningene for å komme i posisjon til å snakke med den gravide om psykisk helse. Det er under første konsultasjon i svangerskapsomsorgen at jordmor tar opp spørsmål vedrørende den gravides psykiske helse. Det krever at relasjonen mellom den gravide og jordmor dannes raskt, for at jordmor skal komme i posisjon til å få kartlagt den psykiske helsen. Spurkeland (2020, s. 147- 164) viser til en individuelt tilpasset omsorg som mulighet til å danne en gjensidig relasjon. Spurkeland (2020, s. 159-162) viser at enkelte mennesker har større behov for tid til å danne en relasjon, og kan dermed gi jordmor utfordringer i tidsnok å avdekke behovet for oppfølging. På den andre siden belyser teorien at fremgangsmåter for å danne en rask og sterk relasjon mangler (Spurkeland, 2020, s. 151). Forskning bekrefter at det er viktig for jordmødre å skape en god relasjon til den gravide for å gi

støtte i svangerskapet (Heinonen, 2021, s. 14; Mathias et al., 2021, s. 274). Forskning viser til ulike aspekter i jordmors utøvelse som en styrke for å danne relasjon; øyekontakt, dannelsen av en relasjon med begge foreldrene, vise til eget kunnskapsnivå, emosjonell involvering og åpenhet for foreldrenes syn (Heinonen, 2021, s. 14).

Denne studien viser til oppfølging over tid som essensielt for å danne en relasjon mellom jordmor og den gravide, med hensikt å komme i posisjon til å fremme hennes psykiske helse gjennom svangerskapet. Forskning underbygger betydningen av å gå til samme jordmor gjennom hele svangerskapet (Mathias et al., 2021, s. 272-273). Forskning viser at jordmor opplever flere barrierer i forhold til begrenset tid og høy arbeidsbelastning for å yte en kontinuitet i omsorgen til den gravide. Jordmødrene opplever også at muligheten for å avdekke hvordan den gravide har det reduseres dersom den gravide ikke blir fulgt opp over tid (Baker et al., 2020, s. 4). Funnene stemmer med en studie fra England som viser at kontinuitet er avgjørende for å ivareta den gravide i svangerskapet (Mathias et al., 2021, s. 272-273). Tid til omsorg bidrar til opplevelse av et tilbud som kjennes trygt, at jordmor har kjennskap til den gravides historie og hva den gravide har behov for (Spurkeland, 2020, s. 159-162).

Vår studie viser at jordmødre disponerer tiden sin ulikt. Enkelte prioriterer at alle gravide skal få gå til jordmor, men får mindre tid i konsultasjonen. Andre jordmødre lar enkelte gravide gå til fastlege for å ha mulighet for lengre tid til hver konsultasjon. Dette bidrar til en skjevhet i tilbudet til de gravide og påvirker den avsatte tiden i konsultasjonene. Videre viser studien at det ofte er de mest ressurssterke som må gå til fastlege, da jordmor ikke har kapasitet til å ta inn alle gravide til alle kontrollene i svangerskapsomsorgen. Forskning støtter at manglende tid til å vise omsorg for den gravide og hvordan hun har det i svangerskapet er en realitet (Baker et al., 2020, s. 4). Likhet i tjenesten og likhet i tilgang til tjenesten er avgjørende for å sikre de gravide individuell omsorg og for å kunne ivareta psykisk helse (Browne et al., 2014, s. 424; Dahl et al., 2020, s. 9; Dharni et al., 2021, s. 5; Noonan et al., 2017, s. 69).

I lys av tidligere forskning og studiens funn opplever jordmor at den gravide ikke åpner seg og at de har for kort tid til å etablere tillit i relasjonen til den gravide (Baker et al., 2020, s. 4). Samtidig viser forskning at tid til å bygge tillit er avgjørende for at den gravide skal få til å åpne seg og kommunisere hvordan hun har det (Baker et al., 2020, s. 5; Browne et al., 2014, s. 422; Dharni et al., 2021, s. 5-6). For å danne en terapeutisk relasjon mellom jordmor og den gravide anses tillit som avgjørende (Dharni et al., 2021, s. 5-6). For at den gravide skal føle seg trygg og oppnå tillit til jordmor, er utøvelse av en personlig omsorg avgjørende. Videre vil det åpne for deling av den gravides utfordringer og gi mulighet for jordmor å hjelpe den gravide til å mestre spenningen som oppstår (Mathias et al., 2021, s. 274). Fravær av kontinuitet vil være et hinder for etablering av tillit mellom den gravide og jordmor, konsekvensen vil kunne resultere i manglende relasjon mellom den gravide og jordmor (Spurkeland, 2020, s. 25-60).

Studien vår belyser kommunikasjon som en avgjørende dimensjon for å oppnå tillit og mulighet til å danne en relasjon mellom jordmor og den gravide i svangerskapsomsorgen. Forskning trekker frem aspekter ved den verbale og nonverbale kommunikasjon, og omgivelsene, som utslagsgivende i interaksjonen mellom jordmor og den gravide. Latter og humor blir brukt for å skape et rolig miljø (Baker et al., 2020, s. 5; Browne et al., 2014, s. 422). Spurkeland (2020, s. 25-60) bekrefter dette med at

jordmor må evne å vise genuin interesse for den gravide for å opparbeide seg tillit, som er selve byggesteinen i relasjonsdannelse. Samtidig viser forskningen at de gravide har behov for å kjenne at jordmor bryr seg om dem og at den gravide føler seg sett når det blir gitt omsorg ut fra individuelle behov (Mathias et al., 2021, s. 274).

Studien vektlegger videre aktiv lytting som et viktig aspekt for å danne en relasjon og vise genuin interesse for den gravide. Forskning belyser at evnen til å være til stede i samtalen med den gravide krever kunnskap hos jordmor på aktiv lytting (Browne et al., 2014, s. 422). Jordmor må ha kunnskap om hvordan man fører en helsefremmende samtale og evne å bli kjent med den gravide som en unik person. De viktigste komponentene i samtalen er at partene er likeverdige, evnen til å lytte og vise forståelse (Spurkeland, 2020, s. 147- 164). Det å få en personlig relasjonell kontakt er noe forskningen viser at blir verdsatt hos den gravide. Videre støtter forskning og teori at jordmor oppnår dette ved å aktivt lytte, dele kunnskap og erfaring, stille spørsmål og danne et vennskapelig forhold innenfor profesjonalitetens rammer (Mathias et al., 2021, s. 274; Spurkeland, 2020, s. 147- 164). Det at jordmor lytter og anvender anerkjennende kommunikasjon fremmer jordmors evne til å forstå av hva den gravide tenker, noe som er avgjørende for å hjelpe den gravide til å begripe det normale i et svangerskap (Antonovsky, 2012, s. 39; Browne et al., 2014, s. 422).

6.1.2 Hvordan jordmor kan lede den gravides psykiske helse i svangerskapet

Denne studien viser til ulike oppfatninger hos jordmødrene om hva som er helsefremming og forebygging i møte med den gravide. Det forebyggende blir omtalt som helsefremming og motsatt. Forskning bekrefter at det er variasjon i jordmødres oppfatning av helsefremming i forhold til den gravides psykisk helse. Videre belyser forskning at en helsefremmende tilnærming reduseres av jordmødres dokumentasjonskrav og mangel på tid. Det understrekes videre et behov for å redusere den jordmorstyrte tilnærmingen og heller styrke den kvinnefokusert tilnærmingen med tanke på å fremme den gravides psykisk helse (Dayyani et al., 2022). Forskning vektlegger at jordmor bør etterstrebe og jobbe for å identifisere faktorer som fremmer den gravides psykiske helse og øke forståelsen av det helsefremmende arbeidet (Browne et al., 2014, s. 424-425). Jordmødrene i vår studie vektlegger kunnskap om hva som fremmer den psykiske helsen hos den gravide, for å hjelpe de å mestre egen situasjon og redusere sårbarhet. Jordmor kan oppleve at den gravide beveger seg mot psykisk uhelse uten at den gravide selv opplever det. Ved at den gravide tar valg som leder henne mot psykisk uhelse, på bakgrunn av at hun ikke ser mening i å håndtere enkelte utfordringer. I lys av Antonovsky (2012) sin teori er jordmor i posisjon til å bidra så den gravide oppdager meningen i det som skjer og evner å håndtere det. Jordmor må benytte sin kunnskap om svangerskapet og gi den gravide kunnskap slik at utfordringen oppleves som begripelig og meningsfylt. Det fører til at den gravide settes i stand til å fremme egen helse og muliggjør opplevelsen av OAS (Antonovsky, 2012, s. 45).

Videre illustrerer funnene i studien vår at jordmødrene ønsket at den gravide skulle ha det best mulig i svangerskapet, samtidig som den gravide påvirket konsultasjonen ut ifra egne behov. På den andre siden viser forskning at den individuelle omsorgen preges av travle klinikker, som gir lite rom for utfoldelse av individualitet (Browne et al., 2014, s. 424). Antonovskys (2012, s. 40) teori fremhever betydningen av at individet, i dette tilfellet den gravide, har behov for å oppleve situasjonen som håndterbar og meningsfull

og verdt å legge en innsats i. Den gravide må dermed ha tilgang til tilstrekkelige ressurser for å mestre utfordringen hun blir stilt overfor (Antonovsky, 2012, s. 40). Forskning peker på betydningen av jordmors tilstedeværelse, oppmuntring, evne til mentalisering, støtte både følelsesmessig og fysisk og evne til å individualisere omsorgen for å styrke den gravides motstandsressurser (Mathias et al., 2021, s. 272-273). For å lede mot en sterk OAS handler det ikke om at alle forhold rundt svangerskapet må oppleves som håndterbart, begripelig eller meningsfylt for den gravide, så lenge hun opplever noen forhold ved svangerskapet som verdt å legge energi i (Antonovsky, 2012, s. 41). Jordmor må underbygge det individuelle i den gravide, hennes selvtillit, gi henne tro på seg selv og evnen til å benytte egne ressurser for å bevege seg mot helseenden av kontinuumet (Antonovsky, 2012; Mathias et al., 2021, s. 272). Funnene i denne studien setter søkelys på individuelle forskjeller i hvordan jordmødre vurderer gravide kvinners psykisk helse/uhelse. Forskning viser at gravide med helseplager og sosiale utfordringer kan oppleve et godt svangerskap, ved at jordmor setter fokus på det normale, hennes ressurser og styrker (Browne et al., 2014, s. 424-425). Dette kan resultere i at utfordringer den gravide møter ikke oppleves som belastninger og bidra til opplevelse av god psykisk helse (Antonovsky, 2012, s. 41).

Studien vår belyser at jordmødrene har som oppgave å støtte og finne de gravides ressurser, samtidig bygge videre på ressursene for å fremme hennes psykiske helse. I tråd med Antonovsky sin helseforståelse viser forskning at jordmor må sette den gravide i sentrum og hjelpe henne å finne hennes GMR for å håndtere de mulige stressorene hun opplever (Antonovsky, 2012, s. 50; Browne et al., 2014, s. 424-425). Det understøttes av tidligere forskning og denne studien at det å gi den gravide tillit i at hun mestrer svangerskapet, vil bidra til å styrke hennes oppdagelse av egne motstandsressurser (Mathias et al., 2021, s. 272-273). Antonovsky (2012, s. 50) vektlegger blant annet intelligens, verdier, kunnskap, mestringsstrategier, sosial støtte og ego identitet som ressurser for å takle ytre og indre stimuli. Disse aspektene påvirker om den gravide beveger seg mot helseenden på helse-kontinuumet (Antonovsky, 2012, s. 50). Antonovsky (2012, s. 51) konkluderer at individets nivå av OAS er avgjørende for om utfallet av stressende livssituasjoner blir nøytralt, skadelig eller helsebringende. Dette kan overføres til gravide kvinner, ved at jordmor hjelper den gravide til å oppleve svangerskapet som begripelig (Mathias et al., 2021, s. 273).

Vår studie belyser at jordmødrene opplever de gravide som usikre på hva som er normalt i et svangerskap og sammenligner seg med forestillinger skapt av sosiale media om hva et godt svangerskap er. Jordmødrene opplever at de gravide er mer opplyst, men at sosiale media kan skape en negativ forestilling av svangerskap og dermed kan sosiale media oppleves som en ulempe. Økt bekymring, press og at den gravide opplever at hun ikke mestrer svangerskapet er faktorer som kan bidra til at den gravide ledes mot en negativ retning i forhold til psykisk helse. Betydningen av dette støttes av forskningen ved at jordmors evne til å overføre tro, at den gravide har tro på seg selv blir sett på som helsebringende (Browne et al., 2014, s. 424-425). Forskning vektlegger å gi den gravide kunnskap om normale forhold i et svangerskap, samtidig som at jordmor hjelper den gravide med å omfavne ideen om at uforutsette ting kan oppstå og styrke hennes evne til å håndtere det uforutsette (Mathias et al., 2021, s. 272-273). Det å lede den gravide inn på en opplevelse av normalitet til tross for tidligere vurderinger av seg selv og egen graviditet som kanskje "unormal", bidrar til å fremme hennes helse. Forskning støtter at å gi den gravide forståelse for hva som er normalt, understøtte opplevelse av mestring og velvære er helsefremmende (Browne et al., 2014, s. 425;

Fletcher et al., 2021, s. 1413; Mathias et al., 2021, s. 272-273). Forskning viser at jordmor har en viktig rolle i å utdanne den gravide gjennom svangerskapet og gjøre henne klar til den nye rollen som mor (Heinonen, 2021, s. 18).

Vår studie belyser at helsekortet benyttes som et verktøy av jordmor til å utøve faglig forsvarlig praksis til den gravide i svangerskapsomsorgen. Forskning belyser at svangerskapsomsorgen kan bære preg av en skjematisk tilnærming ved å benytte helsekortet og retningslinjene slavisk. Som resulterer i mindre fokus på hva den enkelte gravide har behov for (Baker et al., 2020, s. 4). Dersom jordmor fyller ut helsekortet i samarbeid med den gravide, vil situasjonen kunne oppleves mer avslappet og mindre strukturert (Heinonen, 2021, s. 14). Vår studie viste at jordmødrene ønsket å individualisere konsultasjonene, men at gjennomgang av helsekortet enkelte ganger resulterte i lite tid til de individuelle behovene hos den gravide. Forskning understreker også at det ikke må fokuseres kun på de målingene som skal tas, men at jordmor selv må prioritere tid til å høre om den gravides erfaringer og tanker (Heinonen, 2021, s. 14). De nasjonale retningslinjene viser at jordmor benytter helsekortet for gravide som et journaldokument for å yte optimal behandling til den gravide. På en side er helsekortet et godt verktøy og blir benyttet blant annet for å kartlegge den gravides psykiske helse (Helsedirektoratet, 2018). På en annen side belyser forskning at helsekortets strukturerte spørsmål kan resultere i en dårlig kommunikasjon, dersom jordmor ikke har tilstrekkelig kunnskap på hvordan benytte verktøyet (Fletcher et al., 2021, s. 1412). Ulike fremgangsmåter i måten å kommunisere med den gravide trekkes frem av forskning som sentralt for jordmor å ha kompetanse på. Forskning viser videre at åpne spørsmål er viktig underveis i konsultasjonene for å komme i posisjon til å avdekke hvordan den gravide har det (Browne et al., 2014, s. 424; Fletcher et al., 2021, s. 1409). Jordmor må ha kunnskap og ferdigheter på å kommunisere med den gravide om hvordan hun har det på generelt grunnlag og eksempelvis benytte humor for å komme i posisjon til å samtale omkring sensitive tema (Browne et al., 2014, s. 424; Fletcher et al., 2021, s. 1409).

Et sentralt funn i vår studie er hvilken betydning nære relasjoner og partner har for den gravides psykiske helse. Ergo er det viktig å kartlegge den gravides nettverk i arbeidet med å styrke hennes psykisk helse. Partner er i en unik posisjon til å observere tegn hos den gravide i forhold til blant annet økt stress. Samtidig belyses manglende sosial støtte som risikofaktor for utvikling av psykisk uhelse (Bedaso et al., 2021, s. 12-13; Fletcher et al., 2021, s. 1413; Heinonen, 2021, s. 19). Mathias et al., (2021, s. 273) understreker at jordmor er spesielt viktig der hvor den gravide ikke har den sosiale støtte, for å kunne takle de utfordringene svangerskapet byr på. Jordmors oppgave blir å være en ressurs og støtte kvinnen der den gravide har manglende støtte i familie og venner (Mathias et al., 2021, s. 273). Antonovsky vektlegger tillit til at man har ressurser til å håndtere de ulike stressfaktorer som helsefremmende i seg selv. En støttende partner kan være en ressurs for å hjelpe den gravide med å håndtere svangerskapet (Antonovsky, 2012, s. 146). Vedrørende å ha sin partner til stede har korona pandemien medført at jordmødre har opplevd at den gravide savner å ha med sin partner. Da partner ikke har fått delta på konsultasjoner eller under fødsel. Studien vår belyser også at det nesten utelukkende er positivt at partner er med på konsultasjoner, noe som gir jordmor en økt mulighet til å bli kjent med familien og den gravide. Samtidig som det fremheves at den gravide må prioritere seg selv og egne behov, da svangerskapet er en periode i livet hvor en kjenner seg mer sårbar enn ellers i livet. Haugan (2021b, s. 123) støtter at OAS er spesielt viktig i arbeid med de sårbare for å

kunne fremme deres helse.

Inkludering av partner eller nettverk bekreftes også av forskning som et mulig helsefremmende aspekt hos den gravide (Baker et al., 2020, s. 5; Heinonen, 2021, s. 14). Dette vil på en side bidra til at partner føler seg nyttig og kompetent til å støtte den gravide. På den andre siden krever det at jordmor informerer partner om hva som er normalt og hvilke forandringer et svangerskap fører med seg. I tillegg må partner gis veiledning i hvordan man utøver støtte overfor den gravide. Videre vil det være viktig at paret gir hverandre rom til å kommunisere omkring ulike behov, samtidig som de lytter godt til hverandre (Heinonen, 2021, s. 14). Særlig er kunnskap om kvinnens tidligere historie relatert til psykisk helse avgjørende, samt å benytte ulike teknikker som gjør at den gravide føler seg avslappet og komfortabel (Fletcher et al., 2021, s. 1413).

6.1.3 Hvilken innvirkning har kompetanseutvikling og tverrfaglig samarbeid på å fremme den gravidens psykiske helse

Vår studie viser at disse åtte jordmødrene opplever at oppfølgingen av den gravidens psykiske helse i svangerskapsomsorgen er for svak. Årsaken er ikke mangel på vilje hos jordmor, men mangel på tid, kunnskap og ressurser. Lite tid til å snakke om psykisk helse med den gravide oppleves som en barriere for å ta opp temaet i konsultasjonene. Samtidig presiserer retningslinjene for svangerskapsomsorgen at jordmor skal snakke og legge til rette for at den gravide kan samtale om psykisk helse i konsultasjonene (Helsedirektoratet, 2021a). For at jordmor skal identifisere sårbarhet og risikofaktor hos den gravide, må de ha tid til å snakke om psykisk helse og kartlegge den gravidens tidligere livshistorie. I likhet med tidligere studier understrekes det en stor utfordring i at det settes av for lite tid i svangerskapsomsorgen (Baker et al., 2020, s. 4; Fletcher et al., 2021, s. 1414; Madden et al., 2018, s. 565; Noonan et al., 2018, s. e364).

I vår studie kommer det frem at mangelen på tjenester å henvise videre til, kan være et hinder for å ta tak i psykisk helse hos den gravide. Det oppleves som utfordrende for jordmor å ikke vite hvordan hun skal håndtere den gravidens psykiske helse, samtidig som at jordmor ikke har et klart tilbud å henvise den gravide til. Helsedirektoratet (2009, s. 76) understreker at det skal være klare rutiner og retningslinjer for å identifisere uhelse hos den gravide. Videre skal anerkjente verktøy benyttes som et ledd i en gjennomtenkt og forankret program ved helsestasjonen, som innebærer mulighet for opplæring og veiledning til jordmor, samt at det finnes faglig kompetanse og ressurser tilgjengelig for å ta seg av mødrene (Helsedirektoratet, 2009, s. 76). Eksisterende tilbud oppleves av jordmødrene i studien som mangelfullt og ikke godt nok tilpasset den gravide. Forskning viser at jordmor kvier seg for å ta tak i utfordringene fordi de ikke har kompetanse til å håndtere det eller at det ikke er et godt nok tilbud å henvise videre til (Baker et al., 2020, s. 4; Noonan et al., 2017, s. 68-69). Studiens funn og tidligere forskning etterspør tydeligere retningslinjer for videre henvisning og at det må mer tilpassede ressurser inn i tilbudet til den gravide (Fletcher et al., 2021, s. 1414; Madden et al., 2018, s. 569; Noonan et al., 2018, s. e364).

Resultatene fra vår studie viser videre til kunnskapshull hos jordmødrene på temaet psykisk helse hos den gravide, da flere av jordmødrene fremhever et ønske om økt kunnskap på dette. Studien belyste manglende fokus på psykisk helse i

svangerskapsomsorgen, samt manglende tilbud på kurs og fagdager på temaet. Dette kom til syne ved at jordmødrene manglet et tydeligere fokus på psykisk helse på arbeidsplassen. Enkelte kunne vise til at det var jordmødre med tilleggfunksjon som fikk dra på kurs. Manglende tid til fagdager med søkelys på temaet ble også belyst som en barriere i forhold hvor ofte jordmødrene ønsket dette. Det er svært individuelt hvilken kunnskap jordmor velger å tilegne seg på egenhånd etter jordmorutdanningen. Jordmors kunnskapsnivå vil prege ivaretagelsen og tilbudet den gravide får (Coates & Foureur, 2019, s. e401). Derfor ønsker jordmødrene i vår studie videreutdanningspakker for å kvalitetssikre kunnskapen og gjøre seg mer rustet til å ivareta den gravides psykiske helse. Videre opplever jordmødrene det som uheldig at tilbudet den gravide får skal avhenge av hvilken jordmor de går til i svangerskapsomsorgen. Da det avhenger av jordmødrenes kunnskapsnivå, interesse og erfaring. Tidligere forskning bekrefter at økt kunnskap hos jordmor er nødvendig for å utøve jobben forsvarlig og at manglende kompetanse kan føre til økt usikkerhet og mangel på selvtillit (Coates & Foureur, 2019, s. e401; Dahl et al., 2020, s. 11; Madden et al., 2018, s. 569). Dermed blir opplæring og kurs innenfor relasjon, kommunikasjon, stresshåndtering og mestringsstrategier sett på som nødvendig for å ivareta den gravide (Coates & Foureur, 2019, s. e401; Fletcher et al., 2021, s. 1414; Madden et al., 2018, s. 569; Noonan et al., 2017, s. 69). På en annen side viser også forskning at økt kunnskap alene ikke er løsningen, men vil være med å forsterke jordmors evne til å oppdage uhelse hos den gravide (Noonan et al., 2018, s. e364). I lys av manglende kunnskap avdekker vår studie en usikkerhet hos jordmødrene; usikkerheten knyttes til at jordmødrene er engstelige for å ikke håndtere utfordringer i forhold til den gravides psykiske helse på forsvarlig måte. Forskning viser at jordmødre erkjenner viktigheten av å fokusere på psykisk helse i svangerskapet, men presiserer at behandling av psykiske utfordringer faller utenfor rammene av deres praksis (Fletcher et al., 2021, s. 1414). Likevel belyser vår studie at det vil det være viktig at jordmor har tilstrekkelig kompetanse på psykiske utfordringer hos gravide, i tillegg til at jordmor vet hvor skillet går og henviser den gravide videre til rett tid.

Jordmødrene i vår studie benytter i varierende grad EPDS i sin kartlegging av den gravides psykiske helse. De fleste jordmødrene kjente seg kompetent nok til å ta samtalen uten å benytte screenings-verktøyet for å avdekke sårbarheter knyttet til psykisk helse hos den gravide. EPDS er et screeningverktøy som benyttes for å avdekke symptomer på angst og depresjon i svangerskapsomsorgen. Den avdekker hvordan den gravide har opplevd sine egne emosjoner de siste syv dager. Avhengig av skåren kartlegger verktøyet behovet for videre oppfølging (Shrestha et al., 2016, s. 2). Forskning viser til screeningverktøy som en unik mulighet for å identifisere risikofaktorer, samtidig vil nytten av screeningverktøy avhenge av jordmors tilnærming og kunnskap i å anvende det (Fletcher et al., 2021, s. 1409; Noonan et al., 2018). Derimot finnes det ingen klare retningslinjer for bruken av EPDS i svangerskapsomsorgen (Eberhard-Gran et al., 2014, s. 297; Helsedirektoratet, 2021a). Bruk av screeningverktøy kan oppleves som en barriere dersom jordmor kjenner at hun ikke har god nok kunnskap om hvordan verktøyet skal anvendes eller et tilpasset tilbud å henvise den gravide til, dersom jordmor avdekker uhelse (Noonan et al., 2017, s. 68; Noonan et al., 2018, s. e364). Teori understreker jordmors evne til å mentalisere den gravides følelsesregister, for så å anvende det som en styrke i kommunikasjonen vil være til hjelp ved bruk av EPDS (Spurkeland, 2020, s. 263-286). Forskningen bekrefter at jordmødre må stille spørsmål, oppmuntre, tilby fysisk og psykisk støtte til den enkelte, ut ifra hva den gravide har behov for her å nå (Fletcher et al., 2021, s. 1407; Mathias et al., 2021, s. 273).

Behov for tverrfaglig samarbeid er et sentralt funn i studien vår. Jordmødrene opplyser at det er behov for tettere kontakt med blant annet psykolog og helsesykepleier for å kunne ivareta den gravides psykiske helse. Det vil gi mulighet for en tettere og mer individuelt tilpasset oppfølging av den gravide. Tettere samarbeid med andre tjenester vil kunne føre til kompetanseutvikling hos jordmor og økt kunnskapsutveksling mellom tjenestene ifølge forskning (Noonan et al., 2017, s. 69). I studien blir det å ha kjennskap til de ulike tjenestetilbudene sett på som en forutsetning for å ta kontakt og henvise den gravide. Manglende kjennskap til tjenestetilbudene vil gjøre at terskelen for å ta kontakt blir vanskeligere, og kan resultere i mangelfullt tilbud til den gravide. Dersom det legges til rette for tettere samarbeid mellom tjenestene, vil det bidra til å styrke tilbudet og gi en mer helhetlig omsorg som ivaretar den gravide både i svangerskapet, men også etter fødsel (Helsedirektoratet, 2009, s. 76; Noonan et al., 2017, s. 64-65; Schmied et al., 2010, s. 3520)

Jordmødrene i studien opplever at de også har behov for å snakke om psykisk helse med hverandre eller andre fagprofesjoner for å være i stand til å ta imot det den gravide har å komme med. De har behov for at det settes av mer tid til kollegaveiledning og veiledning fra blant annet psykolog. Tidligere forskning bekrefter at veiledning og støtte fra kollega og psykolog vil gjøre jordmor mer robust og selvsikker i møte med psykisk helse og styrke jordmødrenes evne til å støtte den gravide (Fletcher et al., 2021, s. 1414; Noonan et al., 2017, s. 69; Schmied et al., 2010, s. 3520).

6.2 Studiens styrker og begrensninger

6.2.1 Troverdighet

Før vi gikk i gang med studien gjennomførte vi søk i databaser for å finne tidligere forskning på temaet psykisk helse i svangerskapet. Samtidig hadde vi fokus på hva forskningen anbefalte at det forskes mer på. Studiens problemstilling er utarbeidet ved hjelp av tilbakemelding fra medstudenter, veileder og tidligere forskning. Ved å gjøre seg kjent med forskningsfeltet vil risikoen for å forske på noe det allerede er forsket mye på være redusert, og muligheten for å kunne bidra med ny kunnskap større. Noe som er en styrke ved studien. For å besvare problemstillingen ble det valgt en kvalitativ metode med intervju som design. Dette for å få et innblikk i informantenes erfaringer og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 20).

Det strategiske utvalget av åtte jordmødre ansatt ved åtte ulike helsestasjoner i fem kommuner gav svært aktuelle og relevante data, om deres erfaringer og opplevelser som jordmor i svangerskapsomsorgen. Noen informanter hadde relevant videreutdanning i tillegg til jordmorutdanningen. Informantenes ulike bakgrunn, fartstid og erfaring innenfor jordmoryrket er noe vi anser som verdifullt for å gi mangfoldige og nyanserte data, som er en styrke i studien (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 148). Malterud (2018, s. 63) hevder at det er informasjonsstyrken i datamaterialet som avgjør hvor mange informanter det er behov for. I rekrutteringen av informanter var ønsket utvalg mellom åtte-ti informanter, som representerte ulike kommuner i Trøndelag fylke. Vi erfarte at informasjonsstyrken ble oppnådd etter intervju syv; da det ikke kom frem noen ny kunnskap under dette intervjuet. Det ble gjennomført et åttende intervju for å erfare om metning av data var oppnådd. Vi fikk åtte informanter fra ulike kommuner i Trøndelag fylke, samtidig som vi oppnådde informasjonsstyrke, noe som styrker studiens

troverdighet (Malterud, 2018, s. 63). Malterud (2018, s. 63) belyser at for få informanter kan være en svakhet i studien, avhengig av hvor dekkende og godt datamaterialet er. I denne studien var datamaterialet innholdsrikt og godt, noe som anses som en styrke.

I studien ble det benyttet semistrukturert individualintervju. Dette bidro til å styrke troverdigheten i oppgaven da vi ønsket å forske frem jordmødres erfaringer og meninger i forhold til vår problemstilling (Malterud, 2018, s. 133). Intervjuguiden ble utformet sammen med veilederne, noe som ses på som en styrke. Vi testet ut intervjuguiden på hverandre før vi gjennomførte det første intervjuet. Det anses som en svakhet at vi ikke pilot-testet intervjuguiden på andre før første intervju, da vi selv mangler erfaring på å utforme en intervjuguide. Dermed ble det første intervjuet med informantet et pilotintervju, som senere ble inkludert i studien, da intervjuet gav oss nyttige funn som var relevant. Manglende erfaring på å utføre intervju gjorde at vi fulgte intervjuguiden nokså slavisk i de to første intervjuene, det kan ha påvirket informasjonsutvekslingen da vi i stor grad styrte samtalen, dette kan ses som en svakhet ved studien (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 166). Etter hvert som vi følte oss mer trygge på å intervju, opplevde vi en balanse mellom åpen dialog og styring av samtalen, noe som bidro til bedre flyt i samtalen. Vi ble mer bevisst hvordan vi stilte spørsmålene og hvordan bruke oppfølgingsspørsmål, som anses som en styrke i studien (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 166).

Underveis i intervjuene benyttet vi dialogisk validering for å sikre vår oppfatning opp mot informantens budskap, noe som gjør at råmaterialet i større grad bevarer informantens historie (Malterud, 2018, s. 193-194). Vi opplevde at jordmødrene åpnet seg og gav rike skildringer av sine erfaringer og tanker. Vi var to til stede under samtlige åtte intervjuer. Dette anses som en styrke, da den som ikke leder samtalen kunne fange opp ting som intervjueren ikke legger merke til, i tillegg til å ta feltnotat. At vi var to som samarbeidet resulterte i at den som ledet samtalen kunne ha fullt fokus på jordmoren som ble intervjuet. Den som intervjues skal kjenne seg ivaretatt og trygg i intervjusituasjonen, slik at muligheten for å åpne og dele nyttig informasjon kan ta plass (Malterud, 2018, s. 70). Det kan ses som en svakhet at vi var to masterstudenter til stede under intervjuene, da dette vektlegger at informanter må oppleve seg fortrolig med begge. Samtidig som at det kan ha vært en styrke ved at jordmor har to personer å støtte seg til.

I studien ble Malteruds (2018, s. 97) systematiske tekstkondensering valgt til å analysere data. Analysemetoden gir nybegynnere en enkel innføring i gjennomføring av analyseprosessen og hvordan kvalitative data kan analyseres på en systematisk måte (Malterud, 2018, s.97). Vi ser på det som en svakhet at det er første gang vi gjør denne prosessen. Vi har vært tro mot eget datamateriale, behandlet det med respekt overfor informantens budskap, vært lydhør mot deres stemmer og fulgt trinnene i analysen nøye, noe vi ser på som en styrke i studien. På grunn av oppgavens omfang og tidsaspekt kan datamaterialets store størrelse ses på som en styrke og en svakhet. Styrken er at intervjuene har vært rike og gitt oss nyttig informasjon, samtidig som det anses som en svakhet at materialet er kondensert kraftig. Kondenseringsprosessen er gjort nøye og i flere omganger for å ikke miste viktige poeng og nyanser. Vi har vært to som har gjennomført analyseprosessen i samarbeid, dette anser vi som en styrke. Malterud (2018, s. 100) anbefaler at analysen gjennomføres sammen med andre for å skape flere nyanser og få øye på detaljer en ikke nødvendigvis ser alene. Gjennom redegjørelse for de ulike trinnene i analyseprosessen og en beskrivelse av den analytiske

fremgangsmåten, fremmes studiens transparens, intersubjektivitet og gyldighet. Vi gjennomførte selv transkriberingen av intervjuene i etterkant av hvert intervju mens de fremdeles var friskt i minne, som ses på som en styrke i studien.

Den etiske betydningen er svært viktig overfor informantene i studien (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 38). Etiske overveielser er tatt til betraktning gjennom hele forskningsprosessen, og anses som en styrke ved studien. Samtlige informanter mottok skriftlig og muntlig informasjon, hvor det ble lagt vekt på å opplyse om frivillighet, anonymitet og hva deltakelse i studien ville innebære. Jordmødrene fikk også informasjon om lagring og oppbevaring av data. For å sikre deltakernes anonymitet blir helsestasjonene hvor jordmødrene er ansatt omtalt som helsestasjon i Trøndelag fylke. Vi har vært bevisst at det ikke skal være gjenkjennbart hvor i fylket informantene kommer fra. Data har til enhver tid blitt lagret på NICE-1, hvor hvert intervju har fått en fargekode. Dette for å sikre anonymiteten til informantene og at intervjuene ikke kan spores tilbake til den enkelte jordmor (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 106; Malterud, 2018, s. 215).

6.2.2 Overførbarhet

Den eksterne validiteten viser hvordan kunnskap fra resultatene i studien kan overføres til andre kontekster i forhold til andre sammenhenger enn den studien ble utformet i (Malterud, 2018, s. 24). Studiens overførbarhet styrkes når flere av informantene var enige om et tema som kunne bidra til en konklusjon. Dette bidro i vår studie til å styrke gyldighet der jordmødrene uttrykket mye av det samme uavhengige av hverandre. Det vil derimot ikke bety at det flere mener alltid er sant, noe som kan være en svakhet ved studien. For å validere studiens gyldighet ble det stilt aktive spørsmål underveis i forskningsprosessen i forhold til om resultatene svarte til studiens problemstilling (Malterud, 2018, s. 192). Funnene i studien vil kunne ha betydning for utvikling av svangerskapsomsorgens praksis.

Vi har underveis i studien vektlagt betydningen av eget ståsted, som setter søkelys på å være refleksiv; refleksjon rundt eget budskap (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 273; Malterud, 2018, s. 19). En styrke i studien er at vi har vært bevisst vår forforståelse, som gjort rede for i kapittel 3.0. I starten av studien ble det brukt tid på å bli bevisst egen forforståelsen i tillegg til å skrive den ned, dette for å unngå å influere resultatet. Samtidig har vi stilt spørsmål om resultatet vi benyttet er informantenes budskap eller vår forforståelse. Fortolkning av datamaterialet vil preges av forskerens forforståelse og er en svakhet i studien. Som forskere har vår nærhet til stoffet utfordret vår refleksivitet (Malterud, 2018, s. 19). Det har derfor vært en styrke å være to. Der hvor vi ikke har sett andre alternativer har vi benyttet hverandre for å kritisk reflektere over funnene, for å kartlegge hva vi som forsker ser, mener og/eller oppfatter i forhold til informantenes budskap. Det er kontinuerlig jobbet for å unngå bias underveis i forskningsprosessen ved å stille kritiske spørsmål til eget arbeid og tenkning noe vi ser på som en styrke (Malterud, 2018, s. 20).

Pragmatiske validitet handler om hvordan studiens resultater vil kunne anvendes og utgjøre en forskjell. Studiens relevans er nært knyttet opp mot den pragmatiske valideringen (Malterud, 2018, s. 198). Hvor relevant studien er avhenger av om resultatet tilfører ny kunnskap og hvem studiens funn er relevant for (Malterud, 2018, s. 21). Studien gir innsikt i et jordmorfaglig tema det er forsket lite på tidligere. Funnene i

studien bidrar til ny kunnskap hvor det belyses behov for kompetanseheving og relasjonens betydning mellom jordmor og den gravide for å fremme hennes psykiske helse. Det tverrfaglige samarbeidet vektlegges, og hvilke tilbud den gravide har å støtte seg til. Hva jordmor opplever å mangle, i tillegg til hva hun har behov for belyses som sentrale poeng for å kunne arbeide helsefremmende opp imot den gravides psykiske helse. Fremme psykisk helse er et aktuelt tema og bidrar til å belyse hvordan svangerskapsomsorgen kan styrkes og utvikles med tanke på å ivareta den gravide. Det er en styrke i studien at kunnskapen er relevant og anvendbar for å videreutvikle svangerskapsomsorgen. Dette resulterer i en høy pragmatisk validitet (Malterud, 2018, s. 198). Det er videre forsøkt å vise til en kommunikativ validitet gjennom arbeidet med studien. Dette bygger på om vi som forsker evner å tydeliggjøre vår arbeidsprosess på en forståelig måte (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 284; Malterud, 2018, s, 196). Arbeidet med studien er basert på at leseren skal oppleve en rød tråd fra start til slutt, hvor vi benyttet figurer og tabeller for å gi en oversiktlig orientering over våre funn og resultater i studien. Ved å benytte en slik detaljert fremgangsmåte styrkes studiens validitet (Malterud, 2018, s. 196). Det at vi har vært to som har skrevet og lest igjennom studien, i tillegg til veileders gjennomgang og problematisering på uforståelige områder; resulterte i endringer som bidro til en bedre fremstilling av studien, og dermed økte validiteten.

7.0 Konklusjon

Relasjon blir av jordmødrene i studien ansett som selve grunnmuren i å utøve omsorg til gravide i svangerskapsomsorgen. Jordmors kommunikasjonsferdigheter og evne til aktiv lytting preger den gravides opplevelse av å bli møtt og hørt, og er viktig når den gravide skal danne en relasjon med jordmor. Jordmødrene omtaler tillegg tillit og trygghet som avgjørende aspekter i relasjonsdannelsen, uten en gjensidig opplevelse av tillit og trygghet blir det utfordrende å komme i posisjon til å fremme den gravides psykiske helse. Det er derfor avgjørende at jordmødre har relasjonskompetanse i møte med den gravide og deres familier. Videre er tid til omsorg vesentlig for å ivareta relasjonen mellom jordmor og kvinnen; jordmødrene peker på tid til omsorg som avgjørende for å fremme den gravides psykiske helse. Funnene illustrerer ulike måter jordmor disponerer sin tid på; samtidig erfarer jordmødrene økte arbeidsoppgaver og for lite tid som en utfordring for å kunne jobbe helsefremmende. Dermed er det avgjørende at jordmor evner å være empatisk, anerkjennende og ha en støttende tilstedeværelse som bidra til å fremme den gravides psykiske helse innenfor den tiden de disponerer.

Det er behov for en svangerskapsomsorg hvor jordmor tilbyr en individualisert omsorg basert på kunnskap om normale fysiologiske, mentale og følelsesmessige forhold for å ivareta den gravides psykiske helse. Jordmors evne til å ha kunnskap om det normale i svangerskapet samt formidle det til den gravide blir sett på som viktig for å fremme den gravides psykisk helse. I tillegg vektlegges en individualisert svangerskapsomsorg som avhenger av at jordmor møter den gravide på en måte som ikke oppleves skjematisk eller som et intervju. Jordmødrene bør legge til rette for at den gravide skal få prege konsultasjonen, slik at hun blir møtt på egne behov og ikke jordmødres behov for å oppfylle sine pålagte arbeidsoppgaver. For å fremme den gravides psykiske helse vektlegger studien jordmors evne i å sette den gravide i stand til å benytte sine GMR for å håndtere svangerskapet, slik at det oppleves begripelig og meningsfullt. I tillegg vektlegges inkludering av partner og nære relasjoner som en ressurs som kan bidra til å fremme den gravides psykiske helse.

I denne studien blir det belyst kontraster vedrørende jordmødrenes kunnskapsnivå i forhold til å fremme psykisk helse og hvordan dette påvirket deres utøvelse av svangerskapsomsorgen ved ulike helsestasjoner i Trøndelag fylke. Jordmødrene etterspør økt kompetanseheving relatert til psykisk helse i form av utdanning, fagdager og kurs. Jordmødrene ønsker tydelige retningslinjer for hvordan de kan arbeide for å fremme den gravides psykiske helse i svangerskapet. Jordmødrene belyser at de benytter ulike verktøy i kartleggingen av den gravides psykiske helse, uten at det er noen overordnede føringer for hvordan verktøyene skal benyttes. Dette fører til individuelle vurderinger av den enkelte jordmor omkring hva hun kjenner seg fortrolig med å benytte. Gode verktøy etterfulgt av kunnskap og innføring i hvordan disse benyttes understrekes som mangelvare.

Samtidig belyser studien behov for tydeliggjøring i forhold til hva som er helsefremmende og forebyggende arbeid. Det understrekes av jordmødrene at forebygging av uhelse er viktig, samtidig som de ønsker mer tid og fokus på hva som er helsefremmende for den gravide. Det belyses utfordringer knyttet til tverrfaglighet, hvor kjennskap til og kunnskap om samarbeidende tjenester ikke er tilstrekkelig. Avstand mellom tjenestene blir sett på som en barriere for å kunne fremme den gravides

psykiske helse. Jordmødrene behøver derfor et bedre koordinert tverrfaglig samarbeid for å gi den gravide best mulig oppfølging knyttet til hennes psykiske helse.

7.1 Implikasjoner i praksis og videre forskning

Funnene i denne studien anbefaler å tilby kurs og fagdager, for å øke kunnskapen om fremming av psykisk helse hos gravide i svangerskapet. Det oppfordres til økt fokus på psykisk helse og helsefremming i svangerskapet i jordmorutdanningen.

Kompetanseheving på kommunikasjon og GMR knyttet til forebyggende og helsefremmende aspekt er viktig for å kunne arbeide målrettet i å fremme den gravides psykisk helse. Det rettes et behov for økt forskning på modeller for utredning av psykisk helse/uhelse i svangerskapsomsorgen og veien videre etter oppdaget uhelse.

Funnene i denne studien indikerer ulikhet i tjenesten; svangerskapsomsorgen bør videreutvikles mot større likhet i tjenesten. Det anbefales tydelige nasjonale retningslinjer som resulterer i likt tilbud til den gravide, slik at oppfølgingen ikke avhenger av tilfeldigheter eller hvor i landet man bor. Jordmødrene ønsker å tilby alle gravide som ønsker å gå til jordmor muligheten til å gjøre dette. Selv om strukturelle forhold som arbeidsmengde, for få ansatte og manglende tid ikke har vært et fokus i denne studien, viser resultatet til disse forholdene som gjennomgående barrierer for å fremme den psykiske helsen hos den gravide i svangerskapsomsorgen. Videre forskning bør ha søkelys på hvordan jordmor kan organisere eget arbeid for best mulig ivaretagelse av den gravide i lys av gjeldende retningslinjer og rammer. Funnene i vår studie kan også bidra til videre forskning på den salutogene teorien sett opp imot hvordan jordmor kan fremme den gravides psykisk helse. I tillegg ønskes et fokus på hvordan det organisatorisk kan legges til rette for jordmors utøvelse av helsefremming overfor den gravide i svangerskapsomsorgen, innenfor de strukturelle rammene; tid, antall arbeidsoppgaver og ansatte.

Studien etterspør tydelige og klare nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen for å fange opp utfordringer som kan resultere i psykisk uhelse. Det blir etterspurt et tydelig skille på hvordan den gravide skal følges opp ut fra hva som avdekkes. Forskning på verktøy og tilbud som den gravide har til rådighet og om disse er tilstrekkelig for å avdekke og fremme deres psykiske helse vil være interessant.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Baker, N., Gillman, L. & Coxon, K. (2020). *Assessing mental health during pregnancy: An exploratory qualitative study of midwives' perceptions*. *Midwifery*. 86, 0266-6138. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102690>
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W. & Sibbritt, D. (2021). *The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis*. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 21(162), 1-23. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
- Browne, J., O'Brien, M., Taylor, J., Bowman, R. & Davis, D. (2014). 'You've got it within you': *The political act of keeping a wellness focus in the antenatal time*. *Midwifery*. 30(4), 420-426. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.04.003>
- 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 and social care in the community*. 27(4), e389-e405. <https://doi.org/10.1111/hsc.12740>
- Dahl, B., Heinonen, K. & Bondas, T. E. (2020). *From Midwife-Dominated to Midwifery-Led Antenatal Care: A Meta-Ethnography*. 17(23), 8946. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238946>
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Dayyani, I., Lou, S. & Jepsen, I. (2022). *Jordmødres tilbud om helsefremmende arbeid i svangerskapsomsorgen: En kvalitativ eksplorativ studie*. *Women and birth*. 35(1), <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2021.01.010>
- Dharni, N., Essex, H., Bryant, M. J., Cronin de Chavez, A., Willian, K., Farrar, D., Brywater, T. & Dickerson, J. (2021). *The key components of a successful model of midwifery-led continuity of carer, without continuity at birth: findings from a qualitative implementation evaluation*. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 21(205), <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03671-2>
- Downe, S., Finlayson, K., Tuncalp, Ö. & Gülmezoglu, E.M. (2015). *What matters to women; a scoping review to identify the processes and outcome of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women*. *BJOG*, 123(4), 529-539. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13819>
- Eberhard-Gran, M., Slinning, K., & Rognerud, M. (2014). *Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering*. *Tidsskriftet den norske legeforening*. 3(134), 297-301. <https://tidsskriftet.no/2014/02/oversiktsartikkel/screening-barseldepresjon-en-kunnskapsoppsummering>

- Eberhard-Gran, M., Engelsen, L.Y., Al-Zirqi, I. & Vangen, S. (2022). *Depressive symptomer og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19-pandemien*. Tidsskriftet den norske legeforening. 3, <https://tidsskriftet.no/2022/02/originalartikkel/depressive-symptomer-og-fodselsopplevelse-hos-spedbarnsmoedre-under-covid#diskusjon>
- Espnes, G. A. & Lindström, B. (2014). Salutogenese- et viktig steg for å forstå helse? I G. Haugan & T. Rannestad (red.) *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 26-40). Cappelen Damm Akademisk.
- Espnes, G. A., Moksnes, U. K., & Haugan, G. (2021). The Overarching Concept of Salutogenesis in the Context of Health Care. I G. Haugan & M. Eriksson (red.) *An Introduction to the Health Promotion Perspective in the Health Care Services*. (s. 15-22). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2>
- 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), 1403-1425. <https://doi.org/10.1111/jocn.15690>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 21. januar). *Medisinsk fødselsregister - statistikkbank*. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. I A. Giorgi (Ed.). *Phenomenology and psychological research* (s. 8-22). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Haugan, G. (2021a). Pleier-pasient-interaksjonens helsefremmende potensial i sykehjem. I M. Hedlund, K. Ingstad & A. Moe (red.) *God helse - kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste* (s. 68-92). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215042985-2021>
- Haugan, G. (2021b). Nurse-patient interaction: A vital salutogenic resource in nursing home care. I G. Haugan & M. Eriksson (red.) *An Introduction to the Health Promotion Perspective in the Health Care Services* (s. 117-136). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2>
- Haugan, G & Eriksson, M. (2021). An introduction to the health promotion perspective in the health care services. I G. Haugan & M. Eriksson (red.) *An Introduction to the Health Promotion Perspective in the Health Care Services* (s. 3-14). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2>
- Heinonen, K. (2021). *Strengthening Antenatal Care towards a Salutogenic Approach: A Meta-Ethnography*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(10), 1-28. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105168>
- Helsedirektoratet. (2009, mai). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Hentet 10. mars 2022. [Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten](https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primar-og-spesialisthelsetjenesten)

- Helsedirektoratet. (2018, 15.juni). *Helsekort for gravide*. Hentet 1. mars 2022. [Helsekort for gravide - helsenorge.no](https://helsenorge.no)
- Helsedirektoratet. (2020, 4.desember). Psykiske lidelser - voksne. Pakkeforløp. Hentet 18. mars 2022. [Psykiske lidelser – voksne - Helsedirektoratet](#)
- Helsedirektoratet. (2021a, 10.november). Graviditet og psykisk helse. Nasjonale faglige råd. Hentet 9. mars 2022. [Graviditet og psykisk helse - Helsedirektoratet](#)
- Helsedirektoratet. (2021b, 10.november). Konsultasjoner i svangerskapsomsorgen. Hentet 9. mars 2022. [Konsultasjoner i svangerskapsomsorgen - Helsedirektoratet](#)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*. Lovdata. [Lov om helsepersonell mv \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Langeland, E. (2018). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. Larsen (red). *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis* (2. utg., s. 157-178). Fagbokforlaget.
- 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/10.1111/jocn.13908>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mathias, L. A., Davis, D., Ferguson, S. (2021). *Salutogenic qualities of midwifery care: A best-fit framework synthesis*. Elsevier Ltd. 34(3), 266-277. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.006>
- McLellan, J. M., O’Carroll, R. E., Cheyne, H. & Dombrowski, S. U. (2019). *Investigating midwives’ barriers and facilitators to multiple health promotion practice behaviours: a qualitative study using the theoretical domains framework*, 14(64). <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0913-3>
- Moksnes, U. K. (2021) Sense of Coherence. I G. Haugan & M. Eriksson (red.) *An Introduction to the Health Promotion Perspective in the Health Care Services* (s. 35-46). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.010>

- Noonan, M., Jomeen, J., Galvin, R. & Doody, O. (2018). *Survey of midwives' perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs*. *Women and birth*. 31(6), e358-e366. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.02.002>
- Randen, I., Viken, B. & Severinsson, E. (2014). *A health promotion perspective on Norwegian women's experience of pregnancy and expectations of birth*. *Nordisk sygeplejeforskning*. 4(2), 101-113. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-03>
- Schmied, V., Mills, A., Kruske, S., Kemp, L., Fowler, C. & Homer, C. (2010). *The nature and impact of collaboration and integrated service delivery for pregnant women, children and families*. *Journal of Clinical Nursing*. 19(23-24), 3516-3526. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03321.x>
- Shrestha, S. D., Pradhan, R., Tran, T. D., Gualano, R. C. & Fisher, J. R. W. (2016). *Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review*. *BMC Pregnancy and childbirth*. 16(72). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0859-2>
- Skilbrei, M-L. (2019). *Kvalitative metoder. Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon*. Fagbokforlaget
- Slinning, K. & Eberhard-Gran, M. (2010). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (red). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 323-346). Gyldendal Akademisk.
- Spurkeland, J. (2020). *Relasjonskompetanse* (3.utg.). Universitetsforlaget.
- St. Meld. nr. 12. (2008-2009). *En gledelig begivenhet- Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. Helse- og omsorgsdepartement. [St.meld. nr. 12 \(2008-2009\) - regjeringen.no](http://st.meld.no/stmeld12)
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitative metode* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori – for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal Akademisk
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. Genève. [Health Promotion](http://www.who.int/healthpromotion/charter)
- WHO. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization. [9789241549912-eng.pdf;jsessionid=EADDCF9D0F40993B8F5E4E418B81AC5C \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/9789241549912-eng.pdf?jsessionid=EADDCF9D0F40993B8F5E4E418B81AC5C)

WHO. (2018, 30.mars). *Mental Health: Strengthening our response*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengtheningour-response>

Widarsson, M., Kerstis, B., Sundquist, K., Engström, G. & Sarkadi, A. (2012). *Support Needs of expectant Mothers and Fathers: A Qualitativ Study*. Journal of Perinatal Education, 21(1), 36-44. <https://dx.doi.org/10.1891%2F1058-1243.21.1.36>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 1: Intervjuguide

HJELPEORD:

Kan du si mer om

Kan du utdype

Hva legger du i det

Informasjon:

- Takk
- Hvem vi er, intervjuet- del av datagrunnlaget i vår masteroppgave.
- Tas opp (båndopptaker)
- Lydfil-slettet etter bruk. Skriftlig dokument- oppbevart i samsvar med gjeldende regelverk.
- Varighet- 1 time ca. Ikke pause.
- Noen spørsmål?

Temaet: Fremme psykisk helse hos kvinnen i svangerskapet.

Spørsmål: Kjønn (K/M): Alder: Stilling:

1. Hvor lenge har du jobbet som jordmor i kommunen?

TEMA: Psykisk helse hos kvinnen – Kunnskap, holdninger, ferdigheter.

1. Hva legger du i begrepet psykisk helse hos den gravide?
2. Hva legger du i begrepet psykisk uhelse/dårlig psykisk helse ?
3. Kan du si litt om hva du tenker ligger i begrepet «et godt» svangerskap for kvinnen?

TEMA: Utfordringer i forhold til psykisk helse

1. Hvordan går du frem for å utforske hvordan den gravide har det i svangerskapet?
2. Hvordan tar du tak i utfordringene som dukker opp knyttet til psykisk helse?

TEMA: Holdninger hos jordmor

1. Hvilke følelser vekkes i deg når du møter kvinner med psykiske utfordringer?
2. Opplever du at du har det du trenger for å møte disse kvinnene?
3. Hvilken kunnskap har du om psykisk helse hos kvinnen i svangerskapet?
4. Hva tenker du generelt om jordmødres kunnskap vedrørende psykisk helse i svangerskapet?

TEMA: Arbeid med psykisk helse

1. Fokuserer dere på psykisk helse på din arbeidsplass?
2. Hvordan legger arbeidsplassen til rette for at du kan jobbe med psykisk helse?
3. Tid, ressurser og planlegging – (Hva tenker du om disse begrepene?)
4. Hva gjør du der og da når kvinnen tar opp tema knyttet til psykisk helse?

TEMA: Helsefremming vs forebygging

1. Hva legger du i begrepet helsefremming i forhold til psykisk helse?
2. Hva legger du i begrepet forebygging i forhold til psykisk helse?
3. Hvilket fokus føler du selv at du har i ditt arbeid?

TEMA: Metoder

1. Hvilke ferdigheter innehar du som kan hjelpe i møte med kvinnens psykiske helse?
2. Bruker du noen metoder i arbeidet med psykisk helse?
3. Hvilke ferdigheter tenker du jordmor burde inneha for å kunne møte den gravide på temaet psykisk helse? – mangler det noen ferdigheter?
4. Opplever du at du mangler noen ferdigheter for å møte kvinnene?

TEMA: Faktorer

1. Hvilke faktorer omkring kvinnen tenker du er viktig i forhold til fremming av hennes psykiske helse?
2. Hva tenker du om inkludering av (partner?) i svangerskapet i forhold til den gravides psykiske helse? Er inkludering av (partner?) viktig for kvinnen/eller ikke?
 - Hvilke fordeler/ulemper opplever du med inkludering av (partner?) i forhold til psykisk helse hos den gravide?

Avslutning:

- Utdype
- Noe vi bør vite eller spørsmål
- Takk for bidrag og deling av erfaring
- Betyr mye for oss, Ha en fin dag 😊

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet: Fremme psykisk helse hos kvinnen i svangerskapet.

Formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse hvordan jordmødre i kommunen kan jobbe helsefremmende i møte med kvinnen gjennom svangerskapet. Vi er studenter ved NTNU, master i jordmorfag, og intervjuet vil være en del av datagrunnlaget til vår masteroppgave. Nyttverdien vil være å ha søkelys på kvinnens styrker og hjelpe henne til å opprettholde god psykisk helse i svangerskapet. Oppgaven vil ha fokus på det helsefremmende perspektivet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Vår foreløpige problemstilling er: Hvordan kan jordmor fremme god psykisk helse hos kvinnen i svangerskapet?

Forskningsspørsmål som vi ønsker å analysere:

- Det er viktig å forebygge sykdom samt behandle. Men hva med å fremme psykisk helse? Kan en med økt søkelys på helsefremming bidra til økt helse hos kvinnen?
- Fokuseres det så mye på forebygging og behandling at vi glemmer å pleie det grunnleggende friske? Hvilke faktorer vil være viktig for jordmødre i møte med kvinnen for å fremme deres psykiske helse?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU - institutt for klinisk og molekylær medisin - master i jordmorfag er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i denne studien da vi ønsker å kartlegge hvordan jordmødre jobber og deres fokus på å møte kvinnenes psykiske helse i svangerskapet. Vi ønsker jordmødres perspektiv.

Inklusjonskriterier:

- Jordmor som har jobbet minst tre år i kommunen
- Trøndelag fylke
- Snakker og forstår godt norsk

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i studien, vil det innebære at vi avtaler et intervju som vil vare i ca. 1 time. Vi har utarbeidet en intervjuguide med åpne og lukkede spørsmål knyttet til

kvinnenes psykiske helse i svangerskapet, hvordan jordmødre i kommunen jobber med psykisk helse og hvordan helsestasjonene tilrettelegger for dette. Alle deltakere vil få de samme spørsmålene. Intervjuene vil bli tatt opp og lagret etter gjeldende retningslinjer.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Det er kun vi som studenter og veileder på masteroppgaven som vil ha tilgang til opplysningene om deltakelse i studien og intervjumaterialet.

For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene, vil vi erstatte navn og kontaktopplysninger til informantene med koder som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Vi vil i masteroppgaven sikre at informantene ikke kan bli gjenkjent i den endelige oppgaven. Informasjonen om informantene i den endelige oppgaven vil begrense seg til at vi har intervjuet jordmødre i Trøndelag fylke og ikke spesifisere ulike institusjoner eller begrense seg til kun en kommune.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 25.03.22. Personopplysninger vil makuleres på forsvarlig måte og opptak vil slettes etter prosjektets slutt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt skriftlige og muntlige samtykke.

På oppdrag fra NTNU institutt for klinisk og molekylær medisin - utdanning for master i jordmorfag, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Tittel	Navn	Mail	Telefon
Student	Thea Lundblad		
Student	Anne Marie Hovin		
Hovedveileder	Astrid Hansen		
Biveileder	Gørill Haugan		
Personvernombud	Thomas Helgesen		

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

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

Med vennlig hilsen

Anne Marie Hovin & Thea Lundblad

Jordmorstudenter

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

20.9.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjektittel

Fremme psykisk helse hos kvinnen i svangerskapet

Referansenummer

787880

Registrert

02.07.2021 av Anne Marie Hovin - annemhov@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for klinisk og molekylær medisin

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Astrid Hansen, astrid.hansen@ntnu.no, tlf: 73412175

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Anne Marie Hovin & Thea Lundblad, annemhov@stud.ntnu.no, thealu@stud.ntnu.no, tlf: 93495607/94050254

Prosjektperiode

23.08.2021 - 25.03.2022

Status

15.07.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

15.07.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 15.07.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 25.03.2022

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innebente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere enkeltkvinner eller saker.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art. 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

