



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

**Kommunejordmødres erfaringer med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien – en kvalitativ studie gjennomført i Nord-Norge**

Helene Stangeland og Synnøve Børve Hovdal

Masteroppgave i jordmorfag JMO-3008 mars 2021

Antall ord: 17 311

## Forord

Arbeidet med denne studien har vært en lærerik og spennende prosess, hvor vi både har opplevd krevende stunder og dager med mestring. Tema for studien har vært aktuell gjennom hele forskningsprosessen, noe som har gitt oss inspirasjon og motivasjon. Det har jevnlig blitt publisert nye studier om covid-19 pandemien underveis. Det har medført at vi har brukt endel tid på å bringe frem ny kunnskap i denne studien, og det har gitt oss mulighet til å formidle og sammenstille oppdatert kunnskap.

Stor takk til:

- kommunejordmødrene som midt i en hektisk hverdag delte sine erfaringer med oss.  
Takk for åpenhet, tid og tillit.
- veileder førstelektor ved Master i jordmorfag UiT Norges arktiske universitet, Anne-Lise Thoresen for gode tilbakemeldinger, refleksjoner og innspill gjennom hele forskningsprosessen.
- førsteamanuensis ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - psykisk helse og barnevern, NTNU, Elisabeth Valmyr Bania for verdifulle råd og faglige tilbakemeldinger.
- opponertene, Maria Kristin Fygle og Martine Rindstad, andre medstudenter og lærere for diskusjoner og konstruktive tilbakemeldinger.
- korrekturlesere.

Tromsø og Oppdal, mars 2021

Helene Stangeland og Synnøve Børve Hovdal

## Sammendrag

**Tema:** Kommunejordmødres erfaringer med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien.

**Bakgrunn:** Det er sett en økt forekomst av svangerskaps- og barseldepresjon under covid-19 pandemien. Jordmødre har en viktig rolle i å fremme psykisk helse og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner.

**Hensikt:** Undersøke hvilke erfaringer kommunejordmødre har med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien.

**Forskningsspørsmål:** Hvilke erfaringer har kommunejordmødre med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien?

**Metode:** Kvalitativt design. Semistrukturerte individualintervjuer med seks kommunejordmødre i forskjellige kommuner i Nord-Norge. Datamaterialet er analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

**Resultater:** Kommunejordmødrene erfarte utfordringer knyttet til oppfølging og å få innsikt i kvinnenes psykiske helse under covid-19 pandemien. Jordmødrene opplevde også at gravide og barselkvinner hadde et større behov for informasjon, støtte og omsorg under pandemien. I arbeidet med å fremme psykiske helse og forebygge depresjon ble det lagt vekt på en god relasjon, åpenhet rundt psykisk helse, informasjon, kartlegging av kvinnenes ressurser, egenomsorg, sosial støtte og tilstrekkelig med tid. Dette ble i enkelte tilfeller utfordret på grunn av smitteverntiltak.

**Konklusjon:** Kommunejordmødrene erfarte flere ulike utfordringer i arbeidet med å fremme psykiske helse og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien, noe som igjen utfordret deres profesjonelle ansvar og rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Det er behov for mer forskning for å forbedre jordmorfagets kliniske praksis under en pandemi.

**Nøkkelord:** Kommunejordmødre, covid-19 pandemi, perinatal omsorg, fremme psykisk helse, forebygge depresjon

## Abstract

**Theme:** Midwives experiences in promoting mental health and preventing depression in pregnant and postpartum women during the covid-19 pandemic in the primary health care service.

**Background:** There has been an increase of pregnancy and postpartum depression under the covid-19 pandemic. Midwives have an important role promoting mental health and prevent depression among pregnant and postpartum women.

**Aim:** To investigate the experiences of midwives in primary health care service in promoting mental health, and to prevent depression in pregnant and postpartum women during the covid-19 pandemic.

**Research question:** What experiences do midwives in the primary health care service have with promoting mental health and preventing depression in pregnant and postpartum women during the covid-19 pandemic?

**Methods:** Qualitative design. Semi structured individual research interviews of six midwives from different municipalities in northern Norway. The empirical data material was analysed using content analysis.

**Results:** The midwives experienced challenges related to following up the women and to gain insight into the women's mental health during the covid-19 pandemic. The midwives experienced a greater need for information, support, and care among pregnant and postpartum women during the pandemic. Good relationships, openness about mental health, information, mapping of women's resources, selfcare, social support and sufficient time with the women were key elements in the work of promoting mental health. The implementation of these elements were challenged due to infection control measures.

**Conclusion:** The midwives experienced several challenges in the work of promoting mental health and preventing depression in pregnant and postpartum women during the covid-19 pandemic, which in turn challenged their professional responsibility and role in the health promoting and preventing work. More research is needed to draw conclusions on how to improve the clinical practice of midwifery in primary health care service during a pandemic.

**Keywords:** Midwives, covid-19 pandemic, perinatal care, promoting mental health, preventing depression, primary health care service.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn .....	1
1.1.1	Kommunejordmødre i Nord-Norge.....	1
1.1.2	Covid-19 pandemien .....	1
1.1.3	Svangerskaps- og barseldepresjon under covid-19 pandemien.....	2
1.1.4	Retningslinjer .....	4
1.1.5	Kunnskapsbasert praksis .....	6
1.1.6	Covid-19: En utfordrende situasjon for jordmortjenesten.....	6
1.2	Hensikt.....	7
1.3	Problemstilling.....	7
1.4	Forskningsspørsmål .....	7
1.5	Begrepsavklaring .....	7
1.6	Litteratursøk.....	8
2	Teoretisk rammeverk.....	9
2.1	Salutogenese som et verktøy i det helsefremmende arbeidet .....	9
3	Forskningsetisk refleksjon.....	11
3.1	Søknad og godkjenning .....	11
3.2	Informert samtykke.....	11
3.3	Personvern .....	11
3.4	Vurdering av potensiell merbelastning.....	12
4	Metode.....	13
4.1	Forskningsdesign og -metode.....	13
4.2	Fenomenologisk tilnærming .....	13
4.3	Forforståelse .....	13
4.4	Utvalg og rekruttering .....	14
4.5	Datainnsamling.....	15

4.5.1	Intervju .....	15
4.5.2	Transkripsjon.....	16
4.6	Analysemetode .....	17
4.6.1	Trinn 1: Helhetsinntrykk av det empiriske datamaterialet.....	18
4.6.2	Trinn 2: Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder .....	18
4.6.3	Trinn 3: Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold .....	20
4.6.4	Trinn 4: Sammenfatning av resultater – fra kondensering til beskrivelser og resultater.....	21
5	Resultater.....	23
5.1	Jordmødrene opplevde utfordringer med å følge opp kvinnene under covid-19 pandemien .....	23
5.2	Jordmødrene opplevde at gravide og barselkvinner hadde et større behov for informasjon, støtte og omsorg under covid-19 pandemien .....	26
5.3	Jordmødrene opplevde utfordringer med å få innsikt i kvinnes psykiske helse under covid-19 pandemien .....	29
6	Diskusjon.....	32
6.1	Diskusjon av resultater .....	32
6.1.1	Jordmødrene opplevde utfordringer med å følge opp kvinnene under covid-19 pandemien .....	32
6.1.2	Jordmødrene opplevde at gravide og barselkvinner hadde et større behov for informasjon, støtte og omsorg under covid-19 pandemien .....	36
6.1.3	Jordmødrene opplevde utfordringer med å få innsikt i kvinnes psykiske helse under covid-19 pandemien .....	40
6.2	Diskusjon av studiens kvalitet .....	44
6.2.1	Validitet og relevans.....	44
6.2.2	Refleksivitet .....	48
	Konklusjon .....	50
	Referanseliste .....	52
	Vedlegg 1 .....	61

Vedlegg 2 .....	63
Vedlegg 3 .....	65
Vedlegg 4 .....	68

# 1 Innledning

I dette kapittelet presenteres bakgrunnen for studien, oppgavens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål, begrepsavklaring og litteratursøk.

## 1.1 Bakgrunn

### 1.1.1 Kommunejordmødre i Nord-Norge

Et mål for regjeringen er at det helsefremmende og forebyggende arbeidet skal finne sted i nærområdet til brukerne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Vår studie er gjennomført i Nord-Norge, en langstrakt landsdel hvor lange avstander og spredt bosetting skaper en desentralisert svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Nord-Norge består av mange små kommuner, hvor kommunejordmødre flere steder i stor grad arbeider alene, faglig isolert og med et selvstendig ansvar (Helse Nord, 2010). Landsdelen rommer ulike etnisiteter der norsk, samisk og kvensk befolkning og kultur lever sammen (Melhus & Broderstad, 2020).

### 1.1.2 Covid-19 pandemien

I januar 2020 identifiserte kinesiske helsemyndigheter et nytt koronavirus som fikk navnet SARS-CoV-2. Denne typen koronavirus er årsaken til utbruddet av sykdommen covid-19. SARS-CoV-2 kan føre til alt fra mild til alvorlig luftveisinfeksjon, og kan i sjeldne tilfeller føre til dødsfall. Den 12. mars 2020 erklærte Verdens helseorganisasjon (WHO) utbruddet som en pandemi, og i den forbindelse ble det satt inn en rekke tiltak i Norge for å slå ned pandemien (Helsenorge, 2020). De to mest sentrale smittereduserende tiltakene er økt avstand og færre nærkontakter (Folkehelseinstituttet, 2021a). Pandemien er per dags dato fortsatt pågående (Regjeringen, 2021a).

Det er oppdaget nye varianter av SARS CoV-2, der virusets arvestoff er endret. Disse endringene kan medføre at egenskaper hos viruset forandrer seg i større eller mindre grad, noe som igjen kan resultere i endret smittsomhet, effekt av vaksine og evnen testene i dag har til å oppdage viruset. Da muterte virus ble oppdaget i Norge i januar 2021, ble det innført strenge tiltak i utsatte områder som blant annet stenging av skoler, butikker og forskjellige aktivitetstilbud. I tillegg ble det påbud om å bruke munnbind på offentlige steder i områder med mye smitte (Regjeringen, 2021b).

Allotey et al. (2020) har utført en systematisk oversikt som sammenlignet kvinner i fertil alder som hadde covid-19 symptomer med gravide og kvinner med covid-19 symptomer som nylig



hadde født. Studien fant at gravide med covid-19 opplevde sjeldnere symptomer med feber og muskelsmerter enn ikke-gravide. Gravide med covid-19 symptomer har større risiko for å trenge behandling på sykehus, på intensivavdeling og med respirator. Økt alder, høy KMI, høyt blodtrykk og diabetes mellitus er assosiert med alvorligere forløp av covid-19 hos gravide (Allotey et al., 2020). Hos friske gravide anbefales det å følge de vanlige rådene som befolkningen for øvrig. Det foreligger ennå ikke tilstrekkelig kunnskap om vaksinasjon av gravide og ammende, og det har hittil ikke blitt anbefalt å vaksinere gravide og ammende med de vaksinene som er godkjent for bruk i Norge (Folkehelseinstituttet, 2021b).

Smittereduserende tiltak i samfunnet påvirker svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge på flere områder. Som en del av arbeidet med å forebygge smitte av covid-19, har flere føde- og barselavdelinger i Helse-Nord valgt å begrense tilstedeværelsen av ledsager inkludert partner under blant annet konsultasjoner, fødsel og på barselavdelinger. På alle sykehus under Helse-Nord kan fødende ha med ledsager i aktiv fase av fødselen, så lenge ledsager er frisk og uten luftveissymptomer. Hvor lenge ledsager kan være til stede på føde-/barselavdelingen varierer alt fra en time om dagen til å få være til stede under hele barseloppholdet (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2021; Nordlandssykehuset, 2021; Finnmarkssykehuset, 2021; Helgelandssykehuset, 2021). Så lenge det er en pågående pandemi, kan det føre til restriksjoner for besøk til mor og barn ved fødsel og i barseltid (Folkehelseinstituttet, 2021b). I helsestasjonstjenesten gis det råd om å begrense antall kontakter, og ikke innkalle flere enn nødvendig (Folkehelseinstituttet, 2020).

### **1.1.3 Svangerskaps- og barseldepresjon under covid-19 pandemien**

Svangerskap og tiden etter fødselen representerer en overgang med fysiske og psykiske endringer og utfordringer (Glavin, 2019, s. 17). Disse endringene gjør at gravide og barselkvinner er mer utsatt for å utvikle depresjon (Chen, Selix & Nosek, 2021). Depresjon i svangerskapet rammer omtrent 10 % av alle gravide kvinner (Glavin, Smith & Sørsum, 2009), og i barseltiden rammes omtrent 10-15 % av alle barselkvinner (Becker, Weinberger, Chandy, & Schmukler, 2016). I Norge er det sett en økt forekomst av barseldepresjon under covid-19 pandemien. Statistikk som NRK har fått tilgang til fra Helsedirektoratet viser at i mars og april i 2020 ble 75 prosent flere diagnostisert med barseldepresjon i spesialisthelsetjenesten enn året før (Thommessen, 2020).

Risikofaktorer for å utvikle depresjon i svangerskapet og i barseltiden er nåværende eller tidligere psykiske problemer, problemer i parforholdet, stressende livssituasjon eller omgivelser, mangel på sosial støtte, lav sosioøkonomisk status og frykt for svangerskaps- og fødselskomplikasjoner (Chen et al., 2021). Ifølge Chen et al. (2021) er covid-19 pandemien en stressfaktor som kan bidra til å øke stressnivået hos gravide og barselkvinner, som igjen kan øke risikoen for å utvikle svangerskap- og barseldepresjon. Studier har også vist at gravide og barselkvinner er ekstra utsatte for å utvikle depresjon under stressende livssituasjoner (Katon, Russon & Gavin, 2014; Norhayati, Hazlina, Asrenee & Emilin, 2015; Parker et al., 2015).

Flere studier har vist at gravide og barselkvinner er sårbare og utsatt for negativ mental påvirkning under covid-19 pandemien. En studie viste økte symptomer på depresjon hos gravide under covid-19 pandemien. Dette var assosiert med bekymringer for virusets helsemessige konsekvenser for mor og barn, å ikke få nødvendig perinatal omsorg, belastning på parforholdet og sosial isolasjon på grunn av pandemien. Studien viste også at sosial støtte og fysisk aktivitet var potensielle beskyttelsesfaktorer mot depresjon, og var assosiert med færre symptomer på depresjon (Lebel, MacKinnon, Bagshawe, Tomfohr-Madsen & Giesbrecht, 2020). En multinasjonalt studie som også inkluderte Norge, fant at gravide og ammende kvinner opplevde en høyere grad av depressive symptomer under utbruddet av covid-19. Studien fremhever viktigheten av å overvåke perinatal helse under pandemier og andre samfunnskriser, for å ivareta psykisk helse hos mor og barn (Ceulemans et al., 2021).

En annen studie utført av Farrel et al. (2020) viser også en økning av depressive symptomer hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien. Denne økningen ser ut til å være forårsaket av pandemirelaterte bekymringer og påkjenninger som blant annet sosiale restriksjoner. De største bekymringene til kvinnene er knyttet til sikkerheten for det ufødte barnet og familiemedlemmer. Det ble også funnet at kvinnene opplevde tilgang til informasjon som nyttig. Mengden av fysisk aktivitet rapporteres som lav. Videre anbefales det at resultatene kan føre til vurdering av å innføre rutinemessige undersøkelser av psykisk helse hos gravide under store helsekriser (Farrell et al., 2020).

For gravide og barselkvinner er depresjon forbundet med uheldige fysiske og psykiske følger, både for mor og barn. Forskning har blant annet vist at svangerskapsdepresjon eller depressive symptomer under svangerskapet er forbundet med prematur fødsel (Davalos,

Yadon & Tregellas, 2012; Szegda, Markenson, Bertone-Johnson & Chasan-Taber, 2014), lav fødselsvekt og intrauterin veksthemming (Davalos et al., 2012; Ciesielski, Marsit & Williams, 2015). Svangerskapsdepresjon er også forbundet med maternelle komplikasjoner som hypertensjon, preeklampsi og svangerskapsdiabetes (Grote et al. 2010).

Mors psykiske helse i svangerskapet og i barseltiden har også betydning for hennes tilknytning til fosteret og barnet etter fødselen (Glavin, 2019, s. 18-20, 66-69). Studier har vist at depressive symptomer både i svangerskapet og i barseltiden kan ha en negativ innvirkning på mors tilknytning til fosteret og barnet (Dubber, Reck, Müller & Gawlik, 2014; Hakanen et al., 2019). Mor-barn-tilknytningen er blant annet viktig for å sikre at barnet får næring og beskyttelse (Dubber et al., 2014). Videre har forskning vist at både svangerskaps- og barseldepresjon hos mor kan ha en negativ innvirkning på barnets sosiale og emosjonelle utvikling (Junge et al., 2017).

#### **1.1.4 Retningslinjer**

Svangerskaps- og barselomsorgen er et kommunalt ansvar og inngår som en del av kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Svangerskaps- og barselomsorgen i Norge har som målsetting å fremme helse og forebygge fysisk og psykisk sykdom (Helsedirektoratet, 2021a). Under covid-19 pandemien har Helsedirektoratet anbefalt at helsetjenester som tilbys gravide og barselkvinner, bør opprettholde normal drift under covid-19 pandemien, parallelt med at grunnleggende smitteverntiltak overholdes. Dersom disse helsetjenestene må stenge midlertidig på grunn av lokale smitteutbrudd, anbefaler Helsedirektoratet videre at det iverksettes kompensierende tiltak for å nå alle gravide slik at tjenesten også oppdager og ivaretar utsatte gravide (Helsedirektoratet, 2021b).

I nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen står det at jordmor bør identifisere gravide med risiko for depresjon tidlig i svangerskapet. De gravide bør få spørsmål om de har opplevd depresjon og nedstemthet tidligere og i svangerskapet. Jordmor kan følge anbefalingene ved å ha rutiner for å identifisere depresjon, legge til rette for at gravide kan snakke om hvordan de har det, henvise den gravide til psykisk helsetjeneste, og være kjent med organisering og samarbeids- og henvisningsrutiner til psykisk helsetjeneste som psykologer i kommunen og andre instanser. Dersom gravide og barselkvinner har symptomer

på depresjon skal jordmødre i kommunen sørge for et individuelt tilrettelagt tilbud for kvinnene (Helsedirektoratet, 2021a).

WHO trekker frem tverrfaglig samarbeid som et av sine prinsipper for perinatal omsorg. Det presiseres her at omsorgen som gis bør inkludere ulike yrkesgrupper som blant annet jordmødre, leger og psykologer, for å sikre en best mulig tilpasset og helhetlig omsorg og oppfølging gjennom svangerskap, fødsel og barseltid (World Health Organization, 1997). I nasjonal faglig retningslinje for svangerskaps- og barselomsorgen står det at svangerskaps- og barselomsorgen skal være basert på helhet og kontinuitet (Helsedirektoratet 2021a; Helsedirektoratet, 2014). Med en barselomsorg basert på helhet og kontinuitet legges det godt til rette for at psykiske utfordringer kan kartlegges på et tidlig tidspunkt (Helsedirektoratet, 2014). WHO trekker også frem helhetlig omsorg som et av prinsippene for perinatal omsorg. Det presiseres at omsorgen bør omfatte hele mennesket hvor det inkluderes blant annet følelsesmessige behov (World Health Organization, 1997).

For å forebygge barseldepresjon anbefaler nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen tidlig hjelp og individuelt tilpasset støtte ved blant annet hjemmebesøk. Det anbefales videre ett hjemmebesøk av jordmor en til tre dager etter hjemreise etter fødsel. Retningslinjene anbefaler ikke rutinemessig screening for identifisering av depresjon i barseltiden (Helsedirektoratet, 2014).

Nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten, anbefaler at det bør finnes rutiner for identifisering av depresjon i svangerskap og i barseltiden som en del av arbeidet for å forebygge depresjon. Retningslinjene anbefaler også hjemmebesøk og foreldreforberedende kurs som en del av forebyggende helsearbeidet. I tillegg anbefales det at kvinner med symptomer på barseldepresjon skal få ekstra oppfølging ved helsestasjon eller ved psykolog tilknyttet helsestasjonen. Retningslinjene vektlegger også et helhetlig perspektiv hvor det anbefales å inkludere hele familien og styrke deres selvfølelse og kompetanse. Retningslinjene påpeker også at hvile, omsorg og støtte i barseltiden har positiv betydning (Helsedirektoratet, 2009).

WHO's anbefalinger og internasjonale etiske retningslinjer for jordmødre vektlegger også emosjonell og psykologisk støtte gjennom svangerskapet og i barselperioden. Det presiseres

at jordmødre skal ivareta psykologiske behov til kvinnene når de søker helsehjelp (International Confederation of Midwives, 2014; World Health Organization, 2016).

### **1.1.5 Kunnskapsbasert praksis**

Ifølge WHO's prinsipper for perinatal omsorg skal jordmorvirksomheten bygge på en kunnskapsbasert praksis, hvor jordmor skal utøve en omsorg basert på best tilgjengelig kunnskap (World Health Organization, 1997).

Ifølge melding til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet 2019, Meld. St. 11 (2020-2021), er forbedret kvalitet og styrket pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten viktige mål for regjeringen. Her legges det blant annet vekt på åpenhet, læring og forbedring i arbeidet, samt en målrettet og samordnet innsats. Utvikling og tilgjengeliggjøring av kunnskap er viktig. I lys av covid-19 pandemien vises det også til utfordringer pandemien kan ha medført for kvalitet og pasientsikkerhet. Disse utfordringene er blant annet nye pålagte krav og oppgaver for helsepersonell, i tillegg til ordinært ansvar og funksjon, endret arbeidstid, redusert kapasitet og nedstenging av mange helsetjenester hvor spesielt sårbare grupper rammes, og et redusert antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

### **1.1.6 Covid-19: En utfordrende situasjon for jordmortjenesten**

Covid-19 pandemien har ført til bekymringer og angst blant gravide, fødende og barselkvinner. Kvinner har økt behov for omsorg og støtte av jordmødre og andre helsepersonell, både under svangerskapet, fødsel og barseltiden. I tillegg til å holde samme standard på jordmortjenesten som før pandemien, må jordmødre også forholde seg til nye prosedyrer som er relatert til å forhindre covid-19. Dette fører til en situasjon hvor jordmødrene må balansere mellom å møte kvinnenes behov og samtidig forhindre smitte av covid-19 (O'Connell, Crowther, Ravaldi & Homer, 2020). Beslutninger må tas på grunnlag av eksisterende kunnskap om jordmorvirksomhet og om covid-19. Ut ifra flere år med forskning og erfaring vet og forstår vi nøkkelkomponentene av god kvalitet og trygg omsorg som sikrer god helse og reduserer mor- og barnedødelighet. Disse komponentene kan bli truet på noen områder under pandemien når myndighetene iverksetter nye regler og rutiner for å slå ned pandemien (Renfrew et al., 2020a).

Gravide og nyfødte barn er i en befolkning hvor majoriteten er frisk, men som bringer med seg klinisk, psykologisk og sosial sårbarhet. Kvinner og nyfødte barn trenger derfor tilgang til jordmortjenester av god kvalitet, tverrfaglige helsetjenester og tjenester som tilbyr hjelp i nødsituasjoner. Når helsetjenester og personell er under økt stress, er det en reell risiko for at det oppstår en reduksjon i kvaliteten på helsetjenester (Renfrew et al., 2020b).

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer kommunejordmødre har med å fremme psykisk helse, og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien. Med denne studien kan vi øke kunnskapen og videreutvikle jordmorfagets kliniske praksis.

## **1.3 Problemstilling**

I forbindelse med covid-19 pandemien er det sett en økt forekomst av symptomer på depresjon blant gravide og barselkvinner (Lebel et al., 2020; Ceulemans et al., 2021; Farrell et al., 2020). Studier har også vist at gravide og barselkvinner er ekstra utsatt for å utvikle svangerskaps- og barseldepresjon under stressende livssituasjoner (Katon et al., 2014; Norhayati et al., 2015; Parker et al., 2015). For gravide og barselkvinner er depressive symptomer og depresjon forbundet med flere uheldige fysiske og psykiske følger både for mor og barn (Grote et al., 2010; Davalos et al., 2012; Dubber et al., 2014; Szegda et al., 2014; Ciesielski et al., 2015; Junge et al., 2017; Hakanen et al., 2019). Derfor er det viktig å undersøke hvilke erfaringer kommunejordmødre har med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon i svangerskap og barseltid under pandemien, og bruke denne kunnskapen til å forbedre helsevesenet nå og i fremtiden.

## **1.4 Forskningsspørsmål**

Hvilke erfaringer har kommunejordmødre med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien?

## **1.5 Begrepsavklaring**

I denne studien forholder vi oss til WHO's definisjon på psykisk helse og WHO's beskrivelse av depresjon.

WHO definerer psykisk helse som: «a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and

fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community» (World Health Organization, 2018).

WHO beskriver depresjon som en vanlig psykisk lidelse som er preget av vedvarende tristhet og en manglende interesse eller glede i aktiviteter som tidligere opplevdes som givende eller hyggelige. Depresjon kan føre til forstyrret søvn og appetitt, hvor tretthet og dårlig konsentrasjon er vanlig. Videre kan effektene av depresjon være langvarig og tilbakevendende, og påvirker en persons evne til å fungere og leve et givende og godt liv (World Health Organization, 2020).

## **1.6 Litteratursøk**

Det er gjort litteratursøk i databasene CINAHL og PubMed etter artikler som handler om jordmors erfaring med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon under covid-19 pandemien og tidligere pandemier. Litteratursøk resulterte i ingen funn. Derfor anser vi denne studien som både relevant og aktuell.

## 2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet presenteres oppgavens teoretiske rammeverk med fokus på salutogenese. Den teoretiske referanserammen har vi integrert som en del av vår forskningsmetode som hjelp til å forstå datamaterialet i en større sammenheng (Malterud, 2018, s. 47).

### 2.1 Salutogenese som et verktøy i det helsefremmende arbeidet

Helsefremmende arbeid blir definert av WHO som: «health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health» (World Health Organization, 1986). Aron Antonovsky sin modell om salutogenese spiller en viktig rolle innenfor helsefremmende arbeid (Aune & Kolset, 2017, s. 273).

Utgangspunktet for salutogenesen var spørsmålet om hvorfor noen mennesker holder seg friske til tross for ulike belastninger som oppstår i livet. I tillegg fokuserer modellen på hva som gir mennesker økt mestring og velvære. Modellen om salutogenese ble utviklet som en motsats til patogenese som vektlegger årsaker til sykdom. Alt som gir styrke til å bekjempe ulike stressfaktorer definerte Antonovsky som generelle motstandsressurser (GMR). Eksempler på dette er kunnskap, penger, kulturell stabilitet og sosial støtte. I følge Antonovsky vil GMR hjelpe mennesker med å gjøre stressfaktorene som oppstår i livet begripelige, håndterbare og meningsfulle. Ressurser mennesker har i livet vil gi de ulike grunnholdninger i møte med utfordrende hendelser i livet og gi de effektiv beskyttelse mot stressfaktorer. Disse grunnholdningene kaller Antonovsky for “sense of coherence” (SOC) (Antonovsky, 2012, s. 16, 38-42, 189). SOC blir definert som:

*Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i.*  
(Antonovsky, 2012, s. 41)

Antonovsky hevder at en sterk SOC hos mennesker motvirker at utfordringer i livet omdannes til stress og på den måten bedrer personens helsetilstand (Antonovsky, 2012, s. 161, 163).



Salutogenese er ofte nevnt i sammenheng med psykisk helse, og er derfor relevant for vår studie. Ved å ha kunnskap om salutogenese kan man få en bedre innsikt i hvordan helse kan forstås og brukes i psykisk helsearbeid. Helsefremmende holdninger og handlinger skaper helse, noe som igjen bygger opp sosialt, fysisk og psykisk velvære. Å bevisstgjøre kvinnen om hva som er helsefremmende faktorer for henne er derfor grunnleggende, og dette vil deretter kunne bidra til å skape bevisstgjøring og vekst av en sterkere identitet (Langeland, 2014).

Flere studier har vist at en salutogen tilnærming kan ha en positiv effekt på menneskers psykiske helse. Studien til Langeland (2009) fant blant annet at en salutogen tilnærming var viktig i behandling av psykiske helseproblemer. I denne studien ble det funnet at sosial støtte ga en høyere SOC, som igjen ga forbedret livskvalitet og mindre symptombelastning (Langeland, 2009). Studien til Hibino et al. (2009) fant at en sterk SOC i stressende livssituasjoner kan ha en reduserende effekt på stress hos gravide (Hibino et al., 2009). En studie gjort av Perez-Botella, Downe, Magistretti, Lindstrom og Berg (2014), fant at en sterk SOC hos kvinner gir positive utslag for svangerskapet og barseltiden. De fant blant annet at kvinner med en sterk SOC skaper lettere bånd mellom mor og barn, og opplever en økt selvfølelse i forbindelse med morsrollen. I studien til Eriksson og Lindström (2006) fant de at en sterk SOC er forbundet med god psykisk helse. En sterk SOC kan beskytte mot depresjon og styrke motstandsdyktigheten og livskvalitet hos mennesker. Ved å arbeide ut ifra en salutogen tilnærming til kvinnene, er det mulig å arbeide på en helsefremmende måte som skaper en forbedret psykisk helse, livskvalitet og velvære (Eriksson & Lindström, 2006). Med et utgangspunkt i hver enkelt kvinnes generelle motstandsressurser, kan jordmor følge opp og arbeide med å styrke kvinnens SOC (Aune & Kolseth, 2017, s. 274).

### **3 Forskningsetisk refleksjon**

I dette kapittelet vil en diskusjon av etiske aspekter ved studien bli presentert, hvor vi inkluderer søknad og godkjenning, informert samtykke, personvern og vurdering av potensiell merbelastning.

#### **3.1 Søknad og godkjenning**

Før vi startet arbeidet med datainnsamling meldte vi prosjektet inn til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) for å undersøke om prosjektet er meldepliktig. Dette undersøkte vi fordi studien innhenter personidentifiserbare opplysninger. Studien ble godkjent av NSD 16.09.2020 (vedlegg 1).

#### **3.2 Informert samtykke**

For å utføre en forsvarlig forskningsetisk studie må et informert samtykke ligge til grunn, der det er gitt tilstrekkelig informasjon om studien samt informasjon om retten til å trekke seg (World Medical Association, 2018). For å sikre informert samtykke fikk informantene både muntlig og skriftlig informasjon om forskningsprosjektet, datainnsamling, datahåndtering, og hvem som får tilgang på datamaterialet. I tillegg fikk informantene informasjon om at deltakelse er frivillig, og at de kan trekke seg når som helst fra studien (vedlegg 2). Informert samtykke ble innhentet muntlig hos informantene i forkant av intervjuene og spilt inn på lydopptaker.

#### **3.3 Personvern**

Alle forholdsregler må tas for å beskytte personvernet og konfidensialitet til deltakere i forskningsprosjekter (World Medical Association, 2018). Datamaterialet som er samlet inn har blitt behandlet konfidensielt gjennom hele prosessen. Studien har fulgt datahåndteringsplan (vedlegg 3) utarbeidet av Master i jordmorfag ved UiT Norges arktiske universitet.

I denne studien er informantene fra en bestemt yrkesgruppe, og innen et begrenset geografisk område, noe som gir ekstra utfordring knyttet til gjenkjennelse. I transkriberingsprosessen ble det derfor utøvd ekstra varsomhet når sitater, demografiske forhold og dokumentasjon ble videreformidlet. Datamaterialet ble transkribert på bokmål, og identifiserbare opplysninger som for eksempel arbeidssted og personlige arbeidsforhold ble omskrevet for å unngå gjenkjennelse (Malterud, 2018, s. 214-215).

### **3.4 Vurdering av potensiell merbelastning**

Ved å delta i studien ga informantene omverden innsyn i deres egne erfaringer og personlige tanker rundt studiens tema. Det har blitt vurdert at formålet med denne studien er viktigere enn den risikoen og belastningen studien kan påføre informantene (Malterud, 2018, s. 211). I forkant av studien ble det utført et grundig forarbeid med tanke på å ikke gjennomføre en studie på noe vi allerede vet nok om, og dermed unngå å bry mennesker med å være med på en potensielt unødvendig studie (Malterud, 2018, s. 217). Under hvert intervju var vi opptatt av at informantene ikke skulle bli påført påkjenning eller ubehag, da med tanke på at potensielt sensitive temaer kunne tas frem uten at vi som forskere kunne gi en terapeutisk bearbeiding i forbindelse med dette (Tjora, 2012, s. 159). Et utfyllende informasjonsskriv kan bidra til en økt forutsigbarhet rundt den aktuelle problematikken. Under intervjuene var vi bevisste på å tilby tilstrekkelig med tid da vi potensielt berørte sensitive tema og personlige erfaringer hos informantene. Det var viktig å påminne informantene om at de kunne avslutte intervjuet når de måtte ønske det (Tjora, 2012, s. 107, 160).

## **4 Metode**

I dette kapittelet presenteres forskningsdesign og -metode som er brukt for å besvare studiens forskningsspørsmål. Det redegjøres for vitenskapelig tilnærming, forforståelse, utvalg og rekruttering av informanter, fremgangsmåte for datainnsamling og gjennomføring av intervju og transkripsjon. Til slutt presenteres analyse av oppgavens datamateriale.

### **4.1 Forskningsdesign og -metode**

Denne studien har som hensikt å undersøke hvilke erfaringer kommunejordmødre har med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien. Vi ønsker å få innsikt i kommunejordmødres erfaringer, opplevelser og tanker rundt studiens tema, og har derfor valgt et kvalitativt forskningsdesign med semistrukturerte intervjuer som metode. I kvalitative studier ønsker man å beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk og egenskaper/ kvaliteter ved det man skal studere. Denne metoden kan derfor frembringe ny kunnskap, og gi oss en bedre forståelse og innsikt i det vi ønsker å studere (Malterud, 2018, s. 30).

### **4.2 Fenomenologisk tilnærming**

Studien tar utgangspunkt i fenomenologisk vitenskapsteori. Gjennom fenomenologi forsøker man å forstå menneskers subjektive erfaringer og bevissthet (Malterud, 2018, s. 28). For å få denne forståelsen er det en forutsetning innenfor fenomenologien å sette sin egen forforståelse til side. På den måten kan man rette et kritisk blikk mot informantenes subjektive erfaring i lys av deres livsverden (Malterud, 2018, s. 28). Ifølge fenomenologien er livsverdenen kilden til selvfølgeligheter som mennesker baserer seg på og er fortrolige med. Med andre ord kan man si at livsverdenen er alt som gir oss mening. Livsverdenen er på denne måten grunnlaget for våre erfaringer (Wifstad, 2018, s. 103). Ifølge fenomenologien er subjektive erfaringer fra livsverdenen gyldig kunnskap (Malterud, 2018, s. 116). En fenomenologisk tilnærming til studien er relevant, nettopp fordi vi ønsker å utforske kommunejordmødres erfaringer. Ved å ha en fenomenologisk tilnærming til studien kan vi løfte frem informantenes erfaringer og opplevelser rundt studiens tema. Dette vil være med å bidra til en dypere forståelse og svar på studiens forskningsspørsmål (Malterud, 2018, s. 28).

### **4.3 Forforståelse**

Vår forforståelse består av erfaringer, faglig perspektiv, teoretisk referanseramme og hypoteser (Malterud, 2018, s. 45). Malterud (2018, s. 44) sammenligner forforståelsen med en

«ryggsekk» vi tar med oss inn i prosjektet, hvor innholdet i denne «ryggsekken» påvirker måten vi samler inn, håndterer og tolker data på. Forforståelsen kan føre til at vi går inn i prosjektarbeidet med et “tunnelsyn”, der budskapet fra datamaterialet blir underordnet vår egen forforståelse (Malterud, 2018, s. 45). For å unngå at datamaterialet vi samlet inn ble underordnet vår egen forforståelse, har vi på forhånd forsøkt å identifisere forhold som kan tenkes å kunne påvirke inngangen til kunnskapen (Malterud, 2018, s. 46).

Før forskningsprosjektet hadde vi praksis i svangerskapsomsorgen, hvor vi fikk erfaringer og gjorde oss oppfatninger om hvordan gravide og barselkvinner opplevde situasjonen med covid-19 pandemien. Etter denne praksisperioden satt vi igjen med en forforståelse om at kvinnene var engstelige og utrygge i situasjonen. De jordmødrene vi snakket med i praksisperioden, fortalte også om lignende erfaringer. For forskningsprosjektet kan vår forforståelse bidra til å skape en forventning om at forskningsresultatene samsvarer med egne erfaringer. Om vi ikke hadde gjort oss opp disse erfaringene på forhånd, ville vi kanskje startet prosjektet med en videre horisont uten en viss forventning om negative følger for kvinnens psykiske helse. Det er likevel sannsynlig at vår forforståelse har spilt en rolle i utforming av intervjuguiden, i gjennomføringen av intervjuene og i arbeidet med analysen. På en annen side vil vår forforståelse gjøre at vi forstår hvordan pandemien utfordrer jordmødrenes ansvar og arbeid med å møte kvinnene og deres behov for profesjonell omsorg.

Selv om vår forforståelse kan påvirke inngangen til kunnskapen til forskningsprosjektet, kan forforståelsen også være en motivasjon eller utløsende faktor for å starte opp forskning rundt et spesifikt tema (Malterud, 2018, s. 45). Vår forforståelse var vårt grunnlag for valg av forskningstema, og vår motivasjon til å erverve mer kunnskap om dette temaet. Vi startet tidlig i prosjektet med å identifisere vår forforståelse, og har gjennom hele prosjektet forsøkt å være den bevisst. Vi har aktivt arbeidet med et åpent sinn og en åpen horisont ved å se forskningsspørsmålet, problemstillingen, metode og materiale fra flere sider og vinklinger.

#### **4.4 Utvalg og rekruttering**

I denne studien har vi valgt å gjøre et strategisk utvalg. Det innebærer at informantene har kvalifikasjoner som best mulig kan belyse problemstillingen (Malterud, 2018, s. 58).

Inklusjonskriteriene for å være med i studien var kommunejordmødre som har jobbet og jobber i svangerskaps- og barselomsorgen under covid-19 pandemien. Disse jordmødrene arbeidet/arbeider på forskjellige helsestasjoner i Nord-Norge. Det var ikke lagt til

eksklusjonskriterier da vi ønsket et godt mangfold i utvalget blant jordmødrene. Et strategisk utvalg med vekt på mangfold kan gi god informasjonsstyrke, og redusere sannsynligheten for å skape konklusjoner som virker opplagte (Malterud, 2018, s. 59). Vi hadde som mål å rekruttere fem til syv kommunejordmødre. For å rekruttere deltakerne ble det sendt ut e-post med invitasjon til å delta i studien og et informasjonsskriv med utfyllende informasjon om studien (vedlegg 2). Vi sendte ut e-post til ni kommunejordmødre i forskjellige kommuner i Nord-Norge, og vi fikk svar fra seks kommunejordmødre som ønsket å delta i studien. Disse kommunejordmødrene arbeidet/arbeider i kommuner med ulikt smittetrykk under studien, men alle disse kommunene var berørt av smittevernstiltak på nasjonalt og lokalt nivå. Alle informantene var kvinnelige kommunejordmødre, og ble sett på som en enhetlig gruppe der vi ikke skilte på antall år med erfaring.

## **4.5 Datainnsamling**

### **4.5.1 Intervju**

Datamaterialet i studien er samlet inn ved bruk av semistrukturerte individualintervjuer med seks kommunejordmødre. Denne formen for intervju er å foretrekke når teamet kan bringe frem sensitivt innhold (Malterud, 2018, s. 133). I forkant av intervjuene hadde informantene fått et informasjonsskriv (vedlegg 2) med informasjon om studiens tema og hensikt, slik at de var klar over hva vi ønsket å få innsikt i og kunnskap om (Malterud, 2018, s. 134).

I forkant av intervjuene utarbeidet vi også en intervjuguide (vedlegg 4) med spørsmål som vi brukte som utgangspunkt for intervjuene (Malterud, 2018, s. 133). Intervjuguiden besto av fem hovedspørsmål med tilhørende underspørsmål. Spørsmålene var formulert slik at de på best mulig måte kunne gi oss svar på vårt forskningsspørsmål. Spørsmålene var åpne og hadde fokus på å invitere informanten til å dele av sine erfaringer ved å fortelle om konkrete hendelser. På den måten får man tak i den rikeste kunnskapen (Malterud, 2018, s. 134). Spørsmålene under hvert hovedspørsmål varierte fra intervju til intervju ettersom hva informanten ville snakke om. Når formålet er å få ny kunnskap, er det nemlig viktig å ikke følge intervjuguiden slavisk (Malterud, 2018, s. 133-134).

Intervjuet var også preget av “critical incident technique” hvor vi spurte informantene: “kan du fortelle mer om dette?” eller “kan du gi et eksempel på det du fortalte om nå?” Dette ga informantene mulighet til å dele av sine erfaringer i form av konkrete hendelser. På den måten styrte vi samtalen bort fra vår egen forforståelse (Malterud, 2018, s. 134). I tillegg lot vi

informantene fortelle ferdig hvis de hadde avsporinger fra spørsmålene. Dette beriket vårt empiriske datamateriale og bidro til ny kunnskap (Malterud, 2018, s. 134).

Under intervjuene var vi som intervjuere sensitive og lydhøre for kunnskap som konfronterte vår forforståelse. Det er i tillegg viktig for å skape et klima som er preget av trygghet og fortrolighet overfor informantene. Dette er avgjørende for å kunne lære noe nytt fra informantene (Malterud, 2018, s. 135).

Til stede i intervjusituasjonen var informanten og vi som intervjuer og observatør. Den som var observatør, hadde som oppgave å notere og stille nye og/eller oppklarende spørsmål til slutt. Vi byttet på rollen som intervjuer og observatør fra intervju til intervju. Intervjuene varte mellom 30-50 minutter. På grunn av covid-19 pandemien ble intervjuene gjennomført på Zoom gjennom UiT Feide. Noen av informantene var hjemme hos seg selv, og noen var på helsestasjonen under intervjuet. Intervjuer og observatør, det vil si forfatterne av denne studien, var hjemme hos seg selv under intervjuene. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker (Olympus WS-852) utlånt av Master i Jordmorfag ved UiT Norges arktiske universitet. Intervjuene ble lagret på to krypterte minnepinner (SanDisk Ultra USB 3.0 64 GB) med sikkerhetskode. Se vedlegg 3 for datahåndteringsplan.

#### **4.5.2 Transkripsjon**

Intervjuene ble transkribert fortløpende og gjort klart til analyse (Malterud, 2018, s. 77). Transkripsjonsarbeidet fordelte vi likt mellom oss. Transkripsjonsarbeidet ble fordelt slik at den som var intervjuer også gjorde transkriberingen av intervjuet. Ifølge Malterud (2018, s. 79-80) husker gjerne de som deltar i samtalen spesielle elementer eller kan oppklare uklarheter som har betydning for teksten. For selv med mindre redigeringer kan dette ha stor betydning i arbeidet med å oversette tale til tekst (Malterud, 2018, s. 80). Ved å transkribere datamaterialet selv, ble vi godt kjent med datamaterialet. Det gjorde at vi fikk et inntrykk og en forståelse for hva teksten handlet om, og hvilke temaer som kunne brukes i analysen (Malterud, 2018, s. 80).

Målet med transkriberingen var å ivareta det opprinnelige materialet på en lojal måte, slik at deltakernes meninger, erfaringer og opplevelser ble formidlet på en troverdig måte (Malterud, 2018, s. 77-78). Under transkriberingen ble datamaterialet transkribert mest mulig likt det talte språket. Det gjorde at flere setninger ikke hadde kontekst, og for å forebygge dette

redigerte vi teksten forsiktig under transkriberingen (Malterud, 2018, s. 78).

Flere av deltakerne hadde dialekter, og transkripsjon ble utført på bokmål for å ivareta anonymitet og personvern (Malterud, 2018, s. 215). Vi opplevde ikke noen utfordringer med å forstå dialektene. Identitetsavslørende opplysninger som for eksempel navn på institusjoner eller arbeidssituasjon ble omskrevet i teksten for å forhindre gjenkjennelse (Malterud, 2018, s. 215). Etter hver transkribering ble teksten gjennomgått på nytt og sjekket opp mot lydopptaket.

## **4.6 Analysemetode**

For å analysere datamaterialet har vi brukt analysemetoden systematisk tekstkondensering (Malterud, 2018, s. 97). Denne analysemetoden er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode, som senere er modifisert av Malterud (Malterud, 2018, s. 115). Systematisk tekstkondensering er ikke en fenomenologisk metode, men deler fenomenologiens oppfatning av at subjektive erfaringer fra livsverdenen er gyldig kunnskap. Denne analysemetoden fordrer likevel ikke at man fordyper seg i livsverdenen som grunnleggende analyseperspektiv (Malterud, 2018, s. 115-116). Dette tema ble derfor ikke omfattet i denne oppgaven.

Vi har valgt analysemetoden systematisk tekstkondensering fordi denne metoden er egnet når man skal sammenfatte og fortolke informantenes subjektive erfaringer (Malterud, 2018, s. 116). Denne analysemetoden er også i samsvar med oppgavens hensikt som er å undersøke kommunejordmødres erfaringer med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien.

Analysemetoden systematisk tekstkondensering gjennomføres i fire trinn (Malterud, 2018, s. 98):

- 1) Få et helhetsinntrykk av datamaterialet og identifisere foreløpige temaer.
- 2) Identifisere, systematisere og kode meningsdannende enheter.
- 3) Kondensere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene som er kodet.
- 4) Rekontekstualisere: det vil si å sammenfatte resultatene i studien.

Analysen ved bruk av systematisk tekstkondensering presenteres nedenfor:



#### **4.6.1 Trinn 1: Helhetsinntrykk av det empiriske datamaterialet**

I analysens første trinn ble vi kjent med datamaterialet. Vi leste gjennom det transkriberte datamaterialet hver for oss for å få et helhetsbilde og identifiserte foreløpige temaer som var interessant i forhold til forskningsspørsmålet (Malterud, 2018, s. 99). I analysens første trinn satt vi vår forforståelse og referanseramme til side. Dette var nødvendig for at vi skulle stille oss åpne for de inntrykkene som datamaterialet formidlet (Malterud, 2018, s. 99). En slik tilnærming er beslektet med det fenomenologiske begrepet “bracketing”, som handler om å sette sin forforståelse til side (Malterud, 2018, s. 116).

Da vi leste datamaterialet hver for oss, noterte vi stikkord underveis for å lettere komme frem til foreløpige temaer. Når begge forfatterne hadde lest og notert ferdig, samlet vi oss og sorterte inntrykkene våre i tabeller. For hvert intervju lagde vi en tabell hvor vi samlet våre stikkord, sammenlignet de og plukket ut de stikkordene som vi hadde til felles og som var mest interessante i forhold til forskningsspørsmålet. Deretter lagde vi en tabell som inkluderte alle intervjuene hvor vi samlet alle stikkordene vi hadde plukket ut. De stikkordene vi mente omhandlet det samme ga, vi en fargekode som sorteringsmetode (Malterud, 2018, s. 99). For å komme frem til temaene som vi ønsket å gå videre med, stilte vi oss spørsmålet «hva handler disse stikkordene om?». Vi kom frem til syv foreløpige temaer som ble tildelt hver sin farge:

- Konsultasjoner
- Inkludere partner
- Snakke om fødsel og barseltid
- Styrke og trygge kvinnene
- Relasjoner
- Kartlegging
- Tverrfaglig samarbeid

#### **4.6.2 Trinn 2: Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder**

I analysens andre trinn systematiserte vi datamaterialet som vi ønsket å se nærmere på, og la resten av materialet til side. Vi tok utgangspunkt i de foreløpige temaene, og gikk gjennom materialet linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter som kunne belyse forskningsspørsmålet (Malterud, 2018, s. 100-101). De meningsbærende enhetene ble kopiert og limt inn i et nytt Word-dokument for hver informant. På den måten fikk vi oversikt over

relevante meningsbærende enheter. Etter at vi hadde identifisert meningsbærende enheter, lagde vi foreløpige koder som identifisering- og sorteringsgrunnlag. De meningsbærende enhetene ble deretter sortert under tilhørende kodegruppe (Malterud, 2018, s. 101). Under kodearbeidet ble det gjort en systematisk dekontekstualisering. Det betyr at man henter ut deler av teksten fra sin opprinnelige sammenheng og deretter leses i sammenheng med beslektede tekstelementer og oppgavens teoretiske perspektiver (Malterud, 2018, s. 104). De foreløpige temaene fra analysens første trinn og vårt forskningsspørsmål dannet bakgrunnen for kodene i analysens andre trinn (Malterud, 2018, s. 101). De foreløpige temaene fra første analysetrinn var nå blitt til syv kodergrupper:

- Distanse mellom jordmor og kvinnen
- Inkludere partner
- Samtale med kvinnen om fødsel og barseltid
- Økt behov for å styrke og trygge kvinnene
- Relasjonsbygging
- Kartlegging av psykisk helse og sosialt nettverk
- utfordringer med tverrfaglig samarbeid

Underveis i analyseprosessen er kodene blitt endret flere ganger for å gjøre de mer spesifikk i forhold til de meningsbærende enhetene og vårt forskningsspørsmål. Under er en tabell som viser eksempler på hvordan meningsbærende enheter ble kodet (Malterud, 2018, s. 101).

Tabell 1: Eksempler på hvordan meningsbærende enheter ble kodet

Meningsbærende enheter	Koder
«Den største frykten for damene er at de ikke får ha med partner inn i fødsel. Det å styrke partner, du skal ikke være jordmor, men du skal være en kjærlig partner som støtter og bekrefter henne [...]. Både i forhold til fødsel, men også i barseltiden.»	Inkludere partner
«Det å si underveis i svangerskapet, dette er du flink til, dette kan du. Du er god til dette. Man får jo sikkert høre mange ganger i løpet av livet at man ikke er så flink, men da kan man være god på å være gravid.»	Økt behov for å styrke og trygge kvinnene
«Jeg har til vanlig god erfaring, under pandemien dårlig erfaring. Det var antageligvis tilfeldig, men psykologtjenesten var helt fraværende under pandemien.»	Utfordringer med tverrfaglig samarbeid

### 4.6.3 Trinn 3: Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

I analysens tredje trinn har vi abstrahert den sorterte informasjonen som vi kom frem til i andre analysetrinn. Det gjorde vi ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene på nytt. Det materialet som ikke har noen meningsbærende enheter, ble lagt til siden (Malterud, 2018, s. 105). Flere av kodegruppene fra analysetrinn to hadde nyanser av samme meningsinnhold og ble kodet sammen (Malterud, 2018, s. 105). Etter dette arbeidet sto vi igjen med tre kodegrupper. Videre delte vi inn hver kodegruppe i tre subgrupper som synliggjør ulike fasetter av innholdet i kodegruppene. Flere av subgruppene tar utgangspunkt i koder som er identifisert i de foregående trinnene (Malterud, 2018, s. 106). Subgruppene vi valgte, var preget av det perspektivet og ståstedet vi leste materialet ut ifra. Dette arbeidet gjorde forfatterne av studien sammen. Det skapte rom for flere tolkninger og tilnærminger i arbeidet med å finne relevante subgrupper (Malterud, 2018, s. 106). Videre kondenserte vi innholdet i de meningsbærende enhetene i hver subgruppe innenfor hver kodegruppe. Dette innebærer å lage et kunstig sitat i «jeg-form» som representerer hver av informantene. Kondensatet gjenforteller det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene omsatt i en generell form. Videre valgte vi ut et «gullsitat» som illustrerer kondensatene (Malterud, 2018, s. 106-108). Tabell 2 viser de tre kodene med tilhørende subgrupper vi kom frem til.

Tabell 2: Oversikt over koder med tilhørende subgrupper

<b>Koder</b>	<b>Økt behov for å styrke og trygge kvinnene</b>	<b>Oppfølging</b>	<b>Innsikt i kvinnenes psykiske helse</b>
<b>Subgrupper</b>	Samtale med kvinnene om psykisk helse, fødsel og barseltid	Utfordringer med tverrfaglig samarbeid	Relasjonsbygging
	Inkludere partner	Ekstra konsultasjoner	Tid
	Kartlegging av sosialt nettverk	Tilgjengelighet og kontinuitet	Kartlegging av psykisk helse

Tabell 3 viser et eksempel på kondensat og tilhørende «gullsitat», med utgangspunkt i subgruppen «utfordringer med tverrfaglig samarbeid» fra koden «oppfølging».

Tabell 3: Oversikt over et eksempel fra en subkode med tilhørende kondensat og «gullsitat».

<b>Koder: Oppfølging</b>	
<b>Subkode</b>	Utfordringer med tverrfaglig samarbeid
<b>Kondensat</b>	Jeg opplever at veiledning og hjelp fra eksterne instanser er noe mange kvinner har behov for. Jeg må ikke være den eneste i verden hun kan ta kontakt med, så jeg oppgir andre instanser hun kan få nytte av, for eksempel helsesykepleier, fastlege, psykiske helseteam, psykologer og fødeavdelingen. Det er jo en del av hverdagen vår å arbeide tverrfaglig. Jeg bruker også eksterne instanser selv for å få veiledning og ha noen å diskutere med. Men alle disse tilbudene er på en måte preget av pandemien, slik at det ikke er så mye rom og kapasitet der. Da har jeg jo selvfølgelig fulgt opp kvinnene tettere her med flere samtaler og ekstrakonsultasjoner, men likevel tenker jeg at psykologtjenestene kunne gi kvinnene noen ekstra verktøy som jeg kanskje ikke kan gi de. Det er kjempetrist at det blir sånn at man ikke får den oppfølgingen man trenger fordi det er en pågående pandemi. Det går jo utover de sårbare.
<b>Gullsitat</b>	«Vi har både psykisk helseteam, psykologer og andre psykiske helsetjenester, men alle disse tilbudene er preget av pandemien. Disse helsetjenestene har ikke så god kapasitet. På grunn av det opplever vi å ha flere samtaler og tar kvinnene inn litt ekstra i og med at de er ekstra bekymret.»

#### **4.6.4 Trinn 4: Sammenfatning av resultater – fra kondensering til beskrivelser og resultater**

I analysens siste trinn kommer sammenfatning av resultatene i studien. Det gjøres ved å rekontekstualisere, det vil si å sette sammen bitene igjen, og sammenstille det man har funnet i form av fortolkende synteser som grunnlag for nye beskrivelser (Malterud, 2018, s. 108). I dette arbeidet har vi først syntetisert kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe. Deretter har vi brukt kondensatene og meningsbærende enheter fra hver kodegruppe til å lage analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe. Denne teksten er illustrert med «gullsitat» som konkretiserer våre hovedfunn (Malterud, 2018, s. 108). Den analytiske teksten av hver enkelt subgruppe har fått sitt eget avsnitt og representerer de nye beskrivelsene vi har kommet frem til. Vi har i denne teksten brukt tredjepersonsformen for å kunne gjenfortelle på vegne av informantene slik at det blir ny kunnskap (Malterud, 2018, s. 109). Den analytiske teksten fra hver kodegruppe har fått en overskrift/kategori som sammenfatter det sentrale meningsinnholdet fra tekstene. Vi har tatt ansvar for våre tolkninger og prøvd å skape en analytisk distanse. Til slutt i analysen har vi validert funnene, altså de analytiske tekstene og navnene på resultatkategoriene sett opp mot det empiriske datamaterialet (Malterud, 2018, s. 110-111).

Resultatkategoriene som sammenfatter det sentrale meningsinnholdet i vår studie er:

- Jordmødrene opplevde utfordringer med å følge opp kvinnene under covid-19 pandemien.
- Jordmødrene opplevde at gravide og barselkvinner hadde et større behov for informasjon, støtte og omsorg under covid-19 pandemien.
- Jordmødrene opplevde utfordringer med å få innsikt i kvinnes psykiske helse under covid-19 pandemien.

Den analytiske teksten fra analysearbeidet presenteres i kapittel 5 Resultater.

## 5 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene fra studien. Resultatkategoriene som ble presentert i metodekapittelet fra analysetrinn fire, er grunnlaget for underavsnittene i presentasjonen av resultatene. Utsagn fra informantene presenteres i kursiv.

### 5.1 Jordmødrene opplevde utfordringer med å følge opp kvinnene under covid-19 pandemien

Alle informantene henviste til psykologtjenester i kommunen og/eller i spesialisthelsetjenesten dersom kvinnene hadde behov for ekstra oppfølging hvis kvinnene var nedstemt og/eller hadde symptomer på depresjon. Flere av informantene oppga at psykologtjenesten i spesialisthelsetjenesten var preget av pandemien på den måten at de hadde mindre kapasitet til å ta imot gravide og barselkvinnene til samtaler. Flertallet av informantene opplevde at den kommunale psykologtjenesten var lite tilgjengelig for samarbeid, men at dette ikke var noe nytt som skjedde under pandemien. Et fåtall av informantene hadde god erfaring med det tverrfaglige samarbeidet med den psykologiske helsetjenesten i kommunen under pandemien. En av informantene fortalte:

*De viktigste tilbudene forsvant. Og det undrer oss veldig hvorfor kan ikke de ta den samtalen på telefon. Hvorfor må man møtes fysisk med psykolog eller med psykisk helseteam på sykehuset for å få en god samtale.*

En annen informant fortalte:

*Jeg har til vanlig god erfaring, under pandemien dårlig erfaring. Det var antageligvis tilfeldig, men psykologtjenesten var helt fraværende under pandemien.*

Flere informanter oppga at de henviste færre kvinner til psykologiske helsetjenester under pandemien på grunn av redusert kapasitet, og fordi de fikk enten avslag eller ikke svar på henvisningene de sendte. Som et resultat av dette fortalte flere av informantene at de fulgte opp kvinnene som hadde behov for psykologtjeneste tettere selv med ekstra konsultasjoner og støttesamtaler. Flertallet av informantene gjorde seg mer tilgjengelig på telefon, og hadde flere telefon- og/eller videokonsultasjoner under pandemien for å følge opp kvinnene, og for å høre hvordan de hadde det. En av informantene beskrev det slik:

*Jeg har opplevd at jeg har fått henvisningen til flere kvinner i retur fordi psykologtjenesten ikke tar inn folk. Det synes jeg er ganske alvorlig. Da har jeg jo selvfølgelig fulgt opp kvinnene tettere her. Jeg regner jo med at psykologtjenesten kunne gitt kvinnene noen ekstra verktøy, som jeg kanskje ikke kan gi de. Og det synes jeg er kjempetrist at det blir sånn at man ikke får den oppfølgingen man trenger fordi at det er en pågående pandemi.*

En annen informant beskrev det slik:

*Jeg opplever å ha mer samtale og tar kvinnene inn litt ekstra i og med at de er ekstra bekymret. Når det er lite kapasitet hos eksterne instanser og damene ikke får time hos for eksempel kommunepsykologen, så setter vi de opp på ekstra samtale hos oss. Jeg gjør meg uansett tilgjengelig for kvinnen, både i løpet av svangerskapet og barseltiden. Om jeg er bekymret eller anser at hun har en risiko for å bli nedstemt eller deprimert, så er jeg mer på ved å ringe og ta kontakt og få et bilde av henne og høre hvordan det går. Jeg har hatt litt mer telefonoppfølging enn jeg har hatt til vanlig.*

Majoriteten av informantene fortalte at de opplevde telefon- og videokonsultasjoner som gode verktøy å arbeide med under pandemien. De opplevde og klare å følge opp flere kvinner ved bruk av hjemmekontor og video- og/eller telefonkontakt, da de hadde mer tid til samtaler. Flere informanter opplevde også at telefon- og videokonsultasjoner bidro til kontinuitet i arbeidet med kvinnene under pandemien.

Flesteparten av informantene erfarte at kontinuitet i arbeidet med kvinnenens psykiske helse var viktig for å få et sammenligningsgrunnlag fra gang til gang. For å få dette sammenligningsgrunnlaget spurte flere av informantene hvordan kvinnene hadde det psykisk ved hver konsultasjon. En annen fordel som ble nevnt relatert til kontinuitet, var at det bidro til å gjøre det lettere for jordmor å nærme seg alvorlige temaer som blant annet selvmordstanker. En av informantene beskrev det slik:

*Jeg har alltid tenkt at det å ta en telefon til vedkommende som jeg har møtt før og som kjenner meg og som har et ansikt på meg, og vi kommuniserer bra, så tror jeg dette med kontinuitet har veldig mye å si. At jeg har kjent til kvinnen i en lengre langsgående prosess i livet, som det å bli mor. Også da for å kunne spille en del ting*

*tilbake, hvordan har ting vært og hvordan er det nå jeg som fagperson oppfatter at hun har det på telefon. Fordi jeg tror veldig mye av det handler om å gjøre seg tilgjengelig, også være litt lett på om man har en magefølelse eller at jeg har noe konkret.*

Flertallet av informantene opplevde at kontinuiteten i arbeidet med kvinnene var noe svekket på grunn av at oppfølging med hjemmebesøk var nedprioritert under pandemien. Flere av informantene mente at dette er et tilbud som ikke burde ha blitt prioritert vekk. Ifølge et par av informantene var dette noe som kvinnene uttrykte at de savnet og ønsket, og også noe informantene selv så på som problematisk i lys av å utføre en helhetlig omsorg i kommunehelsetjenesten. Noen informanter mente at det var viktig at kontinuiteten ble fulgt opp av samme jordmor spesielt hos sårbare kvinner. En av informantene beskrev det slik:

*Jeg opplever at samtlige kvinner sier at de gjerne ønsker at man fortsetter kontakten, eller at de vil ha etterkontroll hos jordmor om man får tilbud om det. Jeg tror det blir veldig mye bedre når vi kan følge opp med hjemmebesøk etter fødsel. Og det gir kvinnene veldig sterkt uttrykk for at det blir veldig bra.*

Dersom informantene hadde kvinner som var i risikozonen for å utvikle depresjon, fortalte flertallet av informantene at de samarbeidet med helsesykepleiere etter samtykke fra kvinnen. De koblet ofte på helsesykepleier før fødsel slik at han/hun var klar over hvordan kvinnen hadde det før hun kom på første konsultasjon på helsestasjonen etter fødsel. Noen av informantene oppga at de også samarbeidet med fastlegene når de hadde kvinner som var i risikozonen for å utvikle depresjon. Dette samarbeidet erfarte de å ha blitt dårligere under pandemien som følge av at fastlegene hadde endel hjemmekontor, det var vanskelig å få time og det var vanskelig å oppnå kontakt. En av informantene forklarte det slik:

*[...] fordi det var mye hjemmekontor, det var mye munnbind, det var vanskelig å få time hos fastlegen, det var vanskelig å oppnå kontakt og det var et høyt trykk på tjenestene rundt omkring under pandemien. Så tenker jeg at de gravide som utviklet en depresjon eller en nedstemthet og som hadde behov for ekstra oppfølging i forhold til sin psykiske helse, ikke har fått den oppfølgingen de skulle ha hatt under pandemien.*



Noen av informantene samarbeidet også med psykologer for å få veiledning og ha noen å diskutere med i situasjoner hvor informanten var usikker på hva som var det rette å gjøre for kvinnen. En av informantene fortalte:

*Hvis det er problemstillinger som jeg synes går litt utover min kompetanse så jobber jeg jo tett opp imot psykologen på familieenheten [...]. Psykologen er veldig god støttespiller som jeg kan bruke, som også kan veilede meg.*

## **5.2 Jordmødrene opplevde at gravide og barselkvinner hadde et større behov for informasjon, støtte og omsorg under covid-19 pandemien**

Det å snakke om fødsel og barseltiden var for de fleste informantene en viktig del av arbeidet med å styrke og trygge kvinnene. Alle informantene fortalte om kvinner som var mer usikre og bekymret i forhold til fødselen og barseltiden under pandemien. Flertallet av informantene erfarte gjennom samtaler med kvinnene at de var bekymret for å måtte være alene under fødsel og i barseltiden. Denne uroen førte til at flere kvinner hadde et økt behov for samtale og støtte rundt fødsel og barseltid. En av informantene beskrev det slik:

*Vi ble ringt ned. Den største bekymringen for alle damene var at pappa ikke fikk være med på fødselen. Det var det eneste de bekymret seg for. Også i starten på fødeavdelingen og i barseltiden så var det slik at de ikke fikk ha partner inn i det hele tatt. Det har mange kvinner sagt i etterkant har vært veldig tungt. Barseltiden var preget av at partner ikke var inkludert, og det var veldig vanskelig.*

Flesteparten av informantene erfarte at mange kvinner opplevde det som vanskelig at partner ikke fikk være med på svangerskapskontrollene. De fleste av informantene fortalte at de la til rette for at partner kunne være med på digitale plattformer under konsultasjonene. En av informantene beskrev det slik:

*Det er mange kvinner som synes det er vanskelig at partner ikke får være med på svangerskapskontroller. Og det er vanskelig å være den som skal sette grenser. For noen har jeg sett har et stort behov for at partner er til stede. Jeg ønsker gjerne at partner også får den samme informasjonen som den gravide får, spesielt hos sårbare familier, der jeg tenker at begge to trenger den samme oppfølgingen.*

Flesteparten av informantene i studien erfarte at parter er en viktig ressurs for kvinnene, både i svangerskapet, under fødselen og i barseltiden. Det ble av flere informanter fortalt om viktigheten med nettopp å løfte frem partners betydning, samt å styrke partners rolle som ressurs for kvinnen. Det ble også trukket frem av noen informanter viktigheten av et godt samarbeid mellom kvinnen og partneren under covid-19 pandemien. En informant beskrev det slik:

*[...] de jobbe litt mer bevisst på å ta vare på hverandre. [...]. Det handler om å motivere de til å jobbe som et team; hvordan kan dere gjøre hverandre gode.*

En annen informant fortalte det slik:

*Og det å styrke partner, du skal ikke være jordmor, men du skal være en kjærlig partner som støtter og bekrefter henne. Det bruker jeg litt tid på. Både i forhold til fødsel, men også i barseltiden. Det å støtte henne i barseltiden med søvn og ordne mat til henne, at hun spiser når partner går på jobb.*

Fødselsforberedende samtale ble trukket frem av de fleste informantene som en viktig oppgave for å fremme mestringsstrategier hos både kvinnen og partner. En informant fortalte hun gjennomførte samtalen digitalt, mens flertallet av informantene gjennomførte samtalen på helsestasjonen. Partner fikk lov til å være med på denne samtalen hos alle informantene. Flere informanter mente at når partner kunne ta del i fødselsforberedende samtale sammen med kvinnen og få den samme informasjonen som hun fikk, fikk partner en bedre forutsetning for å kunne bidra som en viktig ressurs for kvinnen under fødsel og barseltid.

Mange informanter erfarte også at flere kvinner hadde behov for å få oppdatert informasjon på det aktuelle fødestedets rutiner og retningslinjer, fordi dette var med på å forberede og trygge kvinnene før fødselen. En av informantene uttrykte seg slik:

*Det er jo både konkret informasjon om det vi vet, også må vi være ærlige på det vi faktisk ikke vet. Det å informere kvinnene om at sykehuset har rutiner som er sånn og sånn. Men jeg pleier ofte å dreie det litt over til kvinnens egne ressurser, hvis de skulle komme i en situasjon der de ikke har med for eksempel partner inn.*

I arbeidet med å styrke kvinnene ble det også lagt vekt på av flere informanter viktigheten av å bevisstgjøre kvinnen på egne ressurser og tro på egen mestring. En informant beskrev det slik:

*Jeg gjør ikke så mye, men det å si underveis i svangerskapet, dette er du flink til, dette kan du. Du er god til dette. Man får jo høre sikkert mange ganger i løpet av livet at man ikke er så flink, men da kan man være god på å være gravid.*

De fleste informantene la vekt på viktigheten av at kvinnene hadde noen å snakke med om noe skulle bli vanskelig. Det ble spesielt lagt vekt på under covid-19 pandemien, fordi flere av informantene opplevde kvinnene som mer isolerte og ensomme både i svangerskapet og i barseltiden. Noen informanter opplevde at frykten for smitte førte til at enkelte kvinner isolerte seg hjemme. Et par informanter erfarte at en redusert sosial kontakt og støtte for barselkvinnen kunne oppleves som en påkjenning for mange familier, fordi dette bidro til mindre grad av støtte og avlastning fra for eksempel andre familiemedlemmer. En informant beskrev det slik:

*Når det gjelder psykisk helse og pandemi så har det jo vært noen sårbarhetsfaktorer med psykisk helse og barselkvinner som jeg har lagt merke til i forhold til grad av støtte og avlastning. [...] Sånn at jeg har jo opplevd at noen kanskje er mer eller mindre isolert rett og slett. Og isolasjon er jo ikke noe bra.*

Flertallet av informantene oppga at det å snakke om psykiske helse, følelser og hormonelle endringer, både i svangerskapet og barseltiden, er viktig for å fremme god psykisk helse og forebygge depresjon. Som en del av arbeidet med å styrke og trygge kvinnene, var det mange av informantene som trakk frem viktigheten av det å lytte, bekrefte og forstå kvinnens bekymringer. En informant fortalte det slik:

*Det er kjempeviktig i forhold til psykisk helse at kvinnen får fortelle hvordan hun har det, at hun blir lyttet på, hørt på og bekreftet.*

Egenomsorg ble av flere informanter trukket frem som en viktig ressurs i arbeidet med å styrke kvinnene og forebygge depresjon. Noen informanter la vekt på å forsøke, sammen med kvinnen, å finne frem til ressurser kvinnen kan dra nytte av eller aktiviteter som kan

gjennomføres i en slik periode med mindre fysisk og sosial kontakt. En informant fortalte det slik:

*Så det handler jo litt om å prate om helheten om hva man gjør på sine dager. Prøve å motivere de til å finne aktiviteter som fungerer, som for eksempel å gå tur med venninner, men samtidig holde en meters avstand.*

### **5.3 Jordmødrene opplevde utfordringer med å få innsikt i kvinnenes psykiske helse under covid-19 pandemien**

For å forebygge depresjon og for å fremme psykisk helse fortalte alle informantene at de måtte få innsikt i kvinnenes psykiske helse. Hvordan informantene fikk innsikt i kvinnenes psykiske helse varierte. Flesteparten av informantene spurte kvinnene direkte om hvordan de hadde det psykisk. En av informantene beskrev det slik:

*Men jeg spør jo direkte hvordan kvinnene har det, sånn med seg selv egentlig, om de gleder seg til å bli mamma, hvilke tanker og følelser de har rundt det.*

Noen av informantene var også opptatt av å kartlegge hvordan kvinnene tåler utfordringer i hverdagen, og hvilke styrker og sårbarhetsfaktorer de har med seg. Et fåtall av informantene brukte Edinburgh postnatal depression score (EPDS) for å kartlegge kvinnenes psykiske helse. Det ble presisert av flesteparten av informantene at åpenhet rundt psykisk helse var av stor betydning i arbeidet med å kartlegge og få innsikt i kvinnenes psykiske helse.

Flesteparten av informantene erfarte stort sett at kvinnene var åpne om sin psykiske helse. Noen av informantene erfarte at tillit og en god relasjon må være til stede for at kvinnene skal føle seg trygge på å fortelle hvordan de har det. For å skape et tillitsforhold og en god relasjon, erfarte disse informantene at man må vise overfor kvinnen at man har tid til å høre på henne, og at man har lyst til å prate med henne om det som er vanskelig. En av informantene beskrev det slik:

*Da skal man ha litt tid, og man skal skape det rommet som skal til for at det skal bli trygt å snakke om det. Så trenger man tid til å skape tillit til å få den informasjonen fra de gravide.*

Flertallet av informantene opplevde å ha mindre tid til å snakke om den psykiske helsen under konsultasjonene på helsestasjonen. De oppga flere grunner til det; konsultasjonene skulle gjøres fortere for å ha mindre eksponeringstid med kvinnene, og de måtte vaske og sprite kontoret mellom hver konsultasjon. Noen av informantene opplevde det som utfordrende å skulle spørre kvinnene om deres psykiske helse når de hadde begrenset tid til å følge opp svaret. En av informantene beskrev det slik:

*Å spørre om hvordan du føler deg, hvordan du har det psykisk i den her tiden, det er jo noe vi skal gjøre, men det er jo ikke så enkelt å gjøre det når vi skal gjøre ting på veldig kort tid.*

Noen av informantene erfarte også at bruken av munnbind på konsultasjonene på helsestasjonen også skapte utfordringer, fordi de opplevde at det skapte et fysisk skille og en avstand til kvinnene. En annen informant opplevde også at det var utfordrende å vise at man responderte på det kvinnene sa med munnbind på. Munnbind gjorde det vanskelig for noen av informantene å skape en god dialog og et samarbeid. En av informantene beskrev det slik:

*Man sitter med munnbind, for da føler man ikke heller at man er til stede i samtalen. Føler ikke at jeg viser kvinnen at jeg faktisk responderer på det hun sier.*

Flesteparten av informantene fulgte kvinnene opp på telefon under pandemien. Noen av informantene mente at det kunne være utfordrende for begge parter å ha samtale relatert til psykisk helse på telefon, spesielt når man ikke hadde møtt hverandre før. Flere av informantene fortalte at mange kvinner opplevde det vanskelig å ikke få møte jordmor fysisk. Noen spesifiserte at dette var noe førstegangsgravide spesielt slet med. En informant fortalte det slik:

*Jeg opplever en større uro hos førstegangsfødende. [...] det er mye man kan gjøre på telefon, men jeg tror at en del hadde hatt behov for å komme inn og treffe jordmor, få være på kontoret hos oss. Bare det å få en jordmorhånd på magen, få noen som lytter, få noen som ser deg.*

Flere av informantene opplevde også at det var utfordrende å ikke ha mulighet til å lese kroppsspråk eller følelsesuttrykk på telefon. En av informantene forklarte det slik:

*[...] men det er jo ikke så veldig enkelt å snakke om hvordan man har det psykisk på telefon når du ikke har møtt de før. For det er jo litt med dette at det å se og møte personer, sier mye mer enn bare telefonsamtaler. Du kan jo på en måte være på gråten og tårene renner uten at man klarer å plukke det opp når du er på telefon kontra hos oss.*

En av informantene hadde god erfaring fra tidligere med å ha samtaler om psykisk helse på telefon, og erfarte også å plukke det opp om kvinnen ikke hadde det bra.

## **6 Diskusjon**

I dette kapittelet vil resultatene fra studien bli diskutert opp mot tidligere og nyere forskning, teori og den teoretiske referanserammen. Funnene fra resultatdelen vil bli diskutert med utgangspunkt i de tre kategoriene vi kom frem til i fjerde analysetrinn. Deretter diskuterer vi studiens kvalitet med utgangspunkt i validitet, relevans og refleksivitet.

### **6.1 Diskusjon av resultater**

#### **6.1.1 Jordmødrene opplevde utfordringer med å følge opp kvinnene under covid-19 pandemien**

Funn fra studien viste at tverrfaglig samarbeid med psykiske helsetjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten, fastlege og helsesykepleiere, var en del av arbeidet med å forebygge svangerskaps- og barseldepresjon. Dette er i samsvar med nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2021a). Flere studier tyder på at både svangerskaps- og barseldepresjon kan gi ulemper for både mor og barn, og det er derfor viktig med tidlig og rett oppfølging av gravide og barselkvinner (Davalos et al., 2012; Grote et al. 2010; Dubber et al., 2014; Szegda et al., 2014; Ciesielski et al., 2015; Junge et al., 2017; Hakanen et al., 2019). Som følge av økt risiko for å utvikle svangerskaps- og barseldepresjon under covid-19 pandemien, er det ifølge Chen et al. (2021) viktig at den kommunale jordmortjenesten har høy prioritet på å ivareta gravide og barselkvinneres psykiske helse under pandemien.

Med bakgrunn i nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen og tidligere og nyere forskning, bør psykiske helsetjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten være mottakelig for å følge opp sårbare gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien. Funn fra vår studie viser derimot at psykologtjenester i spesialisthelsetjenesten hadde mindre kapasitet til å ta imot og følge opp gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien. Bare et fåtall av informantene i studien hadde god erfaring med det tverrfaglige samarbeidet med den psykologiske helsetjenesten i kommunen under pandemien. Disse funnene kan sees i sammenheng med funnene i studien til Salameh et al. (2020) som viste at gravide kvinner hadde mindre sannsynlighet for å få hjelp fra psykiske helsetjenester sammenlignet med ikke-gravide. Studien gjort av Oranta, Routasalo og Hupli (2002) fant at manglende tverrfaglig samarbeid også kan gå ut over utøvelsen av kunnskapsbasert praksis. Ifølge melding til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet 2019, Meld. St. 11 (2020-2021), er forbedret

kvalitet og styrket pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten viktige mål for regjeringen. I dette arbeidet legges det vekt på en samordnet og målrettet innsats, samt åpenhet, læring og forbedring. Redusert kapasitet, nedstenging av mange helsetjenester hvor spesielt sårbare grupper rammes og redusert antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten, er blant utfordringene pandemien kan ha ført med seg for kvalitet og pasientsikkerhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Et manglende tilbud av psykologtjenester er også i strid med WHO's prinsipper for perinatal omsorg. Dette kan gå utover den helhetlige omsorgen og oppfølgingen av gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien (World Health Organization, 1997).

Funn fra vår studie viser at informantene fulgte opp kvinnene som hadde behov for psykologtjenester tettere selv med ekstrakonsultasjoner og støttesamtaler. Det å tilby ekstrakonsultasjoner til kvinner som har behov for ekstra oppfølging samsvarer med nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2021a). Støttesamtaler er også ifølge Glavin (2019, s. 24) førstelinjebehandling av gravide med milde til alvorlige symptomer på depresjon, og noe som jordmødre selv kan utføre på helsestasjonen. Funnene fra vår studie kan sees i sammenheng med studien til Haga, Lynne, Slinning og Kraft (2012), som viste at hyppige konsultasjoner hos jordmor i svangerskapet og etter fødsel ga gode muligheter til å forebygge barseldepresjon. Funnene er også i samsvar med Chen et al. (2021) som sier at jordmødre må ha høy prioritet på å ivareta gravide og barselkvinner psykiske helse under covid-19 pandemien, fordi disse kvinnene har en økt risiko for å utvikle svangerskaps- og barseldepresjon.

På en annen side kan det å ivareta kvinnes psykiske helse under pandemien skape utfordringer for kommunejordmødrene. På grunn av den økte forekomsten av svangerskaps- og barseldepresjon trenger flere gravide, fødende og barselkvinner støtte og omsorg fra jordmødre. Jordmødrene skal holde samme standard på jordmortjenesten som før pandemien, og i tillegg forholde seg til nye prosedyrer for å forhindre smitte av covid-19. Dette skaper et økt arbeidspress på jordmødrene (O'Connell et al., 2020). Når helsetjenester og personell er under økt stress, er det en reell risiko for at det oppstår en reduksjon i helsetjenester (Renfrew et al., 2020b). Det kan ses i sammenheng med studien til Røkholt, Davidsen, Johnsen og Hilli (2017) som fant at faktorer som tidspress og travelhet kan være til hinder for utøvelse av kunnskapsbasert praksis. Nye pålagte krav og oppgaver for helsepersonell i tillegg til utøvelse



av ordinært ansvar og funksjon, kan ifølge melding til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet 2019, Meld. St. 11 (2020-2021), medføre utfordringer for kvalitet og pasientsikkerhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

I tillegg til å tilby ekstrakonsultasjoner og støttesamtaler viser funn fra studien vår at informantene også gjorde seg mer tilgjengelig på telefon under covid-19 pandemien. Disse funnene er i samsvar med nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen som anbefaler at tilgjengeligheten til jordmortjenesten i kommunen bør sikres blant annet via telefon (Helsedirektoratet, 2021a). Telefonkonsultasjoner har vist seg å være et bra tiltak i arbeidet med å forebygge at kvinner utvikler barseldepresjon (Dennis & Downswell, 2013). På en annen side hevder Renfrew et al. (2020a) at innføring av slik praksis strider imot kunnskapsbasert praksis fordi det enda ikke foreligger nok kunnskap og kan føre med seg negative konsekvenser. De hevder at beslutningstaking skal tas på bakgrunn av eksisterende kunnskap om jordmorvirksomhet og om covid-19. Dette er i samsvar med WHO's prinsipper for perinatal omsorg som anbefaler en jordmorvirksomhet basert på best tilgjengelig kunnskap (World Health Organization, 1997).

Funn fra studien vår viser også at det er brukt telefon- og videokonsultasjoner under covid-19 pandemien for å følge opp de gravide i arbeidet med å forebygge depresjon. Helsedirektoratet anbefaler blant annet at konsultasjonene utføres via telefon eller video ved lokale smitteutbrudd. Dette er kompenserende tiltak for å nå alle gravide under pandemien slik at jordmødre også oppdager og ivaretar utsatte gravide (Helsedirektoratet, 2021b). På en annen side kan bruk av videokonsultasjoner være vanskelig for de som ikke har tilgang til internett, datamaskin eller smarttelefoner, eller for de som ikke har kunnskap om hvordan man bruker høyteknologiske enheter eller tjenester. En annen utfordring ved bruk av digitale konsultasjoner kan være mangel på privatliv for kvinnene. De kan ha barn eller partner hjemme, som kan begrense mulighetene for å utføre videokonsultasjoner uten forstyrrelser (Chen et al., 2021). Ifølge Chen et al. (2021) kan telefonkonsultasjoner være et bedre alternativ til videokonsultasjoner fordi telefon er mer lett tilgjengelig for de fleste. Funn fra studien vår viser at informantene opplevde at både telefon- og videokonsultasjoner var gode verktøy å jobbe med under covid-19 pandemien. Informantene begrunnet det med at de fikk fulgt opp flere kvinner og hadde bedre tid til samtaler.

Funn fra studien vår viser også at telefon- og videokonsultasjoner bidro til å opprettholde kontinuitet i arbeidet med kvinnene under pandemien. På den måten bidro informantene til en svangerskap- og barselomsorg basert på kontinuitet (Helsedirektoratet, 2021a; Helsedirektoratet, 2014). På en annen side viser funn i studien at kontinuiteten i arbeidet med kvinnene var redusert under pandemien på grunn av at hjemmebesøk var nedprioritert. Dette funnet kan sees i sammenheng med studien til Aaserud, Tveiten og Gjerlaug (2016) som fant at kommunejordmødre kan bidra til en opplevelse av kontinuitet ved å ha jevnlig kontakt med kvinnene gjennom svangerskapet og frem til hjemmebesøket. Når hjemmebesøk nedprioriteres, blir det vanskelig å opprettholde denne jevnlike kontakten med kvinnene.

Det å nedprioritere hjemmebesøk strider imot Helsedirektoratets anbefaling om å opprettholde normal drift for helsetjenester som tilbys gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien (Helsedirektoratet, 2021b). Normal drift innebærer blant annet hjemmebesøk etter fødsel, og hjemmebesøk er et av flere tiltak for å forebygge barseldepresjon (Helsedirektoratet, 2009; Helsedirektoratet, 2014). Dette blir underbygd i studien til Dennis og Downswell (2013) som fant at hjemmebesøk er en effektiv måte for å forebygge barseldepresjon. Ved å opprettholde kontinuitet kan jordmødrene imøtekomme kvinnenens individuelle behov på bakgrunn av den kjente relasjonen mellom jordmor og kvinnen, og jordmors kompetanse (Aaserud et al., 2016). I et salutogent perspektiv er kontinuitet en motstandsressurs som kan hjelpe mennesker å se verden som forståelig. Ved å forstå verden som den er, kan det hjelpe mennesker å oppnå en sterk SOC (Antonovsky, 1987, s. 39-40, 50). Ut ifra dette perspektivet kan det forstås som at jordmor kan hjelpe kvinnene til å oppnå denne forståelsen ved å sørge for kontinuitet i svangerskaps- og barselomsorgen under covid-19 pandemien.

Funn fra studien vår viser også at informantene etter samtykke fra kvinnen, samarbeidet med helsesykepleiere dersom kvinnen var i risikozonen for å utvikle depresjon. Dette er i samsvar med nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen som anbefaler samarbeid med blant annet helsesykepleier når kvinnen har symptomer på depresjon (Helsedirektoratet, 2021a). Ifølge Glavin (2019, s. 24) kan helsesykepleiere også gjennomføre støttesamtaler. Forskning har vist at kvinner som mottar støtte fra helsesykepleiere kan ha en positiv effekt på å forebygge barseldepresjon (Morrell et al., 2009; Slade et al., 2010).

Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen anbefaler også samarbeid med kvinnens fastlege dersom kvinnen har eller har hatt alvorlig eller tilbakevendende depresjon (Helsedirektoratet, 2021a). Funn fra vår studie viser at informantene samarbeidet med kvinnenes fastlege når de hadde kvinner som var i risikozonen for å utvikle depresjon. Dette samarbeidet ble dårligere under covid-19 pandemien som følge av at fastlegene hadde endel hjemmekontor, det var vanskelig å få time og det var vanskelig å oppnå kontakt. Dette kan også sees i sammenheng med det Renfrew et al. (2020b) hevder om helsetjenester som blir redusert på grunn av økt stress.

I studien vår ble det også funnet at noen informanter samarbeidet med psykologer i situasjoner der de hadde behov for veiledning og råd i forhold til hvordan de best kunne hjelpe kvinnene. Et slikt tverrfaglig samarbeid er i samsvar med retningslinjene for svangerskapsomsorgen som anbefaler at det fortløpende i svangerskapet skal vurderes om kvinnene har behov for involvering av annen kompetanse eller henvisning (Helsedirektoratet, 2021a).

### **6.1.2 Jordmødrene opplevde at gravide og barselkvinner hadde et større behov for informasjon, støtte og omsorg under covid-19 pandemien**

Funn fra studien viser at informantene erfarte at kvinnene var mer usikre og bekymret i forhold til fødsel og barseltiden under covid-19 pandemien. Ifølge informantene var bekymringene relatert til å måtte være alene under fødselen og på barselavdelingen på sykehuset. Disse bekymringene kan relateres til Helse-Nord sine retningslinjer som begrenser besøkstiden for ledsagere til fødende og barselkvinner under covid-19 pandemien (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2021; Nordlandssykehuset, 2021; Finnmarkssykehuset, 2021; Helgelandssykehuset, 2021). Dette kan sees i sammenheng med funn fra studien til Lebel et al. (2020) som viste blant annet at kvinner var bekymret for å ikke få nødvendig omsorg under fødsel og i barseltiden. Disse bekymringene var i tillegg assosiert med symptomer på depresjon hos gravide under covid-19 pandemien. Retningslinjer setter også begrensninger på partners deltakelse under konsultasjoner hos kommunejordmor (Folkehelseinstituttet, 2020). Dette var også noe informantene erfarte at kvinnene opplevde som vanskelig.

Selv om retningslinjene kan føre til bekymringer hos gravide, er dette nødvendige tiltak som er satt inn for å forebygge smitte av covid-19 (Regjeringen, 2021a). Disse retningslinjene kan

derimot bidra til en begrensning av sosial støtte for gravide og barselkvinner. Det er vist i både tidligere og nyere forskning at sosial støtte har betydning for å forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner. Studien til Lebel et al. (2020) viste blant annet at sosial støtte hos gravide under covid-19 pandemien var assosiert med færre symptomer på depresjon. I tillegg har flere studier vist at mangel på sosial støtte fra partner kan føre til symptomer på depresjon hos gravide og barselkvinner (Stapleton et al., 2012; Cheng et al., 2016; Norhayati et al., 2015). Flere av disse studiene konkluderte med at støtte fra partner kan bidra til å forebygge depresjon blant gravide og øke kvinnens velvære i barseltiden. Det å begrense partners tilstedeværelse under barseltiden strider mot nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten, og retningslinjer for barselomsorgen hvor det presiseres at sosial støtte i barseltiden skal vektlegges fordi dette kan bidra til å forebygge barseldepresjon (Helsedirektoratet, 2009; Helsedirektoratet, 2014).

Funnene fra de nevnte studiene kan sees i sammenheng med funn fra vår studie hvor informantene erfarte at partner var en viktig ressurs for kvinnene under covid-19 pandemien. Informantene vektla å kartlegge grad av støtte fra partner i arbeidet med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon. Det å inkludere partner under pandemien har vært utfordrende for informantene fordi retningslinjene anbefalte å redusere antall mennesker på konsultasjonene under pandemien (Folkehelseinstituttet, 2020). For å inkludere partner under svangerskapskontrollene fortalte flere av informantene at de la til rette for at partner kunne være med på digitale plattformer og fødselsforberedende kurs. Sett ut fra et salutogent perspektiv, kan det forstås som at det å inkludere partner kan hjelpe kvinnen til å oppleve de utfordringene som covid-19 medfører som håndterbare. Ifølge Antonovsky er ektefelle/partner en ressurs, og tilstedeværelse av ektefelle/partner vil kunne hjelpe mennesker å håndtere kravene man blir stilt overfor i stressende situasjoner. En opplevelse av håndterbarhet bidrar til å ikke føle seg som et offer for omstendighetene, men at man heller klarer å håndtere det man møter (Antonovsky, 2012, s. 40). Tidligere forskning har vist at sosial støtte kan gi en sterk SOC, som igjen kan gi bedre livskvalitet og mindre symptombelastning blant personer med psykiske helseproblemer (Langeland, 2009).

Funn fra vår studie viser også at informantene opplevde at kvinnene var mer isolerte og ensomme under covid-19 pandemien. Disse funnene sees i sammenheng med smitteverntiltak som anbefaler sosial distansering og færre nærkontakter (Regjeringen, 2021a). Informantene erfarte at dette var spesielt utfordrende for barselkvinner som opplevde mindre grad av støtte

og avlastning fra andre familiemedlemmer. Studien til Farrell et al. (2020) viste at sosiale restriksjoner under covid-19 pandemien var assosiert med depressive symptomer hos gravide og barselkvinner under pandemien.

I studien vår fant vi også at informantene vektla å kartlegge kvinnenes ressurser i form av egenomsorg og fysisk aktivitet under covid-19 pandemien, i arbeidet med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon. Det å kartlegge kvinnenes egenomsorg kan sees i sammenheng med studien til Folkman og Moskowitz (2000) som trekker frem evnen til å skape positive hendelser i stressende livssituasjoner, som en viktig mestringsmekanisme. Det å kunne planlegge positive hendelser, kan igjen skape øyeblikk med lindring fra stresset. Informantene i studien vår vektla fysisk aktivitet som en ressurs kvinnene kunne dra nytte av under covid-19 pandemien. Dette er i samsvar med nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen som anbefaler gravide å være fysisk aktive fordi dette kan bidra til å forebygge depresjon (Helsedirektoratet, 2021a). Dette kan sees i sammenheng med studien til Lebel et al. (2020) som fant at fysisk aktivitet blant gravide under covid-19 pandemien var assosiert med færre symptomer på depresjon. Det å gi informasjon om egenomsorg er også i samsvar med Glavin (2019, s. 79-80), som anbefaler å gi informasjon om egenomsorg i arbeidet med å forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner.

Funn fra vår studie viser også at informantene erfarte at informasjon om fødsel, barseltid og om sykehusenes rutiner var en viktig del av arbeidet med å styrke og trygge kvinnene under pandemien. Dette kan sees i sammenheng med studien til Farrell et al. (2020) som fant at informasjon fra helsepersonell om pandemien og om forholdsregler under graviditeten, var nyttig for gravide og barselkvinner som opplevde symptomer på depresjon under covid-19 pandemien. I tillegg viser funn fra vår studie at fødselsforberedende samtale var noe informantene mente var viktig i arbeidet med å forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner. Disse funnene er i samsvar med nasjonale anbefalinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helsedirektoratet, 2009) relatert til svangerskapsomsorgen, hvor det påpekes at fødselsforberedende kurs er en viktig del av det forebyggende helsearbeid. I tillegg er det å gi kunnskapsbasert informasjon i samsvar med nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Hensikten med informasjon er å styrke kvinnenes autonomi og mestring av morsrollen (Helsedirektoratet, 2021a).

Funn fra vår studie viser at partner ble inkludert hos alle informantene i den fødselsforberedende samtalen. På den måten hadde partner en bedre forutsetning for å bidra som en viktig ressurs for kvinnen under fødsel og barseltid. Dette kan sees i sammenheng med studien til Haga et al. (2012) som konkluderte med at partner bør være til stede under svangerskapskonsultasjonene for å kunne bidra med til en åpen diskusjon om hvordan de på best mulig måte kan støtte hverandre under svangerskapet og i barseltiden. Videre konkluderte de med at dette kan bidra til å forebygge depresjon hos førstegangsfødende.

Informasjon om psykiske reaksjoner, følelser og hormonelle endringer både i svangerskapet og i barseltiden, var noe informantene vektla i arbeidet med å forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner. Dette er i samsvar med Glavin (2019, s. 73-74) som anbefaler at man gir informasjon til både kvinnen og hennes partner om disse temaene. Dette vil ifølge Glavin (2019, s. 73-74) være med å forebygge depresjon blant gravide og barselkvinner. Ut ifra et salutogent perspektiv kan det forstås som at informasjon som jordmødrene gir gravide og barselkvinner, kan gi kvinnene en følelse av at situasjonen med covid-19 pandemien og retningslinjer er begripelig. Ifølge Antonovsky kan nemlig kunnskap og kognitiv forståelse hjelpe mennesker å oppleve ytre stressfaktorer som begripelig (Antonovsky, 2012, s. 39, 150). Dette kan dermed hjelpe kvinnene til å «omdanne kaos til orden», og hjelpe de til å ta bevisste valg, som igjen kan gi de en sterk SOC. Uten denne forståelsen kan mennesker gi opp å forstå stressfaktorer og dermed gjøre mindre effektive forsøk på å mestre situasjonen (Antonovsky, 2012, s. 150). Dette kan sees i sammenheng med studien til Hibino et al. (2009) som fant at en sterk SOC kan ha en reduserende effekt på stress hos gravide i stressende livssituasjoner.

Sett i en større sammenheng kan det forstås som at sosial støtte, informasjon og egenomsorg kan gi kvinnene en følelse av at de har nok ressurser til å håndtere usikkerheten og kravene som covid-19 pandemien medfører. Dersom kvinnen klarer å oppleve pandemien som begripelig, håndterbar og meningsfull vil det kunne gi kvinnen en sterk SOC i de utfordringene pandemien medfører, og dermed opplevelse av god helse (Antonovsky, 2012, s. 38-42). I et salutogent perspektiv kan disse ressursene forstås som generelle motstandsressurser fordi de gir styrke til å bekjempe ulike stressfaktorer (Antonovsky, 2012, s. 16). Ifølge Antonovsky vil en sterk SOC påvirke fysiologiske prosesser i kroppen og på den måten påvirke menneskers helsetilstand (Antonovsky, 2012, s. 163). Dette kan sees i sammenheng med studien til Eriksson og Lindström (2006) som fant at en sterk SOC kan beskytte mot depresjon og styrke motstandsdyktigheten og livskvaliteten hos mennesker. En annen studie

har også vist at en sterk SOC skaper lettere bånd mellom mor og barnet (Perez-Botella et al., 2014). Dette er viktig fordi studier har vist at depressive symptomer både i svangerskapet og i barseltiden kan ha negativ innvirkning på mors tilknytning til fosteret og barnet (Dubber et al., 2014; Hakanen et al., 2019). Modellen om salutogenese kan også sees i sammenheng med studien til Folkman og Moskowitz (2000) som fant at ved å ta i bruk ulike mestringsmekanismer under stressende livssituasjoner, kan det skape positive følelser. Dette innebærer en positiv omvurdering av situasjonen der det fokuseres på det gode i det som skjer, kunne se mulighet for egen vekst og se hvordan egen innsats kan være til nytte for andre (Folkman & Moskowitz, 2000)

### **6.1.3 Jordmødrene opplevde utfordringer med å få innsikt i kvinnes psykiske helse under covid-19 pandemien**

Kartlegging og utredning av kvinnes psykiske helse på et tidlig tidspunkt, anbefales av Helsedirektoratet (2021a). Da flere studier har vist at gravide og barselkvinner er utsatt for å utvikle depresjon under covid-19 pandemien (Lebel et al., 2020; Farrell et al., 2020; Ceulemans et al., 2021), er kommunejordmødres arbeidet med å få innsikt i kvinnes psykiske helse en viktig del av det helsefremmende og forebyggende arbeidet under pandemien.

Funn fra vår studie viser at informantene la vekt på å få innsikt i kvinnes psykiske helse i arbeidet med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon. Dette kan sees i sammenheng med studien til Ceulemans et al. (2021) som fremhever viktigheten av å overvåke perinatal helse under pandemier i arbeidet med å beskytte mor og barns psykiske helse. Det kommer også frem anbefalinger i studien til Farrell et al. (2020) om å vurdere å innføre rutinemessige undersøkelser av psykisk helse hos gravide under store helsekriser. Disse studiene er også i samsvar med studien til Wu et al. (2020) som anbefaler å prioritere og screene kvinner for barseldepresjon under covid-19 pandemien.

Kartlegging av psykisk helse er en del av kommunejordmødres arbeid med å forebygge depresjon og fremme psykisk helse (Helsedirektoratet, 2021a). Dette er i samsvar med nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og sekundærhelsetjenesten, som anbefaler rutinemessig identifisering av depresjon i svangerskap og fødsel som en del av arbeidet med å forebygge depresjon (Helsedirektoratet, 2009). Utover det er det i retningslinjene ikke anbefalinger eller presiseringer om hvilke

rutiner jordmortjenesten skal ha for å identifisere depresjon i svangerskap og barseltiden. Studien til Wu et al. (2020), Farrell et al. (2020) og Ceulemans et al. (2021) presiserer viktigheten av å få innsikt i kvinnes psykiske helse under covid-19 pandemien. I disse studiene er det heller ikke anbefalinger om hvilken type verktøy eller rutiner man kan bruke for å identifisere kvinnes psykiske helse under pandemien.

Funn fra vår studie viser at alle informantene hadde rutiner for å kartlegge den psykiske helsen til gravide og barselkvinner under pandemien, men hvordan de kartla den psykiske helsen varierte. Et fåtall av informantene i vår studie benyttet seg av EPDS som screeningverktøy for å kartlegge kvinnes psykiske helse, mens resten av informantene spurte kvinnene direkte om hvordan de hadde det psykisk. Det å stille kvinnene spørsmål direkte om deres psykiske helse er i samsvar med nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2021a). Det finnes få studier som viser at dette er en god tilnæringsmåte for å identifisere depresjon. En slik tilnæringsmåte kan sees i sammenheng med retningslinjene til National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i United Kingdom, som anbefaler at gravide og barselkvinner ved første konsultasjon hos jordmor skal få spørsmål som kan identifisere symptomer på depresjon. NICE anbefaler å stille spørsmål som “har du i løpet av de siste månedene følt deg nedstemt, deprimert eller håpløs?”, og “har du i løpet av de siste månedene hatt liten interesse eller glede i å gjøre ting?”. NICE anbefaler videre å gjennomføre blant annet EPDS når det er mistanke om depresjon (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). En peer review studie fant at ved å stille direkte spørsmål som kan identifisere symptomer på depresjon, kan man redusere risikoen for falske positive svar og minimere falske negative svar hos kvinnene (Myers et al., 2013).

EPDS er et av de vanligste kartleggingsverktøyene for å identifisere symptomer på barseldepresjon (Helsedirektoratet, 2014). En systematisk oversikt som inkluderte seks studier, fant at screening ved bruk av EPDS identifiserte 93 % av barselkvinnene som hadde en klinisk depresjon. I den systematiske oversikten ble det også funnet at barselkvinner med symptomer på depresjon fire til seks måneder etter fødsel, reduseres med fra 10 til 6 prosent ved bruk av screeningprogram i barseltiden. Oversikten fant heller ingen ulemper eller uønskede effekter for mor, barn eller familien ved bruk av screening (Larun, Fønhus, Håvelsrud, Brurberg & Reinart, 2013). En nyere studie fant også at bruk av EPDS gjorde at man identifiserte flere kvinner med barseldepresjon (Van der Zee-van den Berg et al., 2017).



Derimot mener Harris (2016) at rutinescreening for depresjon i svangerskap og barseltid potensielt kan være skadelig, fordi noen kvinner kan bli feilaktig diagnostisert deprimert når de ikke er det. Selv om det finnes studier som viser at EPDS har god nytteverdi i arbeidet med å identifisere barselkvinner med depresjon, anbefaler likevel ikke nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen bruk av EPDS-screening i barseltiden. Retningslinjene begrunner dette med at det fortsatt er nødvendig med mer kunnskap om effekten av bruk av EPDS og alternative oppfølgingsmetoder (Helsedirektoratet, 2014).

Funn fra studien vår viser at en god relasjon mellom jordmor og kvinnen var viktig for at kvinnen skulle åpne seg opp og snakke om sin psykiske helse. Antonovsky sin modell om salutogenese viser at mellommenneskelige relasjoner er et av fire hovedområdene i livet som man er avhengig av for å ha en SOC (Antonovsky, 2012, s. 45). I vår studie kommer det frem at åpenhet rundt psykisk helse fordrer tillit og en god relasjon mellom jordmor og kvinnen. For at kvinnen skal få en trygg relasjon til jordmor, krever det at kvinnen følges opp av minst en person. Dette vil gjøre det lettere for kvinnen å snakke om sensitive temaer (Helsedirektoratet, 2021a). Ifølge Higgins et al. (2018) kan manglende kontinuitet i relasjonen mellom jordmor og kvinnen være et hinder i å samtale om psykisk helse. Studien til Higgins et al. (2018) kan sees i sammenheng med studien til Dahlberg og Aune (2013) som fant at kontinuitet er viktig for å skape tillit og gjensidighet i relasjonen mellom jordmor og kvinnen.

Ut ifra et salutogent perspektiv kan det forstås slik at en god mellommenneskelig relasjon mellom jordmor og kvinnen, kan hjelpe kvinnen til å åpne seg opp og fortelle om psykiske utfordringer. Dermed kan jordmor gi kvinnen emosjonell og psykologisk støtte gjennom svangerskapet og barselperioden (International Confederation of Midwives, 2014; World Health Organization, 2016). Dette kan igjen, ut ifra et salutogent perspektiv, hjelpe kvinnen til å oppnå en sterk SOC og dermed bevare god helse. Relasjoner til mennesker som en er trygg på og stoler på, kan bidra til en opplevelse av å ha tilstrekkelig med ressurser til å finne løsninger, og bidra til å styrke SOC (Antonovsky, 2012, s. 40). På en annen side viser funn fra studien vår at smittevernregler som vasking mellom hver konsultasjon, bruk av munnbind og telefonkonsultasjoner, var faktorer som kunne påvirke relasjonsbyggingen mellom jordmor og kvinnene og kartlegging av den psykiske helsen under covid-19 pandemien.

I arbeidet med å kartlegge psykisk helse, skape et tillitsforhold og en god relasjon, viser funn

fra vår studie at tid spiller inn som en viktig faktor. I kontrast til dette funnet, ble det under covid-19 pandemien satt inn nye tiltak og retningslinjer som førte til at informantene i studien opplevde å ha mindre tid til konsultasjonene. Årsaken til dette kan ses i sammenheng med Folkehelseinstituttets smittevernråd mot covid-19 i helsestasjonstjenesten, som medførte blant annet å utføre rengjøring av utstyr mellom hver konsultasjon (Folkehelseinstituttet, 2020). Funnet fra vår studie viser at dette smitteverntiltaket resulterte i at informantene hadde mindre tid til overs til å snakke om psykisk helse med kvinnene. Våre funn er i overensstemmelse med en annen studie som fant at økt arbeidsmengde skapte for lite tid for jordmor til å samtale om psykisk helse med kvinnene (Higgins et al., 2018). Dette resulterte i at smitteverntiltakene utfordret informantene i å følge nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen som presiserer at jordmødrene skal legge til rette for at kvinnene kan snakke om hvordan de har det (Helsedirektoratet, 2021a). På den måten ble identifisering av gravide med risiko for depresjon utfordret med tanke på anbefalingen fra nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen, der gravide skal få spørsmål om de tidligere eller nå opplever nedstemthet, depresjon eller andre psykiske problemer (Helsedirektoratet, 2021a).

I et helsefremmende arbeid trekker Hansson og Cederblad (2004) frem tydelig og støttende kommunikasjon som viktig, fordi positive og håpefulle forventninger om fremtiden er viktige motstandsressurser. Vår studie viser at bruk av munnbind under konsultasjonene skapte utfordringer i kommunikasjon og samhandling mellom flere av informantene og kvinnene. I helsestasjonstjenesten anbefales bruk av munnbind og annet beskyttelsesutstyr når helsepersonell er i kontakt med personer som har mistenkt eller bekreftet covid-19 (Folkehelseinstituttet, 2020).

Jordmor i svangerskapsomsorgen skal tilrettelegge for at kvinnene skal kunne snakke om hvordan de har det (Helsedirektoratet, 2021a). I vår studie ble det funnet at samtale om psykisk helse også ble utført over telefon under pandemien. Chen et al. (2021) hevder at det ved bruk av telefon vil mistes en del informasjon sammenlignet ved videokonsultasjoner som blant annet kroppsspråk. Det er i overensstemmelse med vår studie som fant at informantene opplevde utfordringer ved bruk av telefonkonsultasjoner relatert til psykisk helse, fordi de ikke kunne se kvinnens kroppsspråk eller følelsesuttrykk.

Ifølge den salutogene teorien kan en sterk SOC hos kvinnene gjøre det lettere for kvinnene å åpne seg opp og uttrykke følelsene sine, og dermed legge til rette for de å håndtere følelsene

sine. Å undertrykke følelser er ikke helsefremmende. Ved at negative følelser forblir akutte, smertefulle og overveldende, vil de dominere tilværelsen og hindre innpass for andre følelser. På den måten kan spenning føre til stress og stress til sykdom (Antonovsky, 2012, s. 160). Ved å hjelpe kvinnene til å forstå sine følelser kan man uti fra et salutogent perspektiv oppleve meningsfullhet som igjen kan gi en sterk SOC. Dette kan hjelpe kvinnene til å engasjere seg i problemer og krav som oppstår i livet og møte dette med pågangsmot (Antonovsky, 2012, s. 41). I lys av den salutogene teorien ses viktigheten av å få innsikt i kvinners psykiske helse for å skape rom for samtale, forståelse, støtte og hjelp. Konsekvensene av å overholde grunnleggende smitteverntiltak i svangerskaps- og barselomsorgen, var at informantenes mulighet til å identifisere og få innsikt i kvinnenes psykiske helse ble redusert.

## **6.2 Diskusjon av studiens kvalitet**

I dette kapittelet blir studiens kvalitet vurdert ut ifra validitet, relevans og refleksivitet. Disse tre begrepene er ifølge Malterud (2018, s. 221) sentrale kvalitetskriterier i kvalitativ forskning.

### **6.2.1 Validitet og relevans**

Begrepet validitet deles inn i intern og ekstern validitet. Intern validitet går ut på å «stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet» (Malterud, 2018, s. 192), mens ekstern validitet handler om hvilken overførbarhet funnene fra studien har utover den konteksten studien ble gjennomført i (Malterud, 2018, s. 23). Det er tatt stilling til intern og ekstern validitet i dette kapittelet. Det første spørsmålet som blir vurdert er kunnskapens gyldighet, deretter vurderer vi hvilken rekkevidde og overførbarhet resultatene har (Malterud, 2018, s. 23).

#### **6.2.1.1 Intern validitet**

Relevans er et sentralt begrep når vi skal vurdere studiens gyldighet. For å vurdere studiens gyldighet har vi derfor stilt spørsmål om relevans gjennom alle ledd i forskningsprosessen. For å ivareta studiens gyldighet har vi gjennomgående i hele forskningsprosessen stilt spørsmål om hva våre resultater gir gyldig kunnskap om. Vi har stilt spørsmål om relevans til formulering av forskningsspørsmålet, utvalget, datainnsamlingen, teoretisk rammeverk, analysemetoden og presentasjonsformen (Malterud, 2018, s. 192).

### **Forskningsspørsmål**

I forhold til forskningsspørsmålet har vi stilt spørsmålet “var det dette vi ønsket å få svar

på?”. Dette har gjort at vi har endret på forskningsspørsmålet et par ganger for å få et spørsmål som er velformulert og spisset opp imot det vi ønsket å få svar på (Malterud, 2018, s. 192). Til slutt formulerte vi forskningsspørsmålet: “Hvilke erfaringer har kommunejordmødre med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien?”.

### **Utvalg**

For å få et materiale som best mulig kunne gi svar på forskningsspørsmålet, gjorde vi et strategisk utvalg. I forkant av utvalgs- og rekrutteringsarbeidet stilte vi oss spørsmålet “hvem kan gi oss det empiriske datamaterialet som danner best grunnlag for nye tolkninger og ny kunnskap om det vi ønsker å studere?” (Malterud, 2018, s. 58). Ut ifra det kom vi frem til at kommunejordmødre som jobber og har jobbet i svangerskaps- og barselomsorgen under covid-19 pandemien kunne gi oss dette materialet. Vi begrenset utvalget til Nord-Norge på grunn av oppgavens omfang, og vi ble anbefalt av jordmorutdanningen ved UiT å rekruttere fem til syv jordmødre. I tillegg ville det blitt vanskelig å møte informantene fra et større geografisk område hvis intervjuene skulle foregått fysisk. På grunn av covid-19 situasjonen ble reisevirksomhet i denne perioden vanskelig. På en annen side ville et utvalg bestående av kommunejordmødre fra både Nord- Midt- og Sør-Norge kunne beriket datamaterialet ytterligere med å vise nyanser, likheter og ulikheter mellom forskjellige kommuner i landet relatert til forskningsspørsmålet. Det var ikke lagt til eksklusjonskriterier blant informantene fordi vi ønsket et godt mangfold i utvalget blant kommunejordmødrene (Malterud, 2018, s. 59). Det er en svakhet ved studien at bare det ene kjønnet er representert, men jordmoryrket i Norge er for det meste representert av kvinner. I studien blir informantene sett på som en enhetlig gruppe, og ikke kategorisert etter relevante faktorer som for eksempel antall år i jordmoryrket. Dette kan også ha medført en svakhet ved studien.

### **Datainnsamling**

For å sikre at informantene var klar over hva vi ønsket å få innsikt i og kunnskap om, sendte vi ut et informasjonsskriv med informasjon om studiens tema og hensikt (Malterud, 2018, s. 134). Vi gjennomførte semistrukturerte individualintervjuer fordi denne intervjuformen er egnet når temaet kan bringe frem sensitivt innhold (Malterud, 2018, s. 133). Studiens tema kunne bringe frem blant annet pasienthistorier eller situasjoner som hadde vært vanskelige for kommunejordmødrene under covid-19 pandemien. Derfor er individualintervjuer velegnet når informantene skal føle seg trygge til å dele sine erfaringer (Malterud, 2018, s. 133). Ifølge

Malterud (2018, s. 69-70) er forutsetningen for å få relevant og innholdsrikt datamateriale, at informantene føler seg trygge. En annen forutsetning er også at informantene ikke har svarene klare på forhånd (Malterud, 2018, s. 70). I forkant av intervjuene fikk en av informantene tilgang på intervjuguiden etter ønske fra informanten. Dette kan ha påvirket svarene vi fikk av informanten under intervjuet.

Vår faglige rolle som jordmorstudenter og det faglige perspektivet det innebærer, kan ha betydning for forskningsprosjektet både positivt og negativt. I møte med informantene kan vår faglige rolle og vår feltkunnskap potensielt bidra til å lettere skape tillit og gjensidig forståelse til informantene, en oppfattelse av å være i "samme båt". Det er sannsynlig at dette kan bidra til at informantene lettere åpner seg opp, og kan komme med mer ærlige refleksjoner og fortellinger. Samtidig kan vår faglige bakgrunn begrense horisonten vår ved å ikke åpne opp for nye perspektiver og det vi er vant til å se fra tidligere. Informantene kan også hindres i å komme med erfaringer som av strategiske årsaker blir holdt tilbake, eller som de tenker vi ikke er opptatt av å finne ut mer om, og dermed svarer for å spille en sosial rolle i samhandling med forskeren i stedet for å fritt fortelle fra egne erfaringer (Malterud, 2018, s. 45, 70, 75, 136, 155, 212).

Forholdet mellom oss som jordmorstudenter og forskere, og informantene var også preget av å forske på egen fremtidig yrkesgruppe. Dette kunne skape noen utfordringer med tanke på lojalitet til faget og informantene. For å utøve ansvarlig forskningsetikk må forskere i slike situasjoner bruke skjønn. Funn som stiller en eller flere informanter i dårlig lys, som for eksempel ureflekterte rutiner og tradisjoner kan lett forsvares med forskerens frihet.

Formidling av slike funn er da sjeldent i samsvar med det informerte samtykket. På en annen side kan nye funn være motivasjon og inspirasjon til å endre praksis til beste for de som for eksempel mottar helsetjenester i svangerskaps- og barselomsorgen. Samtidig har det vært viktig å huske på at kvalitativ forskning handler om gjensidig tillit. Å åpne seg opp og fortelle om egne erfaringer fra praksis, krever mye tillit (Malterud, 2018, s. 216-217).

### **Teoretiske perspektiver**

Ved å bruke salutogenesen som teoretisk rammeverk har det hjulpet oss å forstå datamaterialet i en større sammenheng. Det har med andre ord hjulpet oss å forstå hvordan kommunejordmødrene jobber med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinne under covid-19 pandemien.

## **Analysemetode**

Analysen har vært preget av en iterativ prosess, som vil si at vi har beveget oss frem og tilbake mellom de fire analysetrinnene i systematisk tekstkondensering. Ved å jobbe iterativt har det gitt oss mulighet til å se nye mønstre og nye tolkninger av datamaterialet (Malterud, 2018, s. 113).

Under analysearbeidet av datamaterialet gjorde vi analysetrinn to til fire sammen. Dette kan ifølge Malterud (2018, s. 100, 106, 195) være en fordel da flere perspektiver kan fange opp forskjellige nyanser av fenomenene vi studerer. I tillegg hevder Malterud (2018, s. 194) at sannsynligheten for at et funn skal oppfattes som gyldig, styrkes når flere er enige i konklusjonene som fremstilles. Etter analysens fjerde trinn vurderte vi datamaterialet opp mot foreliggende empiri og teori. Vi gjorde et nytt litteratursøk for å se om tilsvarende beskrivelser fra analyseprosessen allerede var presentert av andre (Malterud, 2018, s. 111). Etter litteratursøket fant vi ut at det foreløpig ikke var noe forskning eller annen litteratur å finne om det fenomenet vi har studert.

Underveis i intervjuene ble det stilt oppklarende spørsmål for å få en felles forståelse mellom intervjuer og informant. På den måten styrket vi intersubjektiviteten mellom deltaker og forsker, og deretter mellom forsker og leser (Malterud, 2018, s. 193). Det ble ikke gjennomført deltakersjekk i form av å sende utskrift av intervjuet eller utkast av resultatavsnittet til informantene for gjennomgang og godkjenning. Dette ble ikke prioritert på grunn oppgavens tidsbegrensning. Deltakersjekk kunne vært med å oppklare flere uklarheter ved intervjuene. På en annen side trenger ikke teksten å bli mer «sann» om informantene har rettet opp teksten (Malterud, 2018, s. 193).

## **Presentasjon av resultater**

For å styrke studiens gyldighet har vi forsøkt å presentere forskningsprosessen og resultatene av studien på en oversiktlig måte slik at det er lett for leseren å forstå hvordan vi har kommet frem til resultatene og konklusjonene som er gjort. Ifølge Malterud (2018, s. 196) vil forskerens evne til å formidle forskningsprosessen og forskningsresultatene, påvirke kunnskapens gyldighet. For å vurdere om forskningsprosessen og resultatene er forståelig presentert, har vi fått veileder, medstudenter og korrekturlesere til å gå gjennom oppgaveteksten og gi tilbakemeldinger. Vi har endret på teksten der det har vært nødvendig slik at den har blitt mer forståelig for andre. Vi har også reflektert over formidling av funnene

for å unngå å sette informantene i et dårlig lys. Det handler om å arbeide i samsvar med det informerte samtykket, og utøve en ansvarlig forskningsetikk (Malterud, 2018, s. 216).

I tillegg har vi vurdert om våre funn gir relevante svar på forskningsspørsmålet. Ut ifra vårt synspunkt mener vi at funnene gir svar på hvilke erfaringer kommunejordmødre i studien hadde med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon under covid-19 pandemien. Her kommer det frem utfordringer disse kommunejordmødrene hadde med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon under pandemien. Resultatene fra denne studien mener vi kan være med å øke kunnskapen og videreutvikle jordmorfagets kliniske praksis nå og under fremtidige pandemier.

#### **6.2.1.2 Ekstern validitet**

Ekstern validitet (overførbarhet) sier noe om i hvilken grad resultatene fra studien gir ny kunnskap som andre kan bruke i andre sammenhenger enn der studien ble gjennomført. Studiens utvalg er med på å bestemme i hvilken grad studien er overførbar til andre sammenhenger (Malterud, 2018, s. 66). I denne studien la vi vekt på et mangfoldig utvalg fordi dette kunne bidra til god informasjonsstyrke og dermed øke muligheten for at resultatene kan brukes i andre sammenhenger (Malterud, 2018, s. 59). Resultatene av studien kan til en viss grad overføres til andre kommunejordmortjenester enn der hvor studien ble gjennomført. Det kan tenkes at andre kommunejordmødre i andre kommuner i Norge kan relatere seg til funnene som er gjort i studien, da hele Norge er rammet av covid-19 pandemien. På en annen side kan det tenkes at resultatene ikke er like overførbare til kommuner med lite smittetrykk. Selv om noen kommunejordmortjenester kanskje ikke kan relatere seg til funnene i denne studien, kan funnene fra studien gi kommunejordmødre et innblikk i hvordan kommunejordmødre i denne studien i Nord-Norge har jobbet med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon under covid-19 pandemien, og bruke denne kunnskapen ved lokale smitteutbrudd av covid-19 eller ved fremtidige pandemier.

#### **6.2.2 Refleksivitet**

Helt fra starten av studien var det viktig å inneha en refleksiv holdning slik at vi kunne utføre en analytisk fortolkning av de empiriske data vi fant. Gjennom hele forskningsprosessen har det derfor vært nødvendig å være bevisst vår forforståelse, slik at vi har arbeidet med studien med et åpent sinn der det er gjort plass til både ettertanke, tvil og uventede konklusjoner. Det er tatt høyde for at svarene vi fikk fra informantene ikke alltid samsvarte med det vi forventet oss ved utarbeidelsen av intervjuguiden (Malterud, 2018, s. 19).

I all forskning, og særlig i kvalitative studier, vil forskerens egen person påvirke både forskningsprosessen og forskningsresultatene på ulike måter. Om forskeren selv er for synlig til stede i materialet, vil kunnskapens gyldighet og pålitelighet kunne bli begrenset. Vi har derfor vært oppmerksomme på eget engasjement rundt forskningsteamet, slik at data ikke har fungert som påskudd for å bekrefte eller hevde egne meninger. Et forebyggende tiltak var at vi har arbeidet i en forskergruppe på to, slik at vi har blitt mer bevisst egen tilstedeværelse i forskningen og vi har søkt råd hos hverandre (Malterud, 2018, s. 41-42). Et annet forebyggende tiltak var å avklare vår forforståelse på forhånd, slik at den ikke overdøvet budskapet fra det empiriske datamaterialet (Malterud, 2018, s. 45). For å hindre at vår forforståelse dominerte resultatene, lette vi etter funn som konfronterte våre egne forestillinger og posisjoner (Malterud, 2018, s. 19).



## Konklusjon

I studien vår fant vi ulike erfaringer hos kommunejordmødre i arbeidet med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien.

Kommunejordmødrene i studien erfarte ulike utfordringer knyttet til oppfølging av kvinnene under covid-19 pandemien. Under pandemien ble det funnet at disse jordmødrene opplevde et redusert tverrfaglig samarbeid og tverrfaglig tilbud, noe som igjen førte til at disse jordmødrene fulgte opp flere kvinner selv med ekstrakonsultasjoner, støttesamtaler og telefonkontakt. Dette medførte økt arbeidsbelastning for kommunejordmødrene. Som smittereduserende tiltak ble digitale konsultasjoner tatt i bruk. Dette var gode verktøy for tidsbesparelse, oppfølging og kontinuitet. På en annen side ble kontinuitet i omsorgen redusert da hjemmebesøk ble nedprioritert under pandemien.

Som følge av begrensning på partners deltagelse ved svangerskapskonsultasjoner, fødsel og barseltid under covid-19 pandemien, erfarte kommunejordmødrene i studien en økende bekymring og uro blant kvinnene. I arbeidet med å styrke og trygge kvinnene var informasjon et viktig tiltak. Da kommunejordmødrene opplevde partner som en viktig ressurs for kvinnene, la de til rette for at partner kunne delta på konsultasjoner via digitale plattformer og fødselsforberedende samtaler.

Covid-19 pandemien medførte at kommunejordmødrene i studien erfarte at kvinnene ble mer isolert og ensomme. Dette førte til at disse kommunejordmødrene i større grad la vekt på egenomsorg i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Her ble fysisk aktivitet trukket frem som en viktig ressurs. I arbeidet med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon viser funn fra studien at jordmødrene la vekt på åpenhet rundt psykiske helse og kartlegging av kvinnes ressurser.

Kommunejordmødrene prioriterte å få innsikt i og kartlegge kvinnes psykiske helse som en del av arbeidet med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon under pandemien. I studien kom det frem at flesteparten av jordmødrene spurte kvinnene direkte hvordan de hadde det psykisk, mens et fåtall av jordmødrene benyttet seg av EPDS som screeningsverktøy for å få innsikt i kvinnes psykiske helse. Jordmødrene fremmet betydningen av å bygge gode relasjoner med kvinnene, noe de mente fremmet kvinnes mulighet til å være åpen og ærlig i kommunikasjon. Smittevernstiltak som rengjøring, bruk av

munntind og redusert tid i konsultasjonene, skapte begrensninger i arbeidet med å skape en god relasjon og dermed også vanskeliggjorde kartleggingen av kvinnens psykiske helse.

### **Implikasjoner for praksis**

I denne studien kom det frem ulike erfaringer i en ny og annerledes livssituasjon, hvor både utfordringer og tilpasninger var en del av arbeidshverdagen til kommunejordmødrene. Studien gir interessante og viktige funn som kan bidra til økt oppmerksomhet for å styrke svangerskaps- og barselomsorgen under covid-19 pandemien, og ved fremtidige pandemier. Et salutogent perspektiv kan bidra til å forstå kommunejordmødrenes erfaringer og til å utvikle kunnskap knyttet til vårt forskningsspørsmål. I tillegg har også tidligere og nyere forskning bidratt til å få innsikt i kommunejordmødrenes erfaringer og til å utvikle kunnskap som kan ha relevans for klinisk praksis.

### **Videre forskning**

Ut ifra våre funn kan det være aktuelt og interessant å utføre en større studie som inkluderer et større utvalg med kommunejordmødre fra hele Norge. Det kan gi et større bilde på hvordan kommunejordmødre har erfart å ivareta kvinnes psykiske helse under covid-19 pandemien. Det vil også være interessant å undersøke hvilke erfaringer gravide og barselkvinner har med hvordan deres psykiske helse har blitt fulgt opp og ivaretatt under covid-19 pandemien. En slik studie kan bidra til et større fokus på temaet og forbedre svangerskaps- og barselomsorgen under pandemier.

## Referanseliste

- Aaserud, T. G., Tveiten, S. & Gjerlaug, A. K. (2016). Home visits by midwives in the early postnatal period. *Sykepleien forskning*.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59215en>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Allotey, J., Stallings, E., Bonet, M., Yap, M., Chatterjee, S., Kew, T., . . . Thangaratinam, S. (2020). Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: Living systematic review and meta-analysis. *The BMJ*, 2020(370), m3320-m3320. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3320>
- Aune, I. & Kolset, S. (2017). Svangerskapsomsorg. I Brunstad, A. & Tegnander, E. (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2 utg., s. 272-287). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Becker, M., Weinberger, T., Chandy, A. & Schumkler, S. (2016). Depression during pregnancy and postpartum. *Current Psychiatry Reports*, 18(3), 1-9.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-016-0664-7>
- Ceulemans, M., Foulon, V., Ngo, E., Panchaud, A., Winterfeld, U., Pomar, L., . . . Nordeng, H. (2021). Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 1-11. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/aogs.14092>
- Chen, H., Selix, N. & Nosek, M. (2021). Perinatal anxiety and depression during COVID-19. *Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 26-31.  
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.09.014>
- Cheng, E. R., Rifas-Shiman, S. L., Perkins, M. E., Rich-Edwards, J. W., Gillman, M. W., Wright, R. & Taveras, E. M. (2016). The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes. *Journal of Women's Health*, 25(7), 672-679. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1089/jwh.2015.5462>

- Ciesielski, T. H., Marsit, C. J. & Williams, S. M. (2015). Maternal psychiatric disease and epigenetic evidence suggest a common biology for poor fetal growth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(192), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0627-8>
- Dahlberg, U. & Aune, I. (2013). The woman's birth experience: The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29(4), 407-415. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
- Davalos, D. B., Yadon, C. A. & Tregellas, H. C. (2012). Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: A review. *Archives of Women's Mental Health*, 15(1), 1-14. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0251-1>
- Dennis, C. L. & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Library*, 2013(2), 1-159. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- Dubber, S., Reck, C., Müller, M. & Gawlik, S. (2014). Postpartum bonding: The role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 18(2015), 187-195. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0445-4>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiol Community Health*, 60(5), 376-381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Farrell, T., Reagu, S., Mohan, S., Elmidany, R., Qaddoura, F., Ahmed, E. E., ... Alabdulla, M. A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the perinatal mental health of women. *Journal of perinatal medicine*, 48(9), 971- 976. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1515/jpm-2020-0415>
- Finnmarkssykehuset. (2021, 05. februar). Informasjon til gravide og fødende. Hentet fra: <https://finnmarkssykehuset.no/nyheter/informasjon-til-gravide-og-fodende#barseloppold>
- Folkehelseinstituttet. (2020, 1. desember). Råd til helsestasjons- og skolehelsetjenesten ved covid-19 (koronasykdom). Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/helsestasjons--og-skolehelsetjenesten/>

- Folkehelseinstituttet. (2021a, 25. januar). Avstand og færre kontakter. Hentet fra:  
<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/avstand-kontakter/>
- Folkehelseinstituttet. (2021b, 3. mars). Råd og informasjon for gravide og ammende. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/rad-for-gravide-og-ammende/>
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current directions in psychological science: A Journal of the American Psychological Society*, 9(6), 115–118. DOI: 10.1111/1467-8721.00073
- Glavin, K., Smith, L. & Sørum, R. (2009). Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 705-710. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00667.x
- Glavin, K. (2019). *Ikke alltid fantastisk: Psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid* (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S. & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1012-1024. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.111>
- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K. & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 458-466. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00950.x>
- Hakanen, H., Flykt, M., Sinerva, E., Nolvi, S., Kataja, E-L., Peltto, J., ... Korja, R. (2019). How maternal pre- and postnatal symptoms of depression and anxiety affect early mother-infant interaction? *Journal of Affective Disorders*, 257(2019), 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.048>
- Hansson, K. & Cederblad, M. (2004). Sense of coherence as a meta-theory for salutogenic family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 15(1-2), 39–54. [https://doi.org/10.1300/J085v15n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J085v15n01_04)
- Harris L. (2016). Screening for perinatal depression: A missed opportunity. *The Lancet*, 387(10018), 505. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00265-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00265-8)
- Helgelandssykehuset. (2021, 29. januar). Informasjon til fødende og ledsager ved fødsel. Hentet fra: <https://helgelandssykehuset.no/om-oss/beredskap/koronavirus/informasjon-til-fodende-og-ledsager-ved-fodsel>

- Helsedirektoratet. (2009, mai). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Hentet fra:  
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2014, 1. april). Nytt liv og trygg barseltid for familien: Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Hentet fra:  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2021a, 7. januar). Svangerskapsomsorgen: Nasjonal faglig retningslinje. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2021b, 9. mars). Koronavirus – beslutninger og anbefalinger. Hentet fra:  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus>
- Helse Nord. (2010, november). Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord: Konsekvenser av foreslåtte kvalitetskrav. Hentet fra:  
<https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Fagplaner/F%C3%B8de/Regional%20plan%20for%20svangerskap%20f%C3%B8dse%20og%20barsel%20Helse%20Nord.pdf>
- Helsenorge. (2020, 7. mai). Koronavirus – fakta og håndtering i Norge. Hentet fra:  
<https://helsenorge.no/koronavirus/fakta-og-handtering-i-norge>
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2009). *En gledelig begivenhet: Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. (Meld. St. 12 (2008-2009)). Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019* (Meld. St. 11 (2020 -2021)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20202021/id2791147/?ch=1>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hibino, Y., Takaki, J., Kambayashi, Y., Hitomi, Y., Sakai, A., Sekizuka, N., ... Nakamura, H. (2009). Health impact of disaster-related stress on pregnant women living in the

- affected area of the Noto Peninsula earthquake in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 63(1), 107 -115. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2008.01911.x.
- Higgins, A., Downes, C., Monahan, M., Gill, A., Lamb, S. A & Carroll, M. (2018). Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period: The mind mothers study. *Journal of Clinical Nursing.* 27(9–10), 1872–1883. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/jocn.14252>
- International Confederation of Midwives. (2014). International code of ethics for midwives. Hentet fra: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/international-code-of-ethics-for-midwives.html>
- Junge, C., Garthus-Niegel, S., Slinning, K., Polte, C., Simonsen, T. B. & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of perinatal depression on children's social-emotional development: A longitudinal study. *Maternal and Child Health Journal*, 21(3), 607-615. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2146-2>
- Katon, W., Russo, J. & Gavin, A. (2014). Predictors of postpartum depression. *Journal of Women's Health*, 23(9), 753-759. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4824>
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien*, 4(4), 288-296. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0143>
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer: En kunnskapsoppsummering.* (NAPHA-Rapport 2014:1). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Larun, L., Fønhus, M. S., Håvelsrud, K., Brurberg, K. G. & Reinart, L. M. (2013). *Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner.* (Kunnskapssenteret-Rapport 2013:1). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L. & Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277(2020), 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg). Oslo: Universitetsforlaget

- Melhus, M. & Broderstad, A. R. (2020). *Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark: Tilleggsrapport om samisk og kvensk/norskfinsk befolkning*. (Rapport til Troms og Finnmark fylkeskommune). Tromsø: UiT Norges arktiske universitet
- Morrell, C. J., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S. J., . . . Nicholl, J. (2009). Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: Pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ*, *338*(7689), 276-280. <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.a3045>
- Myers, E. R., Aubuchon-Endsley, N., Bastian, L. A., Gierisch, J. M., Kemper, A. R., Swamy, G. K., . . . Sanders, G. D. (2013). *Efficacy and safety of screening for postpartum depression* (Comparative Effectiveness Review 2013:106). Hentet fra: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137724/pdf/Bookshelf\\_NBK137724.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137724/pdf/Bookshelf_NBK137724.pdf)
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014, 17. desember). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Henter fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>
- Nordlandssykehuset. (2021, 2. mars). Informasjon til pasienter, ledsagere, pårørende og besøkende. Hentet fra: <https://nordlandssykehuset.no/beredskap-koronavirus/informasjon-til-pasienter-ledsagere-parorende-og-besokende#informasjon-til-gravide-og-fodende>
- Norhayati, M. N., Hazlina, N. H., Asrenee, A. R. & Emilin, W. M. A. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, *175*(2015), 34-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>
- O'Connell, M., Crowther, S., Ravaldi, C. & Homer, C. (2020). Midwives in a pandemic: A call for solidarity and compassion. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, *33*(3), 205-206. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.008>
- Oranta, O., Routasalo, P. & Hupli, M. (2002). Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish registered nurses. *Journal of clinical nursing*, *11*(2), 205-213. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00587.x>
- Parker, G. B., Hegarty, B., Paterson, A., Hadzi-Pavlovic, D., Granville-Smith, I. & Gokiert, A. (2015). Predictors of post-natal depression are shaped distinctly by the measure of



- 'depression'. *Journal of Affective Disorders*, 173(2015), 239-244.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.066>
- Perez-Botella, M., Downe, S., Magistretti, C. M., Lindstrom, B. & Berg, M. (2014). The use of salutogenesis theory in empirical studies of maternity care for healthy mothers and babies. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(1), 33-39.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.001>
- Regjeringen. (2021a). Tidslinje: Myndighetenes håndtering av koronasituasjonen. Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/tidslinje-koronaviruset/id2692402/>
- Regjeringen. (2021b, 23. januar). Nordre Follo-utbruddet: Kraftige tiltak i ti kommuner etter utbrudd av den engelske virusmutasjonen. Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/kraftige-tiltak-i-10-kommuner-etter-utbrudd-av-den-engelske-virusmutasjonen/id2829738/>
- Renfrew, M. J., Cheyne, H., Craig, J., Duff, E., Dykes, F., Hunter, B., . . . Downe, S. (2020a). Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. *Midwifery*, 88(2020), 102759-102759. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102759>
- Renfrew, M. J., Cheyne, H., Hunter, B., Downe, S., Sandall, J., Spiby, H., . . . Page, L. (2020b, 8. april). Optimising maternity services and maternal and newborn outcomes in a pandemic: A rapid analytic scoping review. Hentet fra:  
<https://www.rcm.org.uk/media/3869/rapid-review-optimising-maternity-services-for-rcm-v4-8-april.pdf>
- Røkholdt, G., Davidsen, L-S., Johnsen, H. N. & Hilli, Y. (2017). Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. *Nordisk sygeplejeforskning*, 7(3), 195-208. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-03-03>
- Salameh, T. N., Hall, L. A., Crawford, T. N., Staten, R. R. & Hall, M. T. (2020). Trends in mental health and substance use disorders and treatment receipt among pregnant and nonpregnant women in the United States, 2008-2014. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 41(4), 298-307.  
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1689949>

- Slade, P., Morrell, C. J., Rigby, A., Ricci, K., Spittlehouse, J. & Brugha, T. S. (2010). Postnatal women's experiences of management of depressive symptoms: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 60(580), E440-E448.  
<https://doi.org/10.3399/bjgp10X532611>
- Stapleton, L. R. T., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J. & Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 453-463.  
<https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0028332>
- Szegda, K., Markenson, G., Bertone-Johnson, E. R. & Chasan-Taber, L. (2014). Depression during pregnancy: a risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 27(9), 960-967.  
<https://doi.org/10.3109/14767058.2013.845157>
- Thommessen, J. K. (2020, 27. august). Flere fødselsdepresjoner i år enn tidligere. Hentet fra:  
<https://www.nrk.no/norge/flere-fodselsdepresjoner-i-ar-enn-tidligere-1.15113237?fbclid=IwAR3oeRJhxI5Fw1pqoT4fD24pHs5xmyH4FLrAYQTY8tiWej6kyT3tFi6Nszk>
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Universitetssykehuset Nord-Norge. (2021, 05. februar). Besøksregler ved UNN. Hentet fra:  
<https://unn.no/koronavirus/besoksregler-ved-unn>
- Van der Zee-van den Berg, A. I., Boere-Boonekamp, M. M., IJzerman, M. J., Haasnoot-Smallegange, R. M. E. & Reijneveld, S. A. (2017). Screening for postpartum depression in well-baby care settings: A systematic review. *Maternal and child health journal*, 21(1), 9-20. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2088-8>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget
- World Health Organization. (1986). The Ottawa charter for health promotion. Hentet fra:  
[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)
- World Health Organization. (1997). Care in normal birth: A practical guide. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 24(2), 121-123. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x>

World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Hentet fra:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>

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

World Health Organization. (2020, 30. januar). Depression. Hentet fra:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Medical Association. (2018, 09. juli). WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects. Hentet fra:  
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wu, Y., Zhang, C., Liu, H., Duan, C., Li, C., Fan, J., . . . Huang, H. F. (2020). Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 240.e1-240.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.009>

# Vedlegg 1



## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Jordmors erfaring i forhold til å fremme psykisk helse og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien.

### Referansenummer

426559

### Registrert

11.09.2020 av Synnøve Børve Hovdal - sho164@post.uit.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

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

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne- Lise Thoresen , anne.lise.thoresen@uit.no, tlf: 77660686

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Synnøve Børve Hovdal, sho164@uit.no, tlf: 97043330

### Prosjektperiode

30.10.2020 - 01.11.2021

### Status

16.09.2020 - Vurdert

### Vurdering (1)

---

#### 16.09.2020 - 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 16.09.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### 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://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.11.2021.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordning art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles 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: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen 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).

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

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personvernjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

# Vedlegg 2

1



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET HELSEVITENSKAPELIGE  
FAKULTET  
INSTITUTT FOR HELSE- OG  
OMSORGSFAG  
MASTER I JORDMORFAG

## Forespørsel til jordmor om deltakelse i intervju i forbindelse med masteroppgave i jordmorfag

Vi er studenter ved master i jordmorfag, Institutt for helse- og omsorgsfag ved Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. I forbindelse med studiet skal vi skrive en masteroppgave. Masteroppgaven er et selvstendig og veiledet prosjekt med vekt på forskning – og fagutvikling innenfor jordmorfaget. Datainnsamling til oppgaven vil gjøres ved intervju av jordmødre.

Tema for masteroppgaven er: *Jordmors erfaring i forhold til å fremme psykisk helse og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien.*

Hensikten med studie er å *undersøke hvilke erfaringer kommunejordmødre har i forhold til å fremme psykisk helse, og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien. Med denne studien kan vi øke kunnskapen og videreutvikle jordmorfagets kliniske praksis.*

Vi retter en forespørsel til deg for å høre om du er villig til å delta i studien og dermed la deg intervjuet. Fokus for intervjuet er dine erfaringer med det valgte jordmorfaglige temaet.

Fem til syv jordmødre vil bli inkludert i studien og vil bli intervjuet hver for seg. I forkant av intervjuet har vi utarbeidet en intervjuguide med noen spørsmål, men som også vil gi mulighet for å utdype områder. Det gjøres også notater underveis. Intervjuet vil ta om lag 45-60 minutter.

Intervjuet tas opp på godkjent lydopptaker. Ved bruk av lydopptaker vil opptak, videre behandling og oppbevaring av lydfilen følger en egen datahåndteringsplan ved utdanningen som sikrer datamaterialet. Lydopptaket lagres på en kryptert minnepinne, og vil aldri være tilkoblet internett under avspilling. Lydfilen vil være tilgjengelig kun for oss som studenter og under sikker lagring. Lydfilen vil bli skrevet om til tekst (transkribert) til bruk i analysearbeidet og behandles konfidensielt.

Veileder vil også ha tilgang til det transkriberte datamaterialet. Datamaterialet (lydopptak og transkribert tekst) makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen november 2021.

Studien er fremlagt for Norsk senter for forskningsdata (NSD). Utover din stemme i lydopptaket, holdes øvrige opplysninger anonymiserte. Under intervjuet vil det ikke bli stilt spørsmål eller transkribert svar som gjør at du som informant kan gjenkjennes; for eksempel navn, alder, arbeidssted eller andre identifiserende opplysninger. Det er kun vi som student er som kjenner din identitet.

Data analyseres, tolkes og presenteres gjennom masteroppgaven. Analyse og resultater av transkribert tekst i form av fragmenter eller enkeltutsagn fra datamaterialet kan bli presentert for medstudenter under seminarer i skrivefasen, gjennom avsluttende oppgave eller senere formidling. Ved bestått masteroppgave kan denne publiseres og bli tilgjengelig for andre; for eksempel jordmødre og jordmorstudenter, og andre som har interesse for oppgavens tema.

Det er frivillig å delta i studien, og du samtykker muntlig til å delta i intervju. Du kan når som helst, inntil innlevering av oppgaven, og uten å oppgi grunn, trekke deg og be om at materialet slettes. Ønsker du å delta eller har spørsmål angående studien, kan du kontakte studentene:

Helene Stangeland på telefon 92696094 eller mail [hes038@uit.no](mailto:hes038@uit.no)

Synnøve Børve Hovdal på telefon 97043330 eller mail [sho164@uit.no](mailto:sho164@uit.no)

Daglig ansvarlig for prosjektet er veileder ved UiT Norges arktiske universitet er:

Førstelektor/ Jordmorfag Anne-Lise Thoresen, [anne.lise.thoresen@uit.no](mailto:anne.lise.thoresen@uit.no) Telefon: [77660686](tel:77660686)

UiT Norges arktiske universitet ved universitetsdirektøren er behandlingsansvarlig.

Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet kan kontaktes dersom spørsmål om dine rettigheter: Joakim Bakkevold, telefon 776 46 322 eller 976 915 78, e-post: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no).

Med vennlig hilsen

Tromsø, 10.09.2020

Synnøve B. Hovdal

Helene Stangeland

# Vedlegg 3



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET HELSEVITENSKAPELIGE  
FAKULTET  
INSTITUTT FOR HELSE- OG  
OMSORGSFAG  
MASTER I JORDMORFAG

## Datahåndteringsplan ved intervju i forbindelse med mastergradsoppgaven i jordmorfag

Ifølge Norsk senter for forskningsdata (NSD) skal en datahåndteringsplan beskrive hvordan data skal håndteres underveis i prosjektperioden og etter at prosjektet er avsluttet. Hensikten er å vurdere ulike aspekter ved håndteringen av forskningsdata, fra innsamling/generering, prosessering, analyser, dokumentasjon, til lagring og framtidig deling av data. En datahåndteringsplan skal bidra til at forskningsdata kan håndteres lovlig, strukturert og sikkert, samt kan lagres, gjenbrukes og forstås i framtiden.» (Kilde: [NSD](#))

### **Datainnsamling**

Data samles inn gjennom intervju og notater. Intervjuet vil ta om lag 45-60 minutter. Som et utgangspunkt for intervjuet brukes en intervjuguide med spørsmål og med mulighet for å utdype områder. Om nødvendig, kan informanten bli kontaktet på nytt for avklaringer.

### **Fremgangsmåte for sikker kryptering og datalagring**

Utstyr: Lyddopptaker egnet for formålet (Olympus WS-852) utlånt av Master i Jordmorfag ved UiT Norges arktiske universitet. Kryptert minnepinne av typen "Istorage DataShur" (4GB USB 2.0 256-bit AES, 256-bits SHA) kjøpes inn av studenten selv.

Proseduren for kryptering, bruk av PIN-kode, lagring, behandling og sletting, følger UiT's retningslinjer [«Sikker lagring og sikker sletting mot kryptert minnepenn»](#)

Godkjent lyddopptaker benyttes under intervjuet. På intervjustedet, umiddelbart etter intervjuet, lagres lyddopptaket på en kryptert USB enhet (minnepinne), og selve opptaket slettes fra opptakeren. Studentene lager en egen PIN-kode på minnepinnen (USB-enheten). Under avspilling skal datamaskinen aldri være tilkoblet internett under avspilling. Lydfilen skal være tilgjengelig kun for studenten og under sikker oppbevaring, fortrinnsvis innelåst i eget skap. Veileder skal også ha tilgang til det transkriberte datamaterialet.



#### **Videre organisering, lagring og sletting av data**

I etterkant av intervjuet, transkriberes data over til tekstformat i en MS word-fil. Etter transkriberingen, kontrolleres teksten mot opptaket.

Kopi tas av originalfilen (word) med det transkriberte materialet. Word-filene lagres på studentens One Drive område på UiT. Det transkriberte datamaterialet betraktes som konfidensielt og behandles alltid ut fra studentens One Drive område ved UiT. Med hensyn til sikkerhet, betyr det at studenten ikke har anledning til å lagre transkripsjonen på privat/egen datamaskin. Datamaterialet (lydopptak og transkribert tekst) makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen november 2021. Den krypterte minnepinnen slettes etter bestått eksamen under påsyn av veileder ved Jordmorutdanningen. UiT's retningslinjer for sletting følges.

I forkant av intervjuet, signerer studenten dokumentet: *Retningslinjer for studenter ved lydopptak av intervju i forbindelse med mastergradsoppgaven*. Studenten og veileder signerer ved makulering av datamaterialet.

#### **Presentasjon og formidling av resultater**

Data analyseres, tolkes og presenteres i mastergradsoppgaven. Analyse og resultater av transkribert tekst i form av fragmenter eller enkeltutsagn fra datamaterialet kan bli presentert for medstudenter under seminarer i skrivefasen, gjennom avsluttende oppgave eller senere formidling. Den ferdige oppgaven kan bli publisert og tilgjengelig for andre som har interesse for temaet.

#### **Vurderinger rundt risiko, personvern og etikk**

Studien inkluderer 5-7 jordmødre, og baserer seg på et strategisk utvalg. Dette innebærer at informanten har særskilte interesse og erfaring innenfor et jordmorfaglig tema. Studien inkluderer ikke pasienter eller andre brukere av helsetjenesten.

Informanten får i forkant av intervjuet skriftlig informasjon om studien. Med bakgrunn i denne informasjon samtykker informanten muntlig til å delta i intervjuet ved oppstart av lydopptaket. Informanten kan inntil innlevering av oppgaven, og uten å oppgi grunn, trekke seg og be om at materialet slettes. Det er frivillig å delta i studien,

Under intervjuet vil det ikke bli stilt spørsmål, gjort opptak av personidentifiserende data eller transkribert svar som gjør at informanten kan gjenkjennes; for eksempel navn, alder, arbeidssted eller andre identifiserende opplysninger. Det er kun studentene som kjenner

informantens identitet. Gjennom formidling av resultater forblir identiteten til informanten anonym.

Ut fra informant og type informasjon som deles, betraktes studien å falle under kategorien kvalitetsforbedring av praksis. Prosedyren rundt umiddelbar lagring på kryptert minnepinne vurderes til å redusere risikoen rundt personvernulemper. Innelåst oppbevaring av USB-enhet, håndtering av transkribert materiale og sikker sletting, vurderes til å være tilstrekkelig for å ivareta informantens personvern. Muntlig gitt samtykke og fravær av øvrige personidentifiserende opplysninger vurderes å ytterligere redusere risikoen for brudd på personvern.

Studentene oppfordrer informanten eller andre involverte om å ivareta eget/deltagers personvern i forhold til diskresjon om intervjuet. Opplysninger som kan identifisere pasienter, pasienthistorier eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon, må utelates fra intervjuet. Ut fra omfang og type informasjon som samles inn og med tilhørende prosedyre for datahåndtering, vurderes personvernulempen å være lav. Det understrekes at det fordrer en særskilt bevisstgjøring og ansvarliggjøring av studenten for å ivareta en sikker prosedyre. Studentene skriver under på at de forplikter seg å følge retningslinjene og at brudd meldes Datatilsynet. Data må behandles med konfidensialitet og respekt for informanten.

Studien er fremlagt Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata

#### **Ansvar**

Daglig ansvarlig for prosjektet er faglig veileder ved master i jordmorfag. Studentene er i samråd med veileder, ansvarlig for den praktiske datahåndtering i forbindelse med intervjuene. UiT ved universitetsdirektøren er behandlingsansvarlig. Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet (Joakim Bakkevold, telefon 776 46 322 eller 976 915 78, e-post: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)) er orientert om masteroppgaven og kan kontaktes av informanten ved spørsmål om rettigheter.

## Vedlegg 4

### Intervjuguide

#### Introduksjon

Takk for at du deltar i studien. Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer kommunejordmødre har med å fremme psykisk helse, og forebygge depresjon hos gravide og barselkvinner under covid-19 pandemien. Med denne studien kan vi øke kunnskapen og videreutvikle jordmorfagets kliniske praksis. Vi ønsker derfor å høre hvilke erfaringer du har rundt dette temaet. Vi har utarbeidet en intervjuguide som vi tar utgangspunkt i under intervjuet.

Før vi starter intervjuet minner vi om muntlig samtykke, hvor lenge intervjuet vil vare og muligheten til å trekke seg fra studien. Informerer om hvordan intervjuet vil foregå, og hvilken rolle intervjuer og observatør har.

- Hvordan opplever du å være jordmor under covid-19 pandemien?
  - Hvordan har covid-19 pandemien påvirket jobbhverdagen?
- Hvordan opplever du at den psykiske helsen har vært blant kvinnene under covid-19 pandemien?
  - Hva opplever du kvinner tenker på og ønsker å samtale om, under disse omstendighetene?
  - Hva har du gjort for å få innsikt i kvinnens psykiske helse under covid-19 pandemien?
  - Hvordan kartlegger du kvinnes psykiske helse under covid-19 pandemien? Eventuelt kartleggingsverktøy, og erfaringer med disse?
  - Hvilken tilnærming har du til kvinnene når du spør om deres psykiske helse?
- Hva vektlegger du i arbeidet med å forebygge depresjon under covid-19 pandemien, både i svangerskap og barseltid?
  - Finnes det rutiner for å identifisere depresjon eller risiko for depresjon i svangerskapet og barseltiden?
  - Hvordan følges utsatte kvinner opp?
  - Hvilke rutiner brukes for henvisning?
  - Hvilke endringer har du gjort for å forebygge depresjon i svangerskap og barseltid under covid-19 pandemien?

- I hvilken grad opplever du å lykkes med å fange opp utsatte kvinner med depresjon i svangerskap og i barseltid?
- Hvordan møter du kvinner med symptomer på depresjon i svangerskapet/barseltid?
- Hvilke tiltak har du gjort for å fremme kvinnes psykiske helse og forebygging av depresjon under covid-19 pandemien?
- Hvordan har du opplevd å mestre ivaretagelse av kvinners psykiske helse under covid-19- pandemien?
- Hvilken erfaring har du med å arbeide i forhold til et helsefremmende perspektiv?
  - Hvilke endringer har du gjort for å fremme psykisk helse i svangerskap og barseltid under covid-19 pandemien?
  - Hvordan fremmes mestringsstrategier hos kvinnene?
  - Hvilke mestringsressurser erfarer du er viktig å styrke i arbeidet med å fremme psykisk helse og forebygge depresjon under covid-19 pandemien?
- Hvilken erfaring har du med tverrfaglig samarbeid med psykiske helsetjenester under covid-19 pandemien?
- Har du lyst å tilføye noe mer i forhold til det vi har snakket om?

