



Uit

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag

## **”Noen er født med lykkepillen innabords, - andre har aldri fått den”**

*En kvalitativ studie av helsesøstres erfaringer relatert til bruken av Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS*

—

**Janicke Ramsvik**

*Masteroppgave i helsefag, retning helsesøster. Mai 2015*

Antall ord: 25000





## FORORD

Det har vært et privilegium å kunne fordype seg i litteratur og empiri relatert til et så interessant tema som utgjør denne masteroppgaven. Prosessen har vært motiverende og givende.

Jeg vil takke de fem helsesøstrene som sporty stilte opp i en travel hverdag og velvillig delte av sine erfaringer. Dere har vært positive og imøtekommende, og bidratt med refleksjoner og opplevelser som har vært nødvendig for å skrive denne oppgaven. Tusen takk!

En særskilt og stor takk til min veileder Torunn Hamran ved Universitetet i Tromsø for konkret og god veiledning gjennom hele prosessen. Du er virkelig en kunnskapskilde!

Jeg vil også takke min søster og mine venner for nysgjerrighet, støtte, oppmuntringer og teknisk support. Min medstudent Beate fortjener en takk for hyppige telefonsamtaler om utviklingen i prosessen og utveksling av utfordringer og gleder.

Ikke minst må jeg takk mine kjære foreldre som i form av avlastning har gjort det mulig med intensive arbeidsperioder. Til slutt en kjempe-takk til min tålmodige, lille datter som har tegnet inspirerende Pippi-tegning med tittelen ”Mamma du klarer alt!”. Den har jeg sett på hver eneste dag og vært til stor inspirasjon. Nå skal endelig bøker, papirer og maskiner pakkes bort for en stund.

Nå som denne skriveprosessen er over, ser jeg frem til nye utfordringer og gleder i helsesøsteryrket.

Janicke Ramsvik

Tromsø, mai 2015

## Sammendrag

**Bakgrunn og hensikt:** Så mange som 8.9-16.5 prosent av norske kvinner utvikler en fødselsdepresjon innen det første året etter å ha fått barn. Helsesøster har gjennom sin posisjon en unik mulighet til tidlig å identifisere risiko og iverksette tiltak for å forhindre uheldige konsekvenser for mor, familien, mor-barn-relasjonen og barnets emosjonelle og kognitive utvikling. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) anvendes i mange land for å fange opp fødselsdepresjon, og mange norske kommuner har implementert metoden. EPDS er ikke anbefalt som en nasjonal screening i Norge, da den ikke oppfyller verdens helseorganisasjons kriterier.

Hensikten med studien er å få innsikt i helsesøstrenes erfaringer relatert til å bruke EPDS.

**Problemstilling:** Hvilke erfaringer har helsesøstre med å anvende EPDS, og hvordan opplever de at bruken av den innvirker på møtet med barselkvinnen?

**Metode:** Studien er kvalitativ, og data er samlet inn ved hjelp av fem semi-strukturerte intervju av helsesøstre.

**Resultater og konklusjon:** Hovedfunnene er at helsesøstre ved å bruke EPDS ikke kun fanger opp flere deprimerte enn tidligere, men også fanger opp mange mødre som har behov for å samtale med helsesøster om andre vansker, uten å være deprimerte. Støttesamtaler gjør at kvinnene får luftet ut frustrasjon, og kan bidra til å hindre utvikling av depresjon. EPDS kan ha en positiv innvirkning på relasjonen mellom helsesøster og mor, fordi de blir kjent på en annen måte ved å snakke om private anliggender. Helsesøstre er overveiende positive til å anvende EPDS, og ser positivt på at kommunen har implementert og anvender metoden til tross for at den ikke er anbefalt som nasjonal screening. En begrensning ved metoden er at den kun brukes på norsktalende mødre. Flere helsesøstre bruker EPDS uten å ha fått opplæring i metoden.

**Nøkkelord:** Helsesøster, barselkvinner, fødselsdepresjon, EPDS, tillitt, relasjon, kompetanse, veiledning, helsefremmende- og forebyggende arbeid.

## **Abstract**

**Background and purpose:** As many as 8.9-16,5 percent of Norwegian women develop a postnatal depression within the first postpartum year. Public health nurses are in a unique position to early identify risk at an early stage and intervene to prevent adverse consequences for the mother herself, the family, the mother-infant relationship and the child's emotional and cognitive development. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is used in many countries to detect postpartum depression, and many Norwegian municipalities have implemented the screening method. In Norway it is not recommended as a national screening because it does not meet the requirements of WHO. The purpose of this study is to gain insight into public health nurses' experiences relating to the use of EPDS.

**Research question:** What kind of experiences do public health nurses have with applying EPDS, and how do they experience that its use affects their meeting with postpartum women?

**Method:** The study is qualitative, and data are collected using five semi-structured interviews with public health nurses.

**Results and conclusion:** The main findings are that public health nurses using EPDS not only detect depression amongst more maternity women than before, they also get in touch with women who need to discuss other problems, even though they are not depressed. The supportive counselling helps the women to express frustration, which could help to prevent the development of depression. EPDS may affect the relationship between the public health nurse and the mother in a positive way, by being known in a different way through conversation about private affairs. The public health nurses are predominantly in favour of applying EPDS and find it positive that the municipality has implemented and uses the method, though, that it is only used with Norwegian speaking mothers. Several public health nurses apply EPDS without any specific training in using the method.

**Keywords:** Public health nurse, postpartum women, postnatal depression, EPDS, confidence, relation, competence, counselling, health promoting- and preventive work.



# Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA</b>	<b>2</b>
<b>1.2 PROBLEMSTILLING</b>	<b>3</b>
1.2.1 HENSIKT OG AVGRENSNINGER	3
<b>1.3 HELSESØSTER OG HELSESØSTERTJENESTEN I NORGE</b>	<b>4</b>
1.3.1 EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE	5
<b>1.4 BEGREPSAVKLARING</b>	<b>6</b>
<b>1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING</b>	<b>7</b>
<b>2 TIDLIGERE FORSKNING</b>	<b>7</b>
<b>3 TEORETISK GRUNNLAG</b>	<b>13</b>
<b>3.1 FOREBYGGENDE HELSEARBEID</b>	<b>13</b>
<b>3.2 HELSEFREMMEDE ARBEID</b>	<b>14</b>
<b>4 METODE</b>	<b>16</b>
<b>4.1 METODEVALG</b>	<b>17</b>
4.1.1 VITENSKAPSTEORETISK STÅSTED	17
<b>4.2 FORFORSTÅELSE OG KLARGJØRING AV EGEN ROLLE</b>	<b>19</b>
<b>4.3 UTVALG OG REKRUTTERING AV DELTAKERE</b>	<b>20</b>
<b>4.4 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE OG INTERVJUGUIDE</b>	<b>22</b>
<b>4.5 TRANSKRIPSJONEN</b>	<b>23</b>
<b>4.6 ANALYSEN</b>	<b>24</b>
<b>4.7 REFLEKSIVITET, VALIDITET OG RELEVANS</b>	<b>28</b>
<b>4.8 ETISKE OVERVEIELSER</b>	<b>29</b>
<b>5 PRESENTASJON AV FUNN</b>	<b>30</b>
<b>5.1 SKJEMA VERSUS IKKE SKJEMA</b>	<b>30</b>
5.1.1 POSITIVE SIDER MED EPDS	30
5.1.2 NEGATIVE SIDER MED EPDS	32
5.1.3 SJELDEN SNAKK OM PSYKISK HELSE UTEN EPDS	33
5.1.4 VANSKELIGERE Å FANGE OPP DE MED BEHOV UTEN EPDS	34
<b>5.2 MØTET MED MOR</b>	<b>35</b>
5.2.1 HJEMMEBESØKET FORBEREDER MOR	35
5.2.2 PRESENTASJONSMÅTEN VIKTIG	36
5.2.3 SCOREN IKKE I FOKUS	37
<b>5.3 KOMPETANSE</b>	<b>39</b>
5.3.1 FINNE PLATTFORMEN	39
5.3.2 OPPLÆRING GIR TRYGGHET	40
5.3.3 VEILEDNING OG SAMTALEN	43
<b>6 DISKUSJON</b>	<b>44</b>
<b>6.1 SKJEMA VERSUS IKKE SKJEMA</b>	<b>45</b>
6.1.1 EPDS GJØR DET ENKLERE Å TA OPP MORS PSYKISKE HELSE	45
6.1.2 BEDRE KONSULTASJON OG BEDRE SAMTALER	46
6.1.3 EN BEGRENSNING AT DET KUN ANVENDES PÅ NORSKTALENDE	46

6.1.4 TABUBELAGT?	47
6.1.5 EPDS GJØR NOE MED RELASJONEN	48
6.1.6 AT EPDS IKKE ANBEFALES SOM SCREENING	49
<b>6.2 MØTET MED MOR</b>	<b>50</b>
6.2.1 HJEMMEBESØKET	50
6.2.2 RELASJON OG TILLIT	52
6.2.3 PRESENTASJONEN AV EPDS	53
6.2.4 IKKE FOKUS PÅ SCOREN	56
6.2.5 BURDE SCORET MER?	57
<b>6.3 KOMPETANSE</b>	<b>58</b>
6.3.1 PROFESJONELL OG PERSONLIG KOMPETANSE	58
6.3.2 TRYGGHET	60
6.3.3 VEILEDNING OG SAMTALE	61
<b>6.4 DISKUSJONEN SETT I FORHOLD TIL HELSEFREMMEDE- OG FOREBYGGENDE ARBEID</b>	<b>63</b>
<b>7 AVSLUTNING</b>	<b>65</b>
<b>7.1 STUDIENS VIKTIGSTE FUNN OG VEIEN VIDERE</b>	<b>66</b>

## Referanseliste

- Vedlegg 1- Informasjonsskriv
- Vedlegg 2- Samtykkeskjema
- Vedlegg 3- Godkjenning fra NSD
- Vedlegg 4- Endringsbekreftelse på veileder fra NSD
- Vedlegg 5- Endringsbekreftelse sluttdato, mail fra NSD
- Vedlegg 6- Intervjuguide
- Vedlegg 7- EPDS skjema
- Vedlegg 8- Databehandler-avtale
- Vedlegg 9- Mailkorrespondanse med r-bup

## 1 Innledning

Psykiske lidelser er en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge i dag. Depresjon og angst er den viktigste årsaken til arbeidsrelatert uførhet og har tendens til å være tilbakevendende (Dalgard et al., 2011). For mange kvinner er perioden etter å ha født barn preget av økt sårbarhet, med et bredt spekter av reaksjoner. Rundt 50-80 prosent av alle kvinnene opplever barseltårer, noe som anses som en normal tilstand av følelsesmessig labilitet hvor mødrene blir lett beveget og gråter lett. Dette skyldes hormonelle faktorer, inntreffer den første uka og er forbigående (Harris 1994, referert i Slinning og Eberhard-Gran, 2010). Fire norske studier viser imidlertid at så mange som 8,9-16,5 prosent utvikler en fødselsdepresjon (Berle et al., 2003, Dorheim et al., 2009, Eberhard-Gran et al., 2001, Glavin et al., 2009b). Dette stemmer godt overens med forekomsten av fødselsdepresjon målt internasjonalt (Cox et al., 2014). Tallene gjenspeiler ikke klinisk depresjon ut fra faste diagnostiske kriterier, men sier oss at mellom 6000 og 9000 norske kvinner opplever depressive symptomer i svangerskapet eller i barselperioden (Larun et al., 2013).

Fødselsdepresjon påvirker ikke bare mødrenes egen opplevelse av morsrollen og livskvaliteten, men også barnet, partneren, resten av familien og alle rundt henne (Cox et al., 2014). Karakteristisk for deprimerte mødre er avflatet stemningsleie, lavere sensitivitet og seinere respons i forhold til barnet. Dette påvirker tilknytningsprosessen mellom mor og barn. Dersom barnet ikke får respons, vil det prøve å forsterke sine signaler, med for eksempel kraftigere gråt. Barnet kan virke krevende på mor, som lett kan trötne og bli frustrert. Dersom ikke barnet får respons etter slik forsterkning av signaler, vil det raskt stilne og trekke seg inn i seg selv (Kvello, 2010). Interaksjonen mellom deprimerte mødre og deres barn påvirkes slik at ikke bare tilknytningen, men også følelsesmessig, kognitiv og atferdsmessig utvikling kan forstyrres (Brealey et al., 2010). Barn av deprimerte mødre er i en risiko for skjevutvikling og en rekke psykiske vansker, og har seks ganger større risiko for å utvikle depresjon sammenlignet med barn av ikke deprimerte mødre (Downey og Coyne, 1990 referert i Azak, 2010).

Gjennom helsestasjonsvirksomheten er helsesøstre den yrkesgruppen i helsevesenet som har mest direkte og jevnlig kontakt med familier og deres barn. Nær hundre prosent av barna følges fra fødselen av, uavhengig av sosial status og geografisk tilhørighet. Helsesøster har



derfor en unik mulighet til å til å nå grupper som ikke fanges opp av øvrige tjenester, og avdekke og identifisere risiko i familien. Hun har en sentral rolle i å forebygge og iverksette tidlige tiltak (Helsedirektoratet, 2007, Helsetilsynet, 2014).

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

En viktig oppgave for helsesøster er å oppdage risikofaktorer og psykiske vansker på et tidlig stadium, deriblant identifisere og behandle fødselsdepresjon og bidra til at ikke mors tilstand går utover adekvat omsorg og nærhet til barnet (Folkehelseinstituttet, 2007, Helsedirektoratet, 2007).

I de nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon står det:

*Primærhelsetjenesten og helsestasjoner bør være oppmerksomme på og ha rutiner for å identifisere depresjon og angst. Anerkjente verktøy for vurdering av depresjon kan benyttes som del av klinisk intervju, og som ledd i et gjennomtenkt og lokalt forankret program ved helsestasjonen. Dette innebærer opplæring og mulighet for veiledning av psykolog/ psykiater, og at det finnes faglig kompetanse og ressurser til å ta seg av mødre som fanges opp (Helsedirektoratet, 2009:76).*

Et lett tilgjengelig lavterskeltilbud for milde og moderate psykiske lidelser kan bidra til å redusere forverring og unngå mer alvorlige problemer (St.mld.nr.34, 2012-2013). Det finnes ulike metoder for å identifisere og fange opp mødre med fødselsdepresjon, og Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) er en av dem. Hensikten med screeningen er å kartlegge mors psykiske helse for tidlig å kunne sette inn hjelp, støtte og behandling. Metoden består av et spørreskjema om nedstemthet og depresjon hvor mor svarer ut fra hennes opplevelser av de syv siste dagene. Utfylling av skjemaet etterfølges av samtale med helsesøster (Cox et al., 2014, Reedtz, 2012). EPDS brukes i vid utstrekning internasjonalt og er validert for norske forhold (Berle et al., 2003, Eberhard-Gran et al., 2001). Per januar 2015 har rundt 180 norske kommuner fått opplæring i metoden (Mailkorrespondanse 15.01.2015, Regionsenter for barn og unges psykiske helse)(vedlegg 9).

I 2013 kom Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, kalt prioriteringsrådet, med en konklusjon om at de ikke anbefaler EPDS som nasjonal screening. Bakgrunnen er en kunnskapsoppsummering om depresjonsscreening av gravide og

barselkvinner, utført av Kunnskapssenteret. Prioriteringsrådet mener screeningsmetoden ikke innfrir kriteriene fra Verdens helseorganisasjon (WHO) og ikke er presis nok. Metoden finner ni av ti med depresjon, men kun hver tredje av kvinnene som tester positivt, har i virkeligheten en depresjon. Det vil si at over 20 prosent av barselkvinnene som ikke har klinisk depresjon klassifiseres som å være i risiko for utvikling av depresjon og havner i en kategori av ”falsk positive” (Larun et al., 2013). Prioriteringsrådet ønsker ikke å sykeliggjøre friske kvinner og anbefaler derfor ikke depresjonsscreening under graviditet eller barseltid.

## **1.2 Problemstilling**

Anbefalingen fra prioriteringsrådet vekket min nysgjerrighet om EPDS og ikke minst hva helsesøstre synes om dette. Hvordan bruker de metoden, hvordan er det å anvende et skjema i møtet med mor, hvilken opplæring har de fått og hva synes de om å bruke det når det ikke er anbefalt som nasjonal screening? Med dette som bakgrunn ble følgende problemstilling formulert:

*”Hvilke erfaringer har helsesøstre med å anvende EPDS, og hvordan opplever de at bruken av den innvirker på møtet med barselkvinnen?”.*

### **1.2.1 Hensikt og avgrensninger**

Hensikten med problemstillingen er at den skal belyse ulike aspekter ved helsesøstres erfaringer relatert til EPDS i møtet med barselkvinnen. Det er ikke noe mål å komme frem til absolutte sannheter eller konklusjoner, men å få frem kompleksiteten, nyanser og variasjoner ved helsesøstrenes bruk av metoden.

Også menn kan bli deprimerte etter å nylig ha blitt far, og studier som det refereres til i Massoudi (2013), viser at også fars depresjon har alvorlig og langvarig påvirkning på barnets psykiske helse og utvikling, spesielt relatert til atferdsproblemer og relasjonsvansker når barnet blir eldre. Selv om dette er aktuelt og interessant, og det faktum at også fedre er en part helsesøster møter, har jeg på grunn av oppgavens størrelse valgt å avgrense temaet til å omhandle helsesøsters møte med mødre.

Gjennom oppgaven brukes ordene oppfølgingssamtaler og støttesamtaler om hverandre.

### **1.3 Helsesøster og helsesøstertjenesten i Norge**

En helsesøster er en sykepleier med videreutdanning i forebyggende og helsefremmende arbeid for barn, unge og deres familie. Helsesøsterutdanningens grunnprinsipper er forankret i sykepleiens forbyggende funksjon, men som helsesøster har man et ytterligere behov for kunnskap spesielt innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid (Glavin et al., 2009a). Inklusivt i dette ligger forebyggende psykososialt arbeid for barn og unge. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et lovpålagt tilbud til alle barn og unge mellom 0 og 20 år. Gravide som ønsker svangerskapskontroller knyttet til helsestasjonen går også inn under denne tjenesten. Helsesøster skal styrke og støtte gravide, sped- og småbarnsforeldre i foreldrerollen, samt observere og styrke samspill og tilknytning mellom foreldre og barn (Sosial-og Helsedirektoratet, 2004). Tjenesten skal være et sted der barn, unge og foreldre kan komme med sin bekymring eller sine problemer. I tillegg til svangerskapsomsorg, omfatter tjenesten helsestasjon for barn 0–5 år, skolehelsetjeneste i grunn- og videregående skoler, og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2007).

Tjenesten skal bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom. Dette skal gjøres gjennom tiltak som fremmer barn og unges lærings- og utviklingsmiljø, og som styrker foreldrenes evne til å mestre foreldrerollen. Arbeidet omfatter helseopplysning, helseundersøkelser, vaksinasjoner, foreldreveiledning og målrettet oppfølging av sped- og småbarn med spesielle behov. Utvidet støtte til foreldre som har behov for det er også en av helsesøstrenes oppgaver (Helseth, 2009, Helsetilsynet, 2014, Sosial-og Helsedirektoratet, 2004). Helsesøsters arbeid inkluderer også å delta i og koordinere samarbeid med andre instanser i og utenfor kommunen (Helsedirektoratet, 2007).

Kommunen har ansvar for tilrettelegging av kompetanseutvikling, men hver enkelt har også et ansvar for å holde seg faglig oppdatert. I det sykdomsforebyggende arbeid er det et økende fokus på utvikling av verktøy og metoder som har dokumentert effekt. Screening i helsestasjonstjenesten har som formål tidlig diagnostisering for mulighet til tidlig intervensjon (Sosial-og Helsedirektoratet, 2004).



### 1.3.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale

Depresjonsskalaen ble utviklet av den britiske psykiateren John Cox og hans kollegaer i England på 1980-tallet. Hensikten var å bistå helsepersonell i primærhelsetjenesten i å oppdage kvinner som lider av fødselsdepresjon (Cox et al., 1987). Metoden er oversatt til 57 språk. Skjemaet inneholder ti spørsmål om symptomer på nedstemthet og depresjon, med fire svaralternativer (Vedlegg 7). Hvert svar rangeres på en skala fra 0 til 3 poeng, med en sumscore mellom 0 og 30 poeng. Kvinner med en score over 12-13 lider sannsynligvis av en fødselsdepresjon. Det understrekes at scoren ikke må overstyre klinisk skjønn, men at en nøye klinisk vurdering skal utføres for å bekrefte diagnosen (Cox et al., 2014).

Det anbefales at metoden benyttes fra seks uker etter mor har født og fem- seks måneder frem i tid. Utføring på et tidligere tidspunkt vil gi for mange svar som skyldes dagsform og normale psykiske svingninger relatert til det å være i en ny overgangs- og tilpasningsperiode. Det forutsettes at kommunen har et differensiert støtte- og behandlingstilbud lett tilgjengelig, for uten dette har screening i klinisk virksomhet ingen hensikt (Folkehelseinstituttet, 2007).

EPDS kan brukes både i svangerskap og etter fødsel. Metoden består av to deler, der den første er et tilbud til kvinner om å fylle ut screeningsinstrumentet, med påfølgende samtale med helsesøster eller jordmor. Del to består i å tilby oppfølgingssamtaler ved en score på 10-12, en til to uker etter utfylling, for å finne hvilke tiltak som skal iverksettes. Kvinner med denne sumscoren antas ikke å fylle kriteriene til klinisk depresjon, men kan ha milde eller moderate depresjonssymptomer. Kvinner med sammensatt problematikk eller mer alvorlige tegn på depresjon henvises til fastlegen og eventuelt videre til spesialisthelsetjenesten (Reedtz, 2012).

For at bruken skal være etisk og faglig forsvarlig må helsesøstre som bruker metoden ha gjennomgått en grundig opplæring i både tema og hva screening innebærer (Slinning og Eberhard-Gran, 2010). EPDS skal aldri brukes alene, men være en del av en helhetlig vurdering av barselkvinnenes sinnsstemning. Helsesøster må være oppmerksom på om svarene samsvarer med det kliniske inntrykket hun får av mor. Svarene på skjemaet er ment å fungere som et utgangspunkt for en samtale. Mer enn selve sumscoren er det hva som kommer frem i samtalen som er av betydning (Eberhard-Gran og Slinning, 2007).

## 1.4 Begrepsavklaring

**Helse:** handler like mye om menneskets velbefinnende som fravær av sykdom, og knyttes til livskvalitet. Helse er i følge WHO en ressurs for menneskets dagligliv, og kan forstås som et positivt begrep der sosiale og personlige ressurser og fysisk kapasitet vektlegges (WHO 1986, referert i Tveiten, 2009).

**Psykisk helse:** har å gjøre med utvikling av og evne til å mestre følelser, tanker, atferd og de krav som stilles i hverdagslivet. Det dreier seg om følelsesmessig utvikling, evne til tilknytning, å fungere i sosiale relasjoner og evne til å være fleksibel. Psykisk helse er avgjørende for livskvaliteten og mellommenneskelige relasjoner (Dalgard et al., 2011, Helsedirektoratet, 2007).

*Psykiske plager* dreier seg om symptomer som fører til belastning som avhengig av omfang og type påvirker den daglige fungering i forhold til trivsel, mestring og relasjon til andre. Dette kan være grad av angst, depresjon eller søvnvansker. Mange vil oppleve å ha betydelige psykiske plager i kortere eller lengre perioder uten at det kvalifiserer til en psykiatrisk diagnose (Dalgard et al., 2011, Helsedirektoratet, 2007).

*Psykiske lidelser* er derimot av en slik art eller grad at det kvalifiserer til en diagnose.

**Fødselsdepresjon:** er en langvarig tilstand av psykisk forstyrrelse som inntreffer i løpet av det første året etter fødselen. Tilstanden karakteriseres av lavt stemningsleie, manglende interesse, angst, søvnvansker, redusert selvfølelse, dårlig appetitt, vekttap, og vanskeligheter med å mestre hverdagen (Cox et al., 2014). Depresjon i barseltiden er ikke fundamentalt annerledes enn depresjon på andre tidspunkt i livet.

**Screening:** er en standardisert og rutinemessig undersøkelse av en tilsynelatende frisk befolkningsgruppe for å identifisere økt risiko for sykdom, eller sykdom i en tidlig fase. Undersøkelsesmetodene kan omfatte laboratorieprøver, kliniske undersøkelser, anamnese og spørreskjemaer. Målet med screening er å redusere sykkelighet, komplikasjoner og dødelighet (Sosial-og Helsedirektoratet, 2004, St.mld.nr.34, 2012-2013). Screeningstester er ikke generelt diagnostiske, men skiller ut personer som grundigere må undersøkes for å avkrefte eller bekrefte en diagnose (Larun et al., 2013).

Det stilles strenge kriterier til nasjonale screeningsprogrammer, utarbeidet av WHO. Tilstanden det screenes for må være et viktig helseproblem, det bør finnes en akseptabel og tilgjengelig behandling og tilstrekkelig kapasitet til å følge opp. Det bør i tillegg foreligge enighet om hvem som skal få behandling. Testen som brukes skal være enkel å utføre, ha lav risiko for bivirkninger og være presis og sensitiv, slik at den skiller godt mellom friske og syke. Den bør være akseptabel for befolkningen. I tillegg må den være kostnadseffektiv. Forslag om nye nasjonale screeningsprogrammer vurderes av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering (Sosial-og Helsedirektoratet, 2004, St.mld.nr.34, 2012-2013).

### **1.5 Oppgavens oppbygning**

I oppgavens første kapittel presenteres og redegjøres det for studiens tema og problemstilling, hensikt, avgrensning, begrepsavklaring og helsesøstertjenesten.

I kapittel 2 følger et utdrag av tidligere forskning relatert til tematikken.

Kapittel 3 består av det teoretiske grunnlaget for oppgaven og omhandler helseforebyggende og helsefremmende arbeid.

I kapittel 4 gis en beskrivelse av metodevalg og fremgangsmåte for innsamling av data og analyse av empirien.

Kapittel 5 består av presentasjon av studiens funn, som diskuteres i kapittel 6.

Kapittel 7 oppsummerer de viktigste funn og videre tiltak.

## **2 Tidligere forskning**

Søk etter tidligere forskning og annen relevant litteratur har pågått gjennom hele prosessen. For å finne systematiske oversikter og kunnskapsoppsummeringer er det gjort grundige søk i Cochrane. Ellers er databaser som PubMed, Medline, Cinahl, PubPsych og helsebiblioteket



brukt i flere omganger. Ulike kombinasjoner av følgende søkeord er brukt:

*Health Visitor, Public Health Nurse, Screening, Edinburgh Postnatal Depression Scale, Counselling og Postpartum Depression (MeSH).*

Studiene som er funnet er både av kvantitativ og kvalitativ art, og utført både nasjonalt og internasjonalt. Et utvalg av relevant forskning presenteres her tematisk under følgende fire overskrifter: Forekomst av fødselsdepresjon og effekt av EPDS-metoden, helsesøstres erfaringer med å bruke EPDS, mødres opplevelse av å bli screenet for fødselsdepresjon og EPDS anbefales ikke som nasjonal screening.

#### Forekomst av fødselsdepresjon og effekt av EPDS-metoden

I en norsk studie utført av Glavin et al. (2009b) viser resultatet fra to store kommuner at i gjennomsnitt sliter 10.1% av kvinnene med fødselsdepresjon. EPDS ble brukt som måleinstrument, med en terskelverdi på 10, seks uker etter fødsel. Førstegangsfødende i aldersgruppen over 36 år hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å utvikle fødselsdepresjon som mødre med flere barn. Det var ingen signifikante forskjeller i sosiale eller økonomiske parametere mellom de to kommunene. Det var en betydelig forskjell i antall fødselsdeprimerte i de to kommunene, med en prevalens på henholdsvis 14,4 prosent og 9 prosent. En mulig forklaring til dette er at i kommunen med lavest forekomst hadde helsesøstre gjennomgått opplæringen omkring fødselsdepresjon og hadde mer kunnskap om tilstanden og håndteringen av den. På hjemmebesøket snakket de om fødselsdepresjon, ga mødrene en brosjyre om temaet og inviterte mødrene til å kontakte helsestasjonen ved behov for neste konsultasjon. Studien foreslår at støtte og informasjon har forebyggende effekt på fødselsdepresjon hos kvinner.

Opplæringen av helsesøstre i forhold til temaet fødselsdepresjon redegjøres for i studien til Glavin et al. (2010c). I intervensjonskommunen fikk helsesøstrene fem dagers opplæring bestående av å lære om fødselsdepresjon med dens risikofaktorer, symptomer og behandling. De lærte om identifisering av psykiske problemer og ble kjent med EPDS-skjemaet og scoringen av det i kombinasjon med klinisk vurdering av depressive symptomer. Helsesøstrene fikk trening i støttende veiledningsmetoder og månedlig veiledning i grupper. I

kontrollkommunen fikk ikke helsesøstrene denne opplæringen. Her ble det vanlige helsestasjonsprogrammet fulgt, uten spesiell fokus på psykisk helse.

I intervensjonskommunen hadde mødre en samtale med helsesøster etter utfylling av skjemaet. Fokuset var på mors psykiske helse, med kartlegging av nåværende tilstand, alvorlighetsgrad og tidligere historie, og mors ønske om ytterligere oppfølging. Mødrene ble tilbudt støttesamtaler, der helsesøstrene brukte aktiv lytting og empatisk kommunikasjon.

Resultatene viser at depresjonsscoren sank betydelig hos mødrene som deltok i intervensjonsgruppa sammenlignet med mødrene i kontrollgruppa.

En ett års-oppfølging av denne studien gjort av Glavin et al. (2010b) viser at et program for forebygging og behandling av fødselsdepresjon gir en betydelig lavere EPDS-score både ved seks uker, og tre, seks og tolv måneder etter fødsel. Funnene fra studien foreslår at barselomsorg bestående av opplæring av helsepersonell med økt fokus på psykisk helse og støtte for foreldrene er en nyttig tilnærming for å håndtere fødselsdepresjon i kommunen. Helsesøstre anses som å være i en god posisjon til å identifisere, behandle og henvise deprimerte mødre videre i systemet. En liten investering i å lære opp helsesøstre i dette kan være kostnadseffektiv på lang sikt.

Både Morrell et al. (2009a) og Brugha et al. (2011) ser på effekten av at barselmødre mottar omsorg fra helsesøstre som har fått opplæring i og er trent i å identifisere og håndtere fødselsdepresjon. Resultatet viser at mødre med score både over og under 12 poeng har klinisk effekt seks og tolv måneder etter fødsel, sammenlignet med mødre som ikke har fått samme oppfølging. Helsesøsters økte omsorg og fokus på mors psykologiske velvære og ikke kun det som har med barnet å gjøre, ser ut å være av betydning (Brugha et al., 2011).

#### Helsesøstres erfaringer med å bruke EPDS

I en kvalitativ studie av Glavin et al. (2010a) intervjues 11 norske helsesøstre om deres erfaring med å bruke screening for å kartlegge fødselsdepresjon. Samtlige helsesøstre anså EPDS-screeningen som en effektiv identifikator av fødselsdepresjon, og som en døråpner for samtaler med mødrene. Det ble lettere å snakke om vanskelige ting, og kontakten ble bedre. Oppmerksomhet og fokus på psykisk helse og barseldepresjon økte, det samme gjorde åpenhet omkring psykiske problemer.

Opplæringen i EPDS opplevdes grundig, av høy kvalitet og var av stor verdi ved utføring av screeningen. Den økte deres kompetanse og beriket arbeidet. Helsesøstrene følte seg tryggere, mer komfortable og modige. De opplevde en styrking av deres profesjonelle rolle som helsesøster. De var overbevist om at de identifiserte flere mødre med fødselsdepresjon nå enn tidligere.

Utfordringer som kom frem var i forhold til språk og tid. Helsesøstrene beskrev at mødrene måtte ha gode kjennskaper til det norske språket for å forstå spørsmålene i spørreskjemaet. Tidsmessig opplevde de at det kunne bli hektisk og at arbeidsmetoden var tidkrevende. De understrekte viktigheten av å ha nok tid til å snakke med mødrene etter utfylling av skjemaet.

Brealey et al. (2010) viser også til at EPDS ble sett på som en vei inn til dialog. Det som var viktig for helsesøstrene var varmen og intimiteten i relasjonen mellom dem og mødrene. De understreket viktigheten med å klargjøre deres rolle overfor mor, slik at hun forstod at helsesøster var en støtte og ikke agent for sosial kontroll. Helsepersonell var generelt positiv til å bruke EPDS og syntes det var nyttig i ansikt-til-ansikt samtaler. Noen så tvetydigheten i spørsmålet om selvskading, om det gjaldt å kutte seg selv eller prøve å begå selvmord.

Helsesøstre hadde lite opplæring og trening i å håndtere fødselsdepresjon, og mente de ville dra nytte av mer konsekvent trening.

### Mødres opplevelse av å bli screenet for fødselsdepresjon

Internasjonalt er det gjort både oversiktsstudier og enkeltstudier av mødres opplevelser av å bli screenet, mens det i Norge foreløpig ikke er publisert noen studier av mødres opplevelser. I studien til Glavin et al. (2010a) forteller imidlertid helsesøstrene at screeningprosedyren gjorde det første hjemmebesøket for foreldrene mer betydningsfullt, i og med at det var her de ble introdusert for screeningen og snakket generelt om psykisk helse. Foreldrene opplevde gjennom dette større aksept for psykiske problemer. De følte seg bedre ivaretatt, noe som medførte at foreldrene raskere tok kontakt med helsesøster ved behov for hjelp.

Oversiktsstudien til Brealey et al. (2010) finner at å informere om screeningen på forhånd var en viktig faktor for mors opplevelse av å bli screenet. Det normaliserte screeningsprosessen



og gjorde den mer akseptabel. Mødrene foretrakk at gjennomføringen ble utført i deres eget hjem, fordi det ga rom for å snakke om emosjonelle temaer. Å gjennomføre det på en klinikk ble funnet mer distraherende og ukomfortabelt. Det kom frem at mødrene fant det nyttig å snakke om følelser, men de var redde for å bli ansett som en dårlig mor og hadde en frykt for å bli fratatt barnet. En del synes det var vanskelig å svare ærlig på påtrengende spørsmål i EPDS-skjemaet, og for noen var det forbundet med skam å snakke om selvskading. Noen løy derfor bevisst i forbindelse med skjemautfyllingen. Forholdet mellom helsepersonell og mor var av stor betydning, og påvirket hvordan spørreskjemaet ble gjennomført. Relasjonen ble bedre etter flere møter dem imellom, og kontakt gjennom svangerskapet var en potensiell hjelp til å etablere en god relasjon i forholdt til tidlig identifisering av fødselsdepresjon. Mødrene ønsker støtte, omsorg og interesse, noe som øker sannsynligheten for ærlighet om hvordan de har det. Noen av kvinnene rapporterte vanskeligheter med å forstå spørsmålene på spørreskjemaet, for eksempel hva som lå i begrepet selvskading, var det ubevisst eller bevisst? Resultatet av studien fant at noen kvinner finner det akseptabelt å bli screenet for fødselsdepresjon, mens andre ikke.

Slade et al. (2010) intervjuer 30 engelske kvinner som hadde en EPDS-score på 18 eller mer seks uker etter fødsel. Intervjuene foregikk seks måneder etter fødsel, hjemme hos kvinnene. Funnene viser at kvinnene syntes det var vanskelig å be om hjelp, og de var redde for å fremstå som om at de ikke kunne ta vare på barnet. De fryktet at barnet skulle bli fratatt dem. De aller fleste syntes det var positivt å fylle ut EPDS-skjemaet fordi fokuset ble rettet mot dem selv og ikke barnet. Kvinnene som hadde støttesamtaler med helsesøstre som hadde trening i å håndtere fødselsdepresjon, verdsatte samtalene høyt. Støtten ble ansett som ideell, og de satte pris på å kunne snakke om sine følelser, og kunne betro seg til en lyttende helsesøster uten at hun var kritisk eller dømmende. Dette trodde kvinnene kunne bidra til å stoppe symptomutviklingen. Samtalene hjalp kvinnene til selv å finne ut hva de kunne gjøre for å få det bedre. Helsesøstrenes personlige kvalitet og evne til å skape en mellom-menneskelig relasjon var viktig for mødrenes opplevelse.

De som ikke var fornøyde med relasjonen med helsesøster, var mødre som opplevde liten eller ingen støtte, verken emosjonelt eller i form av å være nybakte mødre. Feil tonefall eller manglende interesse for mor som person resulterte i utilfredshet. Noen kvinner avsto å motta hjelp og begrunnet det med at de ikke følte de kjente helsesøster, eller at hun ikke var en type person de kunne snakke med.

### EPDS anbefales ikke som nasjonal screening

Kunnskapssenteret har på oppdrag fra Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten gjort en kunnskapsoppsummering på området depresjonsscreening av gravide og barselkvinner. Kunnskapssenterets oppgave er å fremskaffe og formidle kunnskap om effekten av metoder og tiltak, samt kvalitet innen helsetjenestene. Målet er å bidra til beslutninger slik at brukeren får best mulig helsetjenester (Larun et al., 2013).

Kunnskapsoppsummeringen av ulike internasjonale studier viser effekt av screening kombinert med oppfølging for depressive symptomer. Antall kvinner med depressive symptomer reduseres fra 10 til 6 prosent fire til seks måneder etter fødsel. Det er ingen studier som viser negative eller uønskede effekter for mor og barn, og heller ingen fysiske eller sosiale utfall ved å bli screenet eller få oppfølging.

Hovedfunnene i studiene viser at 93 prosent av barselkvinnene som har en klinisk depresjon blir identifisert ved bruk av EPDS med en grenseverdi på over eller lik 10 poeng. 78 prosent av de som ikke har en klinisk depresjon blir klassifisert som friske. Over 20 prosent av barselkvinnene som ikke har klinisk depresjon kommer i en ”falsk positiv” gruppe og blir klassifisert som å være i risiko for å utvikle depresjon. De anses som mulig depressive. På bakgrunn av rapportens funn anbefaler ikke prioriteringsrådet metoden som nasjonal screening.

Eberhard-Gran et al. (2014) har utført en oversikt over kunnskapsgrunnlaget for anbefaling av screening og oppfølging av barseldepresjon. Det er flere spørsmål som må avklares før det er mulig å gå ut med en generell anbefaling om screening og oppfølging etter EPDS-metoden. De vektlegger prioriteringsrådets anbefaling, i tillegg til at kriteriene fra WHO angående brukerundersøkelse og kostnad-nytteverdi ikke er oppfylt. En anbefaling for å unngå unødvendig mange falsk positive, en to-trinns-screening bestående av utfylling av EPDS-skjemaet to ganger og et intervju, er ikke testet ut tilstrekkelig. Det må også bli enighet om grensen for positiv test og hva som er en akseptabel andel falsk positive.

### 3 Teoretisk grunnlag

I dette kapittelet presenteres det teoretiske grunnlaget som er bakgrunnen for min forståelse av helsesøstrenes beskrivelser av deres arbeid relatert til EPDS. Her redegjøres for studiens overordnede perspektiv som er helsesøstres helsefremmende- og forebyggende arbeid. Det teoretiske grunnlaget har nok ligget der gjennom hele prosessen, men kom tydeligere frem gjennom analysen av empirien.

#### 3.1 Forebyggende helsearbeid

Forebyggende arbeid tar utgangspunkt i sykdom og er konsentrert om å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, skade eller død. Sykdomsforebygging kan drives på individ-, gruppe- eller befolkningsnivå. Det er vanlig å dele forebyggende helsearbeid inn i tre nivåer. Første nivå er *Primærforebygging* som tar sikte på å fjerne kjente risikofaktorer for å forhindre eller utsette et problem eller sykdom. Det andre nivået er *Sekundærforebygging*. Det handler om å diagnostisere allerede eksisterende vansker eller sykdom på et tidlig stadium for å hindre videreutvikling, varighet eller at det kommer tilbake. Gjenoppretting av snarlig normal funksjon er målet. Det siste nivået er *Tertiærforebygging* hvor målet er å minske følgene som sykdommen har på livskvaliteten. Støtte og hjelp til å mestre hverdagen med de begrensninger sykdommen eller problemene fører til, er et mål (Elo og Calltorp, 2002, Mæland, 2010).

For å drive effektiv forebygging benyttes ulike strategier. Befolkningsrettet strategi brukes for å nå hele befolkningen med forebyggende tiltak, for eksempel barnevaksinasjonsprogrammet. Individrettet strategi brukes der det foreligger risiko for sykdom eller ved påvisning av et forstadium til sykdom, og en legger opp til intervensjon eller behandling for å hindre sykdomsutvikling eller redusere risikoen for sykdom. Høyrisikostrategi benyttes når en går inn i høyrisikogrupper av befolkningen som en vet er disponert for å utvikle sykdom, for å identifisere og intervensjon (Mæland, 2010).

Forebyggende helsearbeid forutsetter et helhetsperspektiv, og det er spesielt viktig å fokusere på barn og unge som har en risiko for å utvikle skade eller sykdom. Det er viktig å avdekke behov så tidlig som mulig for å unngå at problemer utvikler seg. Det er spesielt i forhold til primær- og sekundærforebygging helsesøsters innsats er rettet, selv om det også arbeides med tertiærforebygging (Kvarme, 2009).

Forebyggende helsearbeid dreier seg ikke bare om å hindre skade, sykdom og død, men også om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i livet (Mæland, 2010).

### 3.2 Helsefremmende arbeid

Idegrunnlaget for helsefremmende arbeid manifesterte seg på den første internasjonale konferansen som fant sted i Ottawa i Canada 1986. Her ble Ottawa-Charteret utformet, som definerer helsefremmende arbeid som ”*prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse*” (Mæland, 2010:73). Tiltak som bedrer velvære, trivsel og mulighetene til å mestre utfordringer og belastninger i hverdagen er helsefremmende (Kvarme, 2009). Mestring kan beskrives som forsøket på å regulere sine følelser, tanker og atferd for å redusere belastninger og stressende situasjoner (Wichstrøm, 2008). Hensikten i helsefremmende arbeid er å fremme overskudd og livskvalitet, slik at en kan ta vare på- og styrke egen helse. Fordi helse sees på som en ressurs for dagliglivet, og ikke som det endelige målet, er prosessen like viktig som resultatet (Kvarme, 2009).

Sentralt i helsesøsters arbeid står veiledning, som er en prosess som innebærer at den som mottar veiledning skal bli bevisst sin egen situasjon og selv komme frem til en løsning på problemet eller utfordringen vedkommende står i (Tveiten, 2009). Empowerment og salutogenese er sentrale begreper i helsefremmende arbeid generelt, og veiledning spesielt, og er begreper jeg har valgt å bruke i diskusjonsdelen.

**Veiledning og empowerment.** Veiledning er en pedagogisk metode i samarbeid og kommunikasjon, og relatert til helsesøsters funksjon kan veiledning defineres som:

*En formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som sikter mot å øke mestringskompetansen hos veisøker gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier (Tveiten, 2009:177).*

Veiledningsprosessen er relasjonell, noe som betyr at det ikke bare er en teknikk, men at relasjonen mellom helsesøster og brukeren er av stor betydning. Respekt, likeverd og fortrolighet er nøkkelord. Hensikten med veiledning er økt mestringskompetanse hos brukeren. Hva som skal mestres avhenger av situasjonen vedkommende er i. Veiledningen må

ta utgangspunkt i de ferdigheter, kunnskap og holdninger som brukeren innehar og som utgjør grunnlaget for kompetansen som skal styrkes (Tveiten, 2009).

Helsesøster har en profesjonell kompetanse som brukeren trenger, og det er viktig å være bevisst skjevheten som fagkunnskapen utgjør. Idealet for å nå frem med veiledning er at det finner sted en dialog mellom helsesøster og brukeren, altså en samtale mellom to likeverdige partnere. Det må oppnås en felles forståelse i forhold til brukerens anliggender. For at dette skal skje, må brukeren få medvirke og delta aktivt i beslutninger som har med egen situasjon å gjøre. Dette er hva empowerment handler om. Gjennom å gi enkeltindividet kunnskap om forhold som har med helsen å gjøre, bidrar dette til større innflytelse og kontroll slik at en kan ta valg som påvirker egen helse. Å oppleve rimelig kontroll over eget liv er viktig for selvbildet og mestringsvevnen og påvirker følgelig både fysisk og mental helse (Mæland, 2010).

Empowerment kan defineres som myndiggjøring eller bemyndigelse, som er måten en oppnår mestringsvevnen over livet på. Prosessen kan fremmes dersom andre er støttende, og helsepersonell kan bidra ved å gi informasjon, kunnskap, lære individet å se positivt på seg selv og gjøre det i stand til å håndtere vanskelige livssituasjoner. Hensikten er å motvirke maktesløshet og heller bygge opp den enkeltes selvfølelse og autonomi. For å kunne hjelpe enkeltindividet og deres familier til å ta vare på egen helse, er det avgjørende med god kommunikasjon, og at en tar utgangspunkt i deres behov og ønsker for å avgjøre hvilket mål og strategi en velger i prosessen (Kvarme, 2009). Et syn om at brukeren er ekspert på seg selv er et viktig ledd i empowerment-tenkningen og krever en mer likeverdig samarbeidsrelasjon mellom de involverte. Evnen til å lytte for å finne ut hvordan den andre har det er essensiell (Mæland, 2010).

**Salutogenese** dreier seg om å styrke helsen og motstandskraften mot negative faktorer. Helse sees som en ressurs som kan brytes ned eller bygges opp (Kvarme, 2009). Begrepet salutogenese er innført av sosiologen Aaron Antonovsky, med ideen om at det er viktigere å fokusere på folks ressurser og kapasitet for å skape helse, enn sykdom og risiko. Nøkkelfaktoren i en salutogen tilnærming er at en først orienterer seg mot problemløsning, og dernest kapasiteten til å bruke ressursene som er tilgjengelige (Lindstrøm og Eriksson, 2005).

I følge Antonovsky (1996) er det som avgjør hvordan en klarer seg, evnen en har til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende. Dette betegnes som *Opplevelse Av Sammenheng, OAS*. For å oppleve følelse av sammenheng må livet i tillegg til å være forutsigbart oppleves som håndterbart og meningsfullt. Med dette menes at en må kunne forstå situasjonen kognitivt, ha tro på at en kan finne løsninger på situasjonen og bruke de ressursene som en selv og andre besitter. Til slutt må en finne mening i å forsøke å oppnå dette og finne det verdt å investere energi i det det krever (Lindstrøm og Eriksson, 2005).

OAS grunnlegges allerede i barndommen og tidlig ungdomsår gjennom nære og stabile kontakter med omsorgspersoner, og gjennom utvikling av identitet. Trygg identitet, optimisme og følelse av kontroll er nært knyttet til opplevelsen av forutsigbarhet og sammenheng, og er et resultat av den grunnleggende tilliten som utvikles i tett samspill mellom barnet og omsorgspersonene i løpet av det første leveåret. Slike forhold er viktig i forhold til mental og kroppslig helse senere i livet. Dette gjør tiltak for å sikre en harmonisk utvikling særdeles viktig i det forebyggende og helsefremmende arbeidet (Mæland, 2010).

I tillegg til det teoretiske perspektivet med dets begreper som her er presentert, trekker jeg i diskusjonsdelen inn begrepet tillit, og støtter meg i så henseende både til filosof Harald Grimen og Knud. E. Løgstrup, og sykepleieteoretiker Kari Martinsen. Forfatter Greta M. Skau og sykepleieteoretiker Patricia Benner brukes i forhold til henholdsvis kompetanse og kompetanseutvikling. Begrepene gjøres nærmere rede for i diskusjonsdelen.

## **4 Metode**

I det følgende kapittel beskrives fremgangsmåten som er brukt for å besvare studiens problemstilling. Det redegjøres for metodevalg, vitenskapsteoretisk ståsted, utvalg og rekruttering av deltakere, intervju, transkribering og analyse av data.

## 4.1 Metodevalg

Begrepet *metode* betyr veien til målet (Kvale og Brinkmann, 2010). Den sier noe om hvilke strategier forskeren velger for å samle inn, organisere, analysere og tolke det en studerer i sitt prosjekt (Malterud, 2011). Metoden en benytter for å få svar på det en skal undersøke er avhengig av problemstillingens formulering (Jacobsen, 2010, Polit og Beck, 2008). Ønsker en å kartlegge omfang, fordeling eller effekt, og ønsker svar på *hvor mye* og *hvor ofte* i form av tall og statistikk, er kvantitativ metode egnet som tilnærming. Kvalitativ metode har derimot som mål å forstå, snarere enn å forklare. Den egner seg der en ønsker å presentere mangfold og nyanser i menneskers opplevelser, tanker og erfaringer (Malterud, 2011). Jeg har valgt en kvalitativ metode med individintervju for å belyse problemstillingen.

### 4.1.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Jeg har latt meg inspirere av hermeneutikken som vitenskapsteoretisk perspektiv når jeg skal forstå og tolke helsesøstrenes erfaringer, som er transkribert til tekst. Hermeneutikk er en filosofisk disiplin som undersøker og forklarer forståelsen og fortolkningen (Gulddal og Møller, 1999). Hermeneutikken handler om hvordan man skal gå frem for å oppnå gyldige og fruktbare fortolkninger, og hjelper oss med hvordan vi forstår og dermed gir verden mening (Thornquist, 2010).

Med en hermeneutisk tilnærming forstår en helheten ut fra delene, og delene ut fra helheten. Det er snakk om en sirkelbevegelse der man i forsøket på å finne helhetens mening får en uttrykkelig forståelse når *"de deler som lar seg bestemme utfra helheten, selv bestemmer denne samme helheten"* (Gadamer, 2003:33). Som fortolker må jeg være innstilt på å justere oppfattelsen av helhetsmeningen ut ifra de iakttagelser som kommer frem underveis (Gulddal og Møller, 1999).

Denne måten å fortolke og søke forståelse på tenker jeg er samsvarende med fremgangsmåten jeg har brukt for å komme frem til resultatene i studien. Intervjutekstene ble først lest hver for seg, for så å leses som en helhet for å se hva dette i sum dreide seg om. Meningsbærende setninger og avsnitt ble trukket ut av teksten og fortettet, deretter ble funnene gjenfortalt, sett i lys av alle intervjuene, altså helheten. Også diskusjonsdelen bærer preg av prinsippet om å forstå helheten utfra delene og omvendt. Jeg har måtte gå frem og tilbake mellom tekst og



intervjuer, tenke nytt, endre på temaer og kategorier. Ved å arbeide på denne måten har jeg fått ny innsikt og forståelse i deltakernes erfaringer.

Gadamer (2003) sier at den som hører på noen eller leser en tekst, alltid vil bringe med seg en for-mening om innholdet, på bakgrunn av sine egne meninger. Dette gjør at når en leser teksten for første gang har en forventning til hva en vil finne. Han snakker om at en gjør et utkast av en helhetsmening idet den første mening i teksten viser seg (Gadamer, 1999). På bakgrunn av dette må jeg for å forstå teksten være min egen forutinntatthet bevisst, slik at jeg kan ta inn over meg det som er fremmed i teksten. Å være mottakelig for det fremmede i teksten betyr verken selvutslettelse eller at en må være nøytral, men derimot at en må være oppmerksom på egne formeninger og fordommer. Kun slik kan tekstens sannhet stilles opp mot ens egen forforståelse (Gadamer, 1999, Gadamer, 2003). Gadamer bruker begrepene for-mening, for-forståelse og for-dom på en slik måte at jeg tolker det til å omhandle det samme. Jeg bruker heretter forforståelse som et dekkende begrep.

Når Gadamer snakker om forforståelse, ligger det ikke noe negativt i det. Han mener det er et nøytralt begrep og viser til at noe går forut for forståelsen. Fordi vi er historiske vesener er forståelse aldri forutsetningsløs og umiddelbar. Vi bringer alltid med oss erfaring og tanker når vi møter en tekst eller handling, noe som er med og bestemmer det vi fortolker og forstår. Forforståelse dreier seg om den bakgrunnskunnskap vi møter noe med (Thornquist, 2010). Det er noe jeg som forsker skal bruke aktivt for få ny innsikt, men samtidig må være bevisst at påvirker forståelsen av helheten.

Når det fremmede i teksten utfordrer vår forforståelse, utvides også vår horisont. Når Gadamer (1999) snakker om horisont, handler det om det synsfelt som omslutter alt synlig gitt utfra et punkt. Forståelseshorisont omfatter våre holdninger, oppfatninger og forventninger, som vi ikke alltid retter oppmerksomheten mot (Thornquist, 2010). I møtet med et annet menneske får en ny innsikt og forståelse av hvem den andre er, fordi den forstående erfaringen skjer i en pendelbevegelse mellom ens egen horisont, og den andres horisont. Begges horisonter endres og ny forståelse oppstår. Dette kaller Gadamer (1999) *horisontsammensmelting*. Relatert til min studie betyr dette at jeg som forsker må overskride min opprinnelige forståelseshorisont og være åpen for å lære noe nytt som jeg legger til det jeg allerede vet. Ny og gammel forståelse smelter sammen og utgjør en ny forståelse.

## 4.2 Forforståelse og klargjøring av egen rolle

Som Gadamer (2003) sier, møter man alltid en tekst eller hendelse med forforståelser. Jeg er selv nyutdannet helsesøster som intervjuer andre helsesøstre. Når jeg går inn i intervjusituasjonene og fortolker den transkriberte teksten, har jeg med meg en bagasje av erfaringer, hypoteser, teoretisk referanseramme og faglig perspektiv (Malterud, 2011). Jeg har noe erfaring fra å være helsesøster og har derfor en forforståelser i forhold til hvordan utøve yrket og møte familier på helsestasjonen.

Forforståelsen er brukt aktivt i blant annet utarbeidelsen av en relevant intervjuguide i forhold til problemstillingen. Dette innebærer at fagtermer, begreper, hvordan konsultasjoner gjennomføres og veiledning av foreldre er kjent for meg. Jeg kan lettere forstå og følge det helsesøstrene snakker om, kontra om jeg var en utenforstående. Det gjør det også lettere å komme med oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene, noe jeg tenker samsvarer med det Paulgaard (1997) sier om at forforståelsen og nærhet til informantenes kunnskapsgrunnlag er en forutsetning for å få innsikt. Det kan forhindre misforståelser og tap av mening underveis.

Det å forske i eget felt krever høy grad av bevissthet rundt egen rolle. Paulgaard (1997) sier en som forsker er nødt å tre inn i feltet som studeres for å få innsikt, men må samtidig evne å stille seg utenfor for å kunne analysere funnene. Jeg må erkjenne og overveie betydningen av mitt ståsted i forhold til egen forforståelse slik at den ikke styrer intervjuet eller tolkningen av teksten i den retning jeg ønsker, eller lar mine egne tolkninger være fasiten.

Ulempen med å forske i eget felt er at en kan ta for gitt at en forstår det som sies og derfor ikke følger opp. Det kan være vanskelig å stille spørsmål som synes selvsagte innenfor feltet, noe som kan gi seg utslag i at forskeren overser det som tilsynelatende er felles med egne erfaringer fordi man tror man forstår. Det blir viktig å innta et perspektiv der forskeren kan se sitt eget felt med friske øyne (Malterud, 2011, Thagaard, 2009).

Fra min korte tid i helsesøstermiljøet var jeg klar over at det fantes tilhengere av å bruke EPDS, men også noen motstandere. Min nysgjerrighet på om jeg kom til å treffe noen som var negativ til det var absolutt til stede, og viktig å erkjenne. Allerede i utformingen av intervjuguiden var jeg bevisst på at spørsmålene ikke ble ledende i noen retning. Dette gjaldt også for intervjuene. Jeg valgte bevisst å ikke intervjuer helsesøstre der jeg på forhånd visste hvilke synspunkter de hadde i forhold til EPDS.

Jeg har ingen praktisk erfaring med å anvende EPDS. På grunn av manglende kurs og opplæring fikk jeg ikke utføre metoden i løpet av helsesøsterutdanningen. I perioder der jeg har vært i arbeid samtidig som arbeid med masteroppgaven har pågått, har jeg bevisst bedt om fritakelse for å utføre EPDS. Egenerfaring med å anvende metoden kunne medført forutinntatte meninger om hvordan den bør brukes, noe som igjen kunne ført til mer ledende spørsmål og at min erfaring ble ”fasiten”. På den annen side kunne egenerfaring muligens ha ført til etterspørsel av mer spesifikke beskrivelser. Underveis i prosessen har jeg tilegnet meg teoretisk kunnskap gjennom å ha lest teori, tidligere forskning og deltatt på en kongress med EPDS på agendaen. Dette utgjør min forforståelse i forhold til temaet.

Det at jeg er sykepleier og helsesøster, gjør at jeg kjenner til temaet psykisk helse og det å kommunisere med foreldre. Jeg er i tillegg mor selv, og har erfaringer fra det å møte helsesøster. Jeg har ikke selv fylt ut skjemaet da det ikke var implementert som metode på det aktuelle tidspunktet. Summen av dette drar jeg til min fordel som forsker fordi jeg har førstehåndskjennskap til faget jeg skal studere i form av kunnskaper innenfor helsesøsterfaget. Samtidig gjør manglende praktisk erfaring relatert til EPDS at jeg ikke kan bruke min erfaring som empiri. Dette gjør at jeg stiller meg åpen for det helsesøstrene forteller om sine erfaringer, og åpen for at det kan komme frem aspekter jeg tidligere ikke har vært bevisst. Åpenhet hos forskeren vil si å være sensitiv til å la seg overraske av det uventede og uforutsette, slik at betydningsfull informasjon ikke går tapt (Dahlberg et al., 2008).

### **4.3 Utvalg og rekruttering av deltakere**

Problemstillingen er valgt utfra et helsesøsterperspektiv, og følgelig er det helsesøstre som er intervjuet. Utvalget er strategisk utfra ønsket om best mulig svar på problemstillingen, og jeg vet at deltakerne har direkte kjennskap til det jeg skal undersøke (Jacobsen, 2010, Malterud, 2011). Kravet for å delta var minimum ett års erfaring med å anvende EPDS. Utvalget består av fem helsesøstre, noe jeg tenker er en relevant størrelse i forhold til masteroppgavens omfang og tid til rådighet, og at det er summen av det helsesøstrene forteller som er av betydning, ikke den enkeltes fortelling.

På grunn av faren for respondent-bias, i form av over- eller underrapportering ønsket jeg i utgangspunktet deltakere jeg ikke kjente til, verken privat eller i yrkessammenheng. Et ønske om å fremstå som bedre enn de er, eller smigre meg fordi jeg som intervjuer er kjent, vil ifølge Polit og Beck (2008) ikke gi et valid bilde av virkeligheten. Dette lot seg imidlertid ikke gjøre til fulle. Antall frivillige deltakere i kommunen studien ble utført i var ikke høyt nok til å gjøre en utvelgelse utfra dette tankesettet. Et par av deltakerne var kjent for meg. Fordelen med å være kjent for deltakerne, tenker jeg kan være at de slapper bedre av og at intervjusituasjonen ikke virker så skremmende.

Rekruttering av deltakere foregikk ved at det ble sendte mail til hver leder av kommunens helsestasjoner, med spørsmål om å være behjelpelig med rekrutteringen. Mailen inneholdt en kort beskrivelse av temaet og tidsperspektivet for intervjuenes varighet. Vedlagt lå informasjonsskriv og samtykkeskjema (Vedlegg 1 og 2). Det ble spesifisert at på grunn av anonymiteten var det ønskelig at de interesserte tok direkte kontakt med meg på mail, og ikke gikk via sine ledere. Dette ble ikke alltid overholdt, slik at noen ledere og eventuelle andre helsesøstre vet hvem som ønsket å delta. Dette ivaretas av det absolutte krav til anonymisering gjennom studien.

Det viste seg å være vanskeligere å få tak i deltakere enn først antatt. Etter purringer til lederne ved tre av helsestasjonene var det fire helsesøstre som meldte sin interesse. Jeg valgte derfor å inkludere helsesøsteren fra prøveintervjuet. Hun var positiv til dette og mottok samme informasjonsskriv og samtykkeskjema som de øvrige.

I ettertid tenker jeg det muligens hadde vært mer effektivt og tidsbesparende å selv få presentere og informere om studiet, for eksempel på et fellesmøte der kommunens helsesøstre møtes. Det ville gitt en mer utfyllende og hensiktsmessig fremstilling, og muligens resultert i et større utvalg å velge fra.

Utvalget på fem helsesøstre er lite, men som Malterud (2011) sier, er det ikke slik at overførbarheten øker proporsjonalt med antall individer i materialet.

#### 4.4 Gjennomføring av intervjuene og intervjuguide

Første kontakt med deltakerne var pr mail. Det ble takket for velviljen til å delta og informert om at de i tråd med etiske retningslinjer ville motta informasjon og samtykkeskjema. Dette ble sendt pr. brev med beskjed om å underskrive og returnere samtykkeskjemaet i frankert konvolutt. Tid og sted for intervju ble så avtalt på mail. Deltakerne fikk selv bestemme intervjusted, og ble samtidig gjort oppmerksom på at intervju på deres respektive arbeidssteder kunne medføre at arbeidskollegaer skjønnte at de var deltakere i mitt prosjekt. De fleste valgte likevel arbeidsstedet som intervjusted, og intervjuene ble gjennomført på dagtid. Ett av intervjuene ble gjennomført på kveldstid på en skole.

En av fordelene ved kvalitativ metode er at det kan gjennomføres prøveintervjuer. Dette ble benyttet for å øve på formulering av relevante spørsmål og prøve ut om spørsmålene ble forstått. At deltakerne svarer på det det faktisk spørres om, er av betydning for kodingen av dataen i analysen, og studiens validitet og overførbarhet (Kvale og Brinkmann, 2010, Polit og Beck, 2008).

Før intervjustart ble helsesøstrene informert om temaet, min bakgrunn og manglende erfaring med selv å anvende EPDS. Det ble informert om muligheten til å ta pauser og å ta seg tid med svarene. Deltakerne ble gjort oppmerksomme på at det ikke var deres kunnskap som skulle settes på prøve, men at fokus var rettet mot deres erfaringer og refleksjoner. De ble oppfordret til å snakke fritt, og gjerne komme med eksempler. Det ble informert om at det var noen temaer jeg ville ha belyst og besvart, og derfor kom til å stille noen spørsmål underveis. Intervjuene er semi-strukturerte fordi det benyttes en intervjuguide bestående av tema og forslag til spørsmål for å belyse problemstillingen (Kvale og Brinkmann, 2010). Det ble gjort korrigeringer i intervjuguiden etter prøveintervjuet (Vedlegg 6). Det ble stilt åpne spørsmål og bedt om konkrete eksempler og opplevelser.

I litteraturen står det at dersom en på et senere stadium i prosessen finner ut at det er noen uklare passasjer i intervjuet, og vil ha bedre beskrivelser, er det legitimt å ta kontakt med deltakere for flere beskrivelser (Englander, 2012). Dette ble aktuelt for det første intervjuet, og for prøveintervjuet for å komplementere intervjuet etter justering av intervjuguiden.

Alle intervjuene ble gjennomført i perioden oktober-november 2013. Som det kommer frem av oversikten nedenfor, var det stor variasjon på intervjuenes lengde. Det var ønskelig å bruke

god tid mellom hvert intervju til refleksjoner og forberedelser, noe som ga mulighet til å forbedre meg selv i neste intervju.

#### Oversikt over intervjuene

Deltakere	Dato for intervju	Intervjuets lengde (minutter)
Prøveintervju (Deltaker 5)	13.10.2013 + 28.11.2013	50:57 (31:02 + 19:55)
Deltaker 1	16.10.2013 + 30.10.2013	43:97 (35:42 + 8:55)
Deltaker 2	29.10.2013	38:56
Deltaker 3	31.10.2013	94:04
Deltaker 4	05.11.2013	48:56

Det var stor forskjell i egenopplevelse fra det første og til de siste intervjuene. I starten opplevdes det vanskelig å løsrives fra intervjuguiden og det var forvirrende dersom deltakeren snakket om noe ”lenger ned på lista”. Etter noen intervjuer ble det imidlertid lettere å frigjøres fra intervjuguiden og følge opp temaer som helsesøstrene snakket om der og da. Det ble også enklere å tåle stillhet og pauser, som ofte viste seg nødvendig for at deltakerne skulle kunne reflektere og utdype svarene. De fortsatte som oftest av seg selv uten at jeg måtte bryte inn, bare jeg turte å gi dem tid. Følelsen av intervjuene som en flytende dialog ble bedre med litt praktisering, og følelsen av å utvikles som intervjuer vokste. Det ga mestringsglede og mersmak.

Alle intervjuene ble tatt opp på lydfil, overført til datamaskinen og deretter slettet fra opptakeren.

#### 4.5 Transkripsjonen

En forutsetning for den kvalitative analysen er at intervju-materialet sammenfattes til tekst. Hensikten med skriftliggjøringen er å fange opp samtalen som på en best mulig måte representerer det deltakeren hadde til hensikt å meddele (Malterud, 2011). Transkripsjonen endte opp med 84,5 sider tekst med 1.5 i linjeavstand. Intervjuene er transkribert på bokmål da dette for det første faller meg mer naturlig, og jeg synes det gir bedre flyt og ser mer

ryddig ut. For det andre sikrer det anonymiteten til deltakerne ved at dialekt ikke kan gjenkjennes. På grunn av anonymiteten er egennavn på personer, helsestasjoner, kommuner og byer erstattet med X i teksten. I direkte sitat av funnene er teksten redigert i noen grad for å gjøre sitatet sammenhengende og få flyt i teksten.

Tre av intervjuene har jeg transkribert selv, de to andre er transkribert av en ekstern person. Databehandler-avtale ligger som vedlegg (vedlegg 8). Uavhengig av hvem som har transkribert er fremgangsmåten den samme. Lydfilen ble lyttet til umiddelbart etter intervjuene og transkribert fortløpende. Tekst og lydfil ble nøye sjekket opp mot hverandre umiddelbart etter transkriberingen for å korrigere eventuelle misforståelser, uklarheter eller skrivefeil. Selv om det anbefales å gjøre transkriberingen selv, har jeg vært et aktivt mellomledd mellom tale og tekst og slik sørget for at viktige elementer fra intervjuene ikke har gått tapt.

#### **4.6 Analysen**

Malterud (2011) sier analysen skal bygge bro mellom rådata, altså intervjuene mine i transkribert form, og de endelige resultatene. Dette gjøres ved at materialet organiseres, fortolkes og sammenfattes. Jeg har valgt å bruke systematisk tekstkondensering slik Kirsti Malterud fremstiller den, bestående av fire trinn.

##### *Trinn 1: Helhetsinntrykk - fra villnis til temaer*

Første steg i analysen er å bli kjent med materialet og skaffe et helhetsinntrykk. Etter å ha hørt og lest gjennom intervjuene separat, ble de lest samlet for å danne et bilde av hva helsesøstrene snakker om som helhet. Ved første grov-markering ble det satt ring rundt ulike temaer deltakerne snakket om, 34 i antallet. Ved nærmere gjennomarbeiding av materialet valgte jeg tre hovedtemaer som er relevante for problemstillingen. Antallet temaer er i tråd med det Malterud (2011) anbefaler at man identifiserer for at det skal være overkommelig.



### **Tre endelige temaer**

Døråpner for samtale  
Gjennomføringen har betydning for møtet  
Helsesøsters kompetanse til å gjennomføre EPDS

Jeg var bevisst at navnene på temaene ikke skulle være identiske med temaene i intervjuguiden. Dette er i tråd med det Malterud (2011) sier om å ikke forfølge sin egen forforståelse, men være åpen for nye mønstre. Hun sier også at man i dette trinnet av analysen skal motstå fristelsen med å begynne å systematisere. Nettopp det var vanskelig, fordi dess mer intervjuene ble jobbet med, dess nærmere kom jeg innholdet og ideer om neste trinn i analysen dukket opp. Fokuset måtte rettes på trinnet jeg faktisk var på der og da, slik at jeg kunne følge stegene i analyseprosessen mest mulig korrekt.

#### *Trinn 2: Meningsbærende enheter - fra tema til koder*

I dette trinnet organiseres materialet ved at tekst og utsagn som er relevant i for temaene fra første trinn velges ut. Kodingen tar sikte på å identifisere og klassifisere meningsbærende enheter fra intervjuene som inneholder kunnskap som er med på å belyse problemstillingen. Det skilles altså mellom ”skitt og kanel” som Malterud (2011) så fint kaller det. Linje for linje ble hele materialet systematisk gjennomgått, og meningsbærende tekstbiter ble flyttet under tilhørende temaer. Noen tekstbiter var kun setninger, mens andre var lengre avsnitt. Det ble dannet to kodegrupper for hvert av de tre temaene, vist i oversikt på side 27.

Hver tekstbit er fargekodet ut ifra hvert enkelt intervju, og kodet med nummer og bokstaver. Dette gjorde det lett å finne tilbake til hvor det opprinnelig var hentet fra, slik at jeg enkelt kunne se delene i forhold til helheten, jfr. hermeneutikken. Kodingen ble gjennomgått i flere omganger for å unngå at en meningsbærende enhet ble kodet under flere kodegrupper og for å sørge for at kodene ble presise nok, i henhold til det Malterud (2011) sier. Koder ble slått sammen, utvidet og gjort om underveis.

### Trinn 3: Kondensering - fra kode til mening

I dette trinnet skal kunnskapen som er etablert fra forrige trinn abstraheres. For å nyansere ytterligere, og bedre få organisert og systematisert hver kodegruppe, ble det dannet subgrupper. Teksten jeg nå sitter igjen med i form av meningsbærende enheter som er systematisert i kodegrupper og subgrupper, er det materialet det jobbes videre med i analyseprosessen. Det ble sjekket flere ganger at jeg hadde fått med alt relevant innhold fra det opprinnelige materialet.

Både kodegruppens- og subgruppens navn har vokst frem gjennom analysene. Det ble nødvendig med flere endringer underveis i prosessen. Begrepet tre skritt frem og to tilbake fikk bokstavelig talt betydning. Alle operasjoner og endringer i analysen er loggført i prosjektloggen. Den endelige ferdigstillingen av temaer, kodegrupper og subgrupper illustreres i oversikten på side 27.

### *Kondensering*

Subgruppene danner nå analyseenheten videre. Dataene fortettes ved at det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene gjøres om til en mer generell form. Jeg valgte ut en av de meningsbærende enhetene under subgruppene som jeg syntes var innholdsrik, og skrev inn tekst fra de øvrige meningsbærende enhetene omkring denne teksten. Det ble skrevet i jeg-form slik Malterud (2011) sier, for å vise at det representerer deltakerne. På denne måten ble det dannet et kunstig sitat, et kondensat, fra hver subgruppe. Etter kondenseringen var materialet komprimert ned til ni sider tekst. Kondensatet er et arbeidsnotat som ikke synliggjøres i selve oppgaven, men er utgangspunktet for presentasjonen av funnene i fjerde trinnet av analysen. Alle deltakernes stemmer er tatt med i kondensatet.

### Trinn 4: Sammenfatning - fra kondensering til beskrivelser

I dette trinnet skjer en rekontekstualisering, det vil si at bitene settes sammen igjen i form av gjenfortellinger. Gjenfortellingene formidles så lojalt som mulig opp mot deltakernes stemmer (Malterud, 2011). Med utgangspunkt i kondensatet er det lagd en analytisk tekst, der noen utvalgte sitater fremheves. Den analytiske teksten formidler essensen fra deltakernes fortellinger, og representerer funnene i studien som presenteres i kapittel 5. For å bli minnet på hva som egentlig ble sagt ble det i tråd med det Malterud (2011) sier gått tilbake til de opprinnelige transkripsjonene. Intervjuene ble også hørt igjennom på nytt. På denne måten

sees funnene i lys av helheten, og måten å arbeide de frem på er slik jeg ser det i tråd med den hermeneutiske sirkel, der helheten forstås i lys av delene, og delene utfra helheten.

I prosessen med å sammenfatte de kondenserte kodegruppene kom jeg frem til tre kategorier som omfavner kodegruppene innhold. Kategoriene er:

- Skjema versus ikke skjema
- Møtet med mor
- Kompetanse

#### Oversikt over tema, kodegrupper, sub-grupper og kategorier

<b>Tema</b>	<b>Kodegrupper</b>	<b>Subgrupper</b>	<b>Kategori</b>
Døråpner for samtale	Møter med EPDS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive sider</li> <li>• Negative sider</li> </ul>	Skjema versus ikke skjema
	Møter uten EPDS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sjelden snakk om psykisk helse</li> <li>• Færre fanges opp</li> </ul>	
Gjennomføringen av EPDS har betydning for møtet	Hjemmebesøket	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjemmebesøket forbereder mor</li> </ul>	Møtet med mor
	Konsultasjonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentasjonsmåten viktig</li> <li>• Scoren ikke i fokus</li> </ul>	
Helsesøsters kompetanse til å gjennomføre EPDS	Trygghet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finne plattformen</li> <li>• Opplæring gir trygghet</li> </ul>	Kompetanse
	Utførelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiledning og samtale</li> </ul>	

#### 4.7 Refleksivitet, validitet og relevans

**Refleksivitet** innebærer ifølge Malterud (2011) at jeg som forsker må ha et reflektert forhold til egen innflytelse på materialet og erkjenne og overveie betydningen av eget ståsted gjennom hele forskningsprosessen. Kun slik kan jeg gjenfortelle helsesøstrenes erfaringer og meninger på en lojal måte. Det er tidligere gjort rede for min forforståelse, som jeg forstår har med refleksivitet å gjøre. Jeg har gått inn i prosjektet med et åpent sinn og med jevne mellomrom lagt bort deler av arbeidet for å ta det opp igjen senere i den hensikt å se på det med friske øyne. Dette fordi det er vanskelig å få øye på nye perspektiver når en sitter midt oppi noe (Malterud, 2011). Som helsesøster er det naturlig å ha fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid, også i denne studien. Jeg erkjenner at å forebygge fødselsdepresjon er en viktig oppgave, uten å ha tatt stiling til om EPDS er den rette metoden. Jeg er klar over at min bakgrunn er med på å farge hvordan jeg for eksempel vektlegger funnene i diskusjonskapittelet. En forsker med en annen bakgrunn ville trolig vektlegge andre funn. Grad av refleksivitet vil ha betydning for validiteten og overførbarheten av studien.

**Validitet** knyttes opp mot gyldighet av tolkningen av datamaterialet (Malterud, 2011). For å oppnå gyldighet er det tilstrebet en rød tråd mellom det problemstillingen belyser og den endelige tolkningen av funnene. Dette er gjort ved at metoden er bestemt av problemstillingen, det er gjort rede for fremgangsmåten for å få deltakere og gjennomføring av intervjuene og transkripsjonene. Videre er min forforståelse presentert, analysen er beskrevet steg for steg og funnene diskutert i forhold til problemstilling, teori og tidligere forskning. Alle steg og forandringer gjort underveis er dokumentert i analyselaggen for å kunne reversere prosessen dersom nødvendig. Fremgangsmåten er viktig å synliggjøre for at leseren skal kunne følge veien fra rådata til det foreliggende resultatet, og for å styrke gyldigheten og kvaliteten på studien.

En styrke for gyldigheten er at alle deltakerne er fra samme kommune, og det likevel kommer frem ulikheter i opplevelser, for eksempel i forhold til opplæring. Det gir en ekstra dimensjon i diskusjonsdelen. En annen styrke ved studien er at det er lite tidligere forskning på helsesøstres erfaringer med å anvende EPDS i Norge. Til slutt er det å forske i eget felt en styrke i seg selv, slik at en kan påvirke feltet og bidra til kunnskapsutvikling innenfor eget fag. En svakhet med studien kan være at det er få deltakere. Flere deltakere kunne gitt større sprik i erfaringene med å anvende EPDS, som ville ha påvirket diskusjonsdelen.

Observasjoner av møtet mellom helsesøster og mor, eller å snakke med mødrene, ville gitt andre innfallsvinkler til studien.

**Relevans** har slik jeg forstår Malterud (2011) både med hvorvidt jeg får svar på det problemstillingen spør om, og om kunnskapen som fremkommer er overførbart. Gjennom hele prosessen har jeg måtte reflektere omkring det jeg holder på med har relevans i forhold til studiens problemstilling og hensikt. Det har vært nødvendig å arbeide ut fra en hermeneutisk tilnæringsmåte, stoppet opp, reflektert, gått tilbake og forandret ulike komponenter i oppgaven. På denne måten har jeg tilstrebet å sikre resultatet både relevans og gyldighet.

Studien har fem deltakere og vil således ikke være overførbart på en slik måte at en kan slutte resultater herfra til større populasjoner. Studien kan likevel ha overføringsverdi i form av at andre helsesøstre vil kunne kjenne seg igjen i deltakernes erfaringer, og nye problemstillinger kan genereres. Dette kan igjen føre til nye studier som kan bidra til økt kunnskap og kompetanse på området.

#### **4.8 Ethiske overveielser**

Mange etiske hensyn må tas stilling til gjennom forskningsprosessen. Fordi personopplysninger behandles ved bruk av min datamaskin, ble prosjektet meldt inn for godkjenning til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste, NSD (NSD, 2012) (Vedlegg 4,5 og 6). Hensynet til deltakerne skal gå foran alle andres interesser, og som forsker har jeg ansvar for at deltakerne ikke lider noen form for belastning eller skade på grunn av studien (Ruyter, 2003). Deltakerne fikk informasjon om tema, hensikten med studien, hvor og hvordan intervjuet skulle foregå, om konfidensialitet, hvordan personidentifiserbar data behandles, oppbevares og slettes. I tråd med Helsinki- deklarasjonen (2008) ble skriftlig informert samtykke innhentet og informasjon gitt om mulighet til å trekke seg mens studien pågår, uten noen form for begrunnelse. Krav om frivillighet og anonymisering er ivaretatt. De fiktive navnene på deltakerne er Kristin, Beate, Nora, Monica og Grethe. Før intervjuene startet ble det skaffet godkjenning fra enhetsleder i kommunen til å bruke helsesøstre herfra i studien.

## 5 Presentasjon av funn

I kvalitative studier er det ikke et mål å presentere det hele, men å prioritere og løfte frem funn som forteller noe en ikke visste fra før, og som bidrar til refleksjon (Malterud, 2011). Funnene fra mitt materiale presenteres utfra de tre kategoriene:

- Skjema versus ikke skjema
- Møtet med mor
- Kompetanse

### 5.1 Skjema versus ikke skjema

Kategorien omhandler funn tilhørende subgruppene: 1. Positive sider, 2. Negative sider, 3. Sjelden snakk om psykisk helse og 4. Færre fanges opp. Funnene presenteres i form av deltakernes beskrivelser og sitater.

#### 5.1.1 Positive sider med EPDS

Kristin forteller at temaet psykisk helse fortsatt kan oppleves som tabu for noen, og at det kan være vanskelig både for mor og helsesøster å snakke om. Selv om helsesøstre ikke skal være redd for å snakke om vanskelige ting, er det en liten terskel, eller noe man ikke gjør veldig lett. Hun sier: ”*Jeg føler i alle fall for egen del at det er så mye enklere å ta opp det temaet nå når vi har det som en screening*”.

De andre helsesøstre understreker også at EPDS som en del av konsultasjonen gjør det lettere å ta opp psykisk helse med mødre. At det presenteres på hjemmebesøket gjør det enklere å bringe opp temaet. Det føles mer legitimt og naturlig å bringe det opp siden det gjøres med alle. Fordi spørsmålene allerede er på skjemaet, trenger de ikke å lete etter hva de skal spørre etter, og det føles derfor mindre ubehagelig. Nora uttrykker:

*Så det synes jeg er veldig bra med det skjemaet, at temaet blir løftet opp, det blir løftet opp til alle, ikke bare de jeg ser an som kanskje burde ha snakket om dette (...) vi gjør det med alle, det er ikke noe stigmatisering, hvis jeg kan bruke det ordet. Det er ikke*

*bare rettet mot noen. Det ufarliggjør det ganske mye og det gjør det bare til ett av alle de temaene vi tar opp på lik linje med andre.*

Helsesøstrene synes bruken av EPDS gjør konsultasjonen bedre. Det er avsatt litt mer tid i konsultasjonen, og den brukes bedre. Dette medfører mer ro og struktur. Samtlige påpeker at også samtalene blir bedre. Mødrene snakker om ting helsesøstrene ikke tror de ville gjort uten EPDS. En av helsesøstrene sier at det å fylle ut skjemaet forut for selve samtalen kan virke tryggere for mor. Beate sier at hun tror mødrene snakker om ting de kanskje ikke tenkte de kom til å snakke om på forhånd, og tror dette er bra for dem. En helsesøster har flere ganger blitt overrasket fordi alt har virket fint, men så har EPDS-skjemaet åpnet opp slik at mødrene forteller enda mer. De kommer dypere inn på ting, og har endt opp med å ha støttesamtaler der hun aldri kunne gjette at dette var et behov.

Alle helsesøstrene tror at å bruke metoden og snakke om psykisk helse gjør noe med relasjonen videre. De føler de blir kjent på en annen måte, og at de kommer litt nærmere inn på mor. Å komme inn på noe personlig kan gjøre noe med relasjonen på en positiv måte. En av helsesøstrene sier at mor kanskje føler en slags omsorg og trygghet siden hun vet at helsesøster er opptatt av og bryr seg om hvordan hun har det, og inviterer til at dette er et tema det er greit å snakke om med helsesøster. Monica sier at EPDS er en døråpner til å komme i god kontakt, fordi mor vet da at hun kan ta opp slike ting. Helsesøstrene får ofte tilbakemeldinger om at mødrene synes det er bra at psykisk helse er på dagsorden. De skjønner hvorfor det gjøres, selv om de i samme åndedrag kan si at de selv har det helt fint, og ikke har erfaring med depresjon eller nedstemthet.

Felles for helsesøstrene er at de alle sier det er en fin inngangsport for en samtale rundt mors psykiske helse og et godt verktøy for å fange opp de som har behov for litt ekstra oppfølging. Det er få mødre som sier nei til å fylle ut skjemaet. Når de blir spurt hvordan de opplevde å fylle det ut, sier mødrene at det var greit. Det er ingen som har opplevd at mødrene har følt seg krenket av skjemaet. En av helsesøstrene sier at hun ikke finner mange som per definisjon er deprimerte, og reflekterer rundt det om man da skal screene etter noe man ikke finner så mange av. Hun vektlegger imidlertid at hun finner mange som har nytte av det. Ikke bare de deprimerte som trenger å sendes videre i systemet, men mange som har vansker de ønsker å få snakket om. Monica sier:



*Jeg tenker det er veldig nyttig for de som vi fanger opp her. Og jeg tenker også at det er ganske nyttig for de som ikke heller scorer så høyt, hvor vi kommer inn på dette med at de føler seg sliten, føler seg dratt imellom. Da kan vi snakke litt om grenser og hva det nå egentlig er de kjenner på. Så jeg er veldig fornøyd med å bruke EPDS.*

Helsesøstrene erfarer at mange mødre har god hjelp av oppfølgingssamtaler for å finne ut av ting. De er samstemt i at det nytter å rydde i tanker, få mødrene til å reflektere over hva som er vanskelig og hjelpe mor med selv å komme frem til en løsning. Kristin sier hun opplever samtalene som fordelaktige og at de hjelper mor. De tar tak i problemet og gir ikke slipp på henne β. Selv om noen helsesøstre har hatt fire og fem oppfølgingssamtaler med mor, opplever flere at det ofte holder med en til to, uten å måtte henvise videre. Uten screeningen tror de det er mange som ikke ville fått tilbud om denne type oppfølging.

### **5.1.2 Negative sider med EPDS**

Til tross for at helsesøstrene er udelte positive til å anvende EPDS, ser de likevel noen begrensninger og svakheter med det. En svakhet Beate forteller om er at skjemaet i noen tilfeller kan lukke litt. Med det mener hun at skjemaet kan være styrende for hva det skal snakkes om, og at mor kanskje holder tilbake det hun egentlig kunne tenke seg å snakke om. Hun sier også at man av og til bør være var på om en *ikke* skal tilby skjemaet, og sier: *”Da tenker jeg hvis man først har begynt å snakke om et eller annet som de opplever at de strever med, at det da kan være litt forstyrrende å komme med dette skjemaet”*. Kanskje er det mer naturlig å snakke fritt rundt temaet uten å ta frem skjemaet, eventuelt kan det anvendes ved neste konsultasjon.

Dersom skjemaet blir for styrende for samtalen, oppleves dette som negativt. Dette kan spesielt skje de første gangene helsesøster bruker det og ikke er vant til det, eller der kjemien mellom mor og helsesøster ikke er så god. Da blir det, som Grethe sier, lettere å henge seg opp i spørsmålene og gå mer punktvis gjennom dem enn at det blir en god flyt i dialogen.

En av helsesøstrene sier at dersom det er mange som på samme tid trenger oppfølgingssamtaler, så er dette tidkrevende. Samtalene kommer på toppen av en fullbooket timebok og det må ryddes plass i kontortiden.

Flere av helsesøstrene påpeker at med kun én kommunepsykolog knyttet til EPDS, kan det fort bli sårbart. Hun skal både fungere som en støtte for helsesøstrene dersom de trenger råd, og ta seg av mødrene som har behov for å snakke med psykolog. I perioder der hun har vært sykemeldt eller på ferie, tok det lengre tid enn ønsket før mor fikk hjelp.

Samtlige påpeker at det er synd at det kun utføres på de som snakker godt norsk. De tenker det absolutt burde vært anvendt på fremmedspråklige som kanskje ikke har så stort nettverk. En helsesøster poengterer at nettopp det å komme fra et annet land kan gjøre at de kanskje har litt ekstra med seg i bagasjen som kan medføre at de er mer utsatt for å utvikle en depresjon eller nedstemthet. De ville derfor hatt godt av å ha samtalen omkring psykisk helse. En av helsesøstrene har prøvd det på ikke-norske, og opplevde at det lett oppstod misforståelser på grunn av språket. Det ble feil score og vanskelig å gjennomføre. Mye av tiden ble brukt til oppklaring både i forhold til spørsmålene og svarene. Selv for norske kvinner kan det være vanskelig å forstå noen av begrepene på skjemaet. En av helsesøstrene har flere ganger måtte forklare hva som menes med for eksempel ”å bebreide seg selv”.

### **5.1.3 Sjelden snakk om psykisk helse uten EPDS**

Av helsesøstrene som har erfaring med å jobbe fra tiden før EPDS ble tatt i bruk, ble det sagt at de snakket litt om barseltårer, å være labil og omfanget av fødselsdepresjon, men at det ikke var noe som åpnet for videre samtale rundt det. Som Monica sa, de kom i langt mindre grad og relativt sjelden inn på mors psykiske helse. De fanget også tidligere opp mødre som var veldig deprimerte og kunne ha ekstrakonsultasjoner, men de var ikke så bevisste at dette var støttesamtaler i den form dagens støttesamtaler er. Det ble linket opp mot for eksempel søvn eller ernæring, og ikke mors psykiske helse.

Kristin tror at dersom helsesøstrene skulle snakket om mors psykiske helse uten EPDS-skjemaet, ville det føles veldig intimt og nært. Nora tipper at uten EPDS ville hun i halvparten av tilfellene ikke komme til å spørre mor om hennes psykiske helse, og tror heller ikke de ville ha sagt noe om det. Uten at det betyr at det ikke ville vært viktig for dem:

*Det er jo mange ganger vanskelig å selv bare plumpe ut med det, eller ta det opp som et tema når ikke vi tar det opp som et tema (...) for meg var det vanskeligere å ta opp som et eget tema uten det skjemaet, kontra nå med skjema (...) jeg tror jeg gjorde mer*

*vurdering om jeg så behovet for å snakke om det, ikke om foreldrene hadde behov for det.*

I de få tilfellene der mødrene ikke vil fylle ut skjemaet, sier Grethe at hun likevel prøver å få til en samtale rundt mors psykiske helse. Som regel blir det en samtale rundt hvordan det går hjemme, men man får ikke frem like mange aspekter som ved å bruke screeningen. En annen helsesøster sier at selv om mor ikke fyller det ut, blir det alltid en samtale rundt det, mens en tredje forteller at som regel blir det ikke noe snakk om temaet dersom de ikke vil fylle ut skjemaet. Hun opplyser imidlertid om at mor gjerne må si ifra dersom noe dukker opp.

#### **5.1.4 Vanskeligere å fange opp de med behov uten EPDS**

En av helsesøstrene sier at uten skjemaet skal en være bra god til å stille spørsmål for å fange opp at mor har vansker. Hun ville følt at hun misset noe, og at flere familier bare ville gått gjennom systemet med det ordinære helsestasjonsprogrammet, uten tilbud om denne typen oppfølging.

At EPDS brukes i deres kommune til tross for at det ikke er anbefalt som nasjonal screening, synes alle er positivt. Dersom det går ut, blir det vanskeligere å fange opp de mødrene som har behov for litt ekstra, noe som kan ha uheldige konsekvenser for barnet og hele familien som berøres. Kristin forteller:

*Det blir jo vanskelig dersom vi kutter det ut, eller vanskeligere å fange opp de mødrene som eventuelt har en depresjon. Og det er jo veldig trist for de ungene det går utover, og ikke minst de mødrene, og de familiene (...) men da håper jeg vi får noe annet alternativ som gjør at vi kan fange det opp, lettere, enn at det står i en veileder at vi bare skal snakke om temaet.*

Monica synes også det er synd at det ikke anbefales, og sier at tidligere da de fanget opp færre deprimerte, var det kritikk mot det. Nå er det kritikk andre veien når de fanger opp flere, med den mulighet til å få de falsk positive. Med tanke på egen praksis føler hun ikke at det er noen sykeliggjøring av kvinnene, men at det kommer fruktbare og gode samtaler ut av bruken av EPDS. Grethe opplever det som om at de som har bestemt at det ikke skal anbefales som nasjonal screening, ikke har satt seg inn i hva det er helsesøstrene bruker det til. Hun er enig at det ikke kan brukes til å diagnostisere noen, men sier at det ikke er det de bruker det til:

*Vi støtter noen, eller de som trenger litt mer støtte i en ny fase, eller der ting kan være litt vanskelig, og på en måte hjelper de som trenger mer videre. Så er det opp til noen andre å på en måte diagnostisere, ja, det tenker jeg.*

## **5.2 Møtet med mor**

Denne kategorien omhandler funnene som hører til subgruppene: 1. Hjemmebesøket forbereder mor, 2. Presentasjonsmåten viktig og 3. Scoren ikke i fokus.

### **5.2.1 Hjemmebesøket forbereder mor**

På hjemmebesøket etter fødselen snakker helsesøstrene om ulike temaer som er nyttig å informere familien om, og de har med en perm med ulike brosjyrer og informasjon. En av brosjyrene omhandler nedstemthet og EPDS og tas opp som et eget tema. Brosjyren presenteres, de forklarer hva metoden går ut på, hvorfor den praktiseres og at dette tilbys alle.

Nora synes det er viktig å snakke om barseltid, som hun for øvrig mener nesten ikke er et begrep i Norge i dag. Likeså påpeker hun at det er viktig å snakke om alle kravene som stilles:

*Noen har det jo så himla travelt med å komme tilbake til kroppen sin som den opprinnelig var, man skal være fin og slank og perfekt, og man skal gå ut på kafe med venninnene og man skal ha en perfekt baby, og man skal være en god kjærest for mannen sin (...) og helst skal man gå på tre toppturer (latter). Det er så mange krav!*

Alle helsesøstrene snakker om barseltårer, og normaliserer det å være mer labil i denne perioden. De informerer om at i noen tilfeller trenger man litt hjelp for å komme ut av denne tilstanden. Det er derfor EPDS gjøres, for å kartlegge hvordan mor har det *etter* barseltiden og kunne iverksette tiltak til de som trenger hjelp, mye eller bare litt. Videre informerer helsesøstrene litt om omfanget av mødre som får fødselsdepresjon og om konsekvensene for barnet og samspillet mellom mor og barn.

Ved å informere og snakke om det helsesøstrene gjør på hjemmebesøket, mener de at de forbereder mødrene på hva som venter på første helsestasjonskontroll. De mener forberedelsen og bevisstgjøringen rundt at mors psykiske helse står i fokus bidrar til at de

aller fleste er positive til å fylle ut EPDS-skjemaet, som igjen åpner for en mer naturlig samtale rundt psykisk helse.

### 5.2.2 Presentasjonsmåten viktig

Når mødre kommer på 7-ukerskontrollen, refererer helsesøstrene til om mødre husker at de snakket om EPDS og kartleggingen av mors psykisk helse på hjemmebesøket. Mødrene gjøres oppmerksom på at skjemaet gjelder kun for de siste syv dagene. En av helsesøstrene presiserer for mor at dette ikke er et diagnoseskjema, men kun et utgangspunkt for samtale, slik at mor ikke skal få følelse av å bli sykeliggjort. Hun mener helsesøstrene må være edruelig i måten de presenterer det på og i måten de møter mor på når de skal snakke om temaet.

Grethe forteller at hun tror måten helsesøster presenterer skjemaet på er ganske avgjørende for om mor kommer til å fylle det ut. Svarprosenten avhenger av hvordan presentasjonsmåten er. Videre sier hun:

*Det er slik som med hjemmebesøk, at dersom du sier det er et tilbud, vil du fylle ut det her? altså da er det større anledning for å si nei (...) så jeg tror kanskje jeg sier noe slikt som at da kan du gjerne fylle ut det her skjemaet, eller, nå har jeg det skjemaet vi snakket om som du skulle fylle ut.*

I starten da hun ikke var så bevisst hvordan hun presenterte skjemaet, spurte hun om mor kunne tenke seg å fylle det ut. Flere svarte da nei og sa de ikke trengte det. Grethe følte at hun med dette lukket noen dører og at det var vanskelig å komme på banen med temaet igjen.

Kristin fremstiller det også mer som at det er noe mor skal fylle ut fremfor å stille spørsmålet om hun ønsker det: ”også pleier jeg å si at det er kjempefint om du fyller ut dette skjemaet slik at vi kan snakke litt rundt disse spørsmålene etterpå”. Hun har hørt flere kollegaer oppleve at mødre ikke vil fylle det ut, og tror måten hun har vent seg til å åpne opp for at mødre skal fylle ut skjemaet på, gjør at hun opplever at få si nei.

En av helsesøstrene forteller at hun tenker det ikke er tilfeldig at noen helsesøstre oftere enn andre har mødre som scorer null på skjemaet, eller at noen har mange støttesamtaler kontra andre som har veldig få. Hun tror dette handler om at EPDS presenteres ulikt.

Det er ulik praksis om helsesøster går ut av rommet når mor fyller ut skjemaet, for å gi mor ro, eller blir der inne mens mor fyller det ut. Beate sier at grunnen til at hun ikke går ut, er at mor ikke skal få følelsen av at dette er så voldsomt at hun må sitte aleine. En annen sier hun noen ganger er der og tilbyr mor å snakke underveis. Hun opplever da at flere blir mer verbale og at det blir lettere å snakke om det når det gjøres samtidig som mor fyller ut skjemaet. Felles for alle er uansett at de tilbyr seg å ta seg av barnet så mor får frigjort armer, og at de ikke sitter og ser på mens mor fyller ut skjemaet. Det tenker de kan oppleves ubehagelig for mor.

### 5.2.3 Scoren ikke i fokus

Samtlige helsesøstre spør mor hvordan hun opplevde å fylle ut skjemaet, og gjennomgående svarer mødrene at det var greit. Det er ulikt om helsesøstrene regner sammen scoren mens mor er der, eller bare ser igjennom hva de scorer på. Helsesøstrene går inn på disse spørsmålene og spør om mor kan si hva de tenker rundt dette. Det er slike åpne spørsmål som åpner til en samtale. En av helsesøstrene sier at ofte svarer mødrene at det har blitt mer enn forventet, og hun ser at der relasjonen mellom mor og far ikke er så god, eller at de føler seg alene, scorer mødrene gjerne litt høyt. Ellers er både mangel på søvn og følelsen av å bli dratt mellom flere barn temaer som går igjen.

Beate forteller at retningslinjer indikerer hvem som skal ha tilbud om samtaler og henvisninger ut ifra poengsummen. Hun sier at selve det tallet ikke har så stor betydning, noe de andre helsesøstrene også poengterer. Det er hva som kommer frem i samtalen som er viktig. Samtalene blir ulike ut ifra hvor mye mor ønsker å snakke om dette, hva de vektlegger og hvordan samtalen forløper. Noen ganger har mor det verre enn scoren tilsier. Da tilbys støttesamtaler uavhengig av hva scoren er. Grethe forteller at å oppleve en middels høy score ikke nødvendigvis betyr at mor er kjempeulykkelig. Det kan likegodt dreie seg om mangel på søvn eller andre ting som gjør at hun har det vanskelig en periode. På den andre siden kan ei mor med lav score vise seg å ha det ganske trasig når de først begynne å snakke sammen: *”Det er ikke en fasit, man kan ikke lese blindt det tallet eller den scoren man får, selv om man kanskje får en viss anelse på hvordan det ligger an”*.

En av helsesøstrene forteller at når hun sitter med mor, har hun ikke fokus på scoren i det hele tatt. Den har ingen betydning for hvordan mor følges opp videre. Det er hva mor sier, og om hun har behov for å komme tilbake, som er det viktigste. Scoren ser hun på etterpå, og har kun betydning i forhold til om hun trenger å henvise videre i systemet. Dersom en låser seg opp i skjemaet og ikke har fokus på mor, kan det fort bli et diagnoseskjema. Nora eksemplifiserer dette med dersom mor får en høy poengscore, og helsesøster formidler til mor at dette er henvisningsgrunnlag til lege, og mor sitter der og egentlig har det ganske fint, da har helsesøster feil fokus: *"Da sykeliggjør vi, tenker jeg. For da er det vi som overfører tanker eller retningslinjer eller bekymringer over til mor"*.

Samtlige helsesøstrene understreker at EPDS må brukes med fornuft og det må vises respekt overfor mor for at dette skal bli en bra opplevelse.

#### Burde scoret mer?

Flere av helsesøstrene sier at de av og til forundrer seg litt over de gangene mor svarer slik at hun får en score på null eller veldig få poeng. I enkelte tilfeller tenker de at hun kanskje burde ha scoret litt mer. Noen tenker dette ut ifra egne erfaringer med å være mor, at selv om ting var ganske normalt, ville nok scoren vært høyere. Andre tenker mor burde scoret mer utfra at de visste mor strevde med noe, for eksempel amming. Beate forteller:

*På noen av dem så har jeg tenkt, det her stemmer, det er null (latter). Og på noen har jeg tenkt at et par poeng burde du kanskje hatt. Men det er ingen jeg har tenkt om at: jøss du strever jo masse og så skjuler du det. Det er det faktisk ikke, nei.*

Den ene helsesøstera sier at når mor scorer null, får hun lyst til å snakke litt mer om dette, for å se om mor faktisk har det bra. Helsesøstrene tenker det kan være flere grunner til at mor krysser av slik at det blir null poeng. Enten er faktisk alt helt flott, noe som den ene helsesøstera uttrykker som: *"helt nydelig- det er jo det vi ønsker! (...) Noen er født med lykkepillen innabords,- andre har aldri fått den"*. Eller det kan være at de ikke helt er klar for å kjenne på og snakke om vanskelige ting, eller rett og slett ikke ønsker å ha helsesøster som samtalepartner. Dette er det viktig å ha respekt for. Som en av helsesøstrene sier så skjønner hun godt at der kvinnene for eksempel kjenner til helsesøster, så ønsker hun ikke å åpne seg for henne.

Samtlige helsesøstre er enige i at de må stole på mor, og ha tiltro til at hun definerer sin egen sannhet om hvordan hun har det. Det er det mor selv sier som er viktig, og mor må møtes der *hun* er, med respekt. Likevel er det noen som vurderer underveis i samtalen hvordan de opplever mor, og går litt ekstra inn på der de eventuelt har en score.

Flere av helsesøstrene sier at dersom de vet fra hjemmebesøket at alt var fint, ser at barnet legger på seg, utvikler seg fint og at samsillet mellom mor og barn er godt, da blir de ikke bekymret selv om scoren er null. Nora forteller at hun mistenker ingen i å lyve, da må hun ha en god grunn til det. Hun fortsetter med at det skal ikke være slik at helsesøstrene leter etter at det må være *noe* her. Da blir det en mistenkeliggjøring og sykeliggjøring av mødrene:

*Vi skal ha respekt for at vi er forskjellige, og det tror jeg er kjempeviktig å ha med seg(...)vi må ikke overføre og ikke mistenkeliggjøre, for folk senser det altså!(...)Våre holdninger skinner fort igjennom(...)Det er ingen problem å gjøre dette til en negativ ting, dersom man er så opphengt i scoring og spørsmål, og at det må ligge noe her.*

Videre forteller hun at dersom hun blir bekymret og ikke får det mor sier til å stemme med det hun observerer, så må hun heller være ærlig å fortelle mor at hun ikke finner samsvar mellom det hun ser og det mor sier.

Alle helsesøstrene er enige i at de må ha respekt for de mødrene som ikke vil fylle ut skjemaet eller snakke om det, uansett grunn. Som den ene helsesøsteren poengterer, så skal ikke mødrene fylle det ut for helsesøstrenes del, men for sin egen.

## **5.3 Kompetanse**

Kategorien omhandler funnene som representerer subgruppene: 1. Finne plattformen, 2. Opplæring gir trygghet og 3. Veiledning og samtale.

### **5.3.1 Finne plattformen**

En av helsesøstrene forteller at når man går ut av helsesøsterutdanninga og skal ta fatt på selve jobben, kommer følelsen av at dette har en overhodet ikke fått nok kunnskap om. Yrket



rommer utrolig mye, og man føler kravet om å være ekspert på omtrent alt fra barnet er født til det går ut av videregående. Det er et stort spekter, og denne kunnskapen innehar man ikke som nyutdannet helsesøster. Som hun sier, er man i starten så opptatt av praktiske ting og er sjeleglad når en kommer seg gjennom smørbrøddlista av sjekkpunkter for konsultasjonen. Mye handler derfor om basisen i det å være trygg som helsesøster, og å finne sin rolle. Å finne plattformen av trygghet der en stoler mer på seg selv, bruker blikket mer og ikke er så opphengt i de praktiske gjøremålene. Dette tar tid og krever erfaring. Den ene helsesøsteren sier at det tok henne flere år å finne denne plattformen av trygghet. Når dette er på plass går også samtalen på en bedre måte, noe som også gjelder i forhold til EPDS.

### **5.3.2 Opplæring gir trygghet**

Tre av helsesøstrene har fått god opplæring i EPDS som metode. Opplæringen gikk over tre dager, med oppfølging et halvt år og ett år etter. Opplæringen ble etterfulgt av veiledning i grupper det første året etter opplæringen. De to andre helsesøstrene har ikke fått denne opplæringen, og måtte finne ut av det på egenhånd. De har også deltatt i veiledningsgrupper der det var mulig å ta opp EPDS-relaterte saker.

De som har fått opplæring er veldig godt fornøyd med denne. De har gitt helsesøstrene kunnskap om bakgrunnen for at EPDS er tatt i bruk, kunnskap om fødselsdepresjon og hvilke konsekvenser dette har for barnet, barnets utvikling og hvordan samspillet mellom mor og barn påvirkes. De har gjennomgått veilederen til metoden og selve skjemaet, og snakket om hvordan samtalen bør være og hvilke tiltak som skal iverksettes. Gjennom rollespill ble helsesøstrene trent i å samtale rundt temaet og å løse ulike scenarier. Monica forteller at det er rollespill-situasjonene hun husker best, fordi aktiv læring er den beste læringen. Det var rett og slett en slags oppskrift på hvordan gå frem, og hva som gjøres i ulike tilfeller. Slik opplæring etter endt utdanning og noen års jobbing, der ny teori blir lagt oppå erfaring, er bra og gjør at kunnskapen sitter på en annen måte. Noen har også deltatt på kurs i motiverende intervju og støttesamtaler, som er samtaleteknikker som brukes i oppfølgingsamtalene med mor.

Helsesøstrene synes det var veldig bra å få tilbud om veiledning i grupper på tvers av helsestasjonene. Her ble det diskutert og utvekslet kunnskap og utfordringer relatert til presentasjonsmåter og spørsmålstilling. Helsesøstrene var veldig godt fornøyd med at

opplæringen og oppfølgingen har vart over tid, slik at de har fått jevnt påfyll. Det ble sagt at det ikke var så godt oppmøte på veiledningen på grunn av travle arbeidsdager og at det muligens ble bortprioritert, men det at de fikk tilbud om det var fint. Den ene helsesøstera sier at for hennes del er dette så godt innarbeidet nå at hun ikke har behov for mer veiledning på det området.

All opplæring er positivt og noe en tar med seg videre. I tillegg til kunnskap om temaet har opplæringen hjulpet helsesøstrene å komme nærmere mødrene fordi spørsmålene fra skjemaet åpner opp for dette. Den har skapt et tydeligere fokus på hvordan de skal møte mor og familien. Helsesøstrene forteller at gjennom opplæringen har de fått en trygghet, som gjør at de alltid anvender metoden, og også bruker litt tid på det. De synes det er viktig å ha opplæring slik at en får øvd seg på å bli trygg på å sitte i denne samtalen uten å ha fokus på skjemaet. Som Kristin sier: ” *Jo tryggere man blir på de tingene man gjør, jo mer sikker blir man jo kanskje på at man er til mer hjelp*” .

Å få teorikunnskap, praktisk øving og reflektere over erfaring er en fin kombinasjon forteller helsesøstrene.

Opplæringen har påvirket rollen som helsesøster ved at det setter et tydeligere fokus på psykisk helse og betydningen av tidlig samspill og tidlig intervensjon. Monica forteller at hun har fått større forståelse for alvorlighetsgraden ved det å være deprimert, og hvilken betydning det har for barnet. Hun sier opplæringen sånn sett har bidratt til at hun:

*Kan være ei helsesøster som er mer observant på psykisk helse og de problemstillingene som det kan ha for barnet(...) Det gjør meg sterkere som helsesøster og jeg er blitt flinkere til å ha fokus på det. Så jeg tenker at det er positivt for min yrkesutøvelse.*

Helsesøstrene som har fått opplæring synes det er uheldig at det er helsesøstre som ikke har fått den samme grundige opplæringen. Uten opplæring har de ikke den samme bakgrunnen for å drive med det. De kan være usikre på hvordan de skal ta opp dette vanskelige temaet, noe som kan føre til at samtalene blir overfladiske eller i verstefall uteblir. Det kan også være vanskeligere å vite hvordan en går frem videre, uten opplæring. Nora forteller at hun mener

det aller viktigste er å få opplæring i støttesamtalene. Dette fordi det er en annen type samtale og oppfølging, som har fokus på mor:

*Så støttesamtalen tenker jeg er den aller, aller viktigste biten å få opplæring i. Alle kan jo gjøre det, men jeg tror man må bruke utrolig lang tid på å lære seg å gjøre det på en god måte hvis man ikke får litt kunnskap om hva dette er for noe.*

Videre forteller hun at hun ofte kan ha sommerfugler i magen når hun går inn i støttesamtalene, og kaller det et minefelt å gå inn i fordi hun ikke vet hva som kommer. Det er mer uoversiktlig fordi det er mor som er i fokus og det er ikke en sjekkliste å forholde seg til som ved en vanlig helsestasjons-konsultasjon. Det er så snart å begynne å gi råd. Akkurat som det er vanskelig med veiledning i starten, til man lærer å kombinere veiledning og rådgivning, er det vanskelig å vite hvor tilbaketrukket og stille en kan være i en støttesamtale. Det er mye skumlere å være stille i starten når man er ny på dette området, enn når man har erfart litt.

De to helsesøstrene som ikke har fått opplæring i EPDS har jobbet mellom ett til to år, og også anvendt metoden. De har selv måtte lese seg til, og snakke med kollegaer om hvordan de skal utføre den. De synes det er naturlig å bruke sine erfarne med-kollegaer som veiledere. Den ene helsesøsteren sier det var veldig vanskelig i starten, å bare bli kastet ut i det. Det føltes veldig utrygt. Begge helsesøstrene er enige i at de spesielt i starten ville følt seg mye tryggere i situasjonen dersom de hadde fått god opplæring og visste at dette var noe de behersket. På helsestasjonen snakker de om å få til en bedre ordning for å kvalitetssikre denne opplæringen, for som Grethe sier: ”*Ellers så tenker jeg at det er litt slik tilfeldig hvordan den blir utført når man ikke har den opplæringa, tenker jeg*”.

Den ene helsesøsteren sier at selv om hun ikke har fått opplæring, tror hun at hun bruker metoden omtrent slik de andre helsesøstrene gjør. Hun er blitt vant til å bruke den, og føler hun får noe ut av det. Det er ikke slik at hun tenker at dette kan hun egentlig ikke. Likevel lurte hun på: ”*om det bare er slike uvaner en har funnet på helt av seg selv*”. Hun skulle ønske hun hadde fått opplæring.

Begge helsesøstrene uten opplæring har deltatt på veiledning der EPDS har vært en del av det som kunne tas opp. Det er ulike erfaringer fra om dette var et tema som i særlig grad ble tatt opp her. Hun som opplevde at det var et tema, sier hun hadde nytte av å høre andre

helsesøstres erfaringer, og lærte noe gjennom det. Etterhvert har det å anvende metoden i møtet med mor gått seg mer til.

### 5.3.3 Veiledning og samtalen

Å samtale med mor i forbindelse med EPDS handler om å møte mor der hun er, stille åpne spørsmål, dvele ved det de har krysset av på og spørre hva de tenker rundt det de har svart, for å få dem til å reflektere over egen situasjon. Som en av helsesøstrene sier, så trenger en ikke å være psykolog for å ta opp temaet psykisk helse:

*Vi kan ikke være behandlere, det er veldig viktig (...) Vi er bare en lyttepost. Og noen som kan veilede og hjelpe dem å rydde. Ryddinga gjør de jo selv, vi kan bare hjelpe dem å rydde (...) Vi kan godt sitte og tenke at der er det skoen trykker, det der er problematisk, men det er viktig at mor selv kommer til å finne ut av det.*

Samtalene blir en veiledning eller støttesamtale. Helsesøsters rolle blir å hjelpe mor til å bli bevisst hva det er som er vanskelig, få henne til å begynne å reflektere rundt det slik at hun selv kan finne en plan eller løsning på problemet.

Flere av helsesøstrene nevner at hvordan samtalen blir mellom mor og helsesøster kan være personavhengig. At kjemien har en del å si for om mor ønsker å åpne seg og snakke om vanskelige ting, og at dette likeså godt kan være med en helsesøster som ikke har fått så mye opplæring. Kjemien kan også være et element for om helsesøster føler hun når frem med å samtale med mor. En av helsesøstrene sier at dersom kjemien er dårlig, og hun merker en motstand fra mor, så resulterer dette gjerne i en litt kortere konsultasjon der en ikke går i dybden. Hun sier samtidig at hun i slike situasjoner kanskje får noen ”varselklokker” og følger litt ekstra med i fremtiden.

Grethe forteller at hun tror mors opplevelse av denne samtalen til syvende og sist har å gjøre med de faktorene som utgjør en dialog; ”at man føler seg som likeverdige partnere og blir møtt på en god måte”.

Selv om helsesøstrene synes det er uheldig at noen ikke har fått opplæring, er det ingen som ser det som et etisk dilemma at de uten opplæring i metoden anvender den i møtet med mor.

Det ble sagt at som helsesøster er man vel utdannet og kyndig nok til å håndtere temaet og møte mor på dette. Det handler om å møte mor med respekt der hun er og finne ut hvordan hun har det. Det kan man som helsesøster uansett om temaet psykisk helse blir servert med eller uten skjema. En annen helsesøster sier at mye av samtalemotodikken har man i seg i kraft av å være sykepleier. Hun tror det er såpass bred opplæring og mye om kommunikasjon i helsesøsterutdannelsen, og ville derfor ikke være engstelig for at det ikke ble en god konsultasjon med en nyutdanna helsesøster. Monica uttrykker:

*Dersom det med samtalen og kommunikasjon med foreldre ikke blir ivaretatt, så tenker jeg at EPDS skiller seg ikke ut som noe annet enn et strukturert samtaleverktøy. Så da vil jeg egentlig på en måte kaste ballen tilbake til hva er det man lærer i grunnutdanninga. Hva er det helsesøsterutdanninga i utgangspunktet legger opp til?.*

En av de andre helsesøstrene uttrykker at dersom en ikke føler at en behersker å håndtere EPDS, bør en ikke gå inn i det, for det blir feil. Men i likhet med Monica mener hun at som sykepleier og helsesøster har en ferdigheter i kommunikasjon og man har kunnskap om psykisk helse. Det er ikke temaet som er fremmed, men selve screeningen som er ny. Dersom en føler at en behersker å ha en samtale om psykisk helse, ser hun ingen problemer med å anvende den, som et utgangspunkt for samtalen. Hun synes imidlertid det stiller seg noe annerledes på et lite sted der helsesøster er alene kontra en helsestasjon der en har muligheter til å diskutere eventuelle usikkerheter med andre helsesøstre.

## **6 Diskusjon**

Empirien som fremkommer av de fem intervjuene diskuteres her i form av kategoriene som fremkommer i oversikten på side 27. Kategoriene fungerer som hoved-overskrifter og diskuteres med utgangspunkt i oppgavens problemstilling, teoretiske grunnlag og begreper, tidligere forskning og annen relevant teori.

## **6.1 Skjema versus ikke skjema**

Selv om helsesøstrene finner noen negative sider ved å anvende EPDS, er samtlige udelt positive til å bruke metoden fordi fordelene overskygger ulempene. Mitcheson og Cowley (2003) har gjort en studie i England der de undersøkte hvorvidt det å bruke strukturerte verktøy for å vurdere helsebehov medfører empowerment eller kontroll i interaksjonen mellom helsesøster og foreldre. Resultatet viste at å bruke strukturerte verktøy enten feilet i forhold til å identifisere relevante behov, eller i forhold til å få foreldrene til å delta i prosessen av identifisering av egne behov. Interaksjonen ble karakterisert som kontrollerende, der helsesøster kom med uoppfordrede råd, ikke tok signaler fra foreldrene og der de heller ikke kom til ordet før den forutbestemte listen med spørsmål var unnagjort og helsesøster hadde kategorisert behovene. På bakgrunn av dette anbefaler Mitcheson og Cowley (2003) at helsesøstre bruker en åpen samtaleform fremfor en tilnærming basert på et strukturert instrument. Det er usikkerhet knyttet til hvor mye utdanning helsesøstrene har hatt relatert til kommunikasjon.

### **6.1.1 EPDS gjør det enklere å ta opp mors psykiske helse**

Det helsesøstrene i min studie forteller om erfaringer med å bruke EPDS står i sterk kontrast til funnene til Mitcheson og Cowley (2003). Jeg antar grunnen til dette er at EPDS-metoden innebærer et strukturert verktøy som har til hensikt å være et utgangspunkt for samtale. For helsesøster føles det mer legitimt å snakke om temaet som fortsatt kan være tabubelagt og som det kan være en terskel for helsesøstrene å ta opp. Ved at mor fyller ut et skjema med konkrete spørsmål, tror helsesøstrene dette forbereder mor på det de skal snakke om og at det bidrar til trygghet. I tillegg forenkler utfyllingen av skjemaet samtalen til helsesøster. Spørsmålene det snakkes om er allerede der. EPDS blir en døråpner for en samtale rundt mors psykiske helse og et godt verktøy for å fange opp de som har behov for ekstra oppfølging. Dette samsvarer med funn fra Glavin et al. (2010a) sin studie der helsesøstrene anser EPDS-screeningen som en effektiv identifikator av fødselsdepresjon, og mener det blir større åpenhet for å snakke om psykiske problemer og andre vansker.

### **6.1.2 Bedre konsultasjon og bedre samtaler**

Helsesøstre mener konsultasjonen er blitt bedre etter EPDS ble implementert, både fordi konsultasjonen blir mer strukturert og fordi tiden er blitt utvidet. Litt ulikt fra helsestasjon til helsestasjon, er konsultasjonen økt fra 30 minutter til 45-60 minutter. Uansett mener helsesøstre at de stort sett har tilstrekkelig med tid til å ta seg av både barnet, og utfyllingen av skjemaet og samtalen etterpå. Mer tid skaper mer ro i situasjonen. Et kjent fenomen innen helsesøstertjenesten er for lite tid til å ta seg av brukerne på en god måte. I en spørreundersøkelse gjort av tidsskriftet Sykepleien svarer 72 prosent av de 566 helsesøstre som deltok at de har unnlatt å stille spørsmål til brukeren fordi de ikke har tid til å følge opp svaret (Sykepleien, 2013). Dette viser hvor viktig det er at helsesøstre opplever at de har tilstrekkelig tid til å samtale med mor i etterkant av utfyllingen av skjemaet. Helsesøstre i Glavin et al. (2010a) sin studie poengterte også viktigheten av å ha nok tid etter utfyllingen. Opplevelsen av tilstrekkelig tid antar jeg har å gjøre med en lengre konsultasjon og at det er rom for å avtale ny time dersom mor har behov for og ønsker å snakke mer med helsesøster. Slik sett er det ikke travelt på samme måte som i en annen konsultasjon.

En av helsesøstre poengterer imidlertid at dersom det er mange mødre som i samme tidsperiode har behov for støttesamtaler, er dette tidkrevende. Støtteamtalene kommer på toppen av annet nødvendig arbeid, noe som påkrever prioritering av arbeidsoppgaver. En kan stille spørsmål om det blir tatt høyde for at det krever mer ressurser i form av tid når nye metoder implementeres. Dette er et viktig spørsmål som ligger på ledelses- og samfunnsnivå, som dessverre blir for omfattende for denne studien å gå inn på.

Samtlige helsesøstre i studien poengterer at EPDS-metoden har gjort samtaler bedre. De forteller at mødre snakker om ting de tror de ikke ville gjort uten EPDS. Samtaler bærer preg av å komme dypere inn på ting og at mødre forteller mer. Dette tror helsesøstre er bra for mor, noe som samsvarer med det Antonovsky (2012) sier om at man får en sterkere OAS dersom man gir uttrykk for følelsene sine istedenfor å undertrykke dem.

### **6.1.3 En begrensning at det kun anvendes på norsktalende**

I tilfeller der mor ikke behersker norsk godt, anvendes ikke metoden. Det vil si at ikke alle får det samme tilbudet, noe som er en begrensning ved metoden. Samtlige helsesøstre mener

dette er synd. Helsesøstrene sier at å komme fra et annet land kan innebære at de har litt ekstra ”bagasje” med seg og kanskje heller ikke har så stort nettverk rundt seg. Med ekstra bagasje, forstår jeg at mødrene kanskje er innvandrere eller flyktninger, med de opplevelser av belastninger det kan innebære. Å komme til et fremmed land, ikke snakke språket eller ikke ha så mange å støtte seg til, kan medføre at kvinnene er mer utsatt for å utvikle nedstemthet eller psykiske vansker. Opplysninger fra statistisk sentralbyrå bekrefter at innvandrerkvinner har økt forekomst av både psykosomatiske plager og psykiske vansker i forhold til resten av befolkningen (Statistisk Sentralbyrå, 2008).

På bakgrunn av dette burde det i et helseforebyggende og helsefremmende perspektiv være et satsningsområde å forebygge fødselsdepresjon også hos disse kvinnene. Helsesøstrene uttrykker at nettopp fremmedspråklige barselkvinnene ville hatt godt av å samtale om psykisk helse. Noen har prøvd å anvende EPDS-metoden på fremmedspråklige mødre, men på grunn av misforståelser både i forhold til spørsmålene og svarene, var det ikke særlig vellykket. I kommunen studien er gjennomført i benyttes det ikke tolk for å få gjennomført metoden, og helsesøstrene vet ikke om det eksisterer en plan for at EPDS skal tas i bruk på andre enn norsktalende.

Ved en eventuell innføring av EPDS for fremmedspråklige, blir det viktig å ta høyde for kulturelle forskjeller. Spørsmålene på skjemaet trenger ikke bare være vanskelig å forstå, men kan også oppleves ulikt på bakgrunn av kulturer. Studien til Brealey et al. (2010) viser at kvinner fra for eksempel Vietnam ikke følte at spørreskjemaet ville lokke frem sanne følelser i frykt for skam. Spørsmålet om selvskading ble i flere kulturer ansett som upassende og assosiert med skam. Også hvite kvinner rapporterte at de var sårbare og hadde vanskelig for å innrømme tanker i forhold til selvskading. Det fremkommer i studiene at noen kvinner bevisst lyver på spørreskjemaet i frykt for konsekvensene med å svare ærlig.

#### **6.1.4 Tabubelagt?**

Selv om det i studien til Brealey et al. (2010) fremkommer at skam kan være en hindring for å svare ærlig og snakke åpent om psykisk helse, er det ikke sikkert dette er overførbart til å gjelde norske kvinners opplevelse. Eberhard-Gran og Slinning (2007) skriver at når den forventede morslykken uteblir og erstattes av håpløshet og nedstemthet, fører dette med seg



en følelse av å være annerledes og skam. Helsesøstrene i min studie gir eksempler som kan tyde på at psykiske plager fortsatt er assosiert med tabu og skam også i Norge. Alle helsesøstrene synes det har blitt så mye enklere å ta opp temaet og snakke om mors psykisk helse med EPDS-metoden. Kristin sier hun ville ha følt det veldig intimt å skulle snakket om mors psykiske helse dersom hun ikke hadde hatt EPDS-metoden å forholde seg til. Hun ville følt at hun kanskje kom for nært innpå mor og ”tråkket henne på tærne”. Slik jeg forstår dette, er det et uttrykk for at det er problematisk å skulle blande seg inn i noe som er veldig privat. Å trække mor på tærne kan være et uttrykk for at mor blottstiller seg og føler seg ydmyket, noe helsesøstrene ikke har til hensikt å gjøre.

Med implementering av EPDS følger det en gyldig grunn til å bringe psykisk helse opp som tema. Det er blitt en del av helsesøsters arbeidsoppgaver, som er bestemt fra et overordnet ledelsesnivå. Tidligere var det mer opp til hver enkelt helsesøsters egen vurdering om hun anså det som nødvendig å bringe opp. Slik jeg ser det rettferdiggjør implementeringen av EPDS beslutningen om å ta opp psykisk helse med mor, og letter dermed noe av ansvaret og opplevelsen hos helsesøstrene. Det ufarliggjøres for helsesøstrenes del og skjemaet hjelper dem til å få i stand samtalen. Slik jeg tolker helsesøstrene ufarliggjøres temaet også for mødrene siden det tas opp med alle, og følelsen av stigmatisering minimeres. Når det føles mindre stigmatiserende, bidrar det til å gjøre psykiske vanskeligheter mindre tabubelagt. At temaet blir mindre tabubelagt kan i følge Hvatum et al. (2014) føre til at flere tør å gi uttrykk for sine frustrasjoner, noe som igjen kan dempe på stresset man kan kjenne på som nybakt mor.

#### **6.1.5 EPDS gjør noe med relasjonen**

Mitcheson og Cowley (2003) viser at å benytte et strukturert verktøy skaper en kontrollerende og ufølsom interaksjon, mens funnene i min studie viser at å bruke EPDS bidrar til å påvirke relasjonen på en positiv måte. Helsesøstrene føler de blir kjent på en annen måte og at de kommer nærmere inn på mor. De tror at å snakke om noe personlig til en helsesøster som bryr seg om hvordan mor har det, kan skape en følelse av omsorg og trygghet, og gjør noe med relasjonen videre. Helsesøstrene sier at EPDS er en døråpner til å komme i god kontakt med foreldrene, for de blir gjort trygge på og inviteres til å ta opp vanskelige ting. Funn i Brugha et al. (2011) viser til at det er positivt at mødrene vet at de kan diskutere emosjonelle temaer

med helsesøster ved behov, uten å måtte henvises videre til andre profesjoner, noe som kan oppleves stigmatiserende. Også helsesøstrene i studien til Glavin et al. (2010a) mente at både kontakten til foreldrene og kommunikasjonen med foreldrene ble bedre ved å bruke EPDS.

#### **6.1.6 At EPDS ikke anbefales som screening**

Samtlige av helsesøstrene understreker at det er bra at kommunen de jobber i bruker EPDS og synes det er synd at det ikke anbefales som screening. På bakgrunn av egen praksis opplever ikke helsesøstrene at det er en sykeliggjøring av kvinnene, men tvert i mot at det kommer fruktbare og gode samtaler ut av det. Med sykeliggjøring av friske kvinner menes at de rundt 20 prosent av kvinnene som ved EPDS- screeningen havner i den såkalte falsk positive gruppen, blir klassifisert til å ha en risiko for å utvikle depresjon. Dette er de som får en score på over 10 poeng, men som i realiteten er friske (Larun et al., 2013). Helsedirektør Bjørn Gullhaug sier i avisa Dagens medisin: *”Vi må være trygge på at en slik systematisk masseundersøkelse ikke gjør det vanskeligere for mødrene”* (Dagens Medisin, 2013).

Siden det ikke er publisert noen brukerundersøkelser av mødrenes opplevelse av å bli screenet i Norge, vet vi ikke om det å havne i denne falsk positive gruppen gjør det vanskeligere for mødrene. Kunnskapsoppsummeringen som er gjort om depresjonsscreening av gravide og barselkvinner, fant imidlertid ingen studier internasjonalt som viser fysiske eller sosiale utfall hos mor, eller uønskede eller negative effekter for mor, barn eller familien ved screening og oppfølging (Larun et al., 2013). Helsesøstrene i studien min har heller ikke opplevd at noen har følt seg krenket av EPDS-skjemaet. Tvert imot får de stadig tilbakemeldinger om at mødre synes det er fint at psykisk helse er på agendaen, og de skjønner hvorfor EPDS gjennomføres. At helsesøstrene opplever at en til to samtaler er tilstrekkelig, uten å måtte henvise videre til psykolog eller lege, anser de som at metoden faktisk virker. Dette stemmer også overens med forskning gjort på effekt av EPDS (Morrell et al., 2009b, Brugha et al., 2011).

En av helsesøstrene sier at det kan synes som at de som har konkludert med at screeningen ikke kan anbefales, ikke har satt seg inn i hva det er helsesøstrene bruker den til. Dette tenker jeg er en riktig antakelse, da kunnskapsoppsummeringen er basert på forskning på nøyaktighet og effekt ved bruk av screeningstester (Larun et al., 2013). Med kvantitative tall

og effekter får en ikke frem opplevelser fra de som benytter seg av metoden. I beslutningen om å ikke anbefale screeningsmetoden blir det ikke tatt i betraktning at en salutogen tilnærming hvor mødrene får snakke om hvordan de har det, er med på å bedre helsen til barselkvinnene. Avgjørelsen er tatt på vitenskapelig kunnskap basert på kvantitative størrelser og det faktum at screening ikke oppfyller WHO sine krav.

Helsesøstre som jobbet i tiden før EPDS ble innført, sier de sjelden kom inn på mors psykiske helse. De fanger også da opp de som var veldig deprimerte, men alle er overbevist om at de i dag fanger opp flere. Dette støttes også fra funn i studien til Glavin et al. (2010a). Helsesøstre i min studie fanger ikke kun opp de som har en depresjon, men også de som har andre vansker de ønsker å få snakket om.

Konsekvensen av å kun ha en åpen samtale om temaet slik Mitcheson og Cowley (2003) anbefaler, vil slik jeg forstår helsesøstre føre til at mange mødre går gjennom systemet uten at mors psykiske helse blir snakket om. Det vil bli vanskeligere å fange opp de som trenger det, og mange vil ikke få tilbud om støttesamtaler. Dette kan få konsekvenser ikke bare for mor, men også for barnet og hele familien (Cox et al., 2014).

## **6.2 Møtet med mor**

### **6.2.1 Hjemmebesøket**

Det første møtet helsesøster har med mor, barnet og eventuell øvrig familie er som regel på hjemmebesøket, som bør gjennomføres innen syv til ti dager etter fødsel (Helsedirektoratet, 2014). Helsesøstre i studien forteller at etter EPDS ble tatt i bruk har de fokus på mors psykiske helse helt fra hjemmebesøket. Helsesøstre mener at skriftlig og muntlig informasjon, og bevisstgjøring av at psykisk helse står i fokus, er med på å forberede mor på utfyllingen av EPDS-skjemaet. De mener dette bidrar til at de fleste er positive til å fylle ut skjemaet og snakke om temaet. Dette støttes gjennom funn i studien til Brealey et al. (2010) som viser at å bli informert om screeningen på forhånd både normaliserte screeningsprosessen og gjorde den mer akseptabel. Informasjon var viktig for mødrenes opplevelse av å bli screenet. Funn i Glavin et al. (2010a) sin studie støtter også opp under dette i og med at helsesøstre forteller at foreldrene følte en større aksept for psykiske problemer ved at det

var fokus på psykisk helse på hjemmebesøket. Det at foreldrene ble introdusert for screeningen og det ble snakket generelt om psykisk helse gjorde at hjemmebesøket ble mer betydningsfullt. På bakgrunn av dette tok mødrene også raskere kontakt med helsesøster ved behov.

Helsesøstrene i min studie formidler til mor at de ønsker at psykisk helse er noe det skal kunne snakkes om. Tilbakemeldinger de får på at mødrene skjønner hvorfor EPDS utføres sannsynliggjør at informasjon om psykisk helse og screeningsmetoden øker mors kunnskap på området. Dette bidrar til at mor forstår bakgrunnen for handlinger og ut fra denne kunnskapen blir i stand til å ta beslutninger angående egne ønsker og behov. Dette samsvarer med det essensielle i empowerment-prosessen.

I mange tilfeller blir ikke fødselsdepresjon oppdaget (MacArthur et al.2002, referert i Glavin, 2012). Selv om det står i de faglige nasjonale retningslinjer for barselomsorg at hjemmebesøk av helsesøster bør skje innen syv til ti dager, viser en rapport fra Helsetilsynet (2012) at mange familier ikke får hjemmebesøk. Etersom liggetiden på sykehuset etter fødsel gradvis har blitt redusert og mødre er ekstra sårbare og slitne etter fødselen, er det imidlertid svært viktig at helsesøstre kommer på hjemmebesøk. Hjalnhult og Økland (2012) referer til studier som viser at mødre er lite forberedt på hva som venter dem etter hjemkomst og er usikre på hvordan problemer i forhold til barnet og seg selv skal håndteres. Trygghet er vesentlig i barselperioden, og ro og omsorg synes å beskytte mot depressive plager. Jeg tenker at tidlig hjemreise fra sykehuset både kan oppleves som utilstrekkelig omsorg, og kan ha flere uheldige konsekvenser, blant annet at ammingen kanskje ikke er etablert. Amming har nær sammenheng med om en føler seg vellykket som mor eller ikke, og problemer i forhold til ammingen kan øke følelsen av stress og utilstrekkelighet (Hjalnhult og Økland, 2012).

Hjemmebesøket ser jeg derfor på som svært viktig i barselomsorgen, og utgjør en viktig del av EPDS-metoden. Ved at helsesøster er støttende i forhold til hvordan mor opplever barseltiden, og informerer og snakker om psykisk helse på hjemmebesøket, kan dette i følge Glavin (2012) bidra til å forebygge utvikling av depressive symptomer hos barselkvinner (Glavin et al., 2009b, Glavin et al., 2010b).

Hjemmebesøket kan ha effekt på flere måter. Det både forbereder og gjør mor positiv til EPDS-gjennomføringen og det kan forebygge fødselsdepresjon. Med tanke på at mange

tilfeller av fødselsdepresjon ikke oppdages, mener jeg det økte fokus på psykisk helse øker muligheten til at helsesøster kan fange opp mødre som allerede har depressive symptomer når de er hjemme hos familien, fordi de er mer observante i forhold til hvordan mor har det. I tillegg er det som regel på hjemmebesøket at den første kontakten mellom helsesøster og foreldre etableres, noe jeg anser som viktig for den videre relasjonsbyggingen.

Hjalmhult og Økland (2012) viser i sin artikkel til at hjemmebesøk på generelt basis oftest omtales på en positiv måte. Mødrene finner det informativt, trivelig og godt å få service på døren. Enkelte uttrykker imidlertid ambivalens til å ha en offentlig person i hjemmet sitt. I denne sammenhengen forstår jeg det Clancy og Svensson (2010) skriver om at noen anser universell service som støttende, mens noen finner det forstyrrende, som at det kan relateres til at noen synes det er fint å få hjemmebesøk av helsesøster, mens andre ikke synes noe om det (Cowley and Houston 2004, referert i Clancy og Svensson, 2010). Tatt dette i betraktning anser jeg tillit som en nøkkelfaktor, ikke bare i det første møtet med mor, men også som avgjørende for relasjonen videre. Helsesøstrene i studien poengterer at det er viktig å møte mor med respekt og gode holdninger. Når helsesøstrene snakker om å møte mor med respekt, tolker jeg det som at det handler om å ivareta og videreutvikle tilliten som mor viser gjennom å ta imot helsesøster i sitt eget hjem, komme til konsultasjoner på helsestasjonen og ved å snakke om psykisk helse. Å vise at helsesøstrene bryr seg, lytter til det mor har å si, og anerkjenner mors opplevelser og hvordan hun har det, er svært viktig for tillitsforholdet og relasjonen videre.

### **6.2.2 Relasjon og tillit**

I følge den danske teolog og filosof Løgstrup (2010) er tillit en grunnleggende verdi som er elementært både i vår holdning til den andre og i samtalen. Han sier at det hører til vårt menneskeliv at vi normalt møtes med en naturlig tillit til hverandre, også når vi møter fremmede. Det skal spesielle omstendigheter til for at en på forhånd står overfor en fremmed med mistillit. Grimen (2008) har en annen tilnærming til begrepet tillit. Han sier det ikke finnes noen uomstridt definisjon og er åpen for at det kan forekomme mistillit i det første møtet. Å stole på noen er i henhold til Grimen (2009) å handle med få forholdsregler. Tillitt bygger på forventninger til at den andre er pålitelig, og tillitsgiver gir fra seg noe til tillitsmottaker, for eksempel informasjon, og gjør seg derved sårbar.

Det er vanskelig å støtte seg kun til den enes mening og si at det ene er riktig og det andre er galt. I møtet mellom helsesøster og mor er det viktig å etablere tillit til hverandre. Som profesjonell er en avhengig av andres tillit for å kunne hjelpe, og relasjonen kommer av at en stoler på hverandre (Grimen, 2008). Helsesøster må stole på at det mor forteller er sant. Mor må på sin side stole på helsesøsters kompetanse og pålitelighet. Å vise tillit betyr å utlevere seg ved å våge seg frem for å bli imøtekommet, og denne utleveringen må tas imot med engasjement, innlevelse og interesse. Den tillit som mor viser helsesøster må helsesøster vise seg verdig til å motta, først da vil mor våge å åpne opp (Martinsen, 1990).

Helsesøstrene i studien får tydelig frem at de er interessert i og lytter til det mor forteller. Interesse, engasjement og aktiv lytting i kombinasjon med anerkjennelse av mors opplevelser og forklaringer bidrar i følge Jensen og Ulleberg (2011) til at det blir en god og vellykket relasjon. Clancy og Svensson (2010) refererer til at foreldrene i deres undersøkelse fikk tillit til helsesøster når hun formidlet kunnskap om barnets utvikling og normaliteter. Det er mange temaer som tas opp på hjemmebesøket og selv om det kanskje er mest på helsestasjonskonsultasjonene at barnets utvikling står i fokus, både ser, kontrollerer og snakker helsesøster om barnet på hjemmebesøket. Ut ifra det Clancy og Svensson (2010) sier, er mulig å trekke paralleller til når helsesøster i min studie formidler kunnskap om psykisk helse og hva som er normalt i barseltiden. At helsesøstre normaliserer humørsvingninger, barseltårer og oppfordrer til å bruke tid på å bli kjent med barnet i disse ukene, kan føles godt og bekræftende. Samtidig kan kunnskap og informasjon om at relativt mange utvikler en fødselsdepresjon, og at helsesøstre ønsker å fange opp disse mødrene før de kommer til en trygghet, være tillitsskapende og medføre at tilliten vokser frem.

### **6.2.3 Presentasjonen av EPDS**

Helsesøstrene snakker alle sammen om betydningen av presentasjonen av EPDS. Måten den presenteres på vil kunne innvirke både på hvorvidt mødrene fyller ut skjemaet på helsestasjonen, og også i hvor stor grad mødrene ønsker å snakke om egen psykisk helse eller andre problemer, og om de ønsker å komme tilbake til støttesamtaler. Flere av helsesøstrene understreker viktigheten av hvordan en ordlegger seg, om det presenteres som et spørsmål om mor ønsker å fylle det ut, eller som at det er en del av konsultasjonen.

EPDS er et frivillig tilbud, men slik jeg ser det ønsker helsesøstrene å få flest mulig mødre til å fylle ut skjemaet. Gjennom sin posisjon og kunnskap er de bevisst sin presentasjonsmåte og ordlegging for å oppnå dette. Martinsen (1990) snakker om at det eksisterer en svak paternalisme i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Slik jeg tolker Martinsens innhold av svak paternalisme, dreier det seg ikke om den tradisjonelle paternalismen der yrkesutøveren utøver handlinger ut ifra et ekspertise- og bedrevitenhetssyn. I den tradisjonelle paternalismen vet alltid yrkesutøver hva som er til det beste for den andre, og fratrar den omsorgstrengende muligheten til å delta i sitt eget livs muligheter (Martinsen, 1990). Svak paternalisme handler om at yrkesutøver har en mer-kunnskap om faget som hun ønsker å anvende slik at brukeren øker sin egen kompetanse på feltet og slik kan bli delaktig i beslutninger angående henne selv.

Overført til relasjonen mellom helsesøster og mor, forstår jeg svak paternalisme som at helsesøster går inn i relasjonen med sine kunnskaper og har et ønske om sammen å finne ut hva som vil være det beste for mor. Dette samsvarer med det Martinsen (1990) kaller å gå inn i relasjonen for å gagne den andre mest mulig. Helsesøster har kunnskaper om konsekvenser av fødselsdepresjon, som mor kanskje ikke har. På bakgrunn av dette ser helsesøster viktigheten av å kartlegge og snakke om mors psykiske helse. Jeg ser helsesøstrenes vektlegging av presentasjonsmåten som et uttrykk for omsorg for mor, barnet og familien, og ikke i den hensikt å fremstå som en ekspert som vet hva som er best for mor uten å vise klokskap og sensitivitet. Sensitivitet gjør begge til deltakere i relasjonen (Martinsen, 1990).

Betydningen av presentasjonsmåten av EPDS for å få mor til å snakke omkring sin egen psykiske helse, handler om hvilke holdninger og verdier helsesøster viser. Det er viktig å møte mor der hun er, med respekt. Dette er ensbetydende med at en lytter til hva mor forteller og har fokuset rettet mot mor (Tveiten, 2009).

Løgstrup (2010) sier at den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dets liv i sin hånd. Med holdningen kan en gjøre den andres liv trygt eller truende, for gjennom blikk, stemme og hender er en med på å gi det andre menneskets liv dets tone. Clancy og Svensson (2010) sier at dersom en mor føler seg mindreverdig, har en ikke lykkes med målet om dialog og deltakelse. Det ligger derfor ifølge Løgstrup en etisk fordring til helsesøster om å ta vare på det liv som tilliten legger i hennes hånd. Den etiske fordringen er ikke gjensidig, en skal handle slik at det blir godt for den andre, og ikke handle ut ifra en selv

(Brinchmann, 2008). Det betyr at helsesøster må ta vare på det mor åpner opp for og betror seg. Hun har med dette et ansvar for mor, men som Løgstrup sier: *"Ansvaret for den anden kan aldrig bestå i at overtage hans eget ansvar"* (Løgstrup, 2010:39).

Dette er slik jeg forstår hvordan helsesøstrene i studien tenker. De er oppriktig interessert i og bryr seg om hvordan mor har det, og dersom interessen ikke er oppriktig, vekkes mistillit. Dette er i henhold til Martinsen (1990), og understrekes av funn fra Slade et al. (2010). Mødrene som ikke opplevde at helsesøster var interessert i mor som person, hadde feil tonefall eller der helsesøstrene viste liten eller ingen støtte, var utilfredse med relasjonen til helsesøster. Også Clancy og Svensson (2010) viser til at misnøye fra foreldre i forholdet til helsesøster, er relatert til tillit. Enten i form av å få råd som ikke passer dem, eller ved opplevelsen av å ikke bli sett på riktig måte eller å ikke bli sett i det hele tatt. Å få uoppfordrede råd var med på å gjøre interaksjonen mellom helsesøstrene og foreldrene i Mitcheson og Cowley (2003) sin studie kontrollerende. Brealey et al. (2010) påpeker også at relasjonen er viktig og har betydning for hvordan EPDS-skjemaet ble utført og hva mødre var villige til å snakke om.

Ut fra funn i min studie og det som kommer frem fra tidligere forskning, kan en si at en god relasjon der tilliten ivaretas, øker sjansen for at mor både tør og ønsker å åpne seg om hvordan hun har det. Dersom mor nærer en mistillit til helsesøster, er sjansen større for at hun holder tilbake informasjon. Som tidligere nevnt viser Brealey et al. (2010) at noen mødre bevisst lyver på EPDS-skjemaet, i frykt for å fremstå som en dårlig mor. At mødre ikke tør å si hvordan de har det, kan som Clancy og Svensson (2010) sier, være fordi mødre kan ha et ønske om å leve opp til det de tror er helsesøstres krav og forventninger. I stedet for å søke hjelp for sine problemer, forblir de tause og holder det for seg selv. Jeg tenker at mors sårbarhet i forbindelse med å utlevere seg krever at helsesøstrene tar mor på alvor og anerkjenner hennes opplevelser, og som funn fra min studie viser, møter mor med respekt og viser at de bryr seg om hvordan mor har det. Gjennom intervjuene med helsesøstrene får jeg sterke indikasjoner på at det nettopp er slike grunnleggende holdninger de tilstreber i møtet med mor, og når EPDS presenteres.



#### 6.2.4 Ikke fokus på scoren

Samtlige av helsesøstrene i studien poengterer at selve scoren fra EPDS-skjemaet ikke er i fokus. Selv om retningslinjer indikerer hvem som skal tilbys støttesamtaler, er ikke dette av særlig betydning for helsesøstrenes praksis. De sier det er hva som kommer frem i samtalen som er viktig, noe som er i henhold til det Eberhard-Gran og Slinning (2007) sier. At helsesøstrene er mer opptatt av å tilby støttesamtaler ut fra mors behov og ikke kun ut fra om terskelverdien er nådd, er et funn jeg ikke finner i forskning gjort tidligere.

Skau (2011) sier at forskningsbasert og teoretisk kunnskap er nødvendig, men ikke nok. I arbeidssituasjoner av praktisk art, vil ikke denne kunnskapen være det viktigste grunnlaget for handlingene. Når helsesøstrene ikke følger retningslinjene, som er basert på forskning, til punkt og prikke, er det slik jeg forstår det fordi de bruker skjønn i situasjonen. De er opptatt av hvordan de kan hjelpe mor til å få det bedre, ikke av tall og poengscore. Martinsen (1990) sier at faglig skjønn bestemmer hvordan en handler så den andre får det best mulig. I faglig skjønn forenes både det forstående og det sansende. Skjønn er alltid knyttet til en konkret situasjon og fordrer emosjonell involvering og analyse av situasjonen for å overveie handlingsalternativer som gagnar den andre mest mulig.

Brinchmann (2008) sier at i skjønnen ligger eksakt kunnskap, men også intuisjon og magefølelse. Dette er forenlig med hvordan jeg tolker at helsesøstrene bruker faglig skjønn i situasjonen med mor. Hadde de ikke brukt skjønn men rigid fulgt teori og retningslinjer, kunne det ha medført at en kvinne som egentlig hadde behov for å komme tilbake og snakke med helsesøster, ikke ble tilbudt dette fordi EPDS-scoren ikke var høy nok. Motsatt ville en mor som kanskje har det helt fint her og nå, men scoret høyt på skjemaet, som jo gjelder for de syv siste dagene, bli henvist videre til psykolog på bakgrunn av å ha en depresjon.

En slik tilnærming ville ha stått i stil med funnene til Mitcheson og Cowley (2003) som viser til at strukturerte verktøy medfører en interaksjon basert på ufølsom og kontrollerende kategorisering av foreldrene.

Med den etiske fordringen som ligger der, må helsesøster observere og ta imot uttrykket mor gir i forbindelse med utfyllingen av skjema og samtalen, på en slik måte at den blir god for mor (Brinchmann, 2008). Gjennom holdninger, væremåter, kroppsspråk og med det hun sier, må helsesøster finne frem til hva mor er best hjulpet med videre. Hva ønsker mor, hva slags

behov har hun? Gjennom å spørre mor hva hun har behov for og tilby mor å komme tilbake for å snakke sammen, legger helsesøster forholdene til rette slik at mor kan være med å definere sin egen situasjon. Dette står i forhold til både hva Løgstrup sier og hva empowerment-prosessen går ut på (Martinsen, 1990, Mæland, 2010). Ved å bruke skjønn i EPDS-situasjonen mener jeg helsesøster viser mor omsorg. Hun viser at hun bryr seg og at hun vil hjelpe mor på veien videre. Omsorg har i følge Martinsen (1990) med moral og relasjoner å gjøre. Det handler om å knytte bånd og er en kvalitet i relasjonen som viser seg i måten en utfører praktiske handlinger på. *”Å møte den andre med omsorg er å bli den andres tillit verdig”* (Martinsen, 1990:82).

### **6.2.5 Burde scoret mer?**

Flere helsesøstre var forundret over at mor svarer på EPDS-skjemaet slik at hun får en score på null poeng. I denne forundringen kan det ligge flere faktorer. Tviler helsesøster på at mor ikke svarer oppriktig? Har ikke mor tillit til helsesøster og derfor ikke vil utlevere seg? Bunner forundringen over den lave scoren egentlig ut fra et uttrykk for omsorg?

Dersom en isolert sett fokuserer på helsesøstrenes uttrykk om at mor burde hatt flere poeng, og gjerne vil sjekke ut om mor faktisk har det bra, kan dette tolkes som om helsesøster ikke har tillit til at dette er sannheten. Som Grimen (2008) sier, må den profesjonelle stole på at klienten gir korrekte opplysninger for å kunne hjelpe. Grimen sier også at det kan være mange grunner til at sannheten ikke kommer frem. Helsesøstre i studien min forteller at det kan være at mor ikke er klar for å kjenne på og snakke om vanskelige ting, eller at hun ikke ønsker å ha helsesøster som en samtalepartner. Ifølge det som tidligere er brakt frem i denne oppgaven, viser både følelsen av skam og redselen for å bli ansett som dårlig mor og manglende tillit til helsesøster at mor velger å ikke fortelle sannheten (Brealey et al., 2010, Clancy og Svensson, 2010, Slade et al., 2010). Når helsesøstre tenker at mor kanskje burde scoret mer, eller ønsker å finne ut om mor har det bra, er dette basert på egenerfaring med å selv være mor og vite hvilke påkjenninger dette kan medføre. At de kjenner til at mødre strever på ett eller annet område i livet, er en annen faktor som ligger til grunn for dette. Helsesøstre sier samtidig at det er viktig å ha respekt for at noen ikke ønsker å dele hvordan de har det med helsesøster.

Når jeg ser helheten av helsesøstrenes fortellinger, og ikke bare isolert det de sier om at scoren i noen tilfeller burde vært høyere, tolker jeg at dette ikke handler om mistillit fra helsesøsters side. Tvert i mot ser jeg deres ønske om å sjekke ut hvordan mor egentlig har det, som et uttrykk for omsorg, og ikke kontroll. De ønsker kun det beste for mor. Denne måten å fortolke på, med å se helheten av betydningen, og ikke bare en isolert del, er å forstå i henhold til den hermeneutiske sirkel. Helheten må forstås utfra delene, og motsatt (Gulddal og Møller, 1999). I tillegg støtter jeg min forståelse av at dette ikke handler om mistillit fra helsesøster, til det Løgstrup (2010) sier om at det skal spesielle omstendigheter til for at en på forhånd står overfor en annen med mistillit. Dersom det ikke har skjedd noe på hjemmebesøket som gjør at helsesøster har mistet tilliten til mor, er det heller ingen grunn til at helsesøster skal mistro mors svar i forhold til EPDS.

Til tross for at flere helsesøstre tenker at noen av mødrene burde scoret mer, uttrykker de samtidig at de må stole på mor, og ha tiltro til at hun definerer sin egen sannhet. De er enige om at det er det mor selv sier som er viktig. En av helsesøstrene uttrykker at hun mistenker ingen mødre i å lyve, da må hun ha en grunn til det. Dette er i overensstemmelse med det Løgstrup sier om at på forhånd tror vi ikke at noen lyver, vi tror på hverandres ord (Løgstrup 1956 s.17, referert i Martinsen, 1990).

Helsesøstrene er av den oppfatning at dersom alt er bra på hjemmebesøket, barnet utvikler seg normalt og samspillet mellom mor og barn er fint, så blir de ikke bekymret ved lav eller null i score. Dette tolker jeg som at helsesøstrene evner å se helhetlig, og ikke kun har fokus på EPDS-scoren.

## **6.3 Kompetanse**

### **6.3.1 Profesjonell og personlig kompetanse**

Innenfor kategorien kompetanse snakker helsesøstrene både om profesjonell kompetanse og personlig kompetanse. Begrepet kompetanse betyr her å inneha nødvendige kvalifikasjoner til å ivareta og fylle helsesøsters oppgaver, det vil si at man er skikket eller kvalifisert til det man gjør (Skau, 2011). Slik jeg bruker begrepet profesjonell kompetanse rommer det både teoretisk kunnskap rundt EPDS og psykisk helse, samt yrkesspesifikke ferdigheter som veiledning og å samtale med mor. I personlig kompetanse legger jeg de egenskaper og

kvaliteter en innehar og bruker for å skape en god relasjon, det vil si holdninger, verdier, nysgjerrighet og interesse. I følge Skau (2011) dreier det seg om den vi er som person, både for oss selv og i samspill med andre, og handler om hvem vi lar den andre være i møtet mellom oss.

Noen av helsesøstrene hadde fått opplæring i å bruke EPDS og håndtering av fødselsdeprimerte, og slik fikk økt sin profesjonelle kompetanse teoretisk og gjennom praktisk trening. Denne kompetansen gir en trygghet i møtet med mor i forhold til å tørre å være i situasjonen, vite hva de skal gjøre og hvordan de skal gjennomføre metoden uten å ha fokus på skjemaet. Glavin et al. (2010a) viser også at opplæring i EPDS økte helsesøstrenes kompetanse og at de følte seg tryggere, mer modig og komfortabel, og at opplæringen styrket deres profesjonelle rolle som helsesøster.

Det er imidlertid ikke tilstrekkelig å kun inneha teoretisk og yrkesspesifikk kompetanse i møte med mennesker. En må ifølge Skau (2011) ha et helhetssyn på kompetanse, og også den personlige kompetansen må være tilstede. Slik jeg tolker helsesøstrenes utsagn om opplæring og trygghet, er den økte profesjonelle kompetansen i form av opplæring i EPDS-metoden, med på å bidra til at den personlige kompetansen får større tyngde og rom for å tre frem i relasjonen. En av helsesøstrene understreker dette ved at når en er sikker og trygg på det en skal gjøre, klarer en å løsrive seg fra selve skjemaet og samtalen går lettere. En klarer da bedre å ha fokus på mor, se sammenhenger og helheten når en ikke er så opptatt av det praktiske.

Dette samsvarer med det Benner (1995) snakker om angående kompetanseutvikling i sykepleiepraksis, som går gjennom fem ferdighetsnivåer fra nyutdannet ”novise” til ”ekspert” (Benner og Have, 1995). I starten er en utrygg, opphengt i praktiske oppgaver og avhengig av undervisning. Via støtte, veiledning, erfaring og refleksjoner utvikles kompetansen til at en som kyndig ser helheter og sammenhenger basert på sin bakgrunnsforståelse. Som ekspert har en et intuitivt grep om enhver situasjon og bruker ikke så mye tid på overveielser. Denne kompetanseutviklingen krever erfaring og tar tid, akkurat slik en av helsesøstrene fortalte at hun selv hadde brukt flere år for å finne plattformen som helsesøster og bli trygg i rollen.

### 6.3.2 Trygghet

Trygghet i rollen som helsesøster var et tema som samtlige i studien var inne på, spesielt i forhold til om de har fått opplæring i EPDS-metoden eller ikke. Det ble uttrykt at graden av trygghet i det en gjør henger sammen med graden av følelsen av å kunne hjelpe. De som ikke hadde fått opplæring, følte det utrygt å skulle gjennomføre EPDS i starten, og var mer opphengt i selve skjemaet. Dette er forståelig sett ut fra teorien til Benner (1995) om at i situasjoner der en ikke har tidligere erfaringer, blir en mer regelbundet og fokusert på det praktiske og konkrete. Den personlige kompetansen, som ifølge Skau (2005) kommer til uttrykk samtidig som den faglige og yrkesspesifikke, vil få mindre tyngde dersom en i en ny situasjon ikke klarer å løsrive seg helt fra det praktiske. Det kan bli vanskelig å ha full fokus på mor og hennes behov dersom en ikke er trygg i situasjonen.

Nå er imidlertid ikke helsesøstre nybegynnere i relasjoner med mennesker, og flere understreker at de i kraft av å være sykepleier og helsesøster innehar kompetanse i forhold til å kommunisere og kunnskap i forhold til mor-barn-relasjonen. Selv om en ikke har fått opplæring i EPDS-metoden, ble det ansett at som helsesøster er en kyndig nok til å kunne samtale med mor om psykisk helse. Som en av helsesøstrene sier, er det ikke temaet eller kommunikasjon som er fremmed, men selve screeningen som er ny.

På bakgrunn av at flere uttrykker at det ikke er tilfeldig at noen helsesøstre oftere enn andre opplever at mødre får null i poengscore og har få støttesamtaler, mener jeg dette forsterker behovet for opplæring i EPDS. Dette for at metoden skal presenteres og brukes likt. Slinning og Eberhard-Gran (2010) sier at for at EPDS-metoden skal være etisk og faglig forsvarlig, må helsepersonell som benytter seg av den ha gjennomgått grundig opplæring i både tema og hva screening innebærer. Ingen av helsesøstrene i studien ser noen etiske utfordringer i at de uten opplæring i screeningen anvender metoden, selv om de tror metoden presenteres ulikt. De ser på den som et arbeidsverktøy og utgangspunkt for samtale, på lik linje med andre kartleggingsverktøy som brukes på helsestasjonen. De tror det er såpass bred opplæring og sterk vektlegging på kommunikasjon i helsesøsterutdanninga at de ikke er bekymret for om en nyutdannet helsesøster vil kunne gjennomføre en god konsultasjon.

Kombinasjonen av den totale utdanningen og erfaringen helsesøstre har og den personlige kompetansen i form av respekt og gode holdninger, kan være en forklaring til at helsesøstrene ikke har bekymringer for at metoden anvendes uten opplæring. Jeg oppfatter at personlig

kompetanse vektlegges høyt, og slik Skau (2011) sier at den personlige kompetansen i noen situasjoner er en helt avgjørende del av den samlede profesjonelle kompetansen.

I studien til Slade et al. (2010) var helsepersonells personlige kvalitet og kvaliteten i relasjonen mellom helsesøster og barselkvinnene et overordnet tema. At helsesøster viste mellommenneskelige evner var avgjørende for hvordan mødre opplevde barselomsorgen, inkludert det å fylle ut EPDS-skjemaet og snakke om sine følelser. Funn fra studien til Brealey et al. (2010) viser også at mødre ønsker at helsesøster skal være støttende, omsorgsfull og interessert, noe som øker sannsynligheten for at de er ærlige ved utfyllingen av skjemaet og i samtalen. Da min studie ikke dekker empiri fra mødre selv, kan jeg ikke med sikkerhet si at norske mødre ville sagt det samme, men jeg antar at det er sannsynlig, og støtter meg til det Tveiten (2009) sier om at relasjonen er vesentlig i veiledningen.

### **6.3.3 Veiledning og samtale**

De tre komponentene teoretisk,- yrkesspesifikk- og personlig kompetanse henger nøye sammen, påvirker hverandre og må, slik Skau (2011) sier utfylle hverandre. De kommer til uttrykk samtidig, men med ulik tyngde. Samtale og veiledning er et hovedelement i den yrkesspesifikke kompetansen innenfor helsesøstertjenesten. Veiledning er en del av empowerment-prosessen som igjen er en del av det helsefremmende arbeidet.

Helsesøstre i studien forteller at når de samtaler med mor i forbindelse med EPDS handler det, som nevnt i kapittel 5.3.3 om å møte mor der hun er og hjelpe henne med ”å rydde”. De forteller videre at deres rolle er å hjelpe mor til å bli bevisst hva som er vanskelig og få henne til å reflektere rundt det slik at hun selv kan finne en løsning eller plan. Dette er hva veiledning handler om.

I studien til Slade et al. (2010) fremkommer det at å bli lyttet til var en viktig faktor for barselkvinnene. De mente at å bli lyttet til og få snakke om sine følelser var med på å stoppe utviklingen av symptomforverring av fødselsdepresjonen. Dersom helsesøster ikke utfører aktiv lytting, er det ifølge Tveiten (2009) lett å være for opptatt av hva som vil være et godt svar på det mor sier. I iveren og ønske om å hjelpe, kan det være utfordrende for helsesøster å huske at svaret ligger hos mor. Som en av helsesøstre sier, er det vanskelig å balansere

mellom det å veilede og det å gi råd når man er ny i veilederrollen. Å lytte til og ha fokus på mor er noe av essensen i veiledning, og gjør at helsesøster kan komme i posisjon til å stille riktige og oppfølgende spørsmål. Med riktige spørsmål mener jeg de spørsmålene som bidrar til at mor reflekterer over egen situasjon. I studien ble det sagt at å samtale med mor i forbindelse med EPDS handler om å stille åpne spørsmål, dvele ved svarene mor har krysset av på og be om tanker rundt det de har svart. Dette kan være spørsmål som hva mor tenker om sin situasjon, hva hun mener er utfordringer i dette, og hvilke løsninger hun ser (Tveiten, 2009). Dette er hva jeg tenker helsesøstrene legger i å hjelpe mor med ”å rydde”.

Som det fremkommer i intervjuene kan helsesøster godt tenke at: *”der er det skoen trykker, det der er problematisk”*, men meningen med veiledningsprosessen og støttesamtalene er at mor skal bli bevisst sin situasjon, finne ut av hva som er utfordringen og komme frem til en løsning. I henhold til Tveiten (2009) trenger mor kanskje bare tid eller mulighet til å oppdage svaret selv.

Tveiten (2009) sier at for at begge partene skal kunne være delaktige i veiledningsprosessen, fordrer det at samtalen skjer som en dialog, og at en ser på hverandre som likeverdige parter. En av helsesøstrene understreker nettopp dette idet hun tror at mors opplevelse av samtalen rundt psykisk helse avhenger av om hun føler seg som en likeverdige partner og blir møtt på en god måte. Selv om helsesøster har en mer-kompetanse, for eksempel innenfor psykisk helse, fødselsdepresjon og konsekvenser for barnet, kommer det tydelig frem at å møte mor med en holdning av respekt er av største betydning. Jeg forstår det slik at helsesøstrene anser mor som en likeverdig part, og som en ressurs som bare trenger litt hjelp på veien.

Ifølge Tveiten (2009) er det en utfordring med veiledning at både helsesøster og mor har kompetanse på ulike områder, og det skal legges til rette for at begge kompetanse kommer til uttrykk og verdsettes. Når veilederrollen er ny for helsesøster, kan dette være vanskelig. Hun vet hun skal veilede, men kanskje ikke helt hvordan. En av helsesøstrene understreker nettopp dette med å ikke ha fullgod kompetanse på veiledning gjør noe med tryggheten i relasjonen. Veiledning er komplisert og krever kompetanse, sier Tveiten (2009). Men hvor skal denne kompetansen komme fra? Etter endt utdanning sier en av helsesøstrene at en ikke har kunnskaper om alt som en føler kreves, og sier det tar lang tid å finne sin plattform og bli trygg i rollen. Ut ifra dette mener jeg at tid, erfaring og påfyll av kunnskap i teoretisk og praktisk forstand er avgjørende for at helsesøster skal føle seg kompetent til å veilede mor

omkring psykisk helse og EPDS. Jeg ser det derfor som av største viktighet at helsesøstre får opplæring i EPDS, slik at alle de tre komponentene profesjonell-, yrkesspesifikk og personlig kompetanse får en balansert og god tyngde. Når utdanningen ikke lar helsesøsterstudentene få erfaring med EPDS, må kommunene ta ansvar for at helsesøstre får den opplæring de trenger i henhold til faglige og etiske krav (Slinning og Eberhard-Gran, 2010).

Etter samtalen rundt skjemaet spør helsesøstre hva mor ønsker videre. De viser at de tar hensyn til mors ønsker, og slik skapes en likeverdig samarbeidsrelasjon (Mæland, 2010). Ved å tilby mor å komme tilbake til samtaler og opplyse om hva helsesøster kan være behjelpelig med, lar hun det være opp til mor selv å vurdere og ta beslutninger i forhold til eget liv, noe som er i henhold til empowerment-prosessen. Det er imidlertid viktig å avklare hva det er helsesøster kan være behjelpelig med. Veilederrollen er en motsats til den tradisjonelle ”behandlingsmodellen” der fagfolk vet best og ordner opp i folks problemer (Kjønstad 1992, referert i Tveiten, 2009). I henhold til det Tveiten (2009) sier om at det kan være ulike forventninger til hvordan problemer skal løses, er det viktig at helsesøster forklarer mor at de sammen gjennom mors delaktighet kan komme frem til en felles forståelse av hva mors anliggender er. Slik vil eventuelle forventninger til at helsesøster er den som skal løse mors problemer avklares.

I tilknytning til å klargjøre helsesøsters rolle, er det viktig å forsikre mor om at helsesøster er der for å støtte henne, og ikke er en kontrollfunksjon for å bedømme hvorvidt hun er egnet som forelder. Funn i studien til Brealey et al. (2010) fremhever viktigheten av at mor forstår at helsesøster ikke er en agent for sosial kontroll.

#### **6.4 Diskusjonen sett i forhold til helsefremmende- og forebyggende arbeid**

Alt som bedrer trivsel og velvære er helsefremmende, og som Walseth (2009) sier er en god samtale en av mange salutogene faktorer. Helsesøster møter barselkvinnene for første gang på hjemmebesøket, og det helseforebyggende og helsefremmende arbeidet begynner allerede her gjennom en tilnærming basert på empowerment og salutogenese. Å få barn er en stor omstilling i livet og byr på mange gleder og utfordringer, men kanskje også stress, nedstemthet og depresjon. I følge Antonovsky (1996) er det avgjørende for hvordan en greier



seg at en opplever verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende. For at det skal skje må situasjonen mor står i oppleves som håndterbar og meningsfull, i tillegg til forutsigbar. Disse tre begrepene utgjør til sammen opplevelsen av sammenheng, OAS. Antonovsky (2012) sier: ”En høy grad av stressfaktor kombinert med en høy grad av sosial støtte er helsebringende” (Antonovsky, 2012:32). Studiens funn og diskusjonsdel viser at helsesøsters tilnærming, støtte og arbeidsmetode ved å bruke EPDS kan bidra til å styrke mors opplevelse av sammenheng. Slik jeg tolker de teoretiske begrepene, er salutogenese og OAS en form for ideologi i det helsefremmende arbeidet, som kan oppnås ved at helsesøster har fokus på empowerment i veiledningen av mor.

Informasjon som helsesøstre gir i forhold til humørsvingninger og reaksjoner i forbindelse med å ha født barn, og generell informasjon om psykisk helse, bidrar til å øke mors kunnskap på området slik at det blir kognitivt forståelig. Slik kan egen situasjon settes inn i en forståelig sammenheng slik at indre og ytre stimuli, for eksempel nedstemthet og stress, oppleves som begripelig (Antonovsky, 2012). Når helsesøster gir mor opplevelse av at hun bryr seg om mor, ønsker å hjelpe henne og er tilgjengelig, vil det bidra til at mor får tillit til at helsesøster er der for henne. Opplevelse av å ha tilstrekkelige ressurser til rådighet for å takle de krav hun stilles overfor i form av å være ny mor, oppleve stress, nedstemthet eller depresjon, vil ifølge Antonovsky (2012) gjøre situasjonen mer håndterbar. Gjennom helsesøsters arbeid med bevisstgjøring og refleksjon over mors egen situasjon blir mor aktiv deltakende i prosessen, som skal gjøre henne i stand til å selv finne frem til problemet og løse det. Dette er en del av empowerment-prosessen der mors ønsker og behov er utgangspunktet for veien videre. Ved å presentere EPDS på en måte som gjør at mor finner det verdt å snakke om sin psykiske helse og ønsker å komme tilbake til støttesamtaler, vil mor forstå at det er verdt å bruke energi på det. Ved at mor blir aktiv deltakende i bestemmelser som har med hennes liv og helse å gjøre, får hun innflytelse og kontroll over egen situasjon, noe som bidrar til at situasjonen blir meningsfull.

Helsesøstrenes måte å arbeide på er i henhold til hva litteraturen sier om å øke mors mestringfølelse og gi mor et bedre utgangspunkt til å ta valg som styrker egen helse. Dette samsvarer med begrepene empowerment og salutogenese, og er i følge Ottawa-Charterets definisjon på hva helsefremmende arbeid handler om (Antonovsky, 1996, Antonovsky, 2012, Kvarme, 2009, Mæland, 2010, Tveiten, 2009, Walseth, 2009).

Det forebyggende perspektivet i helsesøstrenes arbeid med EPDS-metoden trenger ingen dypere forklaring. Forskning viser at metoden reduserer forekomsten av fødselsdepresjon og også har en forebyggende effekt (Brugha et al., 2011, Glavin et al., 2010a, Morrell et al., 2009a). Hjemmebesøket er en forebyggende faktor, og både studien til (Glavin et al., 2010a) og funn i min studie viser at helsesøstrene ved hjelp av EPDS fanger opp flere som er deprimerte. Det mest forebyggende funnet i min studie er kanskje at helsesøstrene fanger opp og tilbyr støttesamtaler til mødre som ikke har utviklet en depresjon, men som har behov for å snakke med helsesøster om andre vansker. Mor får luftet ut frustrasjon, noe som kan bidra til at problemer ikke bygger seg opp, og i verste fall utvikler seg til en depresjon. Ved å bruke individrettet strategi, er dette primær- og sekundærforebyggende helsearbeid rettet mot barselkvinnene. Vel så viktig er det at helsesøstrenes arbeid virker primærforebyggende i forhold til barnets utvikling. Å hindre utvikling av depresjon hos mor vil sannsynligvis styrke samspillet mellom mor og barn. Dette kan bidra til en sterkere OAS for barnet, noe som igjen virker positivt i forhold til psykisk og fysisk helse senere i livet (Mæland, 2010).

Selv om det ikke er gjort studier i Norge på kostnad-nytte effekt, er det sannsynlig at helsesøstrenes forebyggende og helsefremmende arbeid gjennom å bruke EPDS vil ha en positiv innvirkning i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

## **7 Avslutning**

Hensikten med studien var å belyse problemstillingen: *”Hvilke erfaringer har helsesøstre med å anvende EPDS, og hvordan opplever de at bruken av den innvirker på møtet med barselkvinnen”*.

Funnene er aktuelle fordi de viser styrker og begrensninger ved å anvende EPDS, og genererer nye problemstillinger.

## 7.1 Studiens viktigste funn og veien videre

Studien viser at selv om EPDS ikke anbefales som nasjonal screening er helsesøstrene fornøyd med at den anvendes i kommunen. De ønsker å benytte metoden fordi den gjør det enklere å bringe opp mors psykiske helse som et tema, og er en døråpner for samtale. Helsesøstrene fanger ikke kun opp de med fødselsdepresjon, men også mange som har nytte av å snakke med helsesøster om andre forhold i livet de bekymrer seg for. En til to samtaler der mor kan lufte ut eventuelle frustrasjoner kan være tilstrekkelig til å hindre at mor utvikler en depresjon og eventuelt må henvises videre i systemet.

Studien viser at EPDS gjør noe med den videre relasjonen mellom mor og helsesøster. Ved å snakke om personlige anliggender blir de kjent på en annen måte. Å invitere mødrene til å snakke om hvordan de faktisk har det kan skape en trygghet i relasjonen, som igjen kan føre til at mor tar opp vansker også på et senere tidspunkt.

I forhold til implementering av nye verktøy og metoder vil det være en aktuell oppgave å se på om det økes tilstrekkelig med ressurser i praksis, i dette tilfellet i form av avsatt tid til støttesamtaler.

Skal EPDS innføres som nasjonal screening, må det utføres studier på kostnads-nytteeffekt og brukerundersøkelser. Både kvantitativ og kvalitativ forskning er nødvendig. For å få frem mødres opplevelser av å bli screenet og å snakke om egen psykisk helse med helsesøster bør kvalitativ forskning gjennomføres.

Studien viser at opplæringen i forhold til EPDS ikke praktiseres i henhold til retningslinjene (Eberhard-Gran og Slinning, 2007). At ikke alle helsesøstre får opplæring i hvordan å håndtere og anvende metoden, kan føre til at EPDS presenteres og gjennomføres ulikt. Dette kan gi seg utslag i hvorvidt barselmødre fyller ut skjemaet og i hvor stor grad de ønsker å snakke om egen psykisk helse. Opplæring og trygghet henger nøye sammen, og kommunen bør organisere og praktisere lik opplæring i metoden for samtlige helsesøstre. Dette vil øke kompetansen og dermed tryggheten som helsesøster i møtet med mor.

Avslutningsvis vil jeg trekke frem funnet om at det er en begrensning ved metoden at den kun tilbys norsktalende barselmødre. Tiltak for å avdekke og fange opp deprimerte

fremmedspråklige barselmødre bør iverksettes slik at alle barselkvinner får et likeverdig tilbud.

## Referanseliste

- ANTONOVSKY, A. 1996. The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. 11(1), s. 11-18.
- ANTONOVSKY, A. 2012. *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- AZAK, S. 2010. Sped- og småbarn med deprimerte mødre. En multifaktorell modell for å forstå utviklingsvansker hos barna. I: MOE, V., SLINNING, K. & HANSEN, M. B. (red.). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 347-359.
- BENNER, P. & HAVE, G. 1995. *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: TANO.
- BERLE, J. O., AARRE, T. F., MYKLETUN, A., DAHL, A. A. & HOLSTEN, F. 2003. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord*, 76(1-3), s. 151-156.
- BREALEY, S. D., HEWITT, C., GREEN, J. M., MORRELL, J. & GILBODY, S. 2010. Screening for postnatal depression – is it acceptable to women and healthcare professionals? A systematic review and meta - synthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(4), s. 328-344. doi: 10.1080/02646838.2010.513045.
- BRINCHMANN, B. S. 2008. Nærhetsetikk. I: BRINCHMANN STØRE, B. (red.). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 116-132.
- BRUGHA, T. S., MORRELL, C. J., SLADE, P. & WALTERS, S. J. 2011. Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychol Med*, 41(4), s. 739-48. doi: 10.1017/s0033291710001467.
- CLANCY, A. & SVENSSON, T. 2010. Perceptions of public healthnursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Primary Health Care Research & Development*, 11, s. 363-373.
- COX, J., HOLDEN, J. & HENSHAW, C. 2014. *Perinatal Mental Health. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual*. London: The Royal College of Psychiatrists.
- COX, J. L., HOLDEN, J. M. & SAGOVSKY, R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150, s. 782-786.
- DAGENS MEDISIN. 2013. *Vil ikke sykeliggjøre friske kvinner*. <http://www.dagensmedisin.no>: Dagens Medisin. Tilgjengelig: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/vil-ikke-sykeliggjore-friske-kvinner/> [12.05.2013].
- DAHLBERG, K., DAHLBERG, H. & NYSTRØM, M. 2008. *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- DALGARD, O. S., MATHISEN, K. S., NORD, E., OSE, S., ROGNERUD, M. & AÅRØ, L. E. 2011. *Bedre føre var. Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- DORHEIM, S. K., BONDEVIK, G. T., EBERHARD-GRAN, M. & BJORVATN, B. 2009. Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. *Sleep*, 32(7), s. 847-55.
- EBERHARD-GRAN, M., ESKILD, A., TAMBS, K., SCHEI, B. & OPJORDSMOEN, S. 2001. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry*, 55(2), s. 113-7. doi: 10.1080/08039480151108525.

- EBERHARD-GRAN, M. & SLINNING, K. 2007. *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Oslo.
- EBERHARD-GRAN, M., SLINNING, K. & ROGNERUD, M. 2014. Screening for postnatal depression--a summary of current knowledge. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 134(3), s. 297-301. doi: 10.4045/tidsskr.13.0068.
- ELO, S. L. & CALLTORP, J. B. 2002. Health promotive action and preventive action model (HPA model) for the classification of health care services in public health nursing. *Scand J Public Health*, 30(3), s. 200-8. doi: 10.1080/14034940210133834.
- ENGLANDER, M. 2012. The Interview: Data Collection in Descriptive Phenomenological Human Scientific Research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43, s. 13-35.
- FOLKEHELSEINSTITUTTET. 2007. *Barseldepresjon - symptomer og skåringsverktøy*. <http://www.fhi.no/>: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig: <http://www.fhi.no/artikler/?id=66539> [09.05. 2013].
- GADAMER, H.-G. 1999. Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip. I: GULDDAL, J. & MØLLER, M. (red.). *Hermeneutikk. En antologi om forståelse*. Danmark: Gyldendal, s. 33-44.
- GADAMER, H.-G. 2003. *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oversatt av JORDHEIM, H. Oslo: J.W. Cappelens forlag a.s.
- GLAVIN, K. 2012. Hjemmebesøk etter fødsel kan forebygge depresjon. *Tidsskrift for helsesøstre*, 3, s. 16-23.
- GLAVIN, K., ELLEFSEN, B. & ERDAL, B. 2010a. Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. *Public Health Nurs*, 27(3), s. 255-62. doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00851.x.
- GLAVIN, K., HELSETH, S. & KVARME, L. G. 2009a. *Fra tanke til handling*. Oslo: Akribe.
- GLAVIN, K., SMITH, L. & SORUM, R. 2009b. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scand J Caring Sci*, 23(4), s. 705-10. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00667.x.
- GLAVIN, K., SMITH, L., SORUM, R. & ELLEFSEN, B. 2010b. Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women--a one-year follow-up study. *J Clin Nurs*, 19(21-22), s. 3051-62. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03332.x.
- GLAVIN, K., SMITH, L., SORUM, R. & ELLEFSEN, B. 2010c. Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *J Adv Nurs*, 66(6), s. 1317-27. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05263.x.
- GRIMEN, H. 2008. Profesjon og tillit. I: MOLANDER, A. & TERUM, L. I. (red.). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 197-215.
- GRIMEN, H. 2009. *Hva er tillit*. Oslo: Universitetsforlaget.
- GULDDAL, J. & MØLLER, M. 1999. Fra filologi til filosofi- introduktion til den moderne hermeneutik. I: GULDDAL, J. & MØLLER, M. (red.). *Hermeneutik. En antologi om forståelse*. Danmark: Gyldendal.
- HELSEDIREKTORATET. 2009. *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten, IS-1561*. <http://www.helsedirektoratet.no/>: Helsedirektoratet. Tilgjengelig: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten/Publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon.pdf> [08.05. 2013].
- HELSEDIREKTORATET. 2014. *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien*.

- <http://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>: Lastet ned 22.04.2014 Helsedirektoratet.
- HELSEDIREKTORATET, S.-O. 2007. *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. IS-1405. Oslo.
- HELSETH, S. 2009. Teoretisk grunnlag for helsesøstertjenesten. I: GLAVIN, K., HELSETH, S. & KVARME, L. G. (red.). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Akribe AS, s. 17-27.
- HELSETILSYNET. 2012. Styre for å styrke. Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten. Lastet ned 10.03.2015.  
[https://http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2012/helsetilsynetrapport1\\_2012.pdf](https://http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2012/helsetilsynetrapport1_2012.pdf), 1.
- HELSETILSYNET. 2014. *Rapport fra helsetilsynet: Helsestasjonen- hjelp i rett tid?* Lastet ned 10.03.2015.  
[http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport4\\_2014.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport4_2014.pdf)
- HELSENKI- DEKLARASJONEN. 2008. *Declaration of Helsinki*. <http://www.etikkom.no>: Forskningsetsike komiteer. Tilgjengelig:  
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> [13.05 2013].
- HJALMHULT, E. & ØKLAND, T. 2012. Hva barselkvinner r opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt. *Sykepleien Forskning*, 3(7), s. 224-230.
- HVATUM, I., HJALMHULT, E. & GLAVIN, K. 2014. Stressfylt amming og samspill. *Sykepleien Forskning*, 1(9), s. 14-23.
- JACOBSEN, D. I. 2010. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget.
- JENSEN, P. & ULLEBERG, I. 2011. *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- KVALE, S. & BRINKMANN, S. 2010. *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.
- KVARME, L. G. 2009. Forebyggende og helsefremmende arbeid. I: GLAVIN, K., HELSETH, S. & KVARME, L. G. (red.). *Fra tanke til handling*. Oslo: Akribe AS, s. 28-34.
- KVELLO, Ø. 2010. *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- LARUN, L., FØNHUS, M. S., HÅVELSRUD, K., BRUBERG, K. G. & REINAR, L. M. 2013. *Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner*. Lastet ned 13.02.2013.  
<http://www.kunnskapsenteret.no/Publikasjoner/Depresjonsscreening+av+gravide+og+barselkvinner.17323.cms>: Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten.
- LINDSTRØM, B. & ERIKSSON, M. 2005. Salutogenesis. *Journal of Epidemiol Community Health*, 59(6), s. 440-442. doi: doi: 10.1136/jech.2005.034777.
- LØGSTRUP, K. E. 2010. *Den etiske fordring*. Århus: Forlaget KLIM.
- MALTERUD, K. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Universitetsforlaget.
- MARTINSEN, K. 1990. Omsorg i sykepleien- en moralsk utfordring. I: *Moderne omsorgsbilder*. Gyldendal Norsk Forlag A/S, s. 37.
- MASSOUDI, P. 2013. *Depression and distress in Swedish fathers in the postnatal period - prevalence, correlates, identification, and support*. Gothenburg: University of Gothenburg.

- MITCHESON, J. & COWLEY, S. 2003. Empowerment or control? An analysis of the extent to which client participation is enabled during health visitor/client interactions using a structured health needs assessment tool. *Int J Nurs Stud*, 40(4), s. 413-26.
- MORRELL, C. J., SLADE, P., WARNER, R., PALEY, G., DIXON, S., WALTERS, S. J., BRUGHA, T., BARKHAM, M., PARRY, G. J. & NICHOLL, J. 2009a. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ*, 338, s. a3045. doi: 10.1136/bmj.a3045.
- MORRELL, C. J., WARNER, R., SLADE, P., DIXON, S., WALTERS, S., PALEY, G. & BRUGHA, T. 2009b. Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomised trial and economic evaluation. The PoNDER trial. *Health Technol Assess*, 13(30), s. iii-iv, xi-xiii, 1-153. doi: 10.3310/hta13300.
- MÆLAND, J. G. 2010. *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NSD. 2012. *Personvernombudet for forskning*. <http://www.nsd.uib.no>: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Tilgjengelig: <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/> [13.05 2013].
- PAULGAARD, G. 1997. Feltarbeid i egen kultur - innenfra, utenfra eller begge deler? I: FOSSÅSKARET, E., FUGLESTAD, O. L. & AASE, T. H. (red.). *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitativ data*. Universitetsforlaget, s. 70-93.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2008. *Nursing research. Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins
- REEDTZ, C. 2012. *Edinburgh-metoden (EPDS og støttesamtaler): Ungsinn*. Tilgjengelig: [http://www.ungsinn.no/post\\_tiltak/edinburgh-metoden/](http://www.ungsinn.no/post_tiltak/edinburgh-metoden/) [08.01. 2015].
- REGIONSENTER FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE. 2011. *Depresjonsymptomer ved svangerskap og fødsel*. <http://www.r-bup.no>: Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Tilgjengelig: [http://www.r-bup.no/CMS/cmspublish.nsf/\\$all/B2BD13ED90FAB6C2C12577510031583F](http://www.r-bup.no/CMS/cmspublish.nsf/$all/B2BD13ED90FAB6C2C12577510031583F) [09.05 2013].
- RUYTER, K. 2003. Forskningsetikkens spede begynnelse og tilblivelse: beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn. I: RUYTER, K. (red.). *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Gyldendal Norsk Forlad.
- SKAU, G. M. 2011. *Gode fagfolk vokser*. Cappelen Damm AS.
- 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. *The British Journal of General Practice*, 60(580), s. e440-e448. doi: 10.3399/bjgp10X532611.
- SLINNING, K. & EBERHARD-GRAN, M. 2010. Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I: MOE, V., SLINNING, K. & HANSEN, M. B. (red.). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Akademisk, s. 323-359.
- SOSIAL-OG HELSEDIREKTORATET. 2004. *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr.450*. IS-1154.
- ST.MLD.NR.34. 2012-2013. *Folkehelsemeldingen. God helse- felles ansvar. Lastet ned 0302.2015*  
<http://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?docId=STM201220130034000DDDEPIS&ch=1&q=>: Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.



- STATISTISK SENTRALBYRÅ. 2008. *Invandrerers Helse 2006/2006*. Lastet ned 17.03.2015. [http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp\\_200835/rapp\\_200835.pdf](http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200835/rapp_200835.pdf): Statistisk Sentralbyrå.
- SYKEPLEIEN. 2013. Helsesøstre slår alarm. *Sykepleien* 2, s. 16-24.
- THAGAARD, T. 2009. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- THORNQUIST, E. 2010. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget.
- TVEITEN, S. 2009. Ulike tilnæringsmetoder i praksis- Veiledning. I: GLAVIN, K., HELSETH, S. & KVARME, L. G. (red.). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe, s. 173-191.
- WALSETH, L. T. 2009. Salutogenese. *Utposten*, 8, s. 25-28.
- WICHSTRØM, L. 2008. Barn og unges psykiske helse. I: KVELLO, Ø. (red.). *Oppvekst. Om barn og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal.

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

### **”Helsesøstres erfaringer og refleksjoner relatert til bruken av EPDS”**

#### **Bakgrunn og formål**

I forbindelse med min Masteroppgave i Helsefag ved Universitetet i Tromsø, er dette en forespørsel til deg som helsesøster om å delta i forskningsprosjektet mitt.

Jeg ønsker å høre om dine erfaringer med å anvende Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i møtet med barselkvinnen, og dine tanker og refleksjoner omkring dette.

Du er valgt ut til å kunne delta i prosjektet mitt, fordi du har minimum 1 års erfaring med bruk av metoden i din helsesøsterpraksis.

Formålet med prosjektet er å få innsikt i kompleksiteten ved å anvende EPDS i møtet med barselkvinnen.

#### **Hva innebærer deltakelse for deg?**

Jeg ønsker å intervju deg om din erfaring og dine tanker i forhold til bruken av EPDS.

Spørsmålene vil blant annet omhandle opplæring i EPDS, hvordan det brukes i praksis og refleksjoner omkring dette.

Intervjuet vil tas opp på bånd. Intervjuet vil foregå på din arbeidsplass, dersom ikke annet er ønskelig, og varigheten er ca. 1 time. Intervjuet vil finne sted en gang i løpet av september/oktober/november.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Jeg har på forhånd meldt prosjektet inn til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) og fått godkjenning til å gjennomføre det. Jeg forholder meg til deres regler om oppbevaring og makulering av datamateriale. All informasjon fra intervjuet vil bli behandlet konfidensielt. Det vil si at informasjon om deg ikke gjengis med navn. Et fiktivt navn vil knytte deg til dine opplysninger.

Det er kun jeg som har adgang til ditt navn og kan finne tilbake til deg. Informasjon som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet relatert til hensikten/formålet med

studien. Intervjuet vil bli skrevet ut på passord-beskyttet datamaskin. Samtykkeerklæring og eventuelle notater/ minnepenn, vil oppbevares i låst skap.

Intervjuet av deg og andre helsesøstre, skal analyseres sammen med litteratur og tidligere forskning. Dette danner grunnlaget for masteroppgaven, som planlegges ferdigstilt juni 2014. Etter å ha forsvart oppgaven, vil lydbånd og utskrevne intervju bli makulert. Når resultatene av studien publiseres, vil det ikke være mulig å identifisere deg.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta. Opplysninger du har gitt vil da umiddelbart bli slettet.

Ved spørsmål vedrørende studien, eller senere ønske om å trekke deg, kan du kontakte:  
Masterstudent: Janicke Ramsvik, mobil 91615307. Mail: [janickeramsvik@hotmail.com](mailto:janickeramsvik@hotmail.com) , eller min veileder: Torun Hamran, [torunn.hamran@uit.no](mailto:torunn.hamran@uit.no)

### **Rett til innsyn**

Dersom du sier ja til deltakelse i studien, har du rett til innsyn i hvilke opplysninger jeg registrerer på deg. Du vil også få mulighet til å lese det utskrevne intervjuet dersom du ønsker.

Jeg håper du finner studiet mitt interessant, og ønsker å delta.

På forhånd takker jeg deg for det, og ber deg sende meg det vedlagte Samtykkeskjemaet i den ferdig frankerte konvolutten.

**Det er ønskelig at du returnerer den til meg innen 7 dager fra du har mottatt den.**

Jeg vil ta kontakt med deg så snart jeg mottar ditt samtykke, for å avtale tid og sted for intervjuet.

**Samtykke til deltakelse i forskningsstudie om  
"Erfaringer og refleksjoner relatert til bruken av EPDS"**

Jeg (skriv navnet ditt).....

Har mottatt og lest gjennom informasjonsskriv og samtykker herved til å delta i studien .

Dette innebærer at jeg stiller til intervju med Mastergradsstudent Janicke Ramsvik om mine erfaringer og refleksjoner omkring bruken av EPDS.

Deltagelsen i studien er frivillig.

.....  
Sted og dato

.....  
Signatur

.....  
e-mail

.....  
Telefon jobb

.....  
Mobilnummer

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr. 985 321 884

Ellinor Beddari  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Vår dato: 23.08.2013

Vår ref:35147 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.08.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35147

*Helsessøstres erfaringer og refleksjoner relatert til bruken av Edinburgh  
Postnatal Depression Scale (EPDS) for å kartlegge nybakte mødres psykiske  
helse*

*Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student*

*Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder  
Ellinor Beddari  
Janicke Ramsvik*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

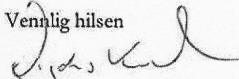
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

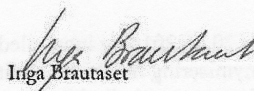
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Inga Brautaset

Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Janicke Ramsvik, Tomasjordnes 264 B, leil 305, 9024 TOMASJORD

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07, kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uib.no



## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35147

Data innhentes ved personlig intervju med helsesøstre fra ulike helsestasjoner i en kommune, som har erfaring med bruken av EPDS.

Vi minner om at helsesøstre av hensyn til taushetsplikten må utelate identifiserende opplysninger ved omtale enkeltpasienter. Vi anbefaler at intervjuer tar dette opp med informanten innledningsvis i intervjuet.

#### REKRUTTERING, INFORMASJON OG SAMTYKKE

Ved rekruttering er det lagt opp til at leder bes utlevere opplysninger om helsesøstres navn og EPDS-erfaring til studenten. Personvernombudet legger til grunn at leder har anledning til dette. Dersom flere opplysninger om helsesøstrene (som alder, yrkeserfaring mm.) er nødvendig for å foreta trekking av utvalg, vil vi heller anbefale at leder bes trekke utvalget og dele ut skriv til de som er aktuelle (fremfor å utlevere flere opplysninger til studenten uten samtykke).

Helsesøstre som vil delta samtykker skriftlig, basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandlingen av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet, forutsatt at navn og kontaktopplysninger til veileder tilføyes. Vi ber om at revidert skriv sendes [personvernombudet@nsd.uib.no](mailto:personvernombudet@nsd.uib.no).

#### DATABEHANDLER

Det benyttes en transkriberingsassistent som er databehandler i prosjektet. Iht. personopplysningsloven § 15 skal det inngås skriftlig avtale mellom behandlingsansvarlig og databehandler for den behandling som finner sted. Vedlagt meldeskjema var undertegnet databehandleravtale. Personvernombudet anbefaler at det i avtalen presiseres at Universitetet i Tromsø er behandlingsansvarlig, og at veileder (som daglig ansvarlig) underskriver avtalen i tillegg til studenten og transkriberingsassistenten.

#### DATASIKKERHET

Intervjudata registreres i form av elektroniske lydopptak og transkripsjoner. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Tromsø sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat bærbar pc og minnepenn til oppbevaring av personidentifiserende data. Dersom navneliste oppbevares på samme pc som intervjudata, bør filen med navnelisten beskyttes med eget passord.

#### PROSJEKSLUTT

Prosjektet skal avsluttes 20.06.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

I publikasjoner skal data presenteres slik at ingen kan gjenkjenne den enkelte informant.

## Vedlegg 4- Endringsbekreftelse på veileder fra NSD

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 95 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Torun Hamran  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Vår dato: 05.09.2013

Vår ref: 35147 IB/LR

Deres dato:

Deres ref:

### BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til prosjektet:

35147

*Helsesøstres erfaringer og refleksjoner relatert til bruken av Edinburgh  
Postnatal Depression Scale (EPDS) for å kartlegge nybakte mødres  
psykiske helse*

Personvernombudet mottok endringsmelding 27.08.13, og bekreftelser på overføring av prosjektansvar i eposter 27.08.13 og 05.09.13.

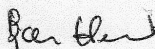
Vi har registrert at Torun Hamran har overtatt som daglig ansvarlig etter Ellinor Beddari.

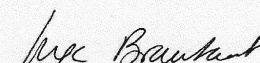
Vedlagt endringsmeldingen var informasjonsskriv til utvalget, oppdatert med navn og kontaktopplysninger til ny veileder. Personvernombudet finner skrevet tilfredsstillende.

Det legges til grunn at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med vår tilbakemelding på meldeskjema, jf. brev 23.08.13.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henriksen

  
Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35  
Kopi: Janicke Ramsvik, Tomasjordnes 264 B, leil 305, 9024 TOMASJORD

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no



[Skriv ut](#)

[Lukk](#)

## **Prosjektnr: 35147 Helsessøstres erfaringer og refleksjoner relatert til bruken av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for å kartlegge nybakte mødres psykiske helse**

Fra: **anne-mette.somby@nsd.uib.no**

Sendt: 12. august 2014 13:13:09

Til: **janickeramsvik@hotmail.com**

Kopi: **ellinor.beddari@uit.no**

### **BEKREFTELSE PÅ ENDRING**

Vi viser til statusmelding mottatt 21.07.2014.

Personvernombudet har nå registrert ny dato for prosjektslutt 30.06.2015.

Det legges til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Ved ny prosjektslutt vil vi rette en ny statushenvendelse.

Hvis det blir aktuelt med ytterligere forlengelse, gjør vi oppmerksom på at utvalget vanligvis må informeres ved forlengelse på mer enn ett år utover det de tidligere har blitt informert om.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,  
Anne-Mette Somby - Tlf: 55 58 24 10  
Epost: [anne-mette.somby@nsd.uib.no](mailto:anne-mette.somby@nsd.uib.no)

Personvernombudet for forskning,  
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Tlf. direkte: (+47) 55 58 81 80

-----

### **AFFIRMATION**

Referring to status report received 21.07.2014.

The Data Protection Official has registered that the project period has been extended until 30.06.2015.

We presuppose that the project otherwise remains unchanged.

You will receive a new status inquiry at the end of the project.

Please note that in case of further extensions, the data subjects should usually receive new



## **Intervjuguide**

### **Utgangsspørsmål:**

Kan du fortelle litt om hvor lenge du har jobbet som helsesøster, og hvor mye erfaring du har med EPDS ?

### **Tema 1: Erfaringer**

- Dine erfaring med å bruke EPDS i møtet med mor
- Fremgangsmåten
- Opplevelse av samsvarer i score <-> hvordan mor har det
- Tanker omkring/ hvordan håndtere ulike scorere
- Antall støttesamtaler/ erfaring av effekt
- Tidsaspektet
- Gjøres screeningen på alle / tanker om det

### **Tema 2: Hvordan påvirkes møtet**

- Skjema versus åpen samtale, hvordan påvirker det/utarter møtet mellom helsesøster-mor
- Fordeler/ulemper
- Opplevd at noen ikke vil fylle ut/ hvordan gripe det an
- Mødrenes opplevelse av å fylle ut skjemaet/ samtale om psykisk helse
- Hva utgjør bra/dårlig opplevelse for mor + helsesøster
- Betydning for videre kontakt

### **Tema 3: Opplæring**

- Opplevelse av opplæring/ påvirkning av helsesøsterrollen
- Konsekvenser for mor + Helsesøster/ med eller uten
- Tanker rundt at noen ikke fått opplæring/ anvender metoden

### **Emne 4: Refleksjoner rundt at det ikke er anbefalt som nasjonal screening**

- Tanker rundt at det ikke er anbefalt som nasjonal screening
- Refleksjoner rundt at det brukes i kommunen



Department of Health  
Government of Western Australia



**THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE  
(TRANSLATION – NORWEGIAN)**

Full name: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Hvordan føler du deg?**

Siden du nettopp har født barn, ville vi gjerne vite hvordan du føler deg for tiden. Sett en strek under svaret som best beskriver hvordan du har følt deg i de siste 7 dagene og ikke bare hvordan du har hatt det i dag. Følgende er et eksempel som allerede er fullført:

Jeg har følt meg lykkelig:

- Ja, for det meste
- Ja, av og til
- Nei, ikke særlig
- Nei, ikke i det hele tatt

Dette tolkes som: "Jeg har følt meg lykkelig av og til i den siste uken." Vennligst fullfør svarene på de andre spørsmålene på same måte.

1. Har du siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?
  - Like mye som vanlig
  - Ikke riktig så mye som jeg pleier
  - Klart mindre enn jeg pleier
  - Ikke i det hele tatt
2. Har du siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?
  - Like mye som vanlig
  - Noe mindre enn jeg pleier
  - Klart mindre enn jeg pleier
  - Nesten ikke i det hele tatt
3. Har du siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?
  - Ja, nesten hele tiden
  - Ja, av og til
  - Ikke særlig ofte
  - Nei, aldri
4. Har du siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?
  - Nei, slett ikke
  - Nesten aldri
  - Ja, iblant
  - Ja, veldig ofte

Vedlegg 7 s.2- EPDS skjema

5. Har du siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?  
Ja, svært ofte  
Ja, noen ganger  
Sjelden  
Nei, aldri
6. Har du siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg?  
Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt  
Ja, iblant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier  
Nei, for det meste har jeg klart meg bra  
Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig
7. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove?  
Ja, for det meste  
Ja, iblant  
Ikke særlig ofte  
Nei, ikke i det hele tatt
8. Har du siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?  
Ja, det meste av tiden  
Ja, ganske ofte  
Ikke særlig ofte  
Nei, ikke i det hele tatt
9. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått?  
Ja, nesten hele tiden  
Ja, veldig ofte  
Ja, det har skjedd iblant  
Nei, aldri
10. Har tanken på å skade deg selv streifet deg, de siste 7 dagene?  
Ja, nokså ofte  
Ja, av og til  
Ja, så vidt  
Aldri

**DATABEHANDLERAVTALE**

I henhold til personopplysningslovens §13, jf. §15 og personopplysningsforskriftens kapittel 2

Mellom

**Janicke Ramsvik**

Masterstudent

Og

**Monica Ramsvik**

Databehandler

Og

**Torunn Hamran**

Veileder/ Daglig ansvarlig ved  
Universitetet i Tromsø, som Behandlingsansvarlig

## Vedlegg 8 s.2- Databehandler-avtale

### **Formålet**

I forbindelse med min Masteroppgave i Helsefag, retning Helsesøster, ved Universitetet i Tromsø, skal databehandler Monica Ramsvik transkribere 3 intervjuer for meg. Universitetet i Tromsø er behandlingsansvarlig, og veileder på oppgaven er Professor Torun Hamran, som er daglig ansvarlig.

Intervjuene vil inneholde personopplysninger om hvor lenge informantene har vært i arbeid som helsesøster, og deres erfaringer med og refleksjoner rundt å bruke EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) i kartlegging av nybakte mødres psykiske helse. Navn, alder og arbeidssted vil ikke komme frem i intervjuene.

Transkripsjonene foregår på databehandlers private passord-beskyttede datamaskin. Lydbånd og minnepenn oppbevares i låst skap inntil databehandler tilbakefører alt til behandlingsansvarlig. Dette skal skje fortløpende etter hver transkribering.

### **Databehandlers plikter**

Databehandler har taushetsplikt i forhold til personopplysninger og informasjon som hun har tilgang på gjennom transkribering av intervjuene.

### **Avtalens varighet**

Avtalen gjelder i tidsrommet september – desember 2013.

Avtalen kan sies opp av begge parter. Ved opphør av avtalen plikter databehandler å tilbakelevere alle personopplysninger, intervjuer og transkripsjoner, og etterpå slette all data, dokumenter og sikkerhetskopier som inneholder opplysninger som omfattes av avtalen.

Etter avtalens utløp, skal alle personopplysninger, dokumenter og sikkerhetskopier slettes fra databehandlers private datamaskin.



## Vedlegg 8 s.3- Databehandler-avtale

Databehandler skal skriftlig dokumentere at sletting er foretatt i henhold til avtalen, innen 2 uker etter siste transkripsjon er gjennomført.

Denne avtalen er i 3 – tre eksemplarer, hvorav alle partene har hvert sitt.

.....Tromsø 29.08.13.....

Sted og dato

Masterstudent

Janicke Ramvik

Databehandler

Monica Samuelsen

Veileder

Torunn Hampe

## Vedlegg 9- Mailkorrespondanse med r-bup

Er det noen steder det står at 180 kommuner har implementert metoden, slik at jeg kan kildehenvisе til det?

Hilsen Janicke R.

---

From: [eso@r-bup.no](mailto:eso@r-bup.no)  
To: [janickeramsvik@hotmail.com](mailto:janickeramsvik@hotmail.com)  
Subject: SV: Edinburgh-metoden  
Date: Thu, 15 Jan 2015 19:05:44 +0000

Spennende, håper du kan gi beskjed når den er ferdig, den har jeg lyst til å lese. Lykke til!

Det er ca 180 kommuner som har fått opplæring gjennom oss, noen få kommuner har fått opplæring gjennom BUP, noen kommuner har nok tatt i bruk uten opplæring (det har vi ingen oversikt over). Edinburgh-metoden er en del av Tidlig Inn-opplæringen i tillegg, men i forkortet versjon, det har du sikkert funnet ut på nett.

Hvor mange kommuner som bruker metoden nå, er vi usikre på. Noe lavere enn antallet som har fått opplæring må vi regne med. Du er sikkert kjent med vedtaket i Prioriteringsrådet? Etter det er det muligens noen som har sluttet, uten at vi får noen beskjed om det.

Her finner du oversettelsene, jeg vil videre henvise til boka til John Cox (2014), en manual i bruk av EPDS, som gir en god oversikt over utbredelse, bruk og ny forskning på metoden.

<http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Edinburgh%20Depression%20Scale%20Translated%20Gov%20Western%20Australia%20De>

---

**Fra:** Janicke Ramsvik [<mailto:janickeramsvik@hotmail.com>]  
**Sendt:** 15. januar 2015 19:59  
**Til:** Ellen Solstad Olavesen  
**Emne:** RE: Edinburgh-metoden

Hei,  
og tusen takk for at du tar kontakt !  
Jeg holder på å skrive en masteroppgave om helsesøstres opplevelser med å bruke Edinburgh-metoden, og jeg klarer ikke helt å finne ut hvor mange kommuner som har implementert metoden. Har søkt på litt av hvert, men får ulike antall.

Vet du hvor mange kommuner som bruker EPDS? og hvor mange språk den er oversatt til?  
(hvor jeg kan finne den dokumentasjonen).

På forhånd takk så mye!