



# Høgskulen på Vestlandet

## JOR508, Masteroppgave

JOR508

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	27-04-2018 09:00	<b>Termin:</b>	2018 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	04-05-2018 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave	<b>Studiepoeng:</b>	30
<b>SIS-kode:</b>	203 JOR508 1 O 2018 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 523

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 6984

**Tro- og loverklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 5

**Andre medlemmer i gruppen:** 502

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

Identifikasjon av symptomer på depresjon i  
svangerskapet

Identifying symptoms of depression in pregnancy

523 og 502

Master i jordmorfag

JOR508 Masteroppgave

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

04.05.2018

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## ***Forord***

*Denne masteroppgaven ble gjennomført ved jordmorutdanningen på HVL, Høgskulen på Vestlandet, i perioden august 2017 til mai 2018.*

*Vi vil starte med å takke vår dyktige veileder for all hjelp i forbindelse med oppgaven. Takk for samarbeid med faglig input, gode diskusjoner og konstruktive tilbakemeldinger. Uten ditt bidrag hadde ikke oppgaven fremstått slik som den gjør nå.*

*Takk også til de 45 jordmødrene som i en travel arbeidsdag tok seg tid til å delta og svare på spørreskjemaet.*

*En spesiell takk går og til familie og venner for tålmodighet og tro på oss. Det hadde ikke gått uten deres gode hjelp og støtte. Takk til våre nydelige barn for gode klemmer og smil i en travel og til tider altoppslukende skriveprosess.*

*Nå som denne masteroppgaven er over, ser vi frem til nye utfordringer og gleder til et spennende og utfordrende jordmoryrke.*

Bergen 02.05.18

## Sammendrag

Depresjon i svangerskapet er en diagnose som kan gi alvorlige konsekvenser, både for mor og barn. Forskning viser at depresjon i svangerskapet kan ramme fosterutviklingen, samt gi senskader for barnet i tiden etter fødsel og kan hindre mors tilknytning til barnet sitt. Nedstemthet og depresjon i svangerskapet er tema som ikke har fått like mye oppmerksomhet som depresjon etter fødselen. Per dags dato finnes det ingen klare retningslinjer på hvordan symptomer på depresjon i svangerskapet skal fanges opp av jordmødre i Norge. Det er delte meninger om hvorvidt screening av depresjon i svangerskapet er nødvendig.

Hensikten med denne studien var å få en oversikt over hvordan norske jordmødre identifiserer depresjon i svangerskapet.

Studien ble utført gjennom en tverrsnittstudie. Data ble innsamlet gjennom en nettbasert spørreundersøkelse. Utvalget var jordmødre fra to helseregioner; Hordaland og Sør-Trøndelag, ansatt i kommunehelsetjenesten. 99 jordmødre ble invitert til å delta i studien, hvorav 45 jordmødre besvarte spørreskjemaet. Spørsmålene handlet om spesifikke metoder brukt til å identifisere symptomer på depresjon og om oppfølging videre der depresjon blir mistenkt. Det ble spurt om retningslinjer på arbeidsplassen, samt bruk av kartleggingsverktøy. Vi undersøkte også om jordmødre opplever dagens metode som tilstrekkelig.

Jordmødrene som deltok bruker enten intuisjon eller kartleggingsverktøy ved identifisering av symptomer på depresjon. Alle jordmødrene angir at de i stor grad tilbyr hyppigere kontroller hvis de mistenker depresjon hos den gravide. Resultatene viser at halvparten av jordmødrene har retningslinjer på arbeidsplassen og at disse inneholder bruk av kartleggingsverktøy, herav EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Få jordmødre synes metoden de bruker under svangerskapskontrollene er helt tilstrekkelig, samtidig som temaet anses som viktig for alle berørte jordmødre.

På grunn av lav deltakeropplutning til denne studien kan man ikke sette noen endelig konklusjon. Likevel forstår man at det er viktig å sette søkelyset på temaet depresjon i svangerskapet. Videre forskning er nødvendig for å gjøre gjeldende retningslinjer og anbefalinger tydelige, så gravide får et likt tilbud og en trygg oppfølging.

**Nøkkelord:** Depresjon i svangerskap, svangerskapsomsorgen, jordmor, kartleggingsverktøy, EPDS

## Abstract

Depression in pregnancy is a diagnosis that can cause serious consequences for both mother and child. Research shows that depression in pregnancy can affect fetal development, as well as causing an impact on early child development and can inhibit the mother and child attachment. Bleakness and depression in pregnancy are topics that have not received as much attention as depression after birth. As of today, there are no clear guidelines on how symptoms of depression in pregnancy should be identified by midwives in Norway. There are various opinions about whether screening of depression in pregnancy is necessary.

The purpose of this study was to get an overview of how Norwegian midwives identify depression in pregnancy.

The study was conducted through a cross-sectional study. Data was collected through an online survey. The sample was midwives from two health regions; Hordaland and Sør-Trøndelag, employed by the municipal health service. 99 midwives were invited to participate in the study, 45 midwives completed the questionnaire. The questions consisted of specific methods used to identify symptoms of depression and follow-up where depression is suspected. We asked about workplace guidelines, as well as the use of screening tools. We also investigated whether midwives experience the current method as sufficient.

The midwives who participated use either intuition or screening tools to identify symptoms of depression. All midwives indicate that they often offer more frequent pregnancy checkups if they suspect depression in the pregnant woman. The results show that approximately half of the midwives asked have guidelines in the workplace and that they contain the use of screening tools, in this case EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Few midwives think the method they use during pregnancy checkup is adequate enough, while the topic is considered important to all affected midwives.

Due to the low participation rate for this study, no final conclusion can be drawn. Still, it is obvious that it is important to focus on the topic of depression in pregnancy. Further research is needed to make current guidelines and recommendations clear, so that woman can be offered an equal and safe follow-up during their pregnancy.

**Keywords:** Depression in pregnancy, obstetric care, midwife, screening tool, EPDS

# Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning og bakgrunn .....	1
1.1 Depresjon i svangerskapet .....	1
1.2 Retningslinjer .....	2
1.3 Kartleggingsverktøy .....	3
1.4 Dagens praksis .....	3
1.5 Hensikt og formål .....	4
2.0 Teoretisk rammeverk .....	5
2.1 Salutogenese .....	5
2.2 Salutogenese i møte med den gravide .....	6
3.0 Metode .....	7
3.1 Studiedesign .....	7
3.2 Utvalg .....	7
3.3 Datainnsamling .....	8
3.3.1 Spørreskjema .....	8
3.3.2 Informasjonsskriv .....	9
3.4 Databehandling og statistisk analyse .....	10
3.5 Personvern og yrkesetikk .....	10
4.0 RESULTAT .....	11
4.1 Beskrivelse av utvalget .....	11
4.2 Resultat slik det forekommer fra spørreskjemaet .....	11
4.3 Korrelasjonsanalyse .....	14
5.0 Diskusjon .....	16
5.1 Drøfting av metoden .....	16
5.1.1 Design .....	16
5.1.2 Utvalget .....	16

5.1.3 Spørreskjema.....	17
5.1.4 Svarprosent .....	18
5.2 Drøfting av resultatene.....	18
5.2.1 Drøfting av resultatene opp mot Salutogenese.....	18
5.2.2 Identifikasjon av symptomer på depresjon .....	19
5.2.3 Hvordan jordmødre følger opp kvinnene videre .....	21
5.2.5 Dagens praksis .....	21
6.0 Avslutning.....	22
7.0 Referanseliste.....	23

Artikkel – Hvordan norske jordmødre identifiserer symptom på depresjon i svangerskapet. (Det er planlagt å sende artikkelen til Sykepleien forskning)

Vedlegg 1– Forfatterveiledning fra Sykepleien Forskning

Vedlegg 2- EPDS skjema

Vedlegg 3- Informasjonsskriv til jordmødre

Vedlegg 4- Spørreundersøkelsen

Vedlegg 5 – Godkjenning fra NSD

## 1.0 Innledning og bakgrunn

### 1.1 Depresjon i svangerskapet

Svangerskap, fødsel og barseltiden er en fase i livet preget av forventninger og glede, men kan også inneholde psykiske belastninger så vel som fysiske. Det kan være vanskelig å skille mellom hva som er en naturlig reaksjon på svangerskapet i en slik overgangsfase og hva som er sykkelig (1). Folkehelseinstituttet viser at minst 395000 mennesker i Norge årlig sliter med angst og depresjon (2). Forskning viser at 10-15% av gravide og kvinner som har født sliter med depresjon. Til sammen utgjør dette anslagsvis 6000 til 9000 barselkvinner per år (3). Forskning antyder at ca 1 av 3 kvinner med postpartumdepresjon har hatt depresjon allerede i svangerskapet (4). Det er imidlertid mye diskusjon omkring tema da det ikke finnes endelige tall på dette (5). Selv om nedstemthet og depresjon er minst like vanlig i slutten av svangerskapet som etter fødselen, har ikke depresjon i svangerskapet fått samme oppmerksomhet som depresjon i barselperioden (2).

Utfordringen med å stille diagnosen depresjon hos gravide, er at en normal graviditet og depresjon kan gi flere lignende symptomer; som appetittforandringer, søvnevansker, konsentrasjonsvansker og nedsatt energi (6).

Forskning viser at depresjon i svangerskapet kan ha flere alvorlige følger. En metaanalyse (7) viser at alvorlig depresjon i svangerskapet samt symptomer på depresjon kan assosieres med prematur fødsel, intrauterin veksthemming (IUGR) og lav fødselsvekt. Denne metaanalysen fant at det å ha alvorlig depresjon eller kliniske signifikante depressive symptomer økte relativ risiko for prematur fødsel med 39%, risikoen for lav fødselsvekt med 49% og risikoen for IUGR med 45%. En studie (8) fant at relativ risiko for å føde prematurt var 1,2 ganger høyere hos kvinner med psykisk sykdom enn hos kvinner uten en psykiatrisk diagnose. Her var alvorlig depresjon en av de 3 diagnosene som gav høyest risiko. Videre har forskning vist at depresjon hos mor kan ha effekt på barnets kognitive og atferdsmessige utvikling de første barneårene. Langvarige psykiske helseproblemer hos mor kan for eksempel hindre sosial, emosjonell og psykomotorisk utvikling hos barnet (9); (10); (11); (12). Dette kan ha sammenheng med at deprimerte kvinner har lite overskudd etter fødsel til den følelsesmessige kommunikasjonen med spedbarnet, noe som er viktig for barnet sosioemosjonelle utvikling og etablering av trygg tilknytning (13); (14). Ubehandlet kan depresjon i svangerskapet



forverres etter fødselen og føre til likegyldighet overfor barnet, både når det kommer til stell og mat og til å tolke barnets signaler. Ved alvorlig depresjon kan kvinnen ha vonde tanker om seg selv og barnet og tanker om selvskadning (2). Mange deprimerte kvinner opplever sterk skyldfølelse og skam over ikke å ha de forventede morsfølelsene som ventet overfor barnet sitt (14).

## 1.2 Retningslinjer

Svangerskaps- og barselomsorgen i Norge skal fremme helse og forebygge sykdom hos den gravide og hos barnet. Dette gjelder både fysisk og psykisk sykdom. I Helsedirektoratets retningslinjer for svangerskapsomsorgen anbefales det at jordmødre og leger fanger opp kvinner med depressive sykdommer tidlig i svangerskapet, og i tillegg kartlegger kvinner i risiko for å utvikle psykisk sykdom (9); (15). I kommunehelsetjenesten står det at kommunen skal forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne (16§1.1) Den inneholder imidlertid ikke et eget punkt som omhandler mental helse hos gravide.

I nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (2005) står det som tidligere skrevet fra Norges offentlige utredninger (NOU) fra 1984:

*Formålet med svangerskapskontrollen er å sikre at svangerskap og fødsel forløper på en naturlig måte, slik at morens somatiske og psykiske helse, og hennes sosiale velvære, blir best mulig, sikre fosterets helse, slik at det kan fødes levedyktig og uten sykdom eller skade som kunne vært forhindret, oppdage og behandle sykdom og andre helsetruende forhold hos moren, slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet (9) (17)*

Både nasjonale (9) og internasjonale retningslinjer (18); (19) presiserer hvor viktig det er å kartlegge symptomer på depresjon i svangerskapet, og det er kommet en rekke anbefalinger om å bruke kartleggingsverktøy for å gjøre dette arbeidet lettere. Dette er foreløpig kun anbefalt, og det er ikke innført retningslinjer som krever at kvinnene screenes for depresjon i svangerskapet (9). Med screening menes det en undersøkelse av en gruppe mennesker med en standardisert undersøkelsesmetode for å påvise sykdom eller risiko for sykdom. Målet er ikke å gi et endelig diagnostisk resultat, men oppdage de personene som behøver nærmere undersøkelser (20). Når det gjelder screening for depresjon mangler det forskning på dette, og

ingen gode studier som viser om screening av gravide for depresjon i det hele tatt har effekt (21).

### 1.3 Kartleggingsverktøy

Hvordan en kan skille mellom det normale og det sykelige hos en gravid er bakgrunnen for at en britisk psykiater konstruerte et eget screeninginstrument, spesielt utarbeidet for å fange opp kvinner med depresjon i barselperioden (22, 23). Dette resulterte i Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Spørreskjemaet består av 10 spørsmål hvor hvert spørsmål beskriver et symptom på depresjon. Respondenten må angi hvilket av fire utsagn som har passet best de siste syv dagene. Svarene på hvert ledd skåres på en skala fra 0 til 3, og skåren øker i henhold med økende symptombelastning (vedlegg 2). EPDS er oversatt og testet ut for norske forhold blant nybakte mødre og har i ettertid også blitt validert for bruk under svangerskapet (6). EPDS er også validert i Sverige til å være et godkjent verktøy i bruk i svangerskapet (24). Retningslinjene for svangerskapsomsorgen presiserer for øvrig behovet for mer forskningsbasert kunnskap om behandling og forebygging av depresjon blant gravide (9). Det skrives at «for å kunne ta i bruk Edinburgh-skalaen kreves det at retningslinjer, tilpasset norske forhold, utarbeides for oppfølging og bruk av instrumentet.» (9).

Det finnes flere depresjonsskalaer som blir brukt i helsetjenesten. Montgomery and Åsberg depression rating scale (MADRS) og Beck depression inventory (BDI) er eksempler på dette. Det er imidlertid kun EPDS som er spesielt tilrettelagt for avdekking av depresjon og psykisk sykdom i svangerskapet og barseltiden (9). Det som skiller EPDS-skalaen fra andre depresjonsskalaer er at den ikke kartlegger og vektlegger kroppslige symptomer som tretthet, lite energi eller forandringer i søvn, appetitt og seksuell lyst. Dette er symptomer som like gjerne kan være konsekvenser av svangerskap, fødsel og omsorg for spedbarnet (11).

### 1.4 Dagens praksis

I nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten fra 2009 (25) står det om depresjon i svangerskap og etter fødsel. Rutiner for identifikasjon av depresjon blant kvinner i denne gruppen bør være tilstede, og faglig kompetanse og ressurser til å følge opp familiene som fanges opp. Denne retningslinjen ble også nevnt fra Helsedirektoratet, da de i 2015 tok opp til høring en

vurdering av bruk av EPDS i kombinasjon med klinisk samtale som del av psykisk helsehjelp til gravide og småbarnsfamilier (26).

Helsedirektoratet har i samarbeid med Barne- ungdoms- og familie -direktoratet utarbeidet et helhetlig opplæringstilbud i tidlig intervensjons verktøy og - metoder. Dette har de gjort for å gjøre jordmødre, helsesøstre og leger tryggere i arbeidet med å avdekke et begynnende problem innen psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner blant gravide og småbarnsforeldre, for å kunne tilby adekvat hjelp. Opplæringsprogrammet ble først prøvd på 26 modellkommuner, og ble deretter utvidet til i alt 117 kommuner fra 2007 til 2014. I 2016 ble det gjort en evaluering av “Tidlig inn” - programmet. Evalueringen viste at flertallet av kommunene som hadde deltatt hadde innført nye rutiner for systematiske samtaler om nedstemthet og uro, alkoholbruk og vold. Som følge av “Tidlig inn” hadde flest kommuner innført systematisk bruk av EPDS (27).

### 1.5 Hensikt og formål

På grunn av lite forskning på området samt utydelige nasjonale retningslinjer om ivaretagelse av kvinners mentale helse gjennom svangerskapet og ikke bare i tiden etterpå, er det viktig å få mer kunnskap på området. Formålet med denne studien er å få en oversikt over hvordan dagens praksis er hos jordmødre i svangerskapsomsorgen. Studien vil først og fremst belyse hvordan jordmødre arbeider i svangerskapsomsorgen og hvordan de under sine svangerskapskonsultasjoner identifiserer symptom på depresjon. Med en slik kartlegging vil man også kunne vurdere om praksis er i tråd med de anbefalinger og konklusjoner gitt gjennom retningslinjer og forskning.

Vi ønsker å sette fokus på svangerskapsrelatert depresjon for å fremme god oppfølging av både mor og barn, før fødsel og i barseltiden. En oppfølging som er i tråd med anbefalinger gitt nasjonalt og internasjonalt. Vi ønsker at jordmødre får et kunnskapsløft innen psykisk helse, og at pasientrettighetslovens formål om å sikre befolkningen lik tilgang til tjenester av god kvalitet skal kunne være innfridd (28, §1.1).

Dette leder oss til problemstillingen: *Hvordan identifiserer jordmødre i to ulike helseregioner symptomer på depresjon hos gravide i svangerskapsomsorgen?*

Med denne problemstillingen følger flere spørsmål; Finnes det egne retningslinjer på arbeidsplassen som omhandler identifisering av depresjon hos gravide? Er jordmødrene fornøyd med dagens praksis og hvilke oppfølgings-alternativ benytter de seg av om de oppdager symptomer på depresjon hos den gravide?

## 2.0 Teoretisk rammeverk

I jordmorfaget spiller teori en viktig rolle. Teorien kan hjelpe oss i måten en ser på egen profesjon, hvordan en ser på helse og hvordan en ser på patologi. Bruk av teori kan hjelpe å utvide egen tankegang og holdninger i møte med andre og en selv. Siden teorien om salutogenese er en teori om helsefremming, finner vi denne relevant og ønsker å knytte den inn i vår masterstudie.

### 2.1 Salutogenese

Salutogenese er en teori utviklet av den medisinske sosiologen Aron Antonovsky mot slutten av 1970-tallet. Ideen begynte med et enkelt spørsmål: Hva er det som gir god helse? (29). Salutogenese ble utviklet som en motvekt til patogenese (utviklingen av sykdom)(30). Grunnprinsippet bak salutogenese er ideen om opplevelse av sammenheng (OAS). Opplevelse av sammenheng defineres som en grunnleggende holdning som uttrykker i hvilken grad en har tillit til at verden og livet kan betraktes som forståelig, håndterbart og meningsfullt (31). Helse er ikke bare et mål i det salutogene helseperspektiv, men et middel til et godt liv (32). Å ha en sterk OAS kan bidra til indre trygghet og tillit til egne indre og ytre ressurser (29). Antonovsky påsto at en person som kan se verden som håndterbar og meningsfull, var mer trolig til å se sitt liv helhetlig og å kunne takle bivirkninger positivt, uansett hvilke utfordringer som måtte komme (31). Salutogenese fokuserer mer på personens historie enn diagnosen (33).

Å ha et salutogent perspektiv som helsepersonell kan gi implikasjoner for hvordan en forstår bestemte hendelser som kan sees som patologiske. En salutogen utvikling er å ha fokus på hvilke muligheter den enkelte har til å realisere positiv helse, og at tjenesteytere som

helsepersonell ser viktigheten i at dette skjer (32). Teorien om salutogenese er brukt mye i jordmorfaglig forskning og setter et fokus på det friske mennesket. De fleste kvinner man møter som jordmor er friske i utgangspunktet, og det vil være viktig for jordmor å fremme dette; det normale, og fremme helse.

## 2.2 Salutogenese i møte med den gravide

Psykisk helse er ofte nevnt i sammenheng med salutogenese, og dette gjør teorien relevant for vår studie. En sterk OAS er forbundet med god helse og spesielt god psykisk helse. En sterk OAS kan beskytte mot angst, depresjon, utbrenthet og håpløshet. Det kan også gi en sterk og positiv sammenheng med helseressurser som optimisme, robusthet, kontroll og mestring (34).

I møte med kvinner med symptomer på depresjon som følge av svangerskap og fødsel vil en salutogen tilnærming være høyst aktuell. Et mål for jordmor som møter gravide kvinner som har depresjon, eller som står i fare for å utvikle depresjon er å gi kvinnen en opplevelse av mestring. En forutsetning for utviklingen av en sterk OAS er tilstedeværelse av generelle motstandsressurser. En generell motstandsressurs kan f.eks defineres som et individ, eller en gruppe som bidrar til å forebygge/bekjempe et bredt spekter av stressorer (29). En utviklende depresjon kan være et eksempel på en slik stressor. En generell motstandsressurs kan være jordmor som bidrar til å forebygge en utviklende depresjon gjennom sine svangerskapskonsultasjoner ved å avdekke symptomer på depresjon og gi kvinnen muligheter til å få hjelp videre. Ved å kartlegge hvordan jordmor arbeider i sine svangerskapskonsultasjoner når det gjelder psykisk helse og identifisering av symptomer på depresjon, kan det gi en pekepinn om hun har en salutogen tilnærming. Hensikten med vår studie er å få innblikk i jordmors arbeidsmetoder, og vi ønsker samtidig å kunne se om jordmor evner å “se kvinnen” og hennes behov, samt vite hvordan hun kan følge henne best opp videre. Jobber jordmor salutogent vil det kunne bidra til å komme i forkant av utvikling av en depresjon.

## 3.0 Metode

### 3.1 Studiedesign

Formålet med denne studien var å få en oversikt over hvordan dagens praksis er hos jordmødre i svangerskapsomsorgen. Problemstillingen var som følger: *Hvordan identifiserer jordmødre i to ulike helseregioner symptomer på depresjon hos gravide i svangerskapsomsorgen?* Ønsket om å samle tallfestet informasjon fra et større utvalg, i kombinasjon med formålet og problemstillingen vår, førte oss til et kvantitativt forskningsdesign. Tverrsnittstudie ble valgt fordi det er en egnet metode for å gjøre en undersøkelse hos en utvalgt populasjon på et gitt tidspunkt (35). Vi valgte å utføre tverrsnittstudien gjennom en survey, en ikke-eksperimentell forskning, som får fram informasjon om folks aktivitet, tro, preferanser og holdninger via direkte spørsmål (36).

### 3.2 Utvalg

Utvalget i denne studien var jordmødre som jobbet i svangerskapsomsorgen. For å få ønsket størrelse på utvalget, samt variasjon i svarene ble to ulike helseregioner tilfeldig valgt ut; Hordaland og Sør-Trøndelag. Dette ville også gi oss spesifikk informasjon om to ulike helseregioner i Norge. Alle jordmødrene som var ansatt i svangerskapsomsorgen ble inkludert i vår studie, fra begge fylkene. Stillingsstørrelsen til jordmødrene ville ikke ha betydning så lenge de utførte svangerskapskonsultasjoner. 8 av kommunene vi hadde med i vår undersøkelse hadde vært involvert i prosjektet "Tidlig inn".

I Hordaland er det 30 kommuner med tilsammen 50 helsestasjoner. I Sør-Trøndelag er det 25 kommuner med tilsammen 47 helsestasjoner. Ut i fra dette falt vårt utvalg på til sammen 99 jordmødre.

Vi rekrutterte jordmødrene ved å samle inn mailadressene til alle jordmødrene ansatt i de representative kommunene. Dette gjorde vi ved å sende mail til hver enkelt kommune i de to fylkene vi ville undersøke, med forespørsel om de kommunale mailadressene til jordmødrene som jobbet eller hadde tilknytning til helsestasjonene. Helsestasjonene som ikke svarte på første mail, fikk en ny mail/eller ble kontaktet direkte per telefon.

### 3.3 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble utarbeidet og utført ved hjelp av en nettbasert programvare som jordmødre kunne fylle ut på nett. Etter at prosjektet var godkjent for gjennomførelse av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) refnr. 55671 (vedlegg 5), fikk jordmødrene tilsendt en mail med informasjonsskriv (vedlegg 3), samt en link til spørreundersøkelsen (vedlegg 4). Ved å trykke på linken samtykket de til å være med i vår studie.

Jordmødrene inkludert i vår studie hadde ulik stillingsgrad i kommunene. Vi visste at enkelte kombinerte sitt jordmoryrke på fødeavdeling og i svangerskapsomsorgen, og dermed jobbet endel turnus. Dette var noe vi ante kunne by på utfordringer i forbindelse med datainnsamling, og hvor raskt det ble svart på vår undersøkelse. Vi satte av denne grunn datainnsamlings-tiden til to måneder. To uker etter at undersøkelsen ble sendt ut første gang, ble første purring sendt ut til de som ikke hadde svart. Av hensyn til anonymiteten til de som svarte, var ikke spørreskjemaene utstyrt med identifikasjonsnummer, og vi hadde ikke mulighet til å se hvem som hadde svart og ikke svart. Programvaren Questback sendte automatisk purring til jordmødre som ikke hadde respondert.

#### 3.3.1 Spørreskjema

Spørreskjemaet vi brukte til datainnsamlingen utarbeidet vi spesifikt for dette masterprosjektet (vedlegg 4). Det fantes ikke validerte spørreskjema som kunne besvare våre forskningsspørsmål.

Spørreskjemaet var delt inn i to deler. Første del kartla demografiske variabler som hvilket fylke jordmoren var ansatt i, alder, år siden fullført utdanning og hvor lenge hun hadde jobbet i svangerskapsomsorgen. Den andre delen gikk på hvordan jordmor identifiserte symptomer på depresjon, hva hun gjorde under sine svangerskapskonsultasjoner, litt om retningslinjer på arbeidsplassen og hvordan jordmor opplevde bruken av sin metode.

Vi startet med å utarbeide spørreskjemaet vårt gjennom den amerikanske nettbaserte programvaren SurveyMonkey. Men etter beskjed fra HVL om at de ikke hadde noe stående avtale med SurveyMonkey, og ikke kunne gå god for sikkerheten ved vår spørreundersøkelse gjennom dem, gikk vi over til et norsk nettbasert verktøy; Questback. Questback er i likhet

med SurveyMonkey en programvare med tjenester for innsamling, analyse og oppfølging av elektroniske spørreskjemaer og e-post-dialog. Vi laget et selvadministrerende nettbasert spørreskjema hvor respondentene selv skulle lese og fylle ut sine svar på det gitte spørsmål. Spørreskjemaet bestod av lukkede spørsmål, med flere konkrete svaralternativer. På enkelte spørsmål var ikke dette tilstrekkelig, og det var mulig å komme med kommentarer og tilleggsinformasjon i form av fritekst. Vi benyttet oss av både svaralternativ med mulighet for bare å svare et alternativ og med mulighet for å svare på flere. Vi hadde nedtrekksmeny som svaralternativ, og en matrise der jordmødrene skulle svare med å rangere hvordan de kjente seg igjen i påstandene på en likertsskala med fem alternativ.

Da vi hadde ferdigstilt spørreskjemaet i denne programvaren, pilottestet vi det på 6 jordmorstudenter. Vi gjorde dette med formål om å få konstruktiv tilbakemelding på oppsett, spørsmålsformulering, svaralternativ og forståelse av hele undersøkelsen. I testen vi sendte ut var det mulig å skrive inn kommentarer på hvert enkelt spørsmål. Justeringer i spørreskjemaet ble gjort etter gode tilbakemeldinger fra denne gruppen. Andre utkastet av spørreskjemaet ble igjen sendt ut og gått igjennom av samme gruppe studenter. Vi valgte også å få undersøkelsen vår pilottestet av personer i nær omgangskrets. Dette gjorde vi i håp om å få litt nye øyne på spørreskjemaet og forståelsen av den. Etter nyttige tilbakemeldinger og oppgradering av skjemaet anså vi det som klart for å sendes ut.

### 3.3.2 Informasjonsskriv

Det var viktig å gi utvalget som skulle besvare vår survey nok informasjon om hva vår masteroppgave omhandlet, og også hvorfor vi anså dette som et viktig tema å belyse.

Jordmødrene inkludert i vår studie ble gitt generell informasjon om studien i et informasjonsskriv som vi sendte ut på mail sammen med en link til undersøkelsen (vedlegg 3). Informasjonsskrivet følger veiledningsmalen til NSD (Norsk senter for forskningsdata) (vedlegg 5).



### 3.4 Databehandling og statistisk analyse

Vi gjennomførte enkel deskriptiv analyse av dataene. For å forenkle fremstillingen av dataene og gjøre tabellene oversiktlig ble det utført sammenslåing av grupper (dikotomisering). Vi slo sammen verdiene «I svært stor grad / I stor grad» og «I liten grad / I svært liten grad» til henholdsvis «I stor grad» og «I liten grad». Vi benyttet IBM SPSS, til de statistiske analysene, og signifikansnivået ble satt til 5 prosent, tilsvarende p-verdi  $< 0,05$ .

De fleste analysene var univariat deskriptive. Det ble gjort en frekvensfordeling av alle variabler på nominalt, ordinalt og intervallnivå og deretter ble disse fremstilt grafisk. Et univariat deskriptivt design egner seg når variablene skal beskrives hver for seg, og ikke settes opp mot hverandre (37)

Vi benyttet oss også av korrelasjonsanalyse for å se om svarene jordmødrene gav kunne settes i sammenheng med de demografiske variablene som alder, utdanning, erfaring og eventuelt fylke.

### 3.5 Personvern og yrkesetikk

Etikken er forankret til grunnverdiene i samfunnet, og den gir oss føringer og normer når det kommer til oss som personer, i yrkesaktivitet, så vel som i vitenskapelig virksomhet. Forskningsetikken er viktig for å beskytte enkeltindivider og deltakere i forskningsprosjekter, samt sørge for at forskningen følger samfunnets moralske verdier og krav (38)

Studien vår ble klarert av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) refnr. 55671 (Se vedlegg 3).

Vårt utvalg består kun av voksne personer og spørreskjemaet vårt stiller ikke sensitive spørsmål. Ettersom vi sendte ut spørreskjema via programvaren Questback var svarene anonymisert i forhold til jordmor som hadde fylt ut, men ikke i forhold til hvilket fylket vedkommende jobbet i. Vi understreket i informasjonsskrivet vi sendte ut at ingen ville kunne gjenkjennes i publikasjonen. Det var frivillig å besvare spørreundersøkelsen og deltakerne kunne trekke seg når de ville; også midt i påbegynt undersøkelse uten å oppgi begrunnelse. Alle data ble lagret på Høgskulen på Vestlandet (HVL) sin forskningsserver og dermed konfidensielt behandlet. Innsamlet data slettes etter at oppgaven er levert og godkjent.

## 4.0 RESULTAT

### 4.1 Beskrivelse av utvalget

Av de 99 jordmødrene som fikk surveyen tilsendt, svarte 45 jordmødre. Dette utgjør en svarprosent på 45,45%. Av disse var fordelingen mellom fylkene 51,1% (n=23) ansatt i Hordaland og 48,9% (n=22) ansatt i Sør-Trøndelag. Jordmødrene som besvarte undersøkelsen og ble inkludert i analysen hadde en gjennomsnittsalder på 49,2 år, med en spredning fra 31 til 65 år. Sortert i grupper etter alder: fra 31-40 år; 15,56% (n=7), fra 41-50 år; 44,44% (n=20), og fra 51-60 år; 20% (n=9) og fra 60-65 år; 15,56% (n=7).

Oversikt over fordelingen av demografiske variabler sees nedenfor (tabell 1).

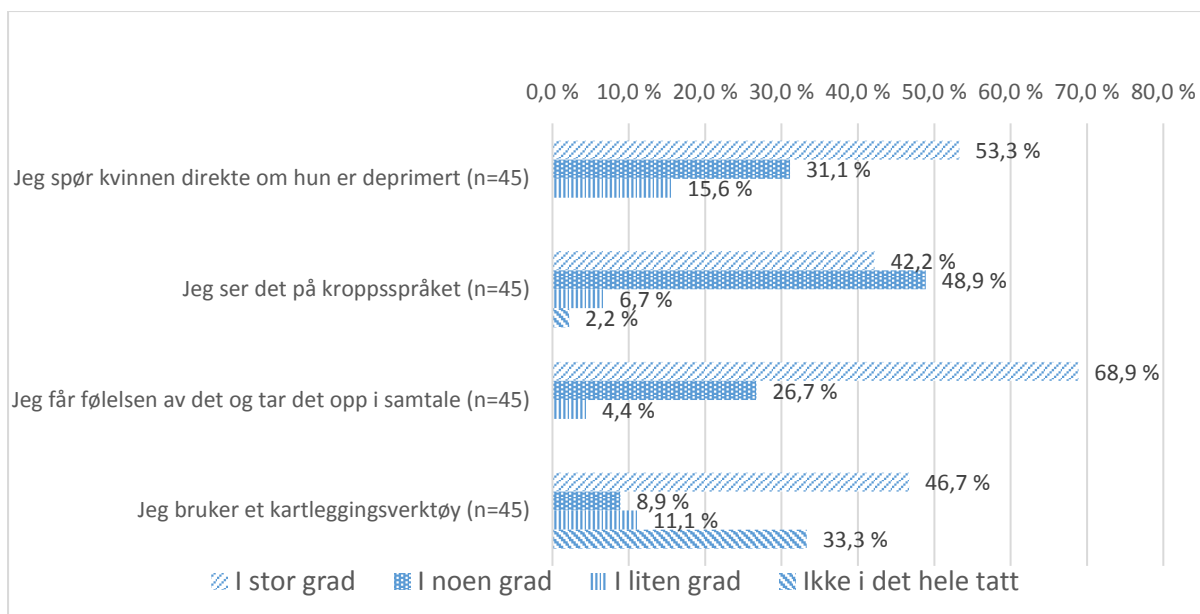
**Tabell nr 1: Beskrivelse av demografiske variabler.**

<b>n= 45</b>		
<b>Alder</b>	<b>Gjennomsnitt</b>	<b>49,2 (SD* 8,9)</b>
	<b>Median</b>	<b>49</b>
	<b>Min-max</b>	<b>31-65 år</b>
<b>År siden fullført utdanning</b>	<b>Gjennomsnitt</b>	<b>19 (SD* 9,988)</b>
	<b>Median</b>	<b>20</b>
	<b>Min-max</b>	<b>01-39 år</b>
<b>Erfaring i svangerskapsomsorgen</b>	<b>Gjennomsnitt</b>	<b>10,7 (SD* 6,8)</b>
	<b>Median</b>	<b>9</b>
	<b>Min-Max</b>	<b>1-29 år</b>

\* Standardavvik (SD) er mål for spredningen rundt gjennomsnittet

### 4.2 Resultat slik det forekommer fra spørreskjemaet.

Det første spørsmålet etter at bakgrunnsvariablene var stadfestet var; Hvordan avdekker du vanligvis symptomer på depresjon hos den gravide? Her fikk jordmødrene flere påstander, hvor de skulle svare i hvilken grad de benytter seg av hver enkelt metode. For å gi best oversikt over resultatene slåes de to høyeste scoringsmulighetene sammen I svært stor grad/I stor grad. Det er disse som presenteres videre. (Se figur 1)

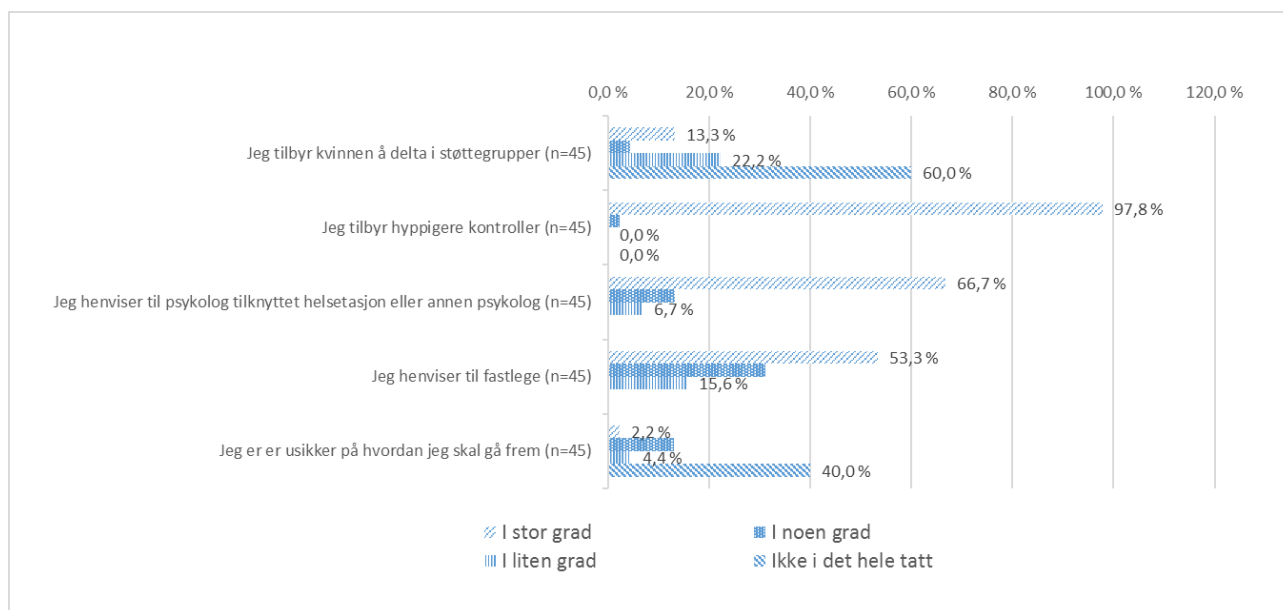


**Figur 1- Hvordan jordmødre vanligvis identifiserer symptom på depresjon (%)**

Under dette spørsmålet fikk respondentene i tillegg mulighet til å besvare om de benyttet seg av andre metoder enn de nevnt over. 8 respondenter svarte at de benytter seg av EPDS eller skulle starte opp med EPDS. En respondent svarte at hun spør alle gravide på første kontroll om psykisk helse og om tidligere erfaringer med angst og depresjon. Hun snakket også om humørsvingninger og følelsesmessige forandringer med alle sine gravide i uke 24. De gjenværende 34 respondentene hadde ikke svart noe i rubrikken for tilleggsopplysninger.

Jordmødrene ble spurt om arbeidsplassen deres hadde egne retningslinjer for hvordan man skulle avdekke symptomer på depresjon hos gravide. Her svarte 51,1% (n=21) ja og 46,7 % (n=23) nei. 2,2% (n=1) svarte vet ikke. De som svarte ja fikk oppfølgingsspørsmål om retningslinjene inneholdt bruk av kartleggingsverktøy. 100 % (n=21) svarte ja på dette. Det samme utvalget av 51,1% (n=21) jordmødre fikk videre spørsmål om de fulgte disse retningslinjene. 95,8% (n=20) jordmødre svarte at de i stor grad følger disse, og en 4,8% (n=1) jordmor krysset av for at hun i noen grad følger retningslinjene.

Vi stilte spørsmål om hvordan jordmødrene fulgte opp den gravide kvinnen som en mistenkte eller oppdaget at var i ferd med å utvikle depresjon. Her ga vi mulighet til å gradere svarene på likertskalaen på diverse ulike oppfølgingsmetoder ettersom hvordan en opplevde at de ulike alternativene passet egen måte å jobbe på (se figur 2).



**Figur 2- Hvordan jordmødrene følger opp kvinnene videre hvis de mistenker depresjon (%)**

55,6 % (n=25) av jordmødrene som besvarte vår studie krysset av at de brukte EPDS som kartleggingsverktøy for å identifisere depresjon i svangerskapet. Hverken MADRS eller BDI var i bruk i de representative kommunene. 44,4% (n=20) brukte ingen kartleggingsverktøy for å avdekke depresjon i svangerskapet.

1 jordmor krysset av at hun ikke kjente til noen kartleggingsverktøy, ellers kjente 97,8% av jordmødrene fra undersøkelsen til EPDS (n=44). 15,6% (n=7) kjente til MADRS, og 4,4% (n=2) hadde kjennskap til BDI.

Videre viser resultatene at 66,7 % (n=30) av jordmødrene oppgir at de har deltatt på kurs om kartleggingsverktøy. Det kommer ikke fram hvilket kartleggingsverktøy kurset omhandler pga teknisk feil i spørreskjemaet. Men i og med at så få kjente til de andre kartleggingsverktøyene kan man sannsynligvis trekke den slutningen at kurset omhandlet kartleggingsverktøyet EPDS. 33,3% (n=15) hadde aldri vært på kurs som omhandlet kartleggingsverktøy.

På spørsmål om jordmødre kunne ønske de brukte et konkret kartleggingsverktøy i konsultasjonene hadde jordmødrene en noe blandet respons. 55,5% (n=25), svarte de ønsket dette i stor grad. 11,1% (n=5) svarte i liten grad. 33,3% (n=15) svarer at de i noen grad skulle ønske de brukte et konkret kartleggingsverktøy i sine konsultasjoner.

Deretter spørres jordmødrene om i hvilken grad det er nødvendig å fange opp symptomer på depresjon allerede i svangerskapet. 91,1% (n=41) av jordmødrene som svarte på surveyen mente at identifisering av depresjon allerede i svangerskapet var i svært stor grad viktig, hvorav de resterende 4 jordmødrene krysset av for i stor grad viktig. Med andre ord var dette ifølge 100% (n=45) av jordmødrene svært viktig.

Siste spørsmålet gav jordmødrene mulighet til å uttrykke gjennom fempunkts likertsskala hvor tilstrekkelig de opplevde at metoden de benyttet seg av for å identifisere depresjon i svangerskapet var. 46,7 % (n=21) av jordmødrene krysset av for de to høyeste rangeringene og mente med det at de opplever sin metode som i stor grad tilstrekkelig. 51% (n=23) svarte at deres metode i noen grad var tilstrekkelig. 2,2% (n=1) krysset av at metoden som ble brukt var i liten grad tilstrekkelig.

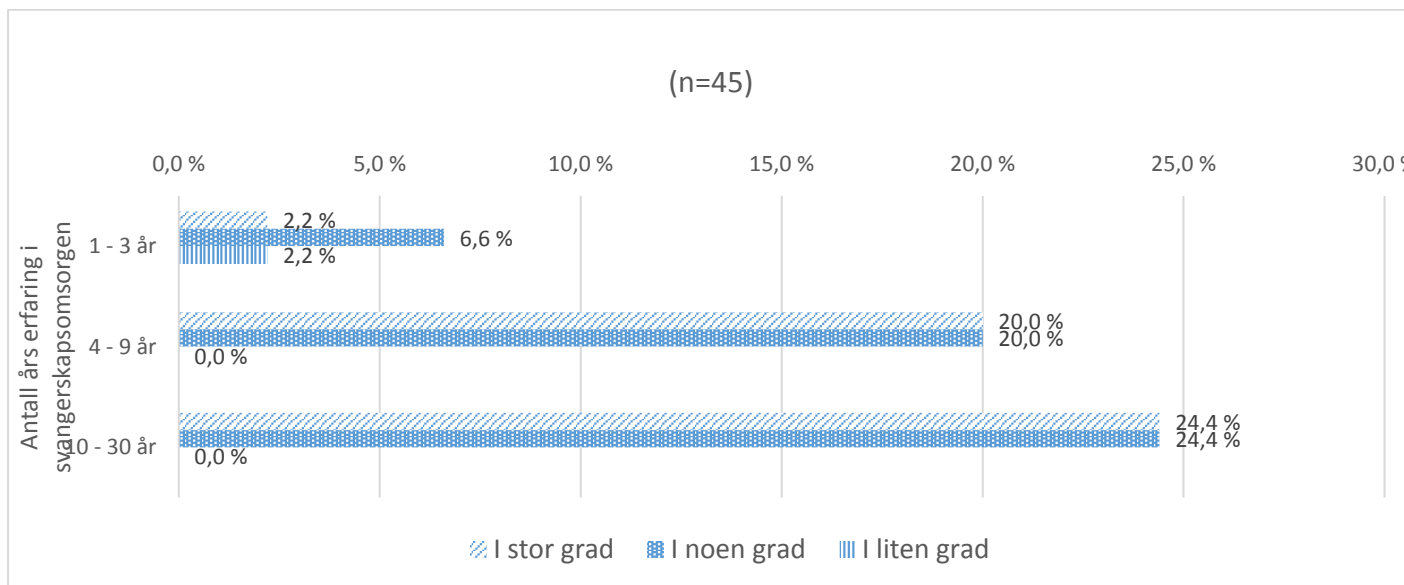
### 4.3 Korrelasjonsanalyse

Etter å ha sett på resultatene slik de forekom ønsket vi videre å benytte oss av korrelasjonsanalyse for å se om svarene jordmødrene gav kunne settes i sammenheng med de demografiske variablene som alder, utdanning, erfaring og eventuelt fylke. Vi brukte programmet SPSS til å utføre enkle analyser videre. Vi ser at begrensningen vår i størrelsen på utvalget gjør at få resultat gir statistisk signifikans. Det vil også være vanskelig å kunne dra noen endelige slutninger gjennom korrelasjonsanalyse når sammenligningsgrunnlaget ikke er større.

Det eneste resultatet av statistisk signifikans var forskjellen mellom de to fylkene. Her var det tydelig forskjell mellom Hordaland, der 30,4% hadde retningslinjer (n=7) og Sør-Trøndelag 63,6% og (n=14) Dette resultatet viser at det er geografiske forskjeller, men har ingen betydning i forhold til våre forskningsspørsmål. Det er noenlunde lik fordeling mellom fylkene av jordmødre som oppgir at de har deltatt på kurs av EPDS. 47% er fra Hordaland og 53% fra Sør-Trøndelag. (Se tabell 2)

Har din arbeidsplass egne retningslinjer på hvordan symptomer på depresjon skal avdekkes hos gravide?						
FYLKE	HORDALAND		SØR-TRØNDELAG		TOTAL	
-	n	%	n	%	n	%
<b>JA</b>	7	30,4%	14	63,6%	21	94%
<b>NEI</b>	16	69,6%	7	31,8%	23	100%
<b>VET IKKE</b>	0	0%	1	4,5%	1	4,5%
<b>TOTAL</b>	23	51%	22	49%	45	100%

Vi forsøkte også å gjøre analyser i forhold til erfaring, da vi ville se om mer erfarne jordmødre var tryggere i sin konsultasjon enn jordmødre som var tidlig utdannet. (Se Figur 3)



**Figur 3 - Krysstabulering mellom jordmødres erfaring i svangerskapsomsorgen og hvor tilstrekkelig de oppfatter egen metode (%)**

Dette er den eneste kryssanalysen som gir et statistisk signifikant svar (p-verdi = 0,032) men på grunn av få respondenter kan man ikke trekke noen slutninger her. Det hadde imidlertid vært interessant å sett svar på dette om fordelingen av erfaring var lik for alle gruppene.

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Drøfting av metoden

For å kunne bedømme studiens pålitelighet, og overførbarhet i forhold til svangerskapsomsorgen, ble metoden vurdert i forhold til reliabilitet og validitet. Reliabilitet handler om måleinstrumentet som brukes er godt nok til å få samme resultat ved gjentatte målinger (35). Validitet, eller gyldighet, er om en faktisk måler det en er ute etter å måle (35).

#### 5.1.1 Design

Ut ifra problemstillingen vår ble valg av studiedesign befattet. Utgangspunktet og ønske vårt for studien var å skaffe tallfestet informasjon om hvordan et større utvalg med jordmødre identifiserer depresjon i svangerskapet hos den gravide, dermed falt valget på et kvantitativ design. Vi valgte å utføre en tverrsnittstudie, for å gjøre en undersøkelse hos en utvalgt populasjon på et gitt tidspunkt (35), for å få et større overblikk over hvordan et utvalg med jordmødre identifiserte symptom på depresjon i svangerskapet. En kunne ha valgt å belyse problemstillingen vår med et kvalitativt design. Ved å ha intervjuet jordmødre i de to utvalgte fylkene kunne en ha fått enda mer utfyllende svar på hvilke metoder de benytter seg av for å identifisere symptomer på depresjon i svangerskapet. En kunne ha sett dybden i jordmødrenes oppfatning og følelser knyttet til temaet depresjon i svangerskapet. Utvalget hadde derimot blitt svært lite og ville ikke klart å belyse forskjeller/likheter på samme måte som ved et større utvalg.

#### 5.1.2 Utvalget

Da vi skulle fastsette utvalget vårt tenkte vi i utgangspunktet kun å involvere jordmødrene ansatt på helsestasjon i Hordaland. Ved å undersøke antall jordmødre som var ansatt i dette fylket fant vi ut av utvalget ble for lite. Derav inkluderte vi Sør-Trøndelag i tillegg. Det vi ikke tenkte på tidlig i prosessen var at selv om studien inkluderer mange kommuner og helsestasjoner, så er jordmortjenestene i flere kommuner slått sammen. Dette gjorde utvalget mindre enn første antatt. Utvalget ble i tillegg betraktelig mindre da det var 45 av de 99 vi kontaktet som svarte på undersøkelsen. Med en høyere svarprosent og flere inkluderte

jordmødre kunne resultatene våre vært styrket. Vi kunne muligens også fått flere signifikante funn med en større gruppe jordmødre. Vurderinger ble gjort med tanke på å sende spørreskjemaet til flere fylker i ulike helseregioner enn Hordaland og Sør-Trøndelag er, men tidsaspektet vi hadde til å utføre studien tillot ikke dette. Siden mailadressene til jordmødrene ikke er offentliggjort på noen nettside, var innhenting av disse tidkrevende. Vi rekrutterte jordmødre med å sende dem informasjonsmail med link til videre deltakelse av undersøkelse, per e-mail. Ekstern validitet sier oss noe om hvorvidt studiens funn kan generaliseres og gjelde utenfor utvalget vi har med å gjøre (39). Studien har klare begrensninger. Resultatene våre baseres på svar fra 45 jordmødre. Når vi skal vurdere om studiens funn kan generaliseres til å gjelde utenfor utvalget vårt må vi se på utvalgets størrelse og geografisk spredning. Det at studien bare ble utført i to ulike helseregioner, gjør at det blir vanskelig å generalisere og si at dette gjelder for alle jordmødre i svangerskapsomsorgen. Studien vår gir likevel et innblikk i hvordan jordmødre fra to ulike helseregioner identifiserer symptomer på depresjon hos den gravide i svangerskapsomsorgen.

### 5.1.3 Spørreskjema

Vår studie kartlegger holdninger og adferd gjennom selvrapporing i et spørreskjema. Det forelå ikke et validert spørreskjema som undersøker hvordan jordmødre identifiserer symptomer på depresjon hos gravide. Vi endte derfor opp med å skreddersy et eget spørreskjema til studiens formål. Et validert spørreskjema bidrar til at resultatene kan brukes til å sammenligne med andre lignende studier, samt at det er lettere å få resultatene publisert (40). Det var imidlertid for mange spesifikke ting vi lurte på, som var lite sannsynlig at andre hadde spurt jordmødre om i et validert skjema tidligere. Validering er en måte å sikre at en studie er utført korrekt og at resultatene er til å stole på (37). Etersom spørreskjemaet ikke er validert må en stille spørsmål til skjemaets relabilitet (35). Tiltak som ble gjort for å styre klar av feilkilder i spørreskjemaet, var å legge til en nøytral svarkategori for å unngå tvungne svar. Vi pilottestet i tillegg spørreskjemaet på medstudenter og personer i nær omgangskrets.

Det var to tekniske feil i spørreskjemaet vårt. 6 av de 99 respondentene fikk aldri e-mail fra Questback med vårt spørreskjema, og et av fritekstmulighetene kom aldri fram av resultatene. Da vi ikke oppdaget dette før etter avsluttet survey, var det for sent å ordne feilene. Vi er klar over at vi på grunn av dette kan ha gått glipp av viktig informasjon.



#### 5.1.4 Svarprosent

Studien vår har en svarprosent på 45,45%. Dette er en lavere svarprosent enn vi hadde håpet på, noe som stiller spørsmål til studiens styrke. I følge Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) har forventet svarprosent lagt seg ned på mellom 40-50%, da man før kunne regne med svarprosent mellom 60-70% (41). Forskerne er stort sett enige om at høy deltakelse ikke nødvendigvis betyr at man er sikret et representativt utvalg. Men høy deltakelse er likevel en viktig måte å øke tryggheten for at utvalget representerer dem man ønsker å undersøke (41). Når svarprosenten er så lav må en stille spørsmål rundt om det utvalget som sier ja til å delta er et tilfeldig og representativt utvalg (35). En svarprosent på over 65% gjør at sjansen for bias blir mindre (35). Utformingen av spørreskjemaet var basert på at det skulle være enkelt å fylle ut, og at det ikke skulle ta lang tid. Vi presiserte i informasjonsskrivet at spørreskjemaet ville ta 5-8 minutter å besvare, med håp om at det da ville bli enklere for målgruppen vår å svare. I tillegg ble gjentatte påminnelser per telefon og e- post brukt som en metode for å høyne antall svar. Vi reflekterte i den forbindelse over de etiske aspektene i forhold til bruk av respondentenes tid.

Selv om svarprosenten var på 45%, var det en noenlunde lik fordeling mellom de to helseregionene vi undersøkte (51,1% fra Hordaland, 48,9% fra Sør-Trøndelag). Både aldersspennet mellom deltagerne (31-65år) og hvor lenge de hadde jobbet som jordmødre (1-39år) gav også en god variasjon i studiedeltakelsen.

## 5.2 Drøfting av resultatene

### 5.2.1 Drøfting av resultatene opp mot Salutogenese

Teorien om salutogenese setter fokus på det friske mennesket, på mestring og på å fremme helse. Gravide kvinner er i utgangspunktet friske så vi fant teorien om salutogenese passende å inkludere i vår studie. Det viktigste resultatet i forhold til teorien var at tilnærmet lik alle jordmødrene tilbød hyppigere kontroller hvis de identifiserte at den gravide viste symptomer på depresjon, dette uavhengig om de oppdaget det gjennom kroppsspråk, samtale eller kartleggingsverktøy. Dette resultatet viser at jordmor ser viktigheten i å følge kvinnen tett

opp videre for å avdekke mulige årsaker til depresjon, og forhåpentligvis styrke grunnlaget og fremme mestring i det å skulle bli mor. Ifølge salutogenese vil en person som ser mening med verden kunne takle bivirkninger positivt uansett forestående utfordringer (31). Ved det salutogene perspektivet kan jordmor bedre forstå hendelser som kan sees som patologiske (32) Det vil si at salutogene jordmødres direkte bekymring for den gravide kvinnens psykiske helse, kan gjøre at jordmor fanger opp tidlige tegn og får henvist videre til de rette instanser tidlig.

### 5.2.2 Identifikasjon av symptomer på depresjon

I både nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen (9), og de nasjonale retningslinjene for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (25) anbefales det at primærhelsetjenesten og helsestasjoner bør ha rutiner og kompetanse for å identifisere og følge opp depresjon i svangerskap og etter fødsel, uten at det spesifiseres hvilke verktøy og metoder som bør anvendes i dette arbeidet. Etter fire demografiske spørsmål i vår studie, stilte vi et direkte spørsmål som kunne besvare problemstillingen vår: “Hvordan avdekker du vanligvis symptomer på depresjon hos den gravide? Jordmødrene skulle så gradere hvordan de kjente seg igjen i flere utsagn om hvordan de identifiserte symptomer. Resultatene viste at flest jordmødre kjente seg igjen i utsagnet: “Jeg får følelsen av det og tar det videre opp i samtale”. Dette utsagnet hadde en høyere prosentandel med gradering “i stor grad” (68,8% (n=31)) enn de som spurte direkte om kvinnen følte seg deprimert (53,3% (n=24)). Mange jordmødre (42,2% (n=19)) svarte også at de i stor grad så det på kroppsspråket, og identifiserte en begynnende depresjon på den måten.

En kan spørre seg selv om ikke svaralternativene “Jeg får følelsen av det og tar det opp i samtale”, “Jeg ser det på kroppsspråket” og “Jeg spør kvinnen direkte” alle er handlinger jordmødre bør gjøre og nok automatisk gjør uten noen videre refleksjon rundt det. Dette temaet er kanskje desto viktigere å sette lupen på for å bevisstgjøre jordmødre på hvordan de handler og for å synliggjøre at identifisering av symptomer på depresjon nok oftest skjer gjennom at jordmødrene bruker sin empati, medmenneskelige egenskaper og intuisjon. Forskning sier at depresjon og psykisk helse er et tabubelagt område (42). At symptomer på dette kommer i forbindelse med et svangerskap, som av mange fremstilles som den lykkeligste og mest forventningsfulle tiden i livet, kan medføre skam og mismot (43). En kan

av den grunn ikke vite sikkert hvor mange gravide som ikke blir oppdaget som har en spirende depresjon. Jordmødre i svangerskapsomsorgen møter den gravide en halv time til en time i måneden, og blant alle de andre emnene som skal redegjøres for på konsultasjonene vil det være uvisst om et spørsmål eller å se etter tegn på depresjon er tilstrekkelig. Jordmødre vi har utført denne studien på viser at de har kunnskap om hvordan de skal følge opp den gravide kvinnen med en begynnende depresjon, men dette er jo så fremt det kommer fram at den gravide er nedstemt.

Det siste alternativet i spørsmålet om hvordan jordmødrene identifiserte symptomer på depresjon var “Jeg bruker et kartleggingsverktøy”. Hele 46,7% (n=21) svarer at de i stor grad benytter seg av dette. 33,3% (n=15) benytter seg ikke av et verktøy i det hele tatt. Resultatene våre viser og at rundt halvparten (n=21) av jordmødrene som svarte på vår studie har retningslinjer på helsestasjonen i form av kartleggingsverktøyet EPDS. EPDS er et screeningverktøy, og helsemyndighetene setter strenge kriterier for at screening skal innføres (44), noe det per dags dato ikke er. En metaanalyse (7) påpeker at på grunn av så mange alvorlige konsekvenser av depresjon hos mor i svangerskapet er det nødvendig med universell screening av depresjon og retningslinjer for behandling før fødsel.

Helsedirektoratet (2014) anbefaler EPDS, med akseptabel grad av usikkerhet samtidig som Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten har vedtatt en anbefaling om at screening for barseldepresjon med EPDS ikke innføres som et nasjonalt tilbud (26). At det kommer motsettende anbefalinger er vanskelig å forholde seg til og gjør det vanskelig å gi lik helsehjelp til den gravide kvinnen. Det medfører også utfordringer ved at det ikke nevnes alternative metoder for å identifisere depresjon i svangerskapet. På en side presiseres det at det bør være rutiner for å identifisere depresjon i svangerskapet, på en annen side ser en at alle som har retningslinjer og rutiner på arbeidsplassen fra vårt utvalg, har en retningslinje om et screeninginstrument som ikke er innført.

“Tidlig inn” prosjektet som Helsedirektoratet i samarbeid med Barne- ungdoms- og familiedirektoratet har utarbeidet, gir jordmødre, helsesøstre og leger opplæring over flere dager i blant annet å avdekke et begynnende problem innen psykisk helse hos gravide og småbarnsforeldre. Evaluering av prosjektet viste at flertallet av kommunene som hadde deltatt hadde innført nye rutiner for systematiske samtaler om nedstemthet og uro, samt innført systematisk bruk av EPDS. Helsedirektoratet påpeker at de arbeider aktivt for videre forskning, evaluering og kunnskapsoppsummering for å øke kunnskapen om tester og

metoder som kan bidra til at helsetjenesten best mulig klarer å fange opp og hjelpe kvinner som risikerer eller lider av svangerskaps- og barseldepresjon.

På spørsmål til jordmødrene om ønske av bruk av et konkret kartleggingsverktøy i konsultasjonene sine, svarte 55,5% (n=25) av jordmødrene at de i stor grad ønsket dette. 33,3% (n=15) svarte at de i noen grad ønsket dette. Det kan tenkes at det er en trygghet for jordmødre å ha et konkret verktøy når det kommer til psykisk helse, som gjør at de ikke bare må forholde seg til å lese gjennom kroppsspråk og samtale om den gravide er deprimert. Det kan også være enklere for den gravide kvinnen å reflektere over egne psykiske problemer og andre vansker ved bruk av et kartleggingsverktøy (45). På en annen side må en passe på at en ikke sykeliggjør den gravide kvinnen ved å systematisk screene for depresjon, eller ei glemme at et kartleggingsverktøy ikke nødvendigvis fanger opp alle som er deprimert.

### 5.2.3 Hvordan jordmødre følger opp kvinnene videre

Det andre omfattende spørsmålet jordmødrene ble stilt i vår studie omhandlet hva de gjorde videre om de oppdaget eller mistenkte at den gravide var i ferd med å utvikle en depresjon. Det var viktig for oss å vite om jordmødre har kunnskap om temaet og visste hva de skulle gjøre videre om de mistenkte depresjon. Resultatene fra dette spørsmålet talte stort sett for seg selv. Høyest prosentandel viste at jordmødrene oftest tilbød hyppigere kontroller ved symptomer på depresjon. Det var tydelig at når det var grunn til bekymring så fulgte jordmødrene opp videre. Å bruke seg selv, en tillitsperson for den gravide, kan fremme helse og ufarliggjøre å snakke om ting som kanskje er vanskelig. Det vil likevel være viktig å se sin begrensning som jordmor, og henvise videre til psykolog eller fastlege hvis problemet blir for omfattende, eller utvikler seg videre. En stor andel av jordmødrene svarte også at de henviste videre. Ut fra resultatene var det lite usikkerhet på hvordan å følge opp kvinnene som hadde symptomer på depresjon.

### 5.2.5 Dagens praksis

I det siste spørsmålet blir jordmødrene spurt hvor fornøyd de er med dagens metode for å identifisere depresjon i svangerskapet. Over halvparten svarer at de i noen grad synes dagens praksis er tilstrekkelig. Dette gir oss en indikasjon på at jordmødrene på sett og vis føler det kunne vært bedre måter/retningslinjer til bruk i identifiseringen av deprimerte gravide. At

over halvparten svarer at det kun i noen grad er tilstrekkelig, er det godt nok? Med tilknytning til spørsmålet ble de også spurt om de mener det er viktig å identifisere depresjon allerede i svangerskapet. 100% svarer at dette i stor grad er viktig. Det er tydelig at temaet er viktig for alle de berørte jordmødrene, og at alle identifiserer symptom på depresjon i svangerskapet på forskjellige måter. Men for noen gravide skjer det gjennom kartleggingsverktøy, og hos andre skjer dette ut fra jordmødrenes egen intuisjon, ut fra om hun fanger opp noe i kroppsspråket eller i ordene sagt i samtale. Psykisk helse er et vanskelig tema, og at det ikke er klare retningslinjer på hvordan dette skal identifiseres setter jordmødre i et faglig og etisk dilemma for å forstå hvordan best å ivareta den gravide. Det at Edinburghmetoden allikevel anvendes av så mange som nesten halvparten av vårt utvalg i studien vitner om at det må bli faglig enighet om hvilke metoder som skal anvendes.

## 6.0 Avslutning

Gjennom denne studien har vi stilt spørsmål til jordmødre om hvordan de identifiserer symptomer på depresjon hos den gravide kvinnen i svangerskapsomsorgen. Våre resultat viser at jordmødrene i stor grad bruker intuisjon eller kartleggingsverktøy for å identifisere en begynnende depresjon. Slik retningslinjene for svangerskapsomsorgen er i dag vises det til at det skal være rutiner og metoder for hvordan depresjon i svangerskapet skal identifiseres og behandles, men disse spesifiseres ikke. Dette gjør at jordmødre settes i et faglig og etisk dilemma for hvordan best ivareta den gravide kvinnens psykiske helse. Vår studiepopulasjon er for liten til å sette noen konklusjon, men en ser at psykisk helse i svangerskapet er viktig å sette på dagsordenen. Det bør satses på videre forskning, slik at retningslinjene blir tydeligere og gravide i Norge får en trygg og god oppfølging i svangerskapet.

## 7.0 Referanseliste

1. Larun L, Lyngstadaas A, Wiik I, Mørland B. Svangerskap og psykisk helse. Kvinner psykiske helse i forbindelse med svangerskap og første året etter fødsel.2005. Available from: [www.fhi.no](http://www.fhi.no).
2. Gran ME, Slinning K. Depresjon i svangerskapet: Folkehelseinstituttet; 2007 [updated 06.02.2017; cited 2017 10.06.2017]. Available from: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/depresjon-i-forbindelse-med-fodsels/>.
3. Larun L, Fønhus MS, Håvelsrud K, Brurberg KG, Reinart LM. Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner2013 14.06.2017. Available from: [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport\\_0502\\_svangerskap\\_og\\_psykisk\\_helse.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_0502_svangerskap_og_psykisk_helse.pdf).
4. Norsk helse informatikk. Fødselsdepresjon, Barseldepresjon: Norsk Helse informatikk; 2013 [updated 05.12.201318.05.2017]. Available from: <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodsels/sykdommer/fodsels/fodselsdepresjon/>.
5. Gavin N, Gaynes B, Lohr K, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence2005 22.03.2018; (106):[1071-83 pp.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16260528#>.
6. Berle J, Arre T, Mykletun A. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of EPDS, and assesment of risk factors for postnatal depression. Jorunal of affective disorders. 2003;76:151-6.
7. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Lyengar S, Katon WJ. A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction2010 22.03.2018; 67:[1012-24 pp.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20921117>.
8. Baer RJ, Chambers CD, Bandoli G, Jelliffe-Pawlowski LL. Risk of preterm birth by subtype among Medi-Cal participants with mental illness. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2016;215(4):519. e1-. e9.
9. Helsedirektoratet. Retninglinjer for svangerskapsomsorgen Oslo2005. Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>.
10. Junge C, Garthus-Niegel S, Slinning K, Polte C, Simonsen TB, Eberhard-Gran M. The Impact of Perinatal Depression on Children's Social-Emotional Development: A longitudinal Study2017 03.06.17; 21(3). Available from: <https://link-springer-com.galanga.hib.no/article/10.1007%2Fs10995-016-2146-2>.
11. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for postnatal depression-a summary of current knowledge2014 27.05.2017; 134(3):[297-301 pp.]. Available from: <http://tidsskriftet.no/2014/02/oversiktsartikkel/screening-barseldepresjon-en-kunnskapsoppsummering>.
12. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done2014 27.05.2017; 28(1):[25-35 pp.]. Available from: <http://www.sciencedirect.com.galanga.hib.no/science/article/pii/S1521693413001326>.

13. Reinar LM. Plager og komplikasjoner. In: Brunstad AoT, Eva, editor. Jordmorboka. Oslo2010. p. 562-5.
14. Slinning K, Holme H, Valla L. Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon2012 13.06.2017; 49(1). Available from: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=163052&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=163052&a=3)
15. Nordeng H, Jettestad M. Depresjoner i svangerskapet og ammeperioden. Veileder i fødselshjelp2014 27.05.2017. Available from: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Depresjoner-i-svangerskapet-og-ammeperioden>.
16. Helse og omsorgstjeneste loven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. In: departementet H-oo, editor. 2011.
17. NOU. Perinatal omsorg i Norge- Helsearbeid blandt svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn. In: Sosialdepartementet, editor. Oslo: Universitetsforslaget; 1984.
18. NICE. Identifying and assessing mental health problems in pregnancy and the postnatal period 2017 [07.06.2016]. Available from: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-and-postnatal-mental-health#path=view%3A/pathways/antenatal-and-postnatal-mental-health/identifying-and-assessing-mental-health-problems-in-pregnancy-and-the-postnatal-period.xml&content=view-quality-statement%3Aquality-statements-asking-about-mental-health-and-wellbeing>.
19. WHO. Maternal mental health 2017 [cited 2017 07.06]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/maternal\\_mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/)
20. Braut GS. Screening. Store medisinske leksikon: Foreningen SNL; 2018.
21. Thombs BD, Arthurs E, Coronoda-Montoya S, Roseman M, Delisle VC. Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: a systematic review. Journal of Psychosomatic Research [Internet]. 2014 25.05.2017; 76:[433-46 pp.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24840137>.
22. Brudal LF. Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. Bergen: Fagbokforlaget; 2000.
23. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6.
24. Rubertsson C, Börjesson K, Berglund A, Josefsson A, Sydsjö G. The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy2011 27.03.2018; 65(6):[414-8 pp.]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/08039488.2011.590606>.
25. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten: Helsedirektoratet; 2009. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten#depresjon-under-svangerskap-og-etter-fodsel>.
26. Høring - Helsedirektoratets vurdering av bruk av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i kombinasjon med klinisk samtale som del av psykisk helsehjelp til gravide og spedbarnsfamilier.: Hearing before the Helsedirektoratet(2015).

27. Mathiesen IH, Skoland K. Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn-hva har skjedd i kommunene? International Research Institute of Stavanger, Helsedirektoratet og barne- u-of; 2016 7252379 Contract No.: Rapport IRIS- 2016/054.
28. Pasientrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). 2001.
29. Lindstrøm B, Eriksson M. Haikerens guide til Salutogenese- Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv: Gyldendal; 2015. 106 p.
30. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Salutogenese2017 03.04.2018. Available from: <https://www.napha.no/content/13887/Salutogenese>.
31. Bryar R, Sinclair M. Theory for midwifery practice. 2 ed. London: Palgrave Macmillian; 2011. 344 p.
32. Sletteland N, Donovan M. Helsefremmende lokalsamfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
33. Langeland E. Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse2009 03.03.2018; 4:[288-96 pp.]. Available from: <https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/documents/forsknings/299456.pdf>.
34. Eriksson M, Lindstrøm B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review2006 20.04.2018:[376-81 pp.]. Available from: <http://jech.bmj.com/content/jech/60/5/376.full.pdf>.
35. Polit DF, Beck CT. Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice. 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
36. Polit DF, Beck CT. Survey Research. Nursing Research Generating av assessing evidence for nursing practice 10. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017. p. 243-4.
37. Polit DF, Beck CT. Glossary. Nursing research Generating and assessing evidence for nursing research. 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
38. Ruyter KW. Forskningsetikk: beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn. Ruyter KW, editor. Oslo: Gyldendal akademisk; 2003.
39. Ringdal K. Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
40. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. BMJ [Internet]. 2004 11.04.2018:[1312-5 pp.]. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/328/7451/1312.full.pdf>.
41. Amundsen B. Folk svarer ikke lenger2013 11.04.2018; 2. Available from: [https://www.forskningsradet.no/bladetforskning/Nyheter/Folk\\_svarer\\_ikke\\_lenger/1253986892964](https://www.forskningsradet.no/bladetforskning/Nyheter/Folk_svarer_ikke_lenger/1253986892964).
42. Brealey SD, Hewitta C, Greenb JM, Morrellc J, Gilbodya S. Screening for postnatal depression – is it acceptable to women and healthcare professionals? A systematic review and meta-synthesis2010 26.04.2018. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/254308770\\_Screening\\_for\\_postnatal\\_depression\\_-](https://www.researchgate.net/publication/254308770_Screening_for_postnatal_depression_-)



is\_it\_acceptable\_to\_women\_and\_healthcare\_professionals\_A\_systematic\_review\_and\_meta-synthesis.

43. Eberhard-Gran M. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel 2011 26.04.2018; 40(1):[31-4 pp.]. Available from: <https://www.utposten.no/asset/2011/2011-nr-1.pdf>.

44. Glavin K, Helseth S, Kvarme LG. Metoder for å nå mål i helsesøstertjenesten. In: Kvarme LG, editor. Fra tanke til handling Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten 1. Oslo: Akribes; 2007.

45. Glavin K, Ellefsen B, Erdal B. Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. 2010;27(3):255-62.

# Hvordan norske jordmødre identifiserer symptom på depresjon i svangerskapet

## Sammendrag

**Bakgrunn:** En tredjedel av kvinner med postpartumdepresjon har hatt symptomer på depresjon allerede i svangerskapet. Nasjonale og internasjonale retningslinjer fremhever kartlegging av depresjon i svangerskapet som viktig. Det finnes per dags dato ingen klare retningslinjer for hvordan dette skal gjøres i Norge.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke hvordan symptomer på depresjon identifiseres hos den gravide av norske jordmødre.

**Metode:** Hvordan jordmødre avdekker symptom på depresjon i svangerskapet ble kartlagt gjennom en tverrsnittstudie ved hjelp av en kvantitativ survey. Spørreundersøkelsen ble laget og utført gjennom dataprogrammet Questback, og sendt per e-mail til alle jordmødre som jobbet i svangerskapsomsorgen i to helseregioner. 45 av 99 jordmødre besvarte undersøkelsen. Resultatene ble analysert med SPSS. Resultatene presenteres i tekst, tabeller og figurer.

**Resultat:** Jordmødre identifiserer symptomer på depresjon i større grad gjennom intuisjon enn ved bruk av kartleggingsverktøy. Halvparten av jordmødrene har retningslinjer på sin arbeidsplass som spesifikt omhandler depresjon i svangerskapet og bruk av kartleggingsverktøy. Resultat viser at temaet er viktig for de berørte jordmødrene, samtidig som få er fornøyd med dagens metode.

**Konklusjon:** Våre funn viser at jordmødre i stor grad bruker enten intuisjon eller kartleggingsverktøy for å identifisere symptomer på depresjon. Det trengs mer forskning og fokus på temaet depresjon i svangerskapet og hvordan dette kan identifiseres på en god måte.

**Nøkkelord:** Depresjon i svangerskap, svangerskapsomsorgen, jordmor, kartleggingsverktøy, EPDS

## Abstract

**Background:** One third of woman with postpartum depression have had symptoms of depression already in their pregnancy. National and international guidelines emphasize screening of depression in pregnancy as important. There are currently no clear guidelines for how this should be done in Norway.

**Aim:** The aim of this study was to discover how symptoms of depression are identified in pregnancy by Norwegian midwives.

**Method:** How midwives identify symptoms of depression during pregnancy were discovered through a cross-sectional study by using a survey. The survey was created and performed through the Questback computer program and sent by email to all midwives who worked in pregnancy care in two health regions. We received 45 of 99 possible feedbacks. The results were further analyzed with SPSS. The results are presented in text, tables and figures.

**Result:** Midwives identify symptoms of depression more often through intuition then using a screening tool. Half of the midwives in the study had guidelines in their workplace that specifically mentions depression in pregnancy and the use of a screening tool. Results suggest that this subject is of importance to all of the involved midwives, still few are satisfied with the existing method.

**Conclusion:** Our findings show that midwives mostly use either intuition or screening tools to identify symptoms of depression in pregnancy. More research and focus on the subject depression in pregnancy is needed and how this can be identified in a satisfying way.

**Keywords:** Antenatal depression, obstetric care, midwife, screening tool, EPDS

## Bakgrunn

I Norge rammes 10-15% av gravide og kvinner som har født av depresjon, noe som utgjør anslagsvis 3000-9000 barselkvinner (1). Hos en tredjedel av kvinnene med postpartumdepresjon, er symptomene allerede tilstede i svangerskapet (2). Selv om nedstemthet og depresjon er like vanlig i slutten av svangerskapet som etter fødselen har ikke dette fått like mye oppmerksomhet som depresjon i barselperioden (3).

Forskning viser at depresjon i svangerskapet kan ha negativ effekt både for mor og barn. Blant annet kan tilstanden øke risikoen for prematur fødsel, lav fødselsvekt hos barnet og intrauterin veksthemming (IUGR)(4). Videre kan langvarige psykiske helseproblemer hos mor ha effekt på barnets kognitive og atferdsmessige utvikling (5-8). Depresjon i svangerskapet og tiden etterpå kan påvirke den følelsesmessige kontakten hun har med spedbarnet, noe som er viktig for etablering av trygg tilknytning (9, 10). Ubehandlet kan en depresjon forverres etter fødselen og i verste fall føre til tanker om selvskading og vonde tanker overfor seg selv og barnet (3).

## Diagnostiserings verktøy

Å identifisere depresjon hos gravide er utfordrende i seg selv da normale endringer i graviditet og depresjon har flere lignende symptomer som appetittforandringer, søvnevansker, konsentrasjonsvansker og nedsatt energi (11). Det er på bakgrunn av dette utviklet flere kartleggingsverktøy som skal gjøre arbeidet lettere. Et av disse er Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Det består av 10 spørsmål hvor kvinnen krysser av for hvilke svaralternativ som har passet best for henne de siste 7 dagene. Svarene scores fra 0-3, og høye resultat viser økende symptombelastning (12). EPDS er oversatt og testet ut for norske forhold blant nybakte mødre og har og blitt validert for bruk under svangerskapet (11). Retningslinjene for svangerskapsomsorgen presiserer for øvrig et behov for mer forskningsbasert kunnskap om behandling og forebygging av depresjon blant gravide, og at innførelse av Edinburgh-skalaen krever retningslinjer tilpasset norske forhold før bruk av instrumentet (5).

I nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (13) bemerkes det at en tredjedel av jordmødrene i landets kommuner har fått opplæring i hvordan EPDS skal brukes hos kvinner i barseltiden.

## Dagens praksis

I Norge skal svangerskaps- og barselomsorgen fremme og forebygge både fysisk og psykisk sykdom hos den gravide og barnet. Det er anbefalt i retningslinjene for svangerskapsomsorgen at kvinner med depressive sykdommer og kvinner i risiko for å utvikle psykisk sykdom fanges opp tidlig av jordmødre og leger (5, 14). Både nasjonale og internasjonale retningslinjer anbefaler bruk av kartleggingsverktøy for å gjøre dette arbeidet lettere (5, 15, 16).

I 2013 ble innføring av kartleggingsverktøyet Edinburgh Postnatal Depression scale (EPDS) tatt opp som en drøftingssak ved Nasjonalt råd (17) og tematikken ble på nytt vurdert som en høringssak hos helsedirektoratet i 2015, dette i kombinasjon med klinisk samtale som del av psykisk helsehjelp til gravide og spedbarnsfamilier. Helsedirektoratet har også fra 2015 anbefalt at primærhelsetjenesten og helsestasjoner bør ha rutiner for å identifisere depresjon og angst i perioden rundt fødsel, og at anerkjente verktøy for vurdering av depresjon kan benyttes som del av svangerskapskonsultasjonen (18). Det er imidlertid ikke ennå innført retningslinjer som krever at kvinnene screenes for depresjon i svangerskapet (5).

Helsedirektoratet har imidlertid utarbeidet et opplæringstilbud ("Tidlig inn") i samarbeid med Barne-, Ungdoms- og Familie direktoratet. Tilbudet skal gjøre jordmødre, helsesøstre og leger tryggere i arbeidet med å avdekke problemer som psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner blandt gravide og småbarnsforeldre. En evaluering av "Tidlig inn" programmet viste at flere av kommunene hadde innført systematisk bruk av EPDS (19).

På bakgrunn av lite forskning på en psykisk lidelse som kan ha så alvorlige følger for både mor og barn om det går ubehandlet, samt utydelige nasjonale og internasjonale retningslinjer på hvordan ivareta kvinners mentale helse gjennom svangerskapet, er det viktig å sette lys på temaet. Hensikten med studien var å undersøke hvordan symptomer på depresjon identifiseres hos den gravide av jordmødre i Norge.

Dette ledet oss til utgangspunktet for studien: *Hvordan identifiserer jordmødre i to ulike helseregioner symptomer på depresjon hos gravide i svangerskapsomsorgen?*

## Metode

Vi benyttet kvantitativ metode med deskriptivt design gjennom en spørreundersøkelse. Tverrsnittstudie ble valgt fordi det er en egnet metode for å gjøre en undersøkelse hos en utvalgt populasjon på et gitt tidspunkt (20). Studien ble gjennomført på jordmødre i kommunehelsetjenesten i Hordaland og Sør-Trøndelag.

## Spørreskjema

Det forelå ikke et validert spørreskjema som undersøker hvordan jordmødre identifiserer symptomer på depresjon hos gravide. Et spørreskjema spesifikt for studiens hensikt ble derfor utviklet gjennom dataprogrammet Questback. Spørreskjemaet inneholdt 16 spørsmål. Innledningsvis ble fire demografiske spørsmål stilt. Videre inneholdt spørreskjemaet påstander som respondentene ble bedt om å gradere ut ifra egne oppfatninger og erfaringer. Svaralternativene var satt i Likert-skala med følgende alternativer for å besvare hvor godt en kjente seg igjen: «i svært stor grad», «i stor grad», «i noen grad», «i liten grad» og «i svært liten grad». Respondentene kunne i tillegg til dette svare: «vet ikke» eller «ikke i det hele tatt». Vi hadde i tillegg lukkede spørsmål, med flere konkrete svaralternativer.

## Utvalget

For å få et større og mer representativt utvalg ble to tilfeldige fylker valgt ut; Hordaland og Sør-Trøndelag. Utvalget vårt inkluderte alle jordmødre som jobbet i den kommunale svangerskapsomsorgen i disse to fylkene.

## Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført høsten 2017 over en periode på åtte uker. Vi sendte ut invitasjon til å være med i spørreundersøkelsen på arbeidsmailen til utvalget vårt gjennom dataprogrammet Questback. Ved første e-mail sendte vi ut et informasjonsskriv med videre link til spørreundersøkelsen. Informasjonsskrivet beskrev bakgrunnen for studien og videre hvordan studien skulle utføres. Respondentene samtykket til deltagelse ved å besvare spørreskjemaet og hadde gjennom hele undersøkelsen mulighet til å trekke seg. Det ble gjennomført tre purringer. Totalt 45 av 99 potensielle respondenter returnerte utfylt spørreskjema. 6 respondenter fikk aldri tilsendt e-mailen grunnet teknisk feil.

## Analyse

Vi gjennomførte enkel deskriptiv analyse av dataene. Vi benyttet IBM SPSS, versjon 23 til de statistiske analysene, og signifikansnivået ble satt til 5 prosent, tilsvarende p-verdi  $< 0,05$ .

Dataene ble lagt inn direkte fra dataprogrammet Questback. Variablene ble rekodet, og for å forenkle fremstillingen av dataene slo vi sammen verdiene «I svært stor grad / I stor grad» og «I liten grad / I svært liten grad» til henholdsvis «I stor grad» og «I liten grad».

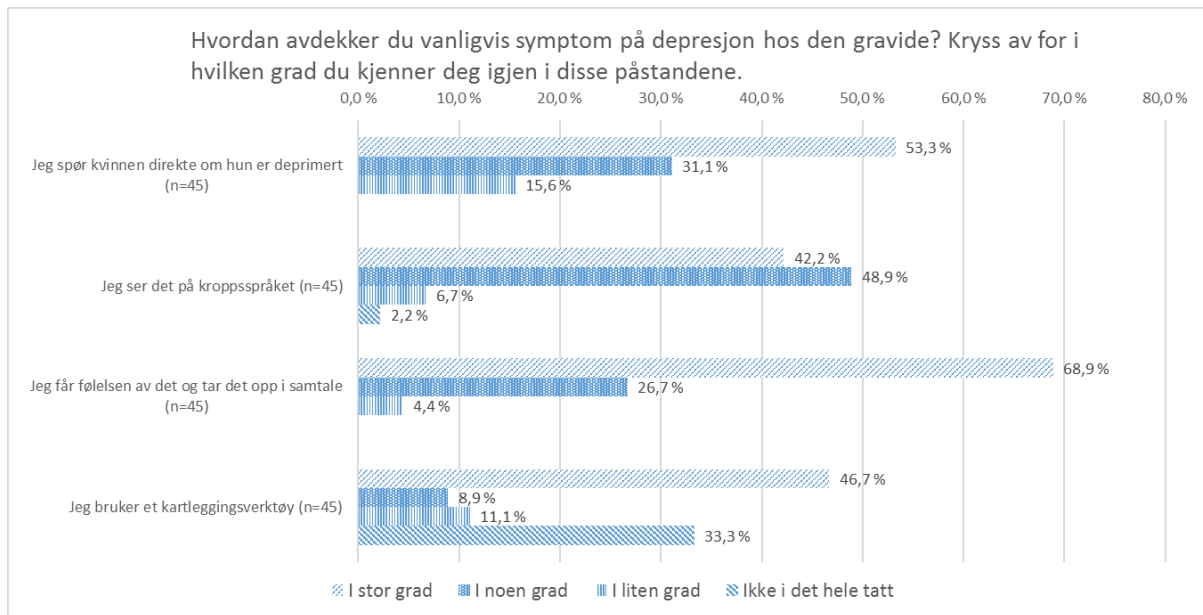
## Godkjenning

Studien ble godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD). Vi vurderte det ikke som relevant å søke godkjennelse av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Dataene ble behandlet konfidensielt og alle dataene som ble samlet var anonyme.

## Resultat

99 jordmødre fikk invitasjon til å være med i studien hvorav 45 jordmødre besvarte undersøkelsen. Vi oppnådde en svarprosent på 45,45% etter 3 purringer. Av disse var fordelingen mellom fylkene 51,1% (n=23) fra Hordaland og 48,9% (n=22) fra Sør-Trøndelag. Jordmødrene som besvarte undersøkelsen hadde en gjennomsnittsalder på 49,2 år, med en spredning fra 31 til 65 år. Det var gjennomsnittlig 20 år siden jordmødrene var ferdig utdannet med en spredning fra 1 til 39 år. Gjennomsnittlig hadde jordmødrene jobbet i svangerskapsomsorgen i 11,7 år (mellom 1 og 29 år).

Det første spørsmålet vi stilte etter at de demografiske variablene var kartlagt var: Hvordan avdekker du vanligvis symptomer på depresjon hos den gravide? Her gav vi jordmødrene som besvarte spørreskjemaet mulighet til å gradere fire påstander på en likertsskala etter hvordan de kjente seg igjen i uttalelsene. Alternativene var I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad og i svært liten grad. De fikk også muligheten til å svare vet ikke eller annet. Vi legger fram resultatene med verdiene «I svært stor grad / I stor grad», som «I stor grad», og «I liten grad / I svært liten grad» som henholdsvis «I liten grad». Se figur 1.

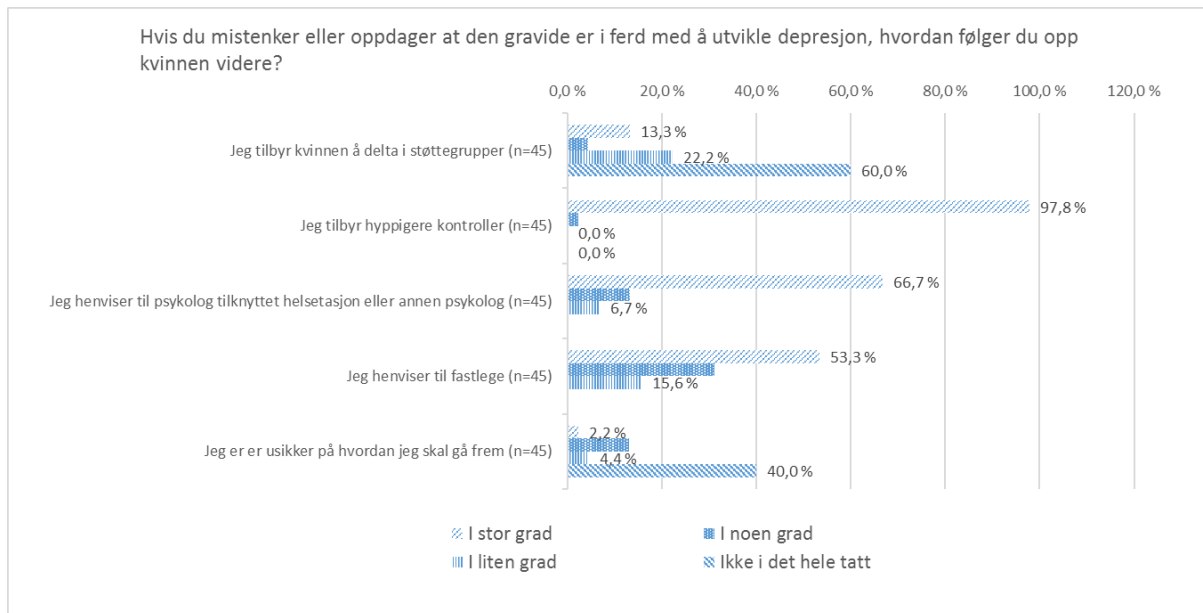


Figur 1

Jordmødrene ble spurt om arbeidsplassen deres hadde egne retningslinjer for hvordan man skulle avdekke symptomer på depresjon hos gravide. Her svarte 51,1% (n=21) ja og 46,7% (n=23) nei. 2,2% (n=1) svarte vet ikke. De som svarte ja fikk videre spørsmål om retningslinjene inneholdt bruk av kartleggingsverktøy. 100% (n=21) svarte ja på dette. Det samme utvalget av 51,1% (n=21) jordmødre fikk videre spørsmål om de fulgte disse retningslinjene. 57,7% (n=12) jordmødre svarte at de i svært stor grad følger disse, 38,1% (n=8) svarte at de i stor grad følger disse og en 4,8% (n=1) jordmor krysset av for at hun i noen grad følger retningslinjene.

Vi stilte spørsmål om hvordan jordmødrene fulgte opp den gravide kvinnen som de mistenkte eller oppdaget var i ferd med å utvikle depresjon. Her ga vi mulighet til å gradere svarene på likertsskalaen på diverse ulike oppfølgingsmetoder ettersom hvordan en opplevde at de ulike alternativene passet egen måte å jobbe på (se figur 2).





Figur 2

Jordmødrene fikk mulighet til å uttrykke seg gjennom fempunkts likertsskala hvor tilstrekkelig de opplevde at metoden de benyttet seg av for å identifisere depresjon i svangerskapet var. 46,7 % (n=21) av jordmødrene krysset av på at metoden var i stor grad tilstrekkelig. 51,1% (n=23) at deres metode i noen grad var tilstrekkelig. 2,2% (n=1) krysset av at metoden som ble brukt var i liten grad tilstrekkelig.

## Diskusjon

### Studiens svakheter og styrker

For å kunne bedømme studiens pålitelighet, og overførbarhet til svangerskapsomsorgen, ble metoden vurdert i forhold til reliabilitet og validitet. Reliabilitet handler om måleinstrumentet som brukes er godt nok til å få samme resultat ved gjentatte målinger (20). Validitet, eller gyldighet, er om en faktisk måler det en er ute etter å måle (20). Vi sendte ut et elektronisk spørreskjema som skulle være oversiktlig og ta kort tid å besvare. Studiens svarprosent endte likevel på 45,45%. Dette var mye lavere enn forventet, noe som gjør at man må stille spørsmål til studiens validitet. Når større grupper blir sammenlignet gir det en studie klarere resultater. Når utvalget blir så lite som i vår studie, må man regne med at den statistiske styrken er lav (20). En kan derfor anta at resultatene kunne vært noe annerledes, og variert

mer ved et større utvalg av jordmødre. En faktor som bidrar positivt er at selv om svarprosenten ikke var høy, var det en noenlunde lik fordeling mellom de to helseregionene vi undersøkte (51,1% fra Hordaland, 48,9% fra Sør-Trøndelag). Både aldersspennet mellom deltagerne (31-65 år) og hvor lenge de hadde jobbet som jordmødre (1-39 år) gav i tillegg en god variasjon av utvalget.

Man må også kunne forvente seg en såkalt “nonrespons”bias i de tilfellene hvor responsraten er lav. Det vil være alltid kunne være mulige forskjeller blant de jordmødrene som har svart og de som ikke har svart (Polit og Beck 2017, side 736). Man kan diskutere om dette er studiens største svakhet, nettopp at vi ikke har informasjon om de jordmødrene som var invitert til å delta i studien, men som ikke svarte.

Det at det ikke forelå et allerede validert spørreskjema kan både være en svakhet og en styrke i studien. Et validert spørreskjema kan bidra til at resultatene kan brukes til å sammenligne med andre lignende studier (21). Samtidig førte det til at vi utviklet et spesialtilpasset spørreskjema som direkte var tilknyttet våre forskningsspørsmål. Dette førte igjen til at resultatene var enkle og håndterbare, nettopp fordi spørreskjemaet besvarte problemstilling og forskningsspørsmål på en presis måte.

En styrke er at temaet for studien er aktuell og absolutt bør settes på dagsordenen. Studien viser at å identifisere depresjon i svangerskapet er viktig for alle de berørte jordmødrene.

## **Resultatene**

Hensikten med studien var å kartlegge hvordan jordmødre i svangerskapsomsorgen identifiserer symptomer på depresjon. Dette med grunnlag i både nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen (5), og de nasjonale retningslinjene for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (22) som anbefaler rutiner og kompetanse for å identifisere og følge opp depresjon i svangerskap og etter fødsel. I retningslinjene spesifiseres det ikke hvilke verktøy og metoder som bør anvendes i dette arbeidet, og vi fant det derfor interessant å undersøke hvordan jordmødrene jobbet. I vår studie fikk jordmødrene et spørsmål hvor de skulle gradere i hvilken grad de kjente seg igjen i flere utsagn om hvordan de identifiserte symptomer på depresjon. Vi så at størst andel av jordmødrene kjente seg igjen i utsagnet “Jeg får følelsen av det og tar det videre opp i samtale.” Videre viste resultatene at det var flere av jordmødrene som kun brukte egen

intuisjon enn som benyttet seg av et konkret kartleggingsvektøy. Ut ifra dette kan man diskutere om det er manglende forskning og utydelige retningslinjer på området som ligger til grunn for at jordmødre må ty til egen intuisjon når det gjelder å identifisere kvinner som er på vei til å bli deprimerte. Dette vil jo avhenge svært av den enkelte jordmors personlighet og personlige egenskaper. En skal samtidig ikke undervurdere erfarne jordmødres evne til å fange opp slike tegn. Forskning viser at jordmors relasjon til kvinnen blant annet bygger på åpenhet, sikkerhet, tillit og tilgjengelighet (23).

Resultatene våre viser som nevnt at halvparten 51,1% (n=21) av jordmødrene oppgir at de har spesifikke retningslinjer på arbeidsplassen som omhandlet depresjon. Alle jordmødrene som svarte at de hadde retningslinjer, svarte at retningslinjene inneholdt bruk av et kartleggingsverktøy. I dette tilfellet var det snakk om EPDS, da dette er det verktøyet som er validert for bruk i Norge i både svangerskapet og barseltiden (11). Helsedirektoratet (2014) anbefaler EPDS, med akseptabel grad av usikkerhet samtidig som Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten har vedtatt en anbefaling om at screening for barseldepresjon med EPDS ikke innføres som et nasjonalt tilbud (18). Hvis man skal ta i betraktning norsk helsepersonellov (24, §1.1) og at den tilstreber lik rett til helsehjelp for alle kan man også stille spørsmål om gravide får lik helsehjelp. At det kommer motsettende anbefalinger er vanskelig å forholde seg til og gjør det vanskelig å gi lik helsehjelp til den gravide kvinnen. Det medfører også utfordringer ved at det ikke nevnes alternative metoder for å identifisere depresjon i svangerskapet.

Blant oppfølgingsalternativene jordmødrene kunne krysse av på blant støttegrupper, psykolog, fastlege og hyppigere kontroller var det sistnevnte som fikk størst oppslutning (97%). Hyppigere kontroller vil kunne styrke jordmors mistanke eller avkrefte om det er depresjon på vei, eller om det kun er hormonelle forandringer som følge av svangerskapet som er årsaken til symptomene. Å kunne være en tillitsperson for den gravide kan ufarliggjøre det å snakke om ting som kanskje er vanskelig eller sett på som tabu (25), når følelser av skam og skyldfølelse oppstår (26). På den måten kan det også bli enklere for jordmor å henvise videre til psykolog eller fastlege hvis det viser seg at den gravides symptomer er bekymringsverdige. Resultatene fra studien indikerer at jordmødre utøver kompetanse og har kunnskap om hva de skal gjøre videre om de mistenker symptomer på depresjon hos den gravide.

I det siste spørsmålet besvarte jordmødrene i hvilken grad de synes dagens metode for å avdekke symptomer på depresjon var tilstrekkelig. Over halvparten (51,1%, n=23) svarte at de i noen grad synes egen metode var tilstrekkelig for dette arbeidet. Dette gir oss en indikasjon på at forbedringer bør gjøres når det gjelder å identifisere symptomer på depresjon hos den gravide. Jordmødrene uttrykker enstemmig at identifikasjon av symptom på depresjon i svangerskapet er viktig. En ser selv om jordmødrene uttrykker at temaet er viktig så er ikke dagens praksis optimalisert for å ivareta psykisk helse hos den gravide. Vi blir minnet på at depresjon hos gravide burde ha mer oppmerksomhet, både i forhold til videre forskning, og i forhold til styrket kunnskap hos jordmødre i svangerskapsomsorgen.

## **Konklusjon**

Hensikten med vår studie var å belyse problemstillingen: *Hvordan identifiserer jordmødre i to ulike helseregioner symptomer på depresjon hos gravide i svangerskapsomsorgen?*

Våre funn viser at jordmødre i stor grad bruker enten intuisjon eller kartleggingsverktøy for å identifisere symptomer på depresjon. Vår studiepopulasjon er for liten til å sette noen konklusjon, og et større datamateriale kunne muligens gi andre resultater. Likevel ser en at psykisk helse i svangerskapet er viktig å sette på dagsordenen, og studien generer nye problemstillinger til om de nåværende metoder er gode nok. Det bør satses på videre forskning, slik at retningslinjene blir tydeligere og gravide i Norge får et helhetlig og likt tilbud.

## **Forfatterens bidrag**

Begge forfatterne av denne artikkelen J.H.R og H.H.C har utøvet like stort arbeid i studiens utførelse. Både forarbeid med spørreskjema og bearbeiding av resultat er gjort sammen. Tekst og innhold er utarbeidet gjennom samarbeid og lik ansvarsfordeling.

## Referanseliste

1. Larun L, Fønhus MS, Håvelsrud K, Brurberg KG, Reinar LM. Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner 2013 14.06.2017. Available from: [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport\\_0502\\_svangenskap\\_og\\_psykisk\\_helse.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_0502_svangenskap_og_psykisk_helse.pdf).
2. Norsk helse informatikk. Fødselsdepresjon, Barseldepresjon: Norsk Helse informatikk; 2013 [updated 05.12.2013 18.05.2017]. Available from: <https://nhi.no/familie/graviditet/svangenskap-og-fodsel/sykdommer/fodsel/fodselsdepresjon/>.
3. Gran ME, Slinning K. Depresjon i svangerskapet: Folkehelseinstituttet; 2007 [updated 06.02.2017; cited 2017 10.06.2017]. Available from: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/depresjon-i-forbindelse-med-fodsel/>.
4. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Lyengar S, Katon WJ. A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction 2010 22.03.2018; 67:[1012-24 pp.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20921117>.
5. Helsedirektoratet. Retninglinjer for svangerskapsomsorgen Oslo 2005. Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-svangenskapsomsorgen-fullversjon.pdf>.
6. Junge C, Garthus-Niegel S, Slinning K, Polte C, Simonsen TB, Eberhard-Gran M. The Impact of Perinatal Depression on Children's Social-Emotional Development: A longitudinal Study 2017 03.06.17; 21(3). Available from: <https://link-springer-com.galanga.hib.no/article/10.1007%2Fs10995-016-2146-2>.
7. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for postnatal depression-a summary of current knowledge 2014 27.05.2017; 134(3):[297-301 pp.]. Available from: <http://tidsskriftet.no/2014/02/oversiktsartikkel/screening-barseldepresjon-en-kunnskapsoppsummering>.
8. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done 2014 27.05.2017; 28(1):[25-35 pp.]. Available from: <http://www.sciencedirect.com.galanga.hib.no/science/article/pii/S1521693413001326>.
9. Reinar LM. Plager og komplikasjoner. In: Brunstad AoT, Eva, editor. Jordmorboka. Oslo 2010. p. 562-5.
10. Slinning K, Holme H, Valla L. Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon 2012 13.06.2017; 49(1). Available from: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=163052&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=163052&a=3)
11. Berle J, Arre T, Mykletun A. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of EPDS, and assesment of risk factors for postnatal depression. Jorunal of affective disorders. 2003;76:151-6.
12. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6.

13. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien. 2014. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien>.
14. Nordeng H, Jettestad M. Depresjoner i svangerskapet og ammeperioden. Veileder i fødselshjelp 2014 27.05.2017. Available from: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels-hjelp-2014/Depresjoner-i-svangerskapet-og-ammeperioden>.
15. NICE. Identifying and assessing mental health problems in pregnancy and the postnatal period 2017 [07.06.2016]. Available from: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-and-postnatal-mental-health#path=view%3A/pathways/antenatal-and-postnatal-mental-health/identifying-and-assessing-mental-health-problems-in-pregnancy-and-the-postnatal-period.xml&content=view-quality-statement%3Aquality-statements-asking-about-mental-health-and-wellbeing>.
16. WHO. Maternal mental health 2017 [cited 2017 07.06]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/maternal\\_mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/)
17. Nasjonalt råd for prioritering i helse og omsorgstjenesten. Depresjonsscreening av kvinner ved svangerskap og barsel 2013 [29.04.2018]. Available from: <http://www.prioritering.no/saker/depresjonsscreening-av-kvinner-ved-svangerskap-og-barsel>.
18. Høring - Helsedirektoratets vurdering av bruk av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i kombinasjon med klinisk samtale som del av psykisk helsehjelp til gravide og spedbarnsfamilier.: Hearing before the Helsedirektoratet(2015).
19. Mathiesen IH, Skoland K. Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn-hva har skjedd i kommunene? International Research Institute of Stavanger, Helsedirektoratet og barne- u-of; 2016 7252379 Contract No.: Rapport IRIS- 2016/054.
20. Polit DF, Beck CT. Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice. 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
21. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. BMJ [Internet]. 2004 11.04.2018:[1312-5 pp.]. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/328/7451/1312.full.pdf>.
22. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten: Helsedirektoratet; 2009. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten#depresjon-under-svangerskap-og-etter-fodsels>.
23. Lundgren I, Berg M. Central concepts in the midwife-woman relationship. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2007;21:220-8.
24. Pasientrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). 2001.
25. Brealey SD, Hewitta C, Greenb JM, Morrellc J, Gilbodya S. Screening for postnatal depression – is it acceptable to women and healthcare professionals? A systematic review and meta-synthesis 2010 26.04.2018. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/254308770\\_Screening\\_for\\_postnatal\\_depression\\_-](https://www.researchgate.net/publication/254308770_Screening_for_postnatal_depression_-)

is\_it\_acceptable\_to\_women\_and\_healthcare\_professionals\_A\_systematic\_review\_and\_meta-synthesis.

26. Eberhard-Gran M. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel 2011 26.04.2018; 40(1):[31-4 pp.]. Available from: <https://www.utposten.no/asset/2011/2011-nr-1.pdf>.

## Forfatterveiledning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer i manuskriphåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. **Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.**

### Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt digitalt. Vi ønsker å være den foretrukne kanalen for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant og praksisnær, med en tydelig klinisk profil. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+, men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett. Til tider inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, beholder copyright til teksten og kan lenke til publikasjonen på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til flere eller andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som aviser, magasiner og på internett, for eksempel institusjonelle arkiver. Dobbeltpublisering og sekundærpublisering aksepteres som hovedregel ikke.

### Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.

Overskriftene markeres med fet skrift.

Linjeavstand skal være 1,5.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.



Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord skal begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel. Husk at flere og flere leser artiklene på mobiltelefon, slik at titlene bør tilpasses de nye formatene.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatterne må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

Antall ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

## **INNHold I MANUSKRIPDET SOM SENDES INN:**

**På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften Skrivetips. Artiklene struktureres etter IMRAD-prinsippet.**

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholarOne, skal ha følgende innhold:

### **1. Tittelside:**

Tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom). Sykepleien Forskning kan endre tittelen for at den skal tilpasses nettformatet bedre og nå ut til et bredere publikum.

- forfatterens/forfatternes navn, stilling og arbeidssted  
Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, presenteres i tillegg kontaktpersonens
- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antall tegn inkludert ordmellomrom og antall ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antall figurer og tabeller

## 2. Sammendrag

Forfatteren/forfatterne fremstiller et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Lengde: maksimalt 300 ord eller 1 500 tegn inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller legge til dine egne. Angi minst ett som viser anvendt forskningsdesign.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av sammendraget til engelsk sammen med hele artikkelen.

## 3. Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstrebes, og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene (mellomtittlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut ...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene ble utdelt av sykepleiereb. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt ...)

Du finner gode tips til skriving i det grønne feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside, kalt Skrivetips.

Se også redaktørens leder: Slik skriver du gode forskningsartikler

#### **4. Oppbygging av selve artikkelen**

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

*Introduksjon* til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...»

*Hensikt* med studien og problemstilling(er).

*Metodedel.* Her beskrives forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år dataene ble samlet inn, bearbeiding og analyse av dataene, godkjenning av REK, eventuelt Personvernombudet, og andre relevante instanser. Metodedelen skal være kortfattet og tilpasset Sykepleien Forsknings målgruppe.

*Resultater.* Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode, får studien vurdert av en statistiker før den sendes inn.

*Diskusjon* (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensninger/svakheter angir hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

*Konklusjon.* Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

#### **5. Figurer og tabeller**

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt fem figurer og tabeller (tre tabeller og to figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking til ulike nettfomater, som nettbrett og mobiltelefon.

## 6. Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antall referanser bør ikke overstige tretti.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato. Tilleggsinformasjon, som «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai;45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. *Palliasjon: nordisk lærebok.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
5. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).
6. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.
7. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: SINTEF; 2017. SINTEF Rapport A28053.

8. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

9. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

10. Bufdir. Foreldreveiledning i grupper (ICDP) [internett]. Oslo: Bufdir; 08.04.2015 [oppdatert 22.11.2017; sitert 08.12.2017]. Tilgjengelig fra: [https://www.bufdir.no/Familie/veiledning\\_til\\_foreldre/foreldreveiledning\\_landsoversikt/](https://www.bufdir.no/Familie/veiledning_til_foreldre/foreldreveiledning_landsoversikt/)

### **Innsending av manuskript**

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskripthåndteringssystem på følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

### **Forslag til habile fagfeller**

Artikkelforfatterne må oppgi forslag til minst to habile fagfeller. For å unngå tvil om habilitet kan ikke fagfeller arbeide ved samme institusjon som artikkelforfatter(ne). Fagfeller kan heller ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan innebære tvil om habilitet.

### **Følg brev til redaktør / cover letter**

I følgebrevet må forfatterne oppgi:

- Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer.
- En redegjøring for hvorvidt resultatene er publisert tidligere, for eksempel som poster eller foredrag på en vitenskapelig konferanse.
- Det er også ønskelig med en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for Sykepleien Forsknings lesere.
- Hvis manuset bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatterne opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon for å unngå plagiering/dobbeltpubliserings.

## Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees/reviewers) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfelleevaluering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskriphåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, bedømmes først ut fra følgende kriterier:

- Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?
- Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjonen kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunktet. Artikkelmanuskripter som antas å være aktuelle, sendes til fagfelleevaluering.

Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, må følge denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

## Innsending av revidert manuskript

1. Etter fagfelleevaluering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.
2. Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med revidert manuskript i ScholarOne som Author's response.
3. Alle endringer i revidert manuskript skal markeres med rødt eller ved hjelp av funksjonen Spor endringer.
4. Revidert manuskript og Author's response lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren.

## Godkjenning av manuskript

1. Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.
2. Det er viktig å følge instruksjer fra redaksjonen vedrørende språkvask av endelig manuskript.

### **Oversetting til engelsk**

1. Fra høsten 2016 blir alle forskningsartikler i Sykepleien Forskning oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.
2. Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.

### **Krav til medforfatterskap**

Når et artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfatterne ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at vedkommende kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier, kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlige, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Det åpnes for spesifisering av forfatternes bidrag, for eksempel «XX og YY har bidratt like mye til denne artikkelen». Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

### **Erklæring om interessekonflikter**

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis når manuskriptet sendes inn.

## Edinburgh postnatal depresjonsskår (EPDS)

Navn:            Fødselsdato:            Dato:

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

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, såvidt  
Aldri

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**



### **”Kartlegging av depresjon i svangerskapet”**

#### **Bakgrunn og formål**

Vi er to jordmorstudenter, X og X, ved Høgskulen på Vestlandet (HVL) som i vår masteroppgave ønsker å undersøke hvordan symptomer på depresjon kartlegges av jordmødre hos gravide som går til svangerskapskontroller på helsestasjon.

Årlig opplever mellom 6000 til 9000 barselkvinner en eller annen form for depresjon i sammenheng med svangerskapet, fødsel og tiden etterpå. I følge forskning på området har depresjonen hos 1 av 3 kvinner allerede startet i svangerskapet. Både internasjonale og nasjonale retningslinjer presiserer viktigheten av å avdekke symptomer på depresjon hos gravide og gjerne ved bruk av anerkjente kartleggingsverktøy. Selv om nedstemthet og depresjon er minst like vanlig i slutten av svangerskapet som etter fødselen, har ikke depresjon i svangerskapet fått samme oppmerksomhet som depresjon i barselperioden. Problemstillingen vi ønsker å besvare i masteroppgaven vår er:

Hvordan kartlegger jordmødre i Norge symptomer på depresjon hos gravide i svangerskapsomsorgen?

På bakgrunn av dette er det ønskelig med en tilbakemelding fra jordmødre som jobber i svangerskapsomsorgen om hvordan depresjon eller symptomer på depresjon kartlegges under svangerskapskontroller.

Vi kommer til å sende ut undersøkelsen til jordmødre i svangerskapsomsorgen i Hordaland og Sør-Trøndelag. Du er valgt ut til denne studien fordi du er registrert som ansatt som jordmor på en helsestasjon i en av disse fylkene.

**Hva innebærer deltakelse i studien?**

Hvis du ønsker å delta i denne studien, kan du trykke på linken nederst i denne mailen, som vil ta deg direkte til spørreskjemaet. Ved å besvare spørreskjemaet bekrefter du samtidig at du er med i studien. Spørreskjemaet besvares elektronisk. Det vil ta 5-8 minutt å besvare. Spørsmålene vil omhandle hvordan du identifiserer depresjon hos gravide under konsultasjon og hvilke kartleggingsverktøy du bruker eller kjenner til. Besvarelsen vil være anonym, men resultater fra studien vil være knyttet til fylket du arbeider i.

**Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og anonymt. Det er kun mastergradsstudentene som skriver denne oppgaven samt veileder ved HVL som vil ha tilgang til personopplysningene. Alle data vil bli slettet etter oppgaven er ferdig.

Vi vil analysere resultatene fra studien og publisere en artikkel ut fra våre resultater. Ingen vil kunne gjenkjennes i publikasjonen. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke ved å avslutte utførelsen av spørreskjemaet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes vår 2018.

Vi håper du vil være med!

Med vennlig hilsen X og X

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med X

Veileder til masteroppgaven er jordmor/første lektor ved Høgskulen på Vestlandet: X

## Identifisering av symptomer på depresjon i svangerskapet

Det vil dessverre ikke være mulig å gå tilbake til tidligere spørsmål. På enkelte spørsmål vil det være mulig å hake av for flere alternativ. Spørsmål med stjerne bak er obligatoriske.

På forhånd takk for din deltakelse. Vi setter pris på din ærlige tilbakemelding.

Din identitet vil holdes skjult.

[Les om retningslinjer for personvern.](#) (Åpnes i nytt vindu)

### 1) \* Hvilket fylke er du ansatt i?

- Hordaland
- Sør-Trøndelag

### 2) \* Din alder

Velg...

### 3) \* Hvor mange år har du vært utdannet som jordmor?

Velg...

### 4) \* Hvor mange år har du jobbet som jordmor i svangerskapsomsorgen?

Velg...

### 5) \* Hvordan avdekker du vanligvis symptomer på depresjon hos den gravide? Kryss av for i hvilken grad du kjenner du deg igjen i disse påstandene:

	Ikke					
						i
	svært	stor	noen	liten	svært	det
	grad	grad	grad	grad	grad	hele
						tatt
Jeg spør kvinnen direkte om hun er deprimert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg ser det på kroppsspråket	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg får følelsen av det og tar det opp i samtale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg bruker et kartleggingsverktøy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 6) Hvis andre metoder, vennligst spesifiser:

**7) \* Har din arbeidsplass egne retningslinjer på hvordan symptomer på depresjon skal avdekkes hos gravide?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

**8) Hvis ja, inneholder disse retningslinjene bruk av kartleggingsverktøy?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

**9) Følger du disse retningslinjene?**

- I svært stor grad
- I større grad
- I noen grad
- I mindre grad
- I svært liten grad
- Ikke i det hele tatt

**10) \* Om du mistenker eller oppdager at den gravide er i ferd med å utvikle depresjon, hvordan følger du opp kvinnen videre? Her kan gradene svarene dine:**

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad	Ikke i det hele tatt
Jeg henviser til fastlege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg henviser til psykolog tilknyttet helsestasjonen eller annen psykolog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg tilbyr kvinnen å delta i støttegrupper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg tilbyr hyppigere kontroller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er usikker på hvordan jeg skal gå frem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**11) Hvis andre oppfølgingsmetoder, vennligst spesifiser:**

**12) \* Hvilket kartleggingsverktøy bruker du for å avdekke symptomer på depresjon?**

- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)
- Montgomery and Aasberg depression rating scale (MADRS)
- Beck Depression Inventory (BDI)
- Jeg bruker ikke et kartleggingsverktøy

**13) Hvis andre kartleggingsverktøy, vennligst spesifiser:****14) \* Hvilket kartleggingsverktøy kjenner du til? Her kan du krysse av på flere svaralternativer**

- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)
- Montgomery and Aasberg depression rating scale (MADRS)
- Beck Depression Inventory (BDI)
- Jeg kjenner ikke til noen kartleggingsverktøy

**15) Hvis du kjenner andre kartleggingsverktøy, i så fall hvilke? Spesifiser her:****16) \* Har du noen gang deltatt på kurs i bruk av kartleggingsverktøy for depresjon?**

- Ja
- Nei

**17) Hvis ja, hvilket kartleggingsverktøy? Vennligst spesifiser:**

**18) I hvilken grad kunne du ønske at du brukte et konkret kartleggingsverktøy i dine konsultasjoner?**

- I svært stor grad
- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- I svært liten grad

**19) \* Rent erfaringsmessig; i hvilken grad mener du det er nødvendig å fange opp symptomer på depresjon allerede i svangerskapet?**

- I svært stor grad
- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- I svært liten grad
- Ikke i det hele tatt

**20) \* I hvilken grad er den metoden du benytter deg av i svangerskapskonsultasjonene tilstrekkelig for å kartlegge symptomer på depresjon i svangerskapet?**

- I svært stor grad
- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- I svært liten grad
- Ikke i det hele tatt



Vår dato: 04.10.2017

Vår ref: 55671 / 3 / EPA


Deres dato:

Deres ref:

## Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.09.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

55671                      *Kartlegging av depresjon i svangerskapet*  
Behandlingsansvarlig    *Høgskulen på Vestlandet, ved institusjonens øverste leder*  
Daglig ansvarlig          
Student

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](#). 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](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 04.05.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*



Marianne Høgetveit Myhren

Eva J. B. Payne

Kontaktperson: Eva J. B. Payne tlf: 55 58 27 97 / [eva.payne@nsd.no](mailto:eva.payne@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: [REDACTED]

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 55671

#### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men vi ber om at studenten legger til dato for prosjektslutt, 04.05.2018.

#### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at student/forsker etterfølger Høgskulen på Vestlandet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

#### DATABEHANDLER

Surveymonkey er databehandler for prosjektet. Høgskulen på Vestlandet skal inngå skriftlig avtale med Surveymonkey om hvordan personopplysninger skal behandles, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder: <http://www.datatilsynet.no/Sikkerhet-internkontroll/Databehandleravtale/>.

#### PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 04.05.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

Vi gjør oppmerksom på at også databehandler (Surveymonkey) må slette personopplysninger tilknyttet prosjektet i sine systemer. Dette inkluderer eventuelle logger og koblinger mellom IP-/epostadresser og besvarelser.