GÖTEBORGS UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

DET ÄR DAGS ATT INFÖRA PARTNERSAMTAL PÅ ALLA BVC

En kvalitativ studie om specialistsjuksköterskans erfarenheter av att identifiera och stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest på BVC

Hanna Christensson
Maria Wernersson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska. Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård, OM5310.
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2020
Handledare:	Sonia Sunny
Examinator:	Margret Lepp

Titel svensk:	Det är dags att införa partnersamtal på alla BVC En kvalitativ studie om specialistsjuksköterskans erfarenheter av att identifiera och stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest på BVC
Titel engelsk:	It´s about time to adopt partner conversations in all children´s health care centrals. A qualitative study regarding specialist nurse´s experiences of identifying and supporting new parents suffering from depression and anxiety in children´s health care centrals.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska. Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård, OM5310.
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2020
Handledare:	Sonia Sunny
Examinator:	Margret Lepp
Nyckelord:	specialistsjuksköterska, postpartumdepression, ångest, nyblivna föräldrar, identifiera, stödja

---

Sammanfattning

Bakgrund: I början av föräldraskapet är det betydelsefullt att få stöd och vägledning för att skapa förutsättningar för en bra start för både föräldrar och det nyfödda barnet. I Sverige följs nästintill alla barn av barnhälsovården vilket gör att BVC-sjuksköterskan har en viktig uppgift i att identifiera psykisk ohälsa för att kunna stödja föräldrarna. Forskning visar att tidig identifiering av depression och ångest samt stöd till föräldrarna är betydelsefullt för att undvika att det psykiska måendet förvärras. När föräldrar har depression och ångest kan detta leda till lidande för individen, familjen och det nyfödda barnet. Det finns få svenska kvalitativa studier som belyser specialistsjuksköterskans erfarenheter av att identifiera och stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest. **Syfte:** Att beskriva specialistsjuksköterskans erfarenheter av att identifiera och stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest på BVC. **Metod:** Till studien valdes deskriptiv kvalitativ metod och semistrukturerade intervjuer genomfördes. Intervjuerna genomfördes med sju specialistsjuksköterskor som hade minst ett års erfarenhet av yrket. Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. **Resultat:** Efter analys av datamaterialet växte fyra kategorier fram. Dessa var att uppmärksamma föräldrars psykiska mående, att vara medmänniska, faktorer som påverkar möjligheten att identifiera och stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest samt att inkludera partnern. **Slutsats:** I resultatet visade det sig att screeningverktyget EPDS är ett användbart verktyg för att kunna

identifiera depression och ångest och för att underlätta det stödjande samtalet med mamman. En viktig aspekt som framkom i resultatet var att det medmänskliga samtalet hade en betydelsefull funktion i att stödja föräldrar med depression och ångest. Slutligen ses ett behov av att implementera partnersamtal enligt barnhälsovårdsprogrammet på alla BVC för att underlätta identifieringen av depression och ångest hos partnern samt för att kunna stödja partnern.

Nyckelord: specialistsjuksköterska, postpartumdepression, ångest, nyblivna föräldrar, identifiera, stödja

Abstract

Background: It is of great importance in the beginning of the parenthood that parents get support and guidance to be able to create favorable conditions for both the parents and the infant. The growth and development of almost all children are followed by the child health care in Sweden, therefore the child health nurses have an important task in identifying mental illness and anxiety in order to support the parents. Studies have shown that early identification of depression and anxiety and support for the parents is of great importance to ensure that the mental conditions doesn't worsen. In cases where parents suffer from depression and anxiety, it can cause suffering for the individual, family and the infant. There are few qualitative studies in Sweden that enlightens the specialist nurses experiences according to identifying and supporting depression and anxiety in new parents. **Purpose:** To describe the specialist nurse´s experiences of identifying and supporting new parents suffering from depression and anxiety. **Method:** A descriptive qualitative method was chosen and the interviews were conducted in a semi-structured form. The interviews were conducted with seven child health nurses, with at least one year's experience of the profession. The data from the interviews were analyzed through a qualitative content analysis with inductive approach. **Results:** After the data was analyzed four categories were identified: to observe the parents mental health, to be a fellow human being, factors who effect the possibilities to identify and support new parents with depression and anxiety and to include the partner. **Conclusion:** EPDS is a useful tool in order to identify and support mothers suffering from depression and anxiety. An important aspect that emerged in the result was that the interpersonal conversation had a significant function in supporting parents with depression and anxiety. Finally a need of implementation of the guidelines from the child health care's nation guidelines regarding identification and support to the partner through depression and anxiety is necessary.

Key words: specialist nurse, postpartumdepression, anxiety, new parents, identifying, support

Förord

Vi vill framförallt tacka BVC-sjuksköterskorna som deltog i denna studie och delade med sig av sina erfarenheter.

Vi vill också tacka vår handledare för gott samarbete.

Innehållsförteckning

Inledning ... 1
Bakgrund ... 2
Föräldraskapet ... 2
Postpartumdepression ... 3
Konsekvenser som följer av att drabbas av depression och ångest som nybliven förälder ... 4
Barnhälsovårdens uppdrag ... 5
Screeningverktyget EPDS och dess betydelse ... 6
Erfarenheter av stöd till nyblivna föräldrar från olika perspektiv ... 7
Behandling och förebyggande insatser för nyblivna föräldrar med depression och ångest ... 8
Transitionsteorin som teoretisk referensram ... 9
Problemformulering ... 10
Syfte ... 11
Metod ... 11
Design ... 11
Urval ... 11
Datainsamlingsmetod ... 12
Dataanalys ... 12
Forskningsetiska övervägande ... 13
Resultat ... 14
Kategori: Att uppmärksamma föräldrars psykiska mående ... 15
Att använda sig av screeningverktyget EPDS ... 15
Att utforska hur nyblivna föräldrar mår ... 17
Kategori: Att vara medmänniska ... 18
Att ge stöd genom medmänskligt samtal ... 18
Att vara den förlängda armen ... 19
Att vara tillgänglig för att kunna stödja ... 20
Kategori: Faktorer som påverkar möjligheten att identifiera och stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest ... 21
Att samarbeta ... 21
Att ha tid för att stödja ... 22

Att ha kompetens främjar den stödjande rollen ... 22
Att vara öppen för kommunikation kring psykisk ohälsa ... 23
Kategori: Att inkludera partnern ... 24
Att erbjuda partnersamtal ... 24
Att ge stöd till partnern ... 25
Diskussion ... 26
Metoddiskussion ... 26
Trovärdighet ... 26
Pålitlighet ... 27
Överförbarhet ... 27
Resultatdiskussion ... 28
Att uppmärksamma föräldrars psykiska mående ... 28
Att vara medmänniska ... 30
Faktorer som påverkar möjligheten att identifiera och stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest ... 30
Att inkludera partnern ... 31
Transitionsteorin ... 32
Slutsats ... 33
Klinisk implikation ... 33
Förslag på fortsatt forskning ... 33
Referenslista ... 35
Bilaga 1 ... 40
Bilaga 2 ... 41
Bilaga 3 ... 44
Bilaga 4 ... 45

Inledning

Att träda in i föräldraskapet skapar mycket glädje men genererar också många krav på att räcka till som förälder och partner (Regeringskansliet, 2015). Under nyföddhetsperioden är det betydelsefullt för föräldrarna med stöttning och vägledning för att kunna hantera de krav och påfrestningar som ett barn kan innebära (Darvill, Skirton & Farrand, 2010). Depression hos nyblivna föräldrar är vanligt förekommande, cirka 8 -15 procent av alla nyblivna mammor är drabbade och cirka (SBU, 2014; Socialstyrelsen, 2017) fem procent av alla män tros vara drabbade (Hwang & Nilsson, 2019). Även ångest är vanligt förekommande hos nyblivna föräldrar (Yelland, Sutherland & Brown, 2010). Inom barnhälsovården är ett av uppdragen att tidigt identifiera mammor som har risk att få en postpartumdepression samt att uppmärksamma pappans psykiska mående. Detta då forskning visar att depression kan medföra konsekvenser för det nyfödda barnet (Giallo, Cooklin, Wade, D'Esposito & Nicholson, 2014; Murray m.fl., 2011). Idag används verktyget The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) tillsammans med en klinisk bedömning för att identifiera om mamman har tecken på postpartumdepression (Rikshandboken i barnhälsovård, 2020). Studier visar att det är ett välfungerande verktyg för att identifiera och samtala med mamman om psykisk ohälsa (Glavin, Ellefsen & Erdal, 2010a; Vik, Aass, Willumsen & Hafting, 2009). Idag finns inget rutinmässigt screeningverktyg för att upptäcka depression hos partnern. Däremot ska partnern erbjudas ett enskilt samtal på BVC, tre till fem månader efter att barnet är fött, där det finns tillfälle att identifiera och samtala om det psykiska måendet hos partnern (Rikshandboken i barnhälsovård, 2019a). Forskning tyder på att BVC-sjuksköterskan kan ha svårt att ge det stöd som föräldrar behöver när depression och ångest har identifierats (Cawley & McNamara, 2011; Santos Junior, Rosa Gualda, de Fátima Araújo Silveira & Hall, 2013; Vik et al., 2009).

I denna studie används begreppet BVC-sjuksköterska. BVC-sjuksköterska är en yrkestitel som kan innehas av sjuksköterskor som har genomgått en specialistutbildning till antingen distriktssköterska eller barnsjuksköterska. Författarna har valt att inte begränsa föräldrar till det normativa förhållandet, mamma och pappa. Studien kommer därmed att inkludera alla familjekonstellationer som specialistsjuksköterskor möter. Författarna till studien har valt termen nybliven förälder och detta innefattar både förstagångsföräldrar och

andragångsföräldrar. Termen nybliven förälder definierades inte i intervjufrågorna då depression kan pågå under en lång period efter barnets födsel som beskrivs i bakgrunden. Därmed sattes inte någon specifik tidsperiod som någon klassas som nybliven förälder. Begreppet partner kan i denna studie innefatta både mammor och pappor. Med partner menas den som inte burit barnet.

Bakgrund

Föräldraskapet

När ett barn föds och individen träder in i en ny roll, föräldrarollen, innebär detta nya villkor och förutsättningar. Plötsligt har föräldern en rad plikter gentemot en annan individ, det nyfödda barnet. Hela familjen påverkas och tidigare roller inom familjen förändras. Detta kan skapa en rad olika känslor, både positiva och negativa. För vissa föräldrar dominerar de negativa känslorna och kan leda till psykisk ohälsa i samband med att ett barn föds (Hwang & Nilsson, 2019). Vanliga orsaker till psykisk ohälsa efter att barnet är fött är sömnbrist, brist på vuxenkontakt samt den oförutsedda känslan som främst drabbar mamman, att vara en oduglig förälder (Cullberg, 2007). För mammor kan det vara känsligt att inte leva upp till bilden av den ”perfekta mamman” (Coates, Ayers & de Visser, 2014; Socialstyrelsen, 2013). Det finns många krav utifrån om hur du som nybliven förälder ska vara. Dels krav om att gå helt upp i föräldrarollen samtidigt som det finns krav på att hinna med sin relation och livet utanför hemmet (Lévesque, Bisson, Charton & Fernet, 2020). Studier visar dessutom att ouppfyllda förväntningar är något som kan få mammor att må dåligt (Coates m.fl., 2014; Darvill m.fl., 2010). Dessa orealistiska förväntningar gör inte övergången till att bli förälder enklare (Harwood, McLean & Durkin, 2007). I en kvalitativ studie av Coates m.fl. (2014) visar det sig att mammor med psykisk ohälsa efter förlossningen kan uppleva att vården inte adresserar deras psykiska mående och att det kan vara svårt att hitta rätt stöd. Det kan vara svårt som förälder att avgöra om känslorna som upplevs i den nya livssituationen är känslor som kommer av att träda in i föräldraskapet eller om känslorna faktiskt vittnar om psykisk ohälsa. Det kan dessutom vara problematiskt som nybliven förälder att våga öppna upp kring sina problem.

Postpartumdepression

En depression karaktäriseras av en rad olika symtom. Enligt diagnossystemet ICD (International statistical classification of diseases and related health problems) ska personen uppleva minst två av följande symtom: nedstämdhet, energiförlust eller förlorat intresse för sådant individen tidigare tyckt om. Symtomen ska hålla i sig mer än två veckor för att en depression ska vara aktuell. Förutom symtomen ovan kan personen drabbas av sömnproblem, svårigheter att ta beslut samt svårigheter att fokusera, försämrad självkänsla/självförtroende, aptitförändringar, suicidtankar/handlingar, rastlöshet eller förlångsammade rörelser samt nedsättande tankar om sig själv. Sammanlagt behöver personen ifråga ha minst fyra symtom (SBU, 2004). Se bilaga 1. Ångest kan upplevas av alla då och då men det är när ångesten begränsar individen och gör det svårt att ha ett fungerande liv som ångesten blir patologisk (Folkhälsomyndigheten, 2019). Vid ångest kan personen uppleva både psykiska och fysiska symtom såsom illamående, hjärtklappningar och overklighetskänslor.

Initialt får många föräldrar hantera ovälkomna känslor de första dagarna efter att ett barn föds, till exempel kan föräldrarna uppleva sig arga och ledsna. Tillståndet kallas för babyblues. Dessa känslor ska dock försvinna relativt omgående. Om känslorna fortgår och påverkar det nya livet negativt kan det vara uttryck för en postpartumdepression, även kallad förlossningsdepression. En förlossningsdepression kan göra att föräldern upplever det svårt att axla den nya föräldrarollen (Socialstyrelsen, 2014). Hur många kvinnor och män som drabbas av en postpartumdepression varierar i litteraturen men cirka 8-15 procent av kvinnorna tros insjukna i Sverige (SBU, 2014; Socialstyrelsen, 2017) och cirka fem procent av männen (Hwang & Nilsson, 2019). En viss skillnad i tidpunkt för insjuknande i postpartumdepression ses mellan kvinnor och män där barnets födelse ter sig starta kvinnans insjuknande medan männen i regel insjuknar några månader senare (Goodman, 2004; Socialstyrelsen, 2014). Postpartumdepression ger sig uttryck på samma sätt som en vanlig depression förutom att den nya föräldrarollen kan påverkas negativt samt att depressionen kan ha en negativ inverkan på det nyfödda barnet (Socialstyrelsen, 2014). Forskning visar att depression är vanligt även två år efter barnets födsel hos både kvinnor och män. Prevalensen är då elva procent för mammor och fem procent för pappor (Johansson, Svensson, Stenström & Massoudi, 2017).

Varför vissa föräldrar drabbas av depression och ångest i samband med ett barns födelse och vissa inte har en rad olika orsaker och samband. Det finns ett samband mellan

postpartumdepression och att föräldrarna upplevt problematiska eller påfrestande omständigheter i sitt liv (Rubertsson, Waldenström & Wickberg, 2003; Rubertsson, Wickberg, Gustavsson & Rådestad, 2005; Socialstyrelsen, 2014; Yelland m.fl., 2010; Massoudi, Hwang, & Wickberg, 2016). Andra saker som har samband med depression hos nyblivna föräldrar är brist på fungerande nätverk (Socialstyrelsen, 2014), tidigare problem med psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2014; Goodman, 2004; Massoudi m.fl., 2016), avsaknad av stöd från partnern (Rubertsson m.fl., 2003; Massoudi m.fl., 2016), att vara arbetslös (Rubertsson m.fl., 2005) samt utländsk härkomst (Rubertsson m.fl., 2003; Rubertsson m.fl., 2005; Yelland m.fl., 2010). Föräldrar med utländsk härkomst beskriver i en studie av Lévesque m.fl. (2020) att dem ibland saknar ett socialt nätverk och till följd av detta upplever psykisk ohälsa som nyblivna föräldrar. Forskning visar att risken för pappan att insjukna i en depression ökar om mamman har en depression (Goodman, 2004; Massoudi m.fl., 2016). Även det omvända sambandet ses (Massoudi m.fl, 2016).

Konsekvenser som följer av att drabbas av depression och ångest som nybliven förälder

Forskning visar att relationen till partnern kan påverkas negativt när föräldraskapet tar sin början (Hwang & Nilsson, 2019; Lévesque m.fl., 2020). Föräldrar beskriver att föräldrarollen dominerar framför partnerrollen och att det är svårt att hitta tid och ork för relationen (Lévesque m.fl., 2020). Forskning visar dessutom att ohälsa hos föräldrar kan ha negativa effekter för barnet. Psykisk ohälsa hos mamman under nyföddhetsperioden kan påverka barnet ända upp till sju års ålder i form av affektiva problem och beteendeproblem (Giallo m.fl., 2014). Dessutom visar Murray m.fl. (2011) att mammans postpartumdepression kan leda till ångest och depression hos barnen i tonåren och att dessa barn under sin uppväxt har sämre förmåga att anpassa sig till stressande faktorer i omgivningen. Studien hittar dock inte ett samband mellan postpartumdepression och beteendeproblem hos barn. Forskning visar att barn till pappor med postnatal depression har högre risk att drabbas av trotssyndrom, sociala problem samt uppförandeproblem (Ramchandani m.fl., 2008).

För att skapa en god relation med ett nyfött barn krävs omtanke och omvårdnad. När en trygg relation upprättas mellan förälder och barn skapas en trygg anknytning dem emellan (Socialstyrelsen, 2014). Om föräldern inte är lyhörd för barnets signaler och ger det emotionella stöd barnet behöver kan anknytningen skadas (Murray m fl., 2011;

Socialstyrelsen, 2014). Detta kan till exempel ske när föräldern oro och ångest tar mycket energi och tid från mötet med barnet. Långvarig oro och ångest kan leda till att föräldern har svårt att vara lyhörd för vad deras barn behöver. Det kan vara svårt att hitta tid till att lära känna sitt barn när föräldern är upptagen av sina egna tankar (Barnhälsovårdsenheten, 2018, 29 november). Nevriana m.fl. (2020) visar i sin forskning att minskad lyhördhet kan vara en bidragande orsak till att fler skador på barn ses hos föräldrar med psykisk ohälsa.

Barnhälsovårdens uppdrag

I Sverige har nästan alla familjer med barn kontakt med barnhälsovården från att barnet föds tills dess att barnet är sex år. Barnhälsovården i Sverige består av barnavårdcentraler (BVC) dit barn och föräldrar kommer regelbundet. På BVC arbetar utbildade distriktssköterskor och barnsjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2014). Båda inriktningarna ger möjlighet att jobba inom barn- och skolhälsovården. Med inriktning mot distriktssköterska ges även möjligheten att arbeta på vårdcentral eller i kommunal hälso- och sjukvård (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

Ett av barnhälsovårdens övergripande mål är *”att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn” (Rikshandboken i barnhälsovård, 2018a, stycke 1)*. Detta gör barnhälsovården genom att följa barns psykiska, fysiska och sociala utveckling. Barnhälsovården ska förutom att följa barns utveckling, uppmuntra och stödja familjen när det gäller hälsan, förekomma eventuella hälsoproblem som kan uppkomma samt ge föräldrarna stöd i sin livssituation. Barnhälsovården fokuserar alltså inte enbart på barnet utan på hela familjens välbefinnande (Rikshandboken i barnhälsovård, 2018a).

Det är av stor vikt för BVC-sjuksköterskan att identifiera psykisk ohälsa hos föräldrar då studier visar att föräldrars psykiska ohälsa kan ge en rad följder för barnet (Giallo m.fl., 2014; Murray m.fl., 2011). En av de första kontakterna med vården efter att ett barn fötts är via ett hembesök av BVC-sjuksköterskan (Rikshandboken i barnhälsovård, 2019b). BVC-sjuksköterskan ska redan vid detta möte fråga kring det psykiska måendet och därefter kontinuerligt följa upp föräldrarnas psykiska mående (Rikshandboken i barnhälsovård, 2019c).

Screeningverktyget EPDS och dess betydelse

Från år 2010 infördes det inom barnhälsovården att mamman, sex till åtta veckor efter förlossning, ska erbjudas en rutinmässig screening för postpartumdepression. Under detta samtal används screeningsverktyget EPDS som ett hjälpmedel för att upptäcka de mammor som har symtom på depression. EPDS ska inte användas innan barnet är sex veckor då det skulle ge många falska positiva svar. En orsak till detta är att mamman fortfarande har fullt upp att finna sig tillrätta i föräldrarollen (Rikshandboken för barnhälsovård, 2020). EPDS består av tio olika påstående angående mammans mående där mamman ska stryka under de påståendet som visar hur måendet varit den senaste veckan (Department of health, u.å.). Se bilaga 2.

Utöver formuläret krävs det att BVC- sjuksköterskan kommunicerar med mamman kring frågorna och svaren för en djupare bedömning. Efter screeningen kan BVC-sjuksköterskan ha stödsamtal med föräldern om behov finns. Om ytterligare insatser behövs är det viktigt att föräldern kan få träffa en psykolog eller läkare. En viktig aspekt är att EPDS inte ska användas som enda metod att upptäcka depression (Department of health, 2006). Trots att EPDS är ett verktyg för att upptäcka postpartumdepression så kan även ångest identifieras med hjälp av den. Alla specialistsjuksköterskor som använder EPDS och stödjande samtal ska ha genomgått utbildning för detta genom BVC (Rikshandboken i barnhälsovård, 2020). Det som barnhälsovården erbjuder partnern idag är ett enskilt samtal. Samtalet ska äga rum tre till fem månader efter att barnet har fötts och ska bland annat fånga upp eventuell psykisk ohälsa (Rikshandboken i barnhälsovård, 2018b). Trots att ingen rutinmässig screening finns för partnern kan hen erbjudas att fylla i EPDS om det under samtalet visar sig att det psykiska måendet är påverkat. Om behov finns för ytterligare stöd kan partnern erbjudas samma stöd som den som burit barnet. Om en förälder har tecken på att det psykiska måendet är påverkat ska alltid den andra föräldern tillfrågas kring sitt psykiska mående (Rikshandboken i barnhälsovård, 2019a).

Viktigt att ha i åtanke är att en depression kan uttryckas olika beroende på var personen kommer ifrån och i vilken kultur personen lever. EPDS-formuläret finns validerat på olika språk och gränsen för när någon bedöms vara deprimerad skiljer sig åt mellan vissa länder och kulturer (Rikshandboken i barnhälsovård, 2020). Vikten av att använda formuläret på det språk som kvinnan talar beskrivs i en studie av Glavin m.fl. (2010a).

EPDS har bidragit till att över 50 procent av alla fall av depression upptäcks (Karolinska Institutets folkhälsoakademi, 2011). Studier visar att EPDS-screening för postpartumdepression är ett uppskattat och användbart verktyg för BVC-sjuksköterskor (Glavin m.fl., 2010a; Vik m.fl., 2009). Det hjälper BVC-sjuksköterskor att lättare kunna identifiera psykisk ohälsa hos mammor och underlättar kommunikationen kring svåra ämnen och smärtsamma känslor (Vik m.fl., 2009).

Forskning som gjordes innan EPDS implementerades 2010 visar att sjuksköterskor utöver EPDS har olika strategier för att identifiera depressiva symtom hos mammor. Några av strategierna är att fråga om mammans mående samt hur de vardagliga rutinerna fungerar för mamman. En indirekt metod är att se hur samspelet med barnet fungerar och i vissa fall är det mamman själv som tar upp ämnet (Massoudi, Wickberg, & Hwang, 2007).

Erfarenheter av stöd till nyblivna föräldrar från olika perspektiv

Studier visar att BVC-sjuksköterskor upplever att det är svårt att stödja nyblivna föräldrar (Cawley & McNamara, 2011; Santos Junior m.fl., 2013; Vik m.fl., 2009). Svårigheter kan vara att BVC-sjuksköterskorna saknar strategier, rutiner och kunskap för att stödja föräldrar med depression och ångest (Cawley & McNamara, 2011; Santos Junior m.fl., 2013). Studier belyser vikten av utbildning och utveckling för att kunna stödja samt diskutera psykisk ohälsa med föräldrarna (Cawley & McNamara, 2011; Glavin m.fl, 2010a; Glavin, Smith, Sørum, & Ellefsen, 2010b; Rush, 2012). Specialistsjuksköterskor som får extra utbildning kring postpartumdepression samt utbildning i stödjande samtal bidrar till att depressiva symtom hos nyblivna mammor minskar (Glavin m.fl., 2010b).

Det kan vara mer komplicerat att stödja en förälder med ångest än en förälder med depression. En orsak till detta kan vara att depression i samband med att ett barn föds diskuteras i större utsträckning än ångest. Samtidigt så hänger depression och ångest ihop. En stark ångest och oro under en längre tid innebär att det finns risk för att man missar det positiva i livet och att föräldern utvecklar en depression (Barnhälsovårdsenheten, 2018, 29 november).

En svensk studie visar att BVC-sjuksköterskor uppmärksammar samt stöttar mammor med psykisk ohälsa i större utsträckning än pappor. Detta trots att BVC-sjuksköterskorna betonade att en relation till både mamman och pappan var betydelsefullt. BVC-sjuksköterskorna

upplevde att det var bekymmersamt att stötta både mamman och pappan samtidigt samt att dem upplevde sig sakna förmåga att stötta pappan (Wells m.fl., 2017). En studie gjord av Fägerskiöld (2006) visar att pappor önskar få vara mer delaktiga i omsorgen om barnet och vill ha en bättre relation med BVC-sjuksköterskan. Det visar sig att pappor kan känna sig bortglömda och att dem upplever att BVC-sjuksköterskorna inte har tid med dem. En bra relation mellan BVC-sjuksköterskan och pappan kan bidra till att pappans engagemang för barnet ökar samt att pappan tar emot stöd i sin roll som pappa. I längden kan stödet i det tidiga faderskapet vara en förmån för både barnet och familjen (Fägerskiöld, 2006).

Behandling och förebyggande insatser för nyblivna föräldrar med depression och ångest

Forskning visar att det är betydelsefullt för föräldrar att få god stöttning och vägledning för att kunna hantera de nya krav och påfrestningar som ett barn kan innebära (Coates m.fl., 2014; Darvill m.fl., 2010). Det är viktigt att vara lyhörd för föräldrarnas erfarenheter och bakgrund samt att ge råd som främjar barnets hälsa och utveckling (Socialstyrelsen, 2014). Om föräldrar får stöd så minskar detta både risken för depression och durationen på depressionen (Hwang & Nilsson, 2019).

Ett viktigt begrepp i alla vårdmöten för distriktssköterskan är hälsofrämjande arbete. Genom att arbeta med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser bidrar distriktssköterskan till en bättre folkhälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Hälsofrämjande arbetssätt innebär bland annat att ha ett salutogent förhållningssätt och att se personens egen styrka att förebygga och hantera sjukdom (Socialstyrelsen, 2014). En av BVC-sjuksköterskans uppgifter är att stödja föräldrarna till att lita på sin egen förmåga att bemästra situationer, så kallad empowerment, vilket förhoppningsvis leder till ett ökat självförtroende i föräldraskapet (Regeringskansliet, 2015).

En sammanställning av internationell forskning visar att det finns preventiva åtgärder som kan göra att färre föräldrar insjuknar i postpartumdepression. Stödjande telefonsamtal, interpersonell psykoterapi strax efter att barnet föds samt stödjande hembesök från någon inom sjukvården visade sig vara bra preventiva åtgärder (SBU, 2014). I Sverige är syftet med hembesöket att skapa en god kontakt, ge information om barnhälsovården och få en uppfattning kring om familjen är i behov av ytterligare stöd. Forskning visar att denna typ av

insats kan förebygga bland annat psykisk ohälsa hos föräldrarna (Socialstyrelsen, 2014). Andra sätt att behandla mammor med postpartumdepression är med olika former av terapi, läkemedel mot ångest och depression samt genom samtal med BVC-sjuksköterskan.

Transitionsteorin som teoretisk referensram

Författarna till den här studien har valt transitionsteorin av Alaf Ibrahim Melis som teoretisk referensram. Denna teori passar väl in på förändringen som sker när en individ träder in i föräldraskapet. Transition är ett begrepp som innebär en förändring i livet och kan beskrivas som en övergång. Övergången startar när något inträffar i en människas liv, när en omställning i livet tar plats. Transitionen kan sägas pågå inom individen från det att personen börjar röra sig från en fas i livet tills dess att individen befinner sig i en ny fas i livet som upplevs trygg (Meleis, 2010a). Här nedan nämns två begrepp inom transitionsteorin: 1) Rolltransition, 2) Situationstransition.

Rolltransition

När en transition äger rum gör detta att individens roll förändras. Det finns en rad olika transitioner där individens roll förändras, till exempel när ett barn föds eller när någon blir sjuk som tidigare varit frisk. Detta kallas för rolltransition. Denna förändring kan vara en svår utmaning för individen då den nya rollen kan kräva helt nya förhållningssätt som gör att individens syn på sig själv behöver utvecklas i en helt ny riktning (Meleis, 2010b).

Att individens roll förändras kan innebära flera saker. Dels kan personen ifråga förlora en tidigare roll och dels kan personen ifråga träda in i en ny roll. Dessutom kan den nya rollen bli ofullständig. Om rollen blir ofullständig så kan detta leda till sorg, ångest och depression. En orsak till detta kan vara att individen inte lyckas hitta rätt i sin nya roll och inte känner sig bekväm med vad som förväntas av hen (Meleis, 2010b).

Situationstransition

När rolldynamiken i en grupp förändras av att gruppens antal förändras så kallas detta för situationstransition. Det är denna transition som inträffar när två individer får barn och blir föräldrar. Detta gör att rollerna i den lilla grupperingen förändras vilket kan skapa problem inom familjen. I en sådan transition kan sjuksköterskan vara ett stöd (Meleis, 2010b).

Sjuksköterskans roll i transitionen

En sjuksköterska kan hjälpa till i en rolltransition för att undvika att rollen blir ofullständig. När det gäller blivande föräldrar kan detta göras innan barnet föds genom att synliggöra den nya rollen föräldrarna är påväg att träda in i och bistå med kunskap kring rollförändringen som håller på att ske. Ett annat sätt att stödja föräldrarna i rolltransitionen är genom föräldragrupper innan barnet föds. Om rolltransitionen mynnar ut i en ofullständig roll så kan sjuksköterskan behöva stödja individen på olika sätt för att rollen ska kunna bli fullständig (Meleis, 2010b).

Problemformulering

Att träda in i föräldraskapet innebär en transition. Från att ha haft en roll som individ blir nu föräldrarollen den roll som framträder tydligast. Transitionen sker successivt till dess att balans hittas i den nya rollen. Initialt är det vanligt med både negativa och positiva känslor när ett barn föds, men för vissa föräldrar kvarstår de negativa känslorna i form av ångest och depression. Detta kan göra det svårt att hantera föräldrarollen.

För att förhindra negativa effekter för individen, familjen och för barnets utveckling är det viktigt med en tidig identifiering av depression och ångest hos föräldrarna. BVC-sjuksköterskan har regelbunden kontakt med nästintill alla familjer som har barn och har därför en nyckelroll i att identifiera tecken på depression och ångest hos föräldrar. Dels för att kunna förebygga depression och ångest och dels för att kunna stödja föräldrar med dessa tillstånd.

Forskning visar att EPDS med tillhörande samtal är en viktig del i att upptäcka föräldrar med tecken på depression och ångest. Utöver detta är det sparsamt forskat kring vilka andra erfarenheter BVC-sjuksköterskan har när det handlar om att identifiera depression och ångest hos nyblivna föräldrar. När det gäller att stödja föräldrar med depression och ångest visar forskning att BVC-sjuksköterskan kan uppleva det svårt, dock hittas få svenska kvalitativa studier som berör ämnet. Därav ämnar denna studie undersöka specialistsjuksköterskans erfarenheter kring att identifiera och stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest för att generera kunskap kring detta.

Syfte

Att beskriva specialistsjuksköterskans erfarenheter av att identifiera och stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest på BVC.

Metod

Design

Kvalitativ ansats med deskriptiv design har använts i studien. Syftet med att använda kvalitativ metod är att få en djupare förståelse av personers erfarenheter av det fenomen som studeras. Detta görs oftast genom att samla in information via berättelser från personer (Polit & Beck, 2020). Då avsikten med denna studie var att undersöka specialistsjuksköterskor erfarenheter av att identifiera och stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest ansågs en induktiv kvalitativ design vara lämplig. Induktiv ansats väljs då inga förutbestämda kategorier eller teorier finns utan skapas utifrån insamlad data (Polit & Beck, 2020).

Urval

Den urvalsmetod som använts i denna studie är bekvämlighetsurval vilket betyder att forskaren rekryterar deltagare som är lättåtkomliga. I den här studien tillfrågades alla BVC-sjuksköterskor på fyra olika BVC, i olika geografiska områden. Dessa fyra BVC valdes ut utifrån att författarna till denna studie hade någon form av relation till BVC:t, till exempel genom praktik eller genom att författarna och deras barn besökt det aktuella BVC:t.

I kvalitativa studier kan urvalen vara relativt små. Forskaren önskar få ut så mycket material som möjligt av varje deltagare för att få så innehållsrika beskrivningar som möjligt av det fenomen som studeras. Hur många som ska inkluderas i en kvalitativ studie beror på när datamättnad uppnås, alltså när inga nya beskrivningar av fenomenet tillkommer (Polit & Beck, 2020). Inklusionskriterierna i den här studien var att BVC-sjuksköterskan skulle ha arbetat som BVC-sjuksköterska i minst ett år. Yrkeserfarenhet på ett år valdes för att deltagarna skulle ha hunnit skaffa sig erfarenhet inom studiens område. Antal BVC-sjuksköterskor som tackade ja till studien var åtta stycken. En BVC-sjuksköterska drog sig ur studien på grund av hög arbetsbelastning vilket resulterade i sju deltagare. Alla sju som deltog

i studien var kvinnor. Arbetslivserfarenheten som BVC-sjuksköterska varierade från ett år till tjugo år. Tre stycken var distriktssköterskor och fyra stycken var barnsjuksköterskor.

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen genomfördes via enskilda semistrukturerade intervjuer av författarna till studien. Fördelen med semistrukturerade intervjuer är att förberedda öppna frågor kan ställas till samtliga deltagare, men att följdfrågor kan ställas beroende på deltagarens svar. Intervjumetoden möjliggör att alla aspekter som vill undersökas kommer med (Polit & Beck, 2020). Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av författarnas egna mobiltelefoner. En intervjuguide utformades. Se bilaga 3. Frågorna fokuserade på BVC-sjuksköterskornas erfarenheter av att identifiera och stödja föräldrar med depression och ångest. Förutom dem i förhand bestämda frågorna ställdes frågor under intervjuns gång för att svaren skulle utvidgas. I slutet av varje intervju tillfrågades deltagarna om de ville lägga till något ytterligare. Intervjuerna genomfördes på BVC-sjuksköterskornas arbetsplats i ett avskilt rum för att minska risken att bli störd. Att intervjuerna sker avskilt är att föredra (Polit & Beck, 2020). Intervjuerna tog mellan 8-25 minuter och utfördes under vecka 41, 2020. Fyra intervjuer genomfördes av den ena författaren till studien och tre intervjuer genomfördes av den andra författaren till studien. Kontakt med BVC togs via mail för att se om intresse fanns för att delta i studien. Därefter togs kontakt med verksamhetschefen för att få godkännande att genomföra studien. Forskningspersonsinformation (FPI) presenterades för deltagarna innan intervjuerna påbörjades.

Dataanalys

Analys av kvalitativ data gör att insamlad data kan systematiseras och att forskaren kan få fram innebörden av all data som är insamlad (Polit & Beck, 2020). Innehållsanalys har använts i den här studien för att analysera materialet. En manifest analys ämnar beskriva datamaterialet såsom det är medan latent innehållsanalys tillåter tolkning av materialet (Polit & Beck, 2020). Graneheim, Lindgren och Lundman (2017) menar att båda sätten innebär en viss grad av tolkning. Författarna till denna studie har valt en manifest analys och har utgått från Graneheim och Lundman (2004) och Graneheim m.fl. (2017) enligt följande:

Datamaterialet som bestod av intervjuer delades upp i meningsenheter. Meningsenheterna fick en kod som beskrev meningsenheten. Därefter kategoriserades koderna vilket innebar

att koder med liknade innebörd sorterades in under samma kategori (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna till studien läste igenom de transkriberade intervjuerna flera gånger för att få insikt i materialet och lära känna data som rekommenderas i Polit och Beck (2020). Exempel på analysprocessen visas i tabell 1.

Tabell 1. Ett exempel på hur analysprocessen genomförts**.**

Meningsbärande enhet	**Kondensering**	**Kod**	**Underkategori**	**Kategori**
Sedan behövs det som sagt inte vara så avancerat, utan mer medmänskligt samtal. Det räcker många gånger. Det har man ju med sig ofta när man jobbar inom den här branschen.	Behöver inte vara avancerat, utan medmänskligt samtal. Räcker många gånger. Har med sig när man jobbar inom den här branschen.	Enkelt samtal	Att ge stöd genom medmänskligt samtal	Att vara medmänniska

Forskningsetiska övervägande

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) syftar på att värna om individens rättigheter vid forskning (Etikprövningsnämnden, u.å.). Etiken kring forskning behöver alltid noga övervägas för att skydda och värna om individens integritet och för att vetenskapssamhällets förtroende ska behållas (Cöster, 2014). Resultatet i en studie behöver gagna deltagarna eller andra människor (Polit & Beck, 2020). I denna studie intervjuades yrkesverksamma specialistsjuksköterskor. De som intervjuades utfrågades inte angående egna sjukdomstillstånd utan om sina egna professionella erfarenheter och upplevelser. Risken för psykisk skada ansågs därför vara begränsad. Förhoppningen är att studien kommer generera

användbar kunskap till den yrkesgrupp som studeras genom att återföra resultatet till de arbetsplatser där deltagarna arbetar. För att deltagarna skulle få möjlighet att tacka ja eller nej till studien utformades en forskningsinformation (FPI) för korrekt och väsentlig information angående studien. Se bilaga 4. Det belystes att medverkan var helt frivillig och att den medverkande kunde dra tillbaka sitt samtycke när som helst utan att uppge orsak (Etikprövningsnämnden, u.å.). Vissa ändringar gjordes i FPI:n i efterhand då syftet ändrades under arbetets gång.

För att behålla deltagarnas konfidentialitet använde författarna sig av koder på det inhämtade materialet under studiens gång, numreringar istället för personuppgifter som rekommenderas enligt Polit och Beck (2020). Det insamlande materialet förvarades så att obehöriga inte kunde ta del av det samt att resultatet presenteras så att inte deltagarnas identitet kan kännas igen. När arbetet är godkänt kommer alla transkriberade intervjuer att förstöras som rekommenderas av Polit och Beck (2020). Eftersom magisteruppsatsen görs inom specialistsjuksköterskeutbildningen behövs inga etiska tillstånd från etikprövningsnämnden (Etikprövningsnämnden, u.å.).

Resultat

Resultatet är uppbyggt på fyra kategorier med underkategorier som framkom under analysen av intervjuerna med BVC-sjuksköterskorna. Se tabell 2.

Tabell 2. Översikt över resultatet.

Kategori	**Underkategori**
Att uppmärksamma föräldrars psykiska mående	Att använda sig av screeningverktyget EPDS Att utforska hur nyblivna föräldrar mår

Att vara medmänniska	Att ge stöd genom medmänskligt samtal Att vara den förlängda armen Att vara tillgänglig för att kunna stödja
Faktorer som påverkar möjligheten att identifiera och stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest	Att samarbeta Att ha tid för att stödja Att ha kompetens främjar den stödjande rollen Att vara öppen för kommunikation kring psykisk ohälsa
Att inkludera partnern	Att erbjuda partnersamtal Att ge stöd till partnern

Kategori: Att uppmärksamma föräldrars psykiska mående

Att vara uppmärksam på föräldrars psykiska mående beskrevs som ett sätt att identifiera tidiga tecken på depression och ångest. Detta innefattade underkategorierna *att använda sig av screeningverktyget EPDS* och *att utforska hur nyblivna föräldrar mår.*

Att använda sig av screeningverktyget EPDS

Samtliga av BVC-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att använda sig av screeningverktyget EPDS för att uppmärksamma föräldrar med tecken på depression och ångest. Trots att alla

BVC-sjuksköterskor använde sig av verktyget hade inte alla hunnit gå utbildningen i EPDS, men upplevde trygghet i att använda det på grund av tidigare erfarenheter inom vården. Erfarenheten var att det var problematiskt att lämna över EPDS-screeningen till kollegor. BVC-sjuksköterskorna som hade utbildningen i EPDS upplevde att utbildning var en förutsättning för att kunna använda detta verktyg. Samtliga BVC-sjuksköterskor hade positiva erfarenheter av att använda sig av EPDS.

> *…det är ju faktiskt EPDS:en som är helt outstanding. För jag har upptäckt många som, som har mått dåligt som jag inte, jag inte alls skulle kunna gissa mig till. Så det är ett väldigt bra instrument (Deltagare 7).*

Några av BVC-sjuksköterskorna reflekterade över att EPDS inte ensamt skulle användas för att bedöma om mamman led av depression och ångest, utan att det endast var ett verktyg. Som nybliven förälder hörde det till vanligheten att få några poäng på EPDS-formuläret. BVC-sjuksköterskornas erfarenhet var att det var ett observandum om någon fick noll poäng, även om det fanns dem mammor som mår toppen. Deltagarna var överens om att EPDS inte fångar upp alla med depression och ångest. BVC-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att detta hade upptäckts när föräldrarna kom tillbaka och hade fått ett barn till.

> *… sen tror jag ändå att vi missar, att mammor, för när dem svarar på EPDS.n och vi träffas regelbundet och så kommer dem tillbaka med barn nummer två. Och då är det så många mammor som säger att ja, jag förstår ju nu att jag mådde nog inte så bra förra gången, men att man trodde att det skulle va så (Deltagare 5).*

Mammans mående kunde ibland komma fram på andra sätt om EPDS-screeningen inte hade gett något utfall, till exempel genom att partnern uppmärksammade BVC-sjuksköterskan på att mamman inte mådde bra.

En BVC-sjuksköterska belyste erfarenheten kring att använda EPDS på utrikesfödda.

> *… sedan kan det vara lite jobbigt när man har tolk. … då har jag kommit på att jag läser frågorna, så översätter tolken. Så läser jag svaren, så översätter tolken. Det är ju lite omständligt, ... Det är bättre att göra det och få någon liten hum om (Deltagare 7).*

Några av BVC-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att depression och ångest kunde upptäckas innan EPDS-screening var tänkt att göras på grund av den täta kontakt BVC-sjuksköterskorna har med familjen i början.

Att utforska hur nyblivna föräldrar mår

Att utforska bestod i att BVC-sjuksköterskan redan vid första kontakten med föräldrar frågade och observerade deras mående och känslor. Frågorna upprepades vid varje besök för att uppmärksamma förälderns mående.

> *När familjen ringer första gången och säger att ”Vi har fått ett nyfött barn” så frågar jag alltid hur mår ni? Dem flesta säger att dem mår bra eller haft något jobbigt. Haft föräldrar som redan där gråter och säger att det är jättejobbigt (Deltagare 4).*

För att utforska om mamman hade tecken på depression och ångest försökte BVC-sjuksköterskorna uppmärksamma icke verbala signaler såsom blickkontakt, kroppshållning och ansiktsuttryck.

> *Att dom är liksom hängiga, ser lite menlösa ut. Söker inte blickkontakt och det brister ju nästan när man kommer in här i rummet, så det är väldigt tydligt och då gör vi EPDS:en tidigare (Deltagare 6).*

En av BVC-sjuksköterskorna belyste vikten av att uppmärksamma yttre attribut såsom kläder och smink för att utforska mammans mående. I början av föräldraskapet ligger mammans fokus på att tillfredsställa barnets behov och ens egna behov blir sekundära. Den nya fasen i livet kan skapa trötthet och nedstämdhet och detta kan visa sig genom att man inte hinner eller orkar prioriterar sig själv.

> *En del föräldrar tappar inte den här låga känslan efter, men när barnen är tre fyra veckor så tycker jag att, jag vill jag ändå att mammorna ska vara lite piggare. De första veckorna så är det, då får man gärna komma i joggingbyxor och ett tecken är att många mammor är osminkade. När dom börjar bli piggare eller när dom har landat lite, så helt plötsligt har dom mascara på sig och det är ett tydligt tecken på att man mår bättre många gånger (Deltagare 5).*

Trots BVC-sjuksköterskornas erfarenheter av utforskande strategier för att identifiera depression och ångest så uttryckte en av BVC- sjuksköterskorna att det nog missas fler föräldrar än som hittas.

Kategori: Att vara medmänniska

Att vara medmänniska innebär att stödja och visa att det finns en annan person som bryr sig och vill lyssna, och ibland ge förslag eller råd. Detta innefattade underkategorierna *att ge stöd genom medmänskligt samtal, att vara den förlängda armen* och *att vara tillgänglig för att kunna stödja.*

Att ge stöd genom medmänskligt samtal

Det medmänskliga samtalet kan vara det som behövs för att föräldraskapet ska kännas hanterbart. Några av BVC-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att föräldrar som har depression eller ångest känner stöd genom att samtalet fokuserar på dem och inte på barnet. Genom att föräldern känner sig sedd och betydelsefull i sitt föräldraskap skapas en känsla hos föräldrarna att dem får stöd av BVC-sjuksköterskan.

BVC-sjuksköterskorna uppgav vikten att lyssna in vilken problematik det handlar om. Genom att identifiera problemet kan rätt stöd ges till föräldern. Några av deltagarna tog upp svårigheterna med att vara en lyssnande part. Att man gärna vill komma med en problemlösning till föräldern. Flera BVC-sjuksköterskor belyste vikten av att lyssna och att ställa frågor för att locka fram föräldrarnas egna resurser och förmågor, så kallad empowerment. Oftast så sitter föräldrarna på svaren själva när dem väl får prata med någon som lyssnar.

> *Sen stödjer vi i den mån vi kan och jag har ju ingen psykologutbildning. Så man är ju bara medmänniska egentligen skulle jag säga. Det är inget avancerat samtal, utan det handlar om att få dem att tänka på annat sätt och lyfta dem (Deltagare 1).*

Föräldraskapet kan innebära många påfrestningar som gör att föräldrarna känner sig trötta och slutkörda. Många av BVC-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att stöd då kunde ges genom enkla råd och vägledning.

> *Jag kan liksom tipsa om vissa saker och tipsa om saker. Men tänk på att göra såhär, gör din partner delaktig. Måste ni göra alla sakerna? Måste ni åka till sommarstugan och hälsa på hela släkten om du inte mår bra? Lite mer sådana saker (Deltagare 2).*

Det framkom att flera av deltagarna hade erfarenhet av att stöd till föräldrar kan ges via information i det medmänskliga samtalet. Information om känslor och tankar som kan förekomma i början av föräldraskapet. Detta kunde ha en stödjande funktion genom att bekräfta normala känslor i föräldraskapet.

> *Man frågar och berättar öppet att det faktiskt är vanligt. Hur man kan känna vad som kan komma och att det inte är ovanligt och vi är här för att hjälpa. Och att vi har bra hjälp om det skulle bli jättejobbigt, så har vi bra hjälp. Snabb hjälp (Deltagare 4).*

En av BVC-sjuksköterskorna brukade informera båda föräldrarna på hembesöket att vara uppmärksam på varandras psykiska mående. Skulle någon av föräldrarna inte må bra, så ska dem kontakta BVC.

Att vara den förlängda armen

Flera av deltagarna hade erfarenhet av att slussa föräldrar vidare för stöd när problematiken var mer omfattande än vad som rymdes inom BVC-sjuksköterskans kompetens. Däremot räckte det inte alltid att BVC-sjuksköterskan bad föräldern ringa psykologen utan ibland behövde BVC-sjuksköterskan agera som en förlängd arm för föräldern genom att ringa, påminna och se till att föräldern hade fått hjälp.

> *Då brukar jag fråga mamman: Vill du ringa själv? Eller vill du att jag tar kontakten så att dem hör av sig till dig? Och en del säger det att nej men jag ringer, och en del säger nej, nä men jag orkar inte ringa nu, men du får gärna förmedla en kontakt och då gör jag det … (Deltagare 2).*

En BVC-sjuksköterska hade erfarenhet av att stödja mamman genom att följa med mamman till öppna förskolan och vara där tillsammans. Att vara en förlängd arm genom att hjälpa mamman till social samvaro.

> *Å även ett led i det kan vara att följa med mamman och barnet in på öppna förskolan. Vara där tillsammans" (Deltagare 7).*

Att vara tillgänglig för att kunna stödja

Att vara tillgänglig för stöd framkom i flera av BVC-sjuksköterskornas erfarenheter kring att stödja föräldrar med depression och ångest. Deltagarna belyste erfarenheten av att vara tillgänglig för stöd via telefon.

> *Jajemän, dem får ringa hur mycket som helst, man kan ringa in klockan tre på natten, men vi ringer tillbaks först på morgonen då … Man kan ju ringa om både stort och smått. Och jag hoppas och tror att folk vet att det är öppet att ringa om allting (Deltagare 2).*

Att vara tillgänglig var en viktig del för BVC-sjuksköterskan även om detta innebar att andra saker fick prioriteras bort.

> *Ja, om hen ringer så går ju min middagsrast. Men jag tänker ändå att någonstans kanske det hjälper å veta att man kan ringa in till BVC … Det är faktiskt för dem här familjerna vi är till för" (Deltagare 3).*

Att vara tillgänglig för stöd kunde betyda att boka in extrabesök för de föräldrar som var i behov av det. En erfarenhet var även att det var viktigt att vara tillgänglig i stunden för att stödja.

> *Då blir det ju naturligt samtal. Alltså att man pratar och då blir det ju med en gång. Det är ju ingenting aha, nu ska vi boka in en tid för att prata utan det gör man under besöket …" (Deltagare 1).*

En BVC-sjuksköterska hade erfarenhet av att många föräldrar mådde dåligt av Coronapandemin. Detta gjorde att BVC-sjuksköterskan hade behövt vara extra tillgänglig för att stödja dessa föräldrar.

Kategori: Faktorer som påverkar möjligheten att identifiera och stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest

I intervjuerna framkom flera faktorer som påverkade BVC-sjuksköterskans möjlighet att identifiera och stödja föräldrar med depression och ångest. Detta innefattade underkategorierna *att samarbeta, att ha tid för att stödja, att ha kompetens främjar den stödjande rollen* och *att vara öppen för kommunikation kring psykisk ohälsa*.

Att samarbeta

BVC-sjuksköterskorna hade ett bra samarbete med kollegor och med andra yrkeskategorier när det gällde att ge stöd till nyblivna föräldrar och kände trygghet i detta. De kunde få stöttning och bra handledning när de hade en förälder som de var osäkra på. Stöd kunde till exempel ges i form av handledning tillsammans med psykolog.

> *Det fungerar faktiskt väldigt bra. Så den kommunikationen är jättebra och vi kan höra av oss när vi funderar. Vad ska jag göra nästa gång? Det jag har sagt, är det bra? (Deltagare 5).*

BVC-sjuksköterskorna uppgav att dom remitterade vidare till psykologen när annan yrkeskompetens behövdes. Vissa av deltagarna uppgav att de kunde remittera vidare vissa föräldrar på grund av osäkerhet på om deras stöd var tillräckligt för att stödja föräldern.

> *Det är när man märker att det blir övermäktigt så lämnar jag hellre över. För den kompetensen har man inte riktigt att stödja någon som verkligen mår dåligt (Deltagare 1).*

En faktor som kunde begränsa möjligheten till stöd för föräldrarna var brist på gränsöverskridande samarbete. Att missa viktig information på grund av att samarbete mellan mödravårdspsykologerna och barnhälsovårdpsykologerna saknades eller att man hade olika psykologer till olika familjer på grund av hög arbetsbelastning.

De flesta BVC-sjuksköterskorna tyckte att det fanns tydliga rutiner och riktlinjer för stöd på arbetsplatsen. De visste vart de skulle vända sig om de behövde remittera vidare föräldrar som led av depression eller ångest. När det gällde att samarbeta mellan olika yrkeskategorier fanns

det föräldragrupper, öppna förskolan och andra former av samvaro som fungerade som en stödjande funktion för föräldrar.

Att ha tid för att stödja

BVC- sjuksköterskorna beskrev en motstridig känsla till tidsaspekten. Vissa hade inte erfarenhet av tidsbrist medan vissa uppgav tidsbrist vid samtal där föräldrar var i behov av mer stöd. Samtidigt så kunde deltagarna remittera vidare till kuratorer eller psykologer vid tidsbrist.

> *Fast där har vi svårt att hinna med (angående stödjande samtal), så därför är det så bra att vi har nära till psykologenheten. För jag tror faktiskt ingen av oss här riktigt fixar det. Man kanske hinner med det någon gång men kanske inte alla gånger som krävs och då blir det så hattigt om man ska göra med några och inte med några (Deltagare 2).*

Tidsbristen hanterades genom att prioritera det som deltagarna ansågs viktigast. Till exempel genom att låta äldre barn som kommer på rutinkontroll få vänta på återbesök.

> *Jag tar den tiden till att stödja. Man använder dom luckor som finns. Vi har stora barn två, tre, fyra och fem år som får vänta litegrann med sina besök. Föräldrar och dom små går alltid först. Finns alltid tid till dom (Deltagare 4).*

Att ha kompetens främjar den stödjande rollen

BVC-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att deras stöd gav god hjälp till föräldrarna. Det framkom att tidigare erfarenheter inom yrket eller privat betydde mycket för att kunna ge stöd till föräldrarna. Utbyte av erfarenheter i teamet kunde även bidra till kunskap i att stödja föräldrarna. De kunde i vissa fall känna sig ha otillräcklig kunskap i stödjande samtal, avseende sin yrkesmässiga kompetens.

> *Jag vet ju bara, dels min egen erfarenhet som mamma och min egen erfarenhet som man fått när man jobbat inom barnhälsovården i många år (Deltagare 2).*

BVC-sjuksköterskorna som arbetat inom yrket en längre tid berättade att det fanns uppföljande utbildningar att gå på gällande EPDS och samtalsmetodik, dock hanns detta inte alltid med. Detta är något de kände behov av, i syfte att diskutera vad de gör och varför.

> *Jag skulle behöva gå en påfyllningskurs för EPDS. Det har jag inte gjort. Det var tio år sedan jag gick första utbildningen. Så det är nog nästan härnäst på önskelistan (Deltagare 2).*

På arbetsplatser där upprepade utbildningar genomfördes uppgav BVC-sjuksköterskorna inte denna problematik.

Det framkom av en av BVC-sjuksköterskorna att hen hade brist på erfarenheter att stödja föräldrar med ångest och att detta gjorde det svårt att stödja dessa föräldrar.

Att vara öppen för kommunikation kring psykisk ohälsa

Möjligheten att identifiera och stödja föräldrar med depression och ångest påverkades av föräldrarnas öppenhet kring sitt psykiska mående. För att få föräldrar att öppna upp kring sitt psykiska mående var det viktigt att ha en tillitsfull relation med föräldern.

> *Så, jag försöker alltid eller jag pratar alltid med föräldrarna vid hembesöket. Så att man skapar en god relation och att dom känner förtroende. Det tror jag väldigt mycket på. Man är närvarande ... (Deltagare 4).*

En BVC-sjuksköterska beskrev att det kunde vara svårt att identifiera och stödja vissa föräldrar på grund av att relationen till föräldrarna inte var fullständig och att detta kunde påverka föräldrarnas öppenhet.

> *... sen finns det dem som absolut inte vill ha hjälp. … dem tycker jag är svårast. Jättesvåra. Och ibland kan det ju faktiskt va så också att man har en familj där man känner att man inte klickar till 100 procent. ... då har ju vi bra samarbete tillsammans vi kollegor och då kan jag säga att nästa gång tänkte jag att dem skulle få komma till dig. För jag, jag når inte fram eller det är nånting som inte stämmer ... (Deltagare 5).*

BVC-sjuksköterskan hade erfarenhet av att det kunde vara svårt att avgöra om föräldern var öppen med sitt mående eller inte. En sak som framkom var att mamman kanske inte alltid var öppen med sitt mående då mamman själv inte visste vad som var normalt mående.

> *Jag tror också att det är ganska många som har känt vid första barnet att det är svårt att veta. Alla säger att det är jobbigt. Å vad ska jag känna och visst, så kanske man svarar bra för: ”Jag ska väl vara glad för jag har ett jättefint och friskt barn”. Men så får dem andra barnet, så säger dem att ”Nu mår jag bra” (Deltagare 4).*

BVC-sjuksköterskorna hade varierande erfarenheter kring huruvida föräldrar var öppna för stöd eller inte. Det fanns erfarenhet av att det kunde vara stigmatiserat att öppna upp och tacka ja till stöd. Detta trots en ökad öppenhet i samhället kring psykisk ohälsa. Andra anledningar till att vissa inte var öppna för stöd var tidigare dåliga erfarenheter av vården.

Att försöka stödja de föräldrar som inte var öppna för att ta emot stöd kunde vara svårt. Ett sätt kunde vara att informera föräldrarna kring att erbjudandet om att träffa psykologen fanns kvar samt att BVC-sjuksköterskan försökte träffa dem familjerna oftare än vanligt.

Kategori: Att inkludera partnern

Rutiner kring hur partnerns mående skulle identifieras och hur partnern skulle stöttas skilde sig åt mellan olika BVC vilket gjorde att BVC-sjuksköterskorna hade skilda erfarenheter kring att stödja partnern. Kategorien att inkludera partnern innefattade underkategorierna *att erbjuda partnersamtal* samt *att ge stöd till partnern.*

Att erbjuda partnersamtal

Alla BVC hade inte partnersamtal. På ett BVC där partnersamtal saknades uppgavs stor arbetsbörda som orsak. På ett annat BVC var orsaken oklar men partnersamtal var efterlängtat då erfarenheten var att det var svårt att nå partnern. Vissa BVC-sjuksköterskor hade haft partnersamtal trots att det inte var rutin och på ett BVC hölls partnersamtalen av kuratorer.

BVC-sjuksköterskor som arbetade där partnersamtal var rutin hade positiva erfarenheter av det. Deltagarna upplevde att samtalen gjorde att partnern kände sig mer inkluderad och att tröskeln för att höra av sig till BVC inte blev så hög. Erfarenheten var att partnersamtalet var ett bra sätt att fånga upp partnerns psykiska mående och en möjlighet att få fokusera på enbart partnern.

> *Och sen tror jag att dem, dem blir väldigt glada över att dem faktiskt får ett samtal själva också. Mmm, att dem märker, för att under graviditeten är det ju bara fokus på mamma, sen första tiden på BVC, då är det mamma och bebis och sen kommer papporna där nånstans som nån liten markserviceperson som får komma med lite vatten och lite mat. ... det är bra och det är ju, hela familjen ska må bra för att barnet ska må bra. Och det är det som är mycket tanken med det (Deltagare 2).*

Att ge stöd till partnern

En BVC-sjuksköterska hade erfarenhet av att det kunde upplevas lite svårare att få pappan att svara på hur dem mår och att det kunde finnas svårigheter i att stödja partnern, om det var en man.

> *Eftersom jag själv är kvinna så kanske det är lättare att stödja en kvinna, kan nog tänka mig förstå lite mer hur kvinnor och nyblivna mammor fungerar än hur en nybliven pappa funkar, av förklarliga skäl. Och kanske också för att det finns mer, vi, vi har lärt oss mer om det helt enkelt. Det kanske finns mer forskning på det (Deltagare 2).*

BVC-sjuksköterskorna hade erfarenheter av att försöka inkludera och stödja partnern på olika sätt. Många nämnde att ett sätt var att på det första hembesöket informera om att BVC fanns till för hela familjen. Hembesöket kunde vara ett sätt att upprätta en relation med partnern. Ett annat sätt att nå partnern var att informera mamman om att partnern också får höra av sig om hen inte mår bra. Trots information under hembesöket betonade en BVC-sjuksköterska att ingen partner hörde av sig och orsaken upplevdes oklar. BVC-sjuksköterskans erfarenhet var att mycket var centrerat kring mamman och barnet och att det fanns svårigheter med att inkludera partnern på grund av att dem ofta arbetade. En deltagare beskrev dock att erfarenheten var att många pappor ville följa med till BVC och försökte anpassa sig till tiderna som BVC var öppet.

En BVC-sjuksköterska hade erfarenhet av att partnern sökte stöd på BVC trots avsaknad av partnersamtal och att pappans mående kunde fångas upp när pappan tog över föräldraledigheten och började komma mer frekvent till BVC. Ett annat sätt att försöka identifiera psykisk ohälsa var att låta partnern fylla i EPDS vilket ett par BVC-sjuksköterskor

hade bra erfarenheter av och vilket kunde vara en bra start för att ha en dialog med pappan. För att inkludera och möjliggöra stöd till partnern var BVC-sjuksköterskorna ibland tvungna att kringgå rekommendationer som försvårade partnerns delaktighet.

> *Å nu i och med Corona så är det många ställen som har fått råd att man bara ska ha en förälder, men vi har faktiskt inte lyssnat på dem råden. För vi tycker att det är så viktigt att man får information båda två. Men självklart att dem ska vara friska … (Deltagare 3).*

Diskussion

Metoddiskussion

Trovärdighet i en kvalitativ studie påvisas genom att visa att val av teoretiskt perspektiv och begrepp är relevanta för studiens syfte, att en tydlig beskrivning av hur studien genomförts finns och att syfte och frågeställningar har besvarats och diskuterats. Dessutom handlar trovärdigheten om författarnas förförståelse och tidigare erfarenheter (Graneheim & Lundman, 2004). Då få studier har gjorts i Sverige utifrån specialistsjuksköterskans perspektiv gällande att identifiera och stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest på BVC så anses syftet vara relevant. Eftersom studien handlar om erfarenheter anses kvalitativ metod vara den mest ändamålsenliga metoden, då kvalitativ metod syftar till att beskriva upplevelser eller erfarenheter av ett fenomen. För att kunna utvärdera trovärdigheten i en studie inom kvalitativ metod används begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

Trovärdighet

Det är viktigt att kategorierna beskriver det insamlade datamaterialet (Graneheim m.fl., 2017). För att öka studiens trovärdighet har därför analysarbetet i den första intervjun diskuterats med handledaren. Båda författarna till studien har därför också deltagit i analysarbetet av alla intervjuerna och tillsammans diskuterat de meningsbärande enheterna, kondenseringen, kodningen och kategoriseringen. En tabell finns under dataanalys i metoddelen för att visa exempel på hur författarna genomfört detta för att öka trovärdigheten. Se tabell 1.

För att öka trovärdigheten är det viktigt att deltagarna kan tillföra olika syn på det som studeras (Graneheim och Lundman, 2004). Deltagarna i denna studie hade arbetat minst ett år på BVC. I efterhand anser författarna till studien att BVC-sjuksköterskornas arbetslivserfarenhet kunde varit minst tre år för att ge ett bredare perspektiv på det som studerades. Däremot hade flera deltagare i studien lång arbetslivserfarenhet, åldern på deltagarna varierade och fyra olika arbetsplatser valdes ut vilket kan öka chansen för olika perspektiv på det som studeras. Författarna valde att inte begränsa urvalet till enbart distriktssköterskor då barnsjuksköterskor och distriktssköterskor har samma uppdrag inom BVC och arbetar efter samma riktlinjer.

Pålitlighet

För att stärka pålitligheten i en studie behöver författarnas förförståelse diskuteras då detta kan påverka både intervjusituationen och analysprocessen (Graneheim m.fl., 2017). Gällande förförståelsen hos författarna till denna studie så har båda erfarenhet inom sjukvården då vi har arbetat som sjuksköterskor i 13 år respektive åtta år där fem av dessa år har varit inom barnmedicin för en av författarna. Däremot har ingen av författarna arbetat på BVC. Författarna har viss förförståelse, då båda genomgått processen till att bli förälder. Ett sätt att minska risken för att förförståelsen påverkar analysarbetet är att diskutera analysen med någon annan (Graneheim m.fl., 2017). Författarna till den här studien har genomfört analysarbetet tillsammans för att uppnå en viss objektivitet samt reflekterat tillsammans över sin förförståelse under studiens gång.

Överförbarhet

När det gäller resultatet i kvalitativa studier är det svårt att prata om generaliserbarhet utan termen överförbarhet brukar användas, alltså huruvida studiens resultatet kan användas i andra sammanhang. För att underlätta bedömning av överförbarhet har vi utförligt beskrivit urvalsförfarandet, deltagarna, datainsamlingsmetoden och analysmetoden (Polit & Beck, 2020).

När datamättnad uppstår betyder det att inga fler deltagare behövs till studien (Polit & Beck, 2020). Författarna till studien hade inte möjlighet att intervjua fler vilket kan betyda att datamättnad inte uppnåddes. Detta kan bidra till att överförbarheten minskar för denna studie. Dock upplevde författarna att en viss mättnad uppnåddes då det under slutet av analysarbetet

inte tillkom alltför mycket nya aspekter på det som undersöktes. Polit och Beck (2020) beskriver att datamättnad kan uppnås med få deltagare om deltagarnas berättelser är informationsrika om det fenomen som studeras.

För att kunna genomföra intervjuer krävs en viss förkunskap. Ingen av författarna hade några tidigare erfarenheter utav att intervjua. Det resulterade i att de första intervjuerna innebar begränsningar, vilket kan ha resulterat i att de första intervjuerna inte gav lika mycket information. Författarna valde att utföra intervjuerna var och en för sig. Samtidigt kanske det hade varit en fördel att vara två på varje intervju. Då kunde författarna tillsammans stöttat varandra genom att ställa kompletterande frågor under intervjun och genom det kanske fått ytterligare värdefull information.

För att minska risken av påverkan från intervjuaren till deltagarna valde författarna att intervjua de BVC-sjuksköterskor författarna inte hade någon relation till. Det visade sig däremot att den ena författaren hade arbetat ihop med den ena deltagaren precis innan intervjun skulle börja. Författarna tror dock att detta hade ringa påverkan på resultatet då dem endast arbetat ihop några pass och inte hade någon personlig relation till varandra.

Resultatdiskussion

Resultatet visade många olika erfarenheter men också många liknande erfarenheter. Syftet besvarades genom kategorierna *att uppmärksamma föräldrars psykiska mående, att vara medmänniska, faktorer som påverkar möjligheten att identifiera och stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest* samt *att inkludera partnern.*

Att uppmärksamma föräldrars psykiska mående

I resultatet framgick det att alla BVC-sjuksköterskor i denna studie hade erfarenhet av att använda sig av EPDS för att kunna identifiera depression och ångest hos nyblivna föräldrar. EPDS ansågs i studien vara ett uppskattat verktyg vilket stöds av tidigare forskning som har visat att det är ett välfungerande instrument för BVC-sjuksköterskor (Glavin 2010a; Vik 2009). Resultatet i denna studie visade dock att alla inte hade genomgått utbildningen inom EPDS, vilket är en förutsättning för att använda verktyget i klinisk verksamhet (Cox, 2019). BVC-sjuksköterskan som inte hunnit genomföra utbildningen kändes sig trygg i att använda EPDS på grund av tidigare erfarenheter. BVC-sjuksköterskorna som hade genomgått

utbildningen uttryckte tvärtom att det antagligen hade känts svårt att använda sig av screeningmaterialet utan utbildning. Att obligatoriska utbildningar inte kan erbjudas direkt i anslutning till jobbstart anser författarna till denna studie är oroväckande, då detta i förlängningen borde kunna påverka identifieringen av psykisk ohälsa hos föräldrar.

Resultatet visade att BVC-sjuksköterskorna ville få utbildning kontinuerligt för att uppdatera sina kunskaper kring att stödja föräldrar med depression och ångest. Flera studier belyser just att utbildning är betydelsefullt för att stödja föräldrar med psykisk ohälsa (Cawley & McNamara, 2011; Glavin m.fl, 2010a; Glavin m.fl., 2010b; Rush, 2012). Att missa att identifiera psykisk ohälsa påverkar inte bara föräldrarna utan kan även ge konsekvenser för barnet (Giallo m.fl., 2014; Murray m.fl., 2011).

I resultatet framkom det att en av BVC-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att det kunde vara svårt att använda sig av EPDS när kvinnan talade ett annat språk. Detta fynd styrks av tidigare forskning som har belyst problematiken med att använda sig av EPDS vid språksvårigheter (Glavin m.fl., 2010a; Skoog, Hallström och Berggren, 2017). Att synliggöra denna problematik är av stor vikt då det är angeläget att identifiera tecken på depression hos utrikesfödda då forskning visar att detta är en riskfaktor för att drabbas av psykisk ohälsa (Rubertsson m.fl., 2003, Rubertsson m.fl., 2005; Yelland m.fl., 2010). Att fler BVC-sjuksköterskor inte belyste erfarenheten av att identifiera och stödja utrikesfödda var förvånande enligt författarna till denna studie. Det kan bero på att ingen specifik fråga kring problematiken ställdes utan enbart en allmän fråga kring om det fanns några svårigheter med att stödja föräldrar med depression och ångest. Eventuellt kan demografiska förhållanden ha påverkat då problematiken endast lyftes på ett BVC, vilket var det BVC som har en stor andel föräldrar med utländsk härkomst.

Flertalet studier visar på att anknytningen mellan mamma och barn kan störas om föräldrar inte tillgodoser barnets behov (Murray m.fl., 2011). För att förebygga detta krävs att BVC-sjuksköterskan tidigt observerar hur mamma och barn samspelar med varandra (Kennedy, Beck & Driscoll, 2002). Detta var dock inget som framkom av deltagarna under intervjuerna. Studiens resultat visar dock att BVC-sjuksköterskorna hade erfarenheter av en rad andra åtgärder för att identifiera psykisk ohälsa hos föräldrar med hjälp av verbala och ickeverbala signaler. Verbala signaler kunde fångas upp genom att fråga och aktivt lyssna på vad föräldern berättade. Detta var något som även framkom i en studie av Massoudi m.fl. (2007), att psykisk ohälsa kunde identifieras genom att ställa en öppen fråga till föräldern kring

exempelvis hur vardagliga rutiner fungerar. I resultatet framkom det också att BVC-sjuksköterskorna uppmärksammade icke verbala signaler hos föräldrar såsom kroppsspråk, blickkontakt och avsaknad av yttre attribut såsom smink. Dessa sätt att identifiera psykisk ohälsa stötte vi inte på i någon större omfattning i tidigare forskning. Att uppmärksamma dessa saker går dock i linje med hur en depression tar sig uttryck då några av symtomen är energiförlust och ett tappat intresse för sådant personen tidigare tyckt om (SBU,2004).

Att vara medmänniska

I resultatet framkom det att BVC-sjuksköterskorna kände att de gav ett bra stöd genom att bara lyssna och vara mottagliga för det föräldern berättade. Detta bekräftas i forskning som beskriver att hos mammor som kände sig sedda och lyssnade på minskade de depressiva symtomen (Department of health, 2006). BVC-sjuksköterskorna i denna studie poängterade att det var viktigt att vara lyhörd för att kunna stärka föräldrarnas egna resurser. Detta är något som beskrivs av Regeringskansliet (2015), att BVC-sjuksköterskorna har till uppgift att stödja föräldrarna genom att få föräldrarna att kunna bemästra situationen själva, genom empowerment. Några av BVC-sjuksköterskorna tog dock upp erfarenheten av att det kunde vara svårt att vara en lyssnande part. Att man gärna direkt vill komma med en problemlösning till föräldrarna. Författarna anser att det här kan handla om utbildningsbehov. Att inte kunna låta patienten leda samtalet och uppmärksamma det verkliga problemet kan bidra till att fel stöd ges eller att behov av stöd inte identifieras. Deltagarna uppgav att dem ibland saknade kunskap för att stödja nyblivna föräldrar. Detta anser författarna kan tyda på att mer utbildning behövs.

Faktorer som påverkar möjligheten att identifiera och stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest

Tidigare forskning visar att BVC-sjuksköterskor kan uppleva det svårt att stödja föräldrar med depression på grund av brist på utbildning, strategier och rutiner (Santos Junior m.fl., 2013; Cawley & McNamara, 2011; Rush 2012). I resultatet framkom det att BVC-sjuksköterskorna ansåg att dem kunde ge ett bra stöd på grund av bland annat bra rutiner samt att det var en trygghet att ha EPDS som vägledning för att stödja mammor. Däremot kunde brist på utbildning av stödjande samtal skapa osäkerhet vilket kunde bidra till att BVC-sjuksköterskorna valde att remittera vidare föräldrar till kurator eller psykolog. Att många remitterades vidare berodde också på enkelheten att remittera. Det skapade en trygghet och

gav mer tid till annat. Enligt Rikshandboken i barnhälsovård (2020) ska BVC-sjuksköterskan efter EPDS ha stödsamtal om behov finns. Viktigt är att BVC-sjuksköterskan remitterar vidare till psykologen om ytterligare insatser skulle behövas. Resultatet visar att några av BVC-sjuksköterskorna kunde ha svårt att avgöra när deras egen kompetens tog slut. Författarna tänker att det kan vara en bidragande orsak till att man remitterar vidare, för att vara helt säker på att rätt stöd ges till föräldrarna.

Det framgår i Coates m.fl. (2014) att föräldrar kan tycka det är svårt att öppna sig om sitt psykiska mående. I resultatet uppkom just att förälderns öppenhet kring sitt psykiska mående kunde påverka identifieringen och möjligheten till stöd för föräldern. Genom att tidigt fråga föräldrarna om deras psykiska mående samt att skapa en tillitsfull relation till föräldern så kunde detta enligt BVC-sjuksköterskornas erfarenhet bidra till att föräldrarna öppnade upp sig kring sitt mående. Detta är något som styrks i en studie av Andrews (2006) där det framkommer att det är betydelsefullt att sjuksköterskan lyckas bygga upp en förtroendefull relation med familjen för att öka chansen att föräldern kommer till BVC i ett tidigt skede när problem uppstår.

Det framkom av en av BVC-sjuksköterskorna att erfarenheten var att det kunde vara svårt att stödja föräldrar med ångest. Detta är något som tas upp i BVC-podden (Barnhälsovårdsenheten, 2018, 29 november). Att det kan vara lättare att stödja en förälder med depression än med ångest då depressionen är mer tydlig. Något som uppmärksammats under arbetets gång är att det fanns mycket information kring föräldrar med depression men betydligt mindre gällande ångest. Samtidigt ser vi att det kan vara svårt att särskilja depression och ångest åt, då de går hand i hand.

Att inkludera partnern

Resultatet visade att BVC-sjuksköterskorna hade erfarenheter av att det fanns svårigheter med att identifiera depression och ångest hos partnern samt att stödja partnern. Detta stödjs av en svensk studie som belyst att BVC-sjuksköterskor uppmärksammar och stödjer mammor med psykisk ohälsa i större utsträckning än pappor. I studien framkom det dessutom att BVC-sjuksköterskorna saknade förmåga att stötta papporna (Wells m.fl., 2017). Det framkom i studiens resultatet att det saknades tillräckliga rutiner och riktlinjer för att kunna stödja partnern på ett bra sätt samt en osäkerhet i hur partnern skulle inkluderas. Detta anser författarna till

denna studie är högst problematiskt då tidigare forskning visar att pappor känner sig förbisedda och upplever att BVC-sjuksköterskornas tid inte räcker till för dem. Detta samtidigt som forskning beskriver att BVC-sjuksköterskans och pappans förhållande till varandra är viktigt då det gynnar både barnet och pappan (Fägerskiöld, 2006). I Rikshandboken för barnhälsovård (2019a) finns det tydliga riktlinjer kring att partnern ska erbjudas ett partnersamtal och därefter erbjudas samma stöd som mamman om psykisk ohälsa upptäcks.

Ett fynd som framkom i denna studie var att på de BVC där partnersamtal hade implementerats hade BVC-sjuksköterskorna erfarenhet av att partnersamtalen var uppskattade och att tröskeln för att partnern skulle höra av sig var lägre. Detta tolkar författarna som att partnersamtalet ledde till att partnern kände sig inkluderad. Att känna sig inkluderad på BVC tror författarna till denna studie skulle gynna partnerns engagemang i barnet vilket forskning har visat är positivt för barnets utveckling. Beteendeproblem minskar hos barnen och den kognitiva utvecklingen, utvecklas positivt (Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid och Bremberg, 2008). Om partnern inte inkluderas blir det dessutom svårt för BVC-sjuksköterskan att kunna identifiera och stödja partnern vid eventuellt ångest och depression vilket i sin tur kan påverka barnets utveckling negativt (Ramchandani m.fl., 2008). Detta sammantaget pekar på vikten av att införa partnersamtal på alla BVC för att kunna stödja partnern vid psykisk ohälsa vilket skulle kunna gynna partnern, familjen och barnet.

Transitionsteorin

Studiens teoretiska referensram visade sig ha god förankring i studiens resultat. Teorin beskriver att en sjuksköterska kan stötta en individ för att kunna hitta sin nya roll i en transition (Meleis 2010b). Resultatet visade tydligt att sjuksköterskan hade erfarenheter av att stötta föräldrar i transition på många olika sätt. Dels genom att ge stöd via medmänskligt samtal för att göra transitionen hanterbar och dels stötta genom att vara den förlängda armen. Stödjandet kunde dessutom ske via att vara tillgänglig för att hjälpa föräldern i den nya rollen. Vikten av att stödja föräldrar beskrivs av Meleis (2010b) som menar att om en rolltransition blir ofullständig kan detta leda till ångest och depression. Detta borde då betyda att om sjuksköterskan lyckas hjälpa föräldern i rolltransitionen skulle detta kunna minska risken för depression och ångest när föräldraskapet tar sin början. Detta stödjs av en studie som använt transitionsteorin där det beskrivs att stöd från sjukvårdspersonal underlättade transitionen till föräldraskapet (Barimani, Vikström, Rosander, Forslund-Frykedal & Berlin, 2017).

Slutsats

I resultatet visade det sig att EPDS är ett användbart verktyg för att kunna identifiera depression och ångest och underlätta det stödjande samtalet med mamman. En förutsättning för att kunna stödja föräldern är samarbete med andra yrkeskategorier, utbyte av erfarenheter i teamet samt fortbildning inom EPDS. En viktig aspekt som framkom i resultatet var att det medmänskliga samtalet hade en betydelsefull funktion i att stödja föräldrar med depression och ångest. Erfarenheter av tidsbrist för att kunna ge extra stöd kunde ses, men enkelheten att remittera vidare gjorde att tidsbristen inte upplevdes påtaglig. Slutligen ses ett behov av att implementera partnersamtal enligt barnhälsovårdsprogrammet på alla BVC för att underlätta identifieringen av depression och ångest hos partnern samt för att kunna stödja partnern. Resultatet visade att erfarenheterna av att identifiera och stödja partnern skilde sig markant åt beroende på var BVC-sjuksköterskan arbetade.

Klinisk implikation

Förslag på implikationer i klinisk verksamhet:

- Att partnersamtal införs som standard på alla BVC för att kunna identifiera depression och ångest hos partnern samt för att stödja partnern. Detta då resultatet visar tydliga brister i stödet till partnern vid depression och ångest.
- Att extra utbildning i stödjande samtal ges till BVC-sjuksköterskor för att skapa trygghet i att utföra dessa samtal och för att undvika eventuella onödiga remitteringar.

Förslag på fortsatt forskning

Under intervjuerna framkom tankar kring coronapandemin och hur detta har påverkat föräldrarnas psykiska mående. Det vore av värde längre fram att studera vilka effekter coronapandemin har haft på föräldrar psykiska hälsa. Har restriktionerna bidragit till ökad psykisk ohälsa bland föräldrar?

Under intervjuerna framgick det också att BVC-sjuksköterskorna på grund av osäkerhet och tidsbrist remitterade vidare många föräldrar till kurator och psykolog. Det hade varit intressant att undersöka om mer utbildning och tid för samtal gör att mindre remitteringar sker?

På ett BVC hölls partnersamtalen av kuratorer vilket BVC-sjuksköterskan hade bra erfarenheter av. Dock ställer sig författarna till denna studie frågande kring om detta ökar eller underlättar identifiering och stöd till partnern. En tanke är att relationen till BVC-sjuksköterskans stärks av ett partnersamtal och att detta då underlättar stödjandet av partnern under tiden familjen tillhör BVC. Det vore intressant att i framtiden utforska partnerns preferenser gällande partnersamtal.

Referenslista

Andrews, T. (2006). Conflicting public health discourses-tensions and dilemmas in practice: The case of the Norwegian mother and child health service. *Critical Public Health, 16*(3), 191-204.

Barnhälsovårdsenheten. (Producent). (2018, 29 november). *BVC-podden: Oro och ångest hos nyblivna föräldrar* [Podcast]. Hämtad 2020-10-07 från https://bvcpodden.fireside.fm/

Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood – ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 31*(3), 537-546.

Cawley, T., & McNamara, P. M. (2011). Public Health Nurse Perceptions of Empowerment and Advocacy in Child Health Surveillance in West Ireland.(Report). *Public Health Nursing, 28*(2), 150. doi:10.1111/j.1525-1446.2010.00921.x

Coates, R., Ayers, S., & de Visser, R. (2014). Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 14*(1), 359. doi:10.1186/1471-2393-14-359

Cullberg, J. (2007). *Kris och utveckling : en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie*. Stockholm: Natur och kultur.

Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet- vård, social omsorg och skola*. Malmö: Liber.

Cox, J. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: Voices from the past and recommendations for the future. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science, 214*(3), 127-129.

Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery, 26*(3), 357-366. doi:10.1016/j.midw.2008.07.006

Department of health. (u.å.). *The Edinburgh Postnatal Depression Scale (Translation-Swedish).* Hämtad 2020-10-02 från https://www.rikshandboken-bhv.se/globalassets/rhb/media/dokument/informationsmaterial/epds/epds-formular-swedish.pdf

Department of health. (2006). *Using the edinburgh potnatal depression scale (EPDS)*. Hämtad 20-09-20 från https://www.rikshandboken-bhv.se/globalassets/rhb/media/dokument/informationsmaterial/epds/edingburgh-depression-scale-translated-gov-western-australia-dept-health.pdf

Etikprövningsnämnden. (u.å.). *Vad säger lagen?* Hämtad 20-09-16 från https://etikprovningsmyndigheten.se/for-forskare/vad-sager-lagen/

Folkhälsomyndigheten. (2019). *Statistik psykisk ohälsa*. Hämtad 2020-09-25 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/

Fägerskiöld, A. (2006). Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*(1), 79-85.

Giallo, R., Cooklin, A., Wade, C., D'Esposito, F., & Nicholson, J. M. (2014). Maternal postnatal mental health and later emotional-behavioural development of children: the mediating role of parenting behaviour. *Child: Care, Health & Development, 40*(3), 327-336. doi:10.1111/cch.12028

Glavin, K., Ellefsen, B., & Erdal, B. (2010a). Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. *Public Health Nurs, 27*(3), 255-262. doi:10.1111/j.1525-1446.2010.00851.x

Glavin, K., Smith, L., Sørum, R., & Ellefsen, B. (2010b). Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *J Adv Nurs, 66*(6), 1317-1327. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05263.x

Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs, 45*(1), 26-35. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x

Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today, 56*, 29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today, 24*(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Harwood, K., McLean, N., & Durkin, K. (2007). First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences? *Dev Psychol, 43*(1), 1-12. doi:10.1037/0012-1649.43.1.1

Hwang, P., & Nilsson, B. (2019). *Utvecklingspsykologi.* (4:e uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.

Johansson, M., Svensson, I., Stenström, U., & Massoudi, P. (2017). Depressive symptoms and parental stress in mothers and fathers 25 months after birth. *Journal of Child Health Care, 21*(1), 65-73.

Kennedy, H., Beck, C., & Driscoll, J. (2002). A light in the fog: Caring for women with postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health, 47*(5), 318-330.

Karolinska Institutets folkhälsoakademi. (2011). *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)- översatta och validerade formulär*. Hämtad 2020-09-23 från http://dok.slso.sll.se/CES/FHG/Psykisk_halsa_och_ohalsa/Rapporter/edinburgh-postnatal-depression-scale.2011.pdf

Lévesque, S., Bisson, V., Charton, L., & Fernet, M. (2020). Parenting and Relational Well-being During the Transition to Parenthood: Challenges for First-time Parents. *Journal of Child & Family Studies, 29*(7), 1938-1956. doi:10.1007/s10826-020-01727-z

Massoudi, P., Wickberg, B., & Hwang, P. (2007). Screening for postnatal depression in Swedish child health care. *Acta Paediatr, 96*(6), 897-901. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00292.x

Massoudi, P., Hwang, C., & Wickberg, B. (2016). Fathers' depressive symptoms in the postnatal period: Prevalence and correlates in a population-based Swedish study. *Scandinavian Journal of Public Health, 44*(7), 688-694.

Meleis, A. I. (2010a). Part II- Transitions as a nursing theory. I A. I. Meleis (Red.), *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* (10:e uppl., s. 11-12). New York: Springer publishing company.

Meleis, A. I. (2010b). Theoretical development of transitions- Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. I A. I. Meleis (Red.), *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* (10:e uppl., s. 13-24). New York: Springer publishing company.

Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., & Cooper, P. (2011). Maternal Postnatal Depression and the Development of Depression in Offspring Up to 16 Years

of Age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(5), 460-470. doi:https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.02.001

Nevriana, A., Pierce, M., Dalman, C., Wicks, S., Hasselberg, M., Hope, H., . . . Kosidou, K. (2020). Association between maternal and paternal mental illness and risk of injuries in children and adolescents: nationwide register based cohort study in Sweden. *Department of Global Public*, 1-11. doi:10.1136/bmj.m853

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing Research- Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (11:e uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Ramchandani, P., Stein, A., O'Connor, T., Heron, J., Murray, L., & Evans, J. (2008). Depression in Men in the Postnatal Period and Later Child Psychopathology: A Population Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*(4), 390-398.

Regeringskansliet. (2015). *Stöd i föräldraskapet*. Hämtad 2020-10-05 från https://www.regeringen.se/49b6c9/contentassets/2475d198eb5742d8a0709579c011cc35/stod-i-foraldraskapet

Rikshandboken i barnhälsovård. (2018a). *Barnhälsovårdens nationella program*. Hämtad 2020-09-14 från https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/

Rikshandboken I barnhälsovård. (2018b). *Enskilda föräldrasamtal erbjuds vid 3-5 månaders ålder*. Retrieved from https://www.rikshandboken-bhv.se/for-bhv/aktuellt-i-barnhalsovarden/enskilda-foraldrasamtal-erbjuds-vid-3-5-manaders-alder/

Rikshandboken i barnhälsovård. (2019c). *Depression hos nyblivna mammor.* Hämtad 2020-10-07 från https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/foraldraskap/depression-hos-nyblivna-mammor/

Rikshandboken i barnhälsovård. (2019a). *Enskilda föräldrasamtal.* Hämtad 2020-09-17 från https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/enskilda-foraldrasamtal

Rikshandboken I barnhälsovård. (2019b). *Hembesök.* Hämtad 2020-09-17 från https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/hembesok/

Rikshandboken i barnhälsovård. (2020). *Screening med EPDS för depression hos nyblivna mammor.* Hämtad 2020-10-02 från https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/screening-med-epds/

Rubertsson, C., Waldenström, U., & Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 21*(2), 113-123. doi:10.1080/0264683031000124073

Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P., & Rådestad, I. (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health, 8*(2), 97-104. doi:10.1007/s00737-005-0078-8

Rush, P. (2012). The Experience of Maternal and Child Health Nurses Responding to Women with Postpartum Depression. *Maternal and Child Health Journal, 16*(2), 322-327. doi:10.1007/s10995-010-0688-2

Santos Junior, H., Rosa Gualda, D., Fátima Araújo Silveira, M., & Hall, W. (2013). Postpartum depression: The (in) experience of B razilian primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing, 69*(6), 1248-1258.

Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Acta Pædiatrica, 97*(2), 153-158.

SBU. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar- en systematisk litteraturöversikt*. Hämtad 2020-09-25 från https://www.sbu.se/contentassets/00f42eab171e4ab699292a6bb6db920c/depression-vol-1.pdf

SBU. (2014). *Förebyggande av postpartumdepression- Psykosocial och psykologisk profylax mot depression efter förlossning*. Hämtad 2020-09-15 från https://www.sbu.se/contentassets/73818752dfbf4323b03373505b066269/forebyggande_postpartumdepression_2014_06.pdf

Skoog, M., Hallström, I., & Berggren, V. (2017). ‘There's something in their eyes’ – Child Health Services nurses’ experiences of identifying signs of postpartum depression in non-Swedish-speaking immigrant mothers. *Scandinavian journal of caring sciences, 31*(4), 739-747. doi:10.1111/scs.12392

Socialstyrelsen. (2013). *Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter eller avlider.* Hämtad 2020-10-09 från

https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-6.pdf

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården.* Hämtad 20-09-20 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf

Socialstyrelsen. (2017). *Vård efter förlossning- En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning.* Hämtad 20201002 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-4-13.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska.* Hämtad 20-11-11 från https://distriktsskoterska.com/wp-content/uploads/2019/05/Kompetensbeskrivning-avancerad-niv%C3%A5-distriktssk%C3%B6terska-reviderad-2019.pdf

Vik, K., Aass, I. M., Willumsen, A. B., & Hafting, M. (2009). ``It's about focusing on the mother's mental health'': Screening for postnatal depression seen from the health visitors' perspective — a qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health, 37*(3), 239-245. doi:10.1177/1403494808100275

Wells, M. B., Massoudi, P., & Bergström, M. (2017). Swedish child health nurses treat fathers more equally in 2014 than 2004, but mothers remain their primary focus. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992), 106*(8), 1302. doi:10.1111/apa.13898

Yelland, J., Sutherland, G., & Brown, S. J. (2010). Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health, 10*, 771. doi:10.1186/1471-2458-10-771

Bilaga 1

För diagnosen lindrig egentlig depression enligt ICD-10 krävs:

A. att minst två av symtomen nedstämdhet, energifattigdom och minskad aktivitet dominerat under minst de senaste 2 veckorna
B. att detta inte kan förklaras av annan kroppslig eller psykisk störning
C. att minst ett av följande symtom också förekommer, eller totalt minst fyra symtom från A och C:
1. förlust av självförtroende och självuppskattning
2. överdriven eller obefogad självkritik och nedvärdering av sig själv
3. återkommande tankar på död eller självmord, och all slags själv- skadande beteende
4. upplevd nedsättning av förmågan till tankeverksamhet och koncentration, med vankelmod och beslutsångest
5. förändrad psykomotorisk aktivitet med antingen minskad rörlighet eller agitation
6. alla slags sömnproblem
7. ökad eller minskad matlust med medföljande effekt på vikten.
Vid lindrig depression är patienten i obalans, men kan i allmänhet genomföra normala aktiviteter. För att måttlig egentlig depression ska föreligga krävs kriterier för lindrig depression samt minst sex symtom från A och C. Vid måttlig egentlig depression är patienten oftast så påverkad att även vardagliga sysslor är svåra att genomföra. För diagnosen svår egentlig depression krävs att alla tre symtomen från A och minst fem symtom från C föreligger. Vid svår egentlig depression är patienten handikappad, har ofta starka självförebråelser och självmordstankar samt ofta framträdande kroppsliga symtom bland de som redovisats under punkt C (SBU, 2004, s.17).

Bilaga 2

Department of Health Government of Western Australia

THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE

(TRANSLATION – SWEDISH)

Full name:_____ Date:_____

Hur mår Du?

Eftersom Du nyligen fått barn, skulle vi vilja veta hur Du mår. Var snäll och stryk under det svar, som bäst stämmer överens med hur Du känt Dig under de sista 7 dagarna, inte bara hur Du mår idag.

Här är ett exempel, som redan är ifyllt:
Jag har känt mig lycklig:

Ja, hela tiden
Ja, för det mesta
Nej, inte särskilt ofta
Nej, inte alls

Detta betyder: Jag har känt mig lycklig mest hela tiden under veckan som har gått. Var snäll och fyll i de andra frågorna på samma sätt:

UNDER DE SENASTE 7 DAGARNA

1.Jag har kunnat se tillvaron från den ljusa sidan:

Lika bra som vanligt
Nästan lika bra som vanligt
Mycket mindre än vanligt
Inte alls

2. Jag har glatt mig åt saker som skall hända:

Lika mycket som vanligt
Något mindre än vanligt

Mycket mindre än vanligt

Inte alls

3. Jag har lagt skulden på mig själv onödigt mycket när något har gått snett:

Ja, för det mesta

Ja, ibland

Nej, inte så ofta

Nej, aldrig

4. Jag har känt mig rädd och orolig utan egentlig anledning:

Nej, inte alls

Nej, knappast alls

Ja, ibland

Ja, mycket ofta.

5. Jag har känt mig skrämd eller panikslagen utan speciell anledning:

Ja, mycket ofta

Ja, ibland

Nej, ganska sällan

Nej, inte alls

6. Det har kört ihop sig för mig och blivit för mycket:

Ja, mesta tiden har jag inte kunnat ta itu med något alls

Ja, ibland har jag inte kunnat ta itu med saker lika bra som vanligt

Nej, för det mesta har jag kunnat ta itu med saker ganska bra

Nej, jag har kunnat ta itu med saker precis som vanligt

7. Jag har känt mig så ledsen och olycklig att jag haft svårt att sova:

Ja, mesta tiden

Ja, ibland

Nej, sällan

Nej, aldrig

8. Jag har känt mig ledsen och nere:

Ja, för det mesta

Ja, rätt ofta

Nej, sällan

Nej, aldrig

9. Jag har känt mig så olycklig att jag har gråtit:

Ja, nästan jämt

Ja, ganska ofta

Bara någon gång

Nej,aldrig

10. Tankar på att göra mig själv illa har förekommit:

Ja, rätt så ofta

Ibland

Nästan aldrig

Aldrig

© The Royal College of Psychiatrists 1987. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786.

Bilaga 3

Intervjuguide

- Hur länge har du arbetat som BVC-sjuksköterska?
- Är du distriktssjuksköterska eller barnsjuksköterska?
- Hur identifierar du en förälder med depression och ångest?
- Om du identifierar en förälder med ångest och/eller depression, vad gör du då?
- Hur stödjer du dessa föräldrar?
- Hur upplever du din roll i stödet till föräldrar med ångest och depression?
- Upplever du att ditt stöd är tillräckligt?
- Upplever du att du har tillräckligt med utbildning och resurser för att kunna stödja föräldrar med depression och ångest?
- Hur upplever du det tidsmässigt på din arbetsplats att hinna stödja/hjälpa föräldrar med depression och ångest?
- Upplever du att det finns någon särskild problematik i arbetet med att stödja föräldrar med ångest och depression.
- Upplever du att det är någon skillnad i att stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest beroende på vem av föräldrarna som är drabbad?
- Upplever du att det finns bra riktlinjer och arbetssätt för att kunna stödja dessa föräldrar?

Intervjuguiden innehåller även förslag på följdfrågor som Varför? Vill du utveckla det? Kan du ge exempel? Hur menar du då?

Bilaga 4

Forskningspersonsinformation

Information till forskningspersonerna

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Forskning visar att depression och ångest hos nyblivna föräldrar är vanligt förekommande och kan medföra risker för både föräldrar och det nyfödda barnet. Barnhälsovården har ett viktigt uppdrag i att tidigt identifiera mammor som har risk för att få en postpartumdepression samt att uppmärksamma partnerns psykiska mående. Idag används verktyget The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) tillsammans med en klinisk bedömning för att identifiera om mammor har risk för postpartumdepression. Studier visar att det är ett välfungerande verktyg att identifiera depression och ångest med. Studier visar dock att BVC-sjuksköterskor kan uppleva en svårighet i att stödja dessa föräldrar. I den här studien är vi därför intresserade av att se vad BVC-sjuksköterskor har för erfarenheter kring att stödja nyblivna föräldrar med depression och ångest.

Vi har valt att tillfråga dig för att du arbetar på BVC och därmed kan besvara den aktuella forskningsfrågan. Vi valde barnavårdscentraler som låg inom ett hanterbart geografiskt område. Dina kontaktuppgifter hittade vi på er hemsida.

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går studien till?

En av oss som skriver denna D-uppsats kommer att intervjua dig vid ett tillfälle. Tidsåtgången är max en timma. Vi kommer att använda oss av inspelningsutrustning. Intervjun kommer att ske på din arbetsplats i avskildhet.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Intervjuerna kommer att beröra erfarenheter gällande stöd till föräldrar med depression eller ångest. Intervjufrågorna kommer vara arbetsrelaterade och därmed kommer inga personliga känsliga frågor att ställas. Du som intervjuas kommer alltså inte att utfrågas angående egna

sjukdomstillstånd utan om sin egen professionella uppfattning. Risken för fysisk och psykisk skada anses därför vara liten. Du kan välja att avbryta intervjun närsomhelst.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information som du väljer att dela med dig av. Information kommer att samlas in via intervju med dig. Vi kommer att förvara det inhämtade materialet tills att D-uppsatsen är godkänd. Dina svar kommer att hanteras så att inte obehöriga kan ta del av dem och resultatet kommer inte kunna härledas till dig som enskild person.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När vårt examensarbete är godkänt kommer vårt arbete att skickas till dig om du önskar.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien.

Ansvariga för studien

Hanna Christensson tel; 0736-326637 mailadress: hanna_christensson_@hotmail.com

Maria Wernersson tel: 0704-808122 mailadress: maria_wernersson@hotmail.com