



LUNDS
UNIVERSITET

Förlossningsdepression i Sverige

- en studie om Barnvårdscentralers arbete med nyblivna föräldrar

Klara Johansson

Kandidatuppsats SOPA 63

Helsingborg VT 2019

Handledare: Martin Bergström

Abstract

Author: Klara Johansson

Title: Post Partum depressions in Sweden. A study of Child Health Care Centres work with emerging parents.

Supervisor: Martin Bergström

Assessor: Lotta Jägervi

Post-Partum Depression, PPD, is a condition where emerging parents experience depressive symptoms. PPD is expressed through mood swings, anxiety, tiredness and an unwanted desire to harm one's offspring. PPD may have a harmful effect on the psychological and cognitive development of children whose parents are affected. In Sweden, public childcare centres are responsible for detecting symptoms for PPD, and to remit clients with symptoms of PPD to appropriate treatment. PPD is diagnosed women exclusively. New research show that emerging fathers suffers from Paternal Post-Partum Depression, P-PPD. The aim of this study was to examine if Swedish childcare centres in the three regions Norrland, Svealand and Götaland, have the relevant knowledge and appropriate working tools to identify Post-Partum Depression regardless of gender. The method chosen to do so was a telephone survey, with a target group of 51 professionals at childcare centres in Sweden. The hypothesis for the study was that the level of knowledge and implementation of working tools are not equal regarding PPD and P-PPD. The survey was analysed through a comparison of working tools to detect PPD and P-PPD, of proposed continued treatment for mothers and fathers with symptoms of postpartum depression and of experiences of detecting postpartum depression in mothers and fathers. Chi²-tests established significant statistical differences in working methods throughout the country. The hypothesis was confirmed after the result was analysed.

Key words: *PPD, P-PPD, Swedish childcare centres, nuclear families*

Tack

Ett stort tack till de BVC-sköterskor runt om i Sverige som deltagit i denna studie. De har delat med sig av sin kunskap och erfarenhet kring arbetet med förlossningsdepression. Utan deras tid och generositet hade denna studie inte varit möjlig att genomföra. Ett stort tack till min handledare Martin Bergström som har guidat mig genom hela arbetet och bidragit med mycket betydelsefull hjälp. Tack till min make för hjälp och stöttning med arbetet. Tack till Rikard Isaksson och Tina Mattson för bidragande kunskaper.

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	1
2	Problemformulering	2
3	Inledning	5
4	Syfte och frågeställningar	6
4.1	<i>Syfte</i>	6
4.2	<i>Frågeställningar</i>	6
5	Kunskapsläget	7
5.1	<i>Förlossningsdepression som diagnos</i>	7
5.2	<i>Bemötande och behandling</i>	8
5.3	<i>De svenska BVC-mottagningarna</i>	9
6	Teori	11
7	Metod	13
7.1	<i>Val av metod</i>	13
7.2	<i>Urval</i>	16
7.3	<i>Bearbetning av materialet</i>	17
7.4	<i>Etiska överväganden</i>	19
7.5	<i>Metodens tillförlitlighet</i>	20
7.6	<i>Diskussion av alternativ metod</i>	21
8	Resultat och Analys	23
8.1	<i>Kunskap och kännedom</i>	23
8.2	<i>Verktyg och arbetsmetoder</i>	27
8.3	<i>Resultat av arbetsmetoder</i>	32
8.4	<i>Slutsats</i>	34
9	Avslutande diskussion	36
	Litteraturförteckning	38

1 Bakgrund

Ett av mänsklighetens mest grundläggande behov är det att reproducera sig. Själva grunden för vår existens är vår fortsatta reproduktion och viljan och behovet att föra mänskligheten vidare ligger djupt rotad hos oss. Givet är att vi inte kan tillgodose detta behov som självständiga individer. För att tillsammans uppnå de bästa förutsättningarna för fortsatt reproduktion och mänskligt liv, har det därmed genom historien skapats olika typer av strukturer, system och konstruktioner. En sådan struktur är familjen (Volland, 1998, s. 347ff).

Konstruktionen av familjen återfinns i alla kulturer, nationaliteter och samhällsklasser. Familjekonstruktionernas utformning kan variera, men den definitiva markören som gör att individer bildar en familj, är den att barn föds och reproduktionen fortsätter (Wrangsjö, 2009, s. 63f).

Den konstruktion som består av en man, en kvinna och deras gemensamma biologiska eller adopterade barn, en så kallad "kärnfamilj", har länge framhållits som den ideala konstruktionen av en familj (Giddens, 2007, s. 195). Kärnfamiljens konstruktion skapar i sin tur normer att förhålla sig till kring moderskap, faderskap och barnafödande. I kärnfamiljsnormen har det under lång tid varit kvinnan som primärt haft omsorg om barnen och den som står barnen närmast. Barnens utveckling, och de utmaningar som det innebär att utöka familjen med ett barn, har framförallt fallit inom ramen för kvinnans roll i familjen. Mannens roll i kärnfamiljens konstruktion har framförallt varit att göra karriär, och att primärt fungera som familjeförsörjare. Vikten av att göra karriär har för mannen framhållits som viktigare än att sköta familj och barn (McGoldrick, et al., 2013, p. 12).

Familjen bildar en enhet och en gemensam identitet som familjemedlemmarna konstant förhåller sig till. Över tid förändras dock familjekonstruktionen och familjen går igenom flera faser. Individen frigör sig från sin tidigaste familj, träffar en partner och ingår äktenskap; det första steget mot en ny familj. Paret ändrar sedan än en gång sina gemensamma levnadsmönster och går in i nästa fas genom att skaffa barn. Nya livssituationer för familjen, såsom individernas åldrande och barnets uppväxt, påverkar familjen och medför en kontinuerlig förändring av familjestrukturen. Familjen kan därmed beskrivas som en social konstruktion baserat på mänskligt beteende, som sker genom flera steg (McGoldrick, et al., 2013, p. 16).

De olika faser och förändringar som familjen genomgår är inte bara skeenden som representerar familjens olika livscyklar, de påverkar också individerna i familjekonstruktionens identitet. Varje förändring innebär att familjen går in i ett nytt skede och varje nytt skede innebär att individen såväl som familjen utsätts för påfrestningar och utmaningar som kan leda till kriser. Den största och mest avgörande förändringen i etablerandet av en familj, är den när familjen utvidgas och blir större: när ett barn föds. Det grundläggande mänskliga behovet av reproduktion som har legat till grund för själva konstruktionen av familjen, medför också att familjen, såväl som dess enskilda individer, utsätts för stora prövningar och utmaningar (McGoldrick, et al., 2013, s. 7).

Förutom som beskrivet ovan tillkommer också att familjen inte bara är en social konstruktion skapad av individer med påverkan på samma individer; familjen är också en djupt rotad samhällsföreteelse. I Nationalencyklopedin beskrivs familjen som ”Basen för den samhälleliga organisationen” (Nationalencyklopedin, 2019). Konstruktionen av kärnfamiljen försvaras återkommande genom religiösa och historiska förtecken (Zimmerman, 1972, s. 110). Samhällen och dess organisationer och institutioner är uppbyggda efter familjen som konstruktion, och speglar normer och värderingar som familjen förmedlar. Något som reflekteras i båda riktningar (Mancini, et al., 2005), och för de allra flesta människor är familjen den första organisation genom vilken vi ser och uppfattar verkligheten (McGoldrick, et al., 2013, s. 1)

2 Problemformulering

Familjens livscykel och de utmaningar som den ställs inför berör det sociala arbetet i hög grad. Socialtjänsten är en statligt styrd myndighet som därmed återspeglar de värderingar som ligger till grund för socialpolitiska beslut (Börjesson, 2008, s. 43). Det sociala arbetet i Sverige idag syftar till att främja rättvis behandling av alla de invånare som på olika sätt är i behov av stöd och insatser av samhället. Vikten av jämlikhet och respekt för individernas självbestämmanderätt framhålls i Socialtjänstlagen (Börjesson, 2008, s. 23f) Socialtjänstlagens 1: a paragraf lyder i delar: ”Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas jämlikhet i levnadsvillkor”. I samma lag, 5:e kap §3, framgår att: ”Kommunen ska sörja för familjerådgivning genom kommunens försorg eller annars genom lämplig yrkesmässig rådgivare kan erbjudas dem som begär det”. Dessa

lydelser innebär att socialtjänsten har ett ansvar för att arbeta aktivt med de familjer som behöver särskilt stöd.

Det har under en längre tid funnits en partiöverskridande samsyn om att sträva efter ett mer jämlikt samhälle, och Sverige har tillsammans med de andra skandinaviska länderna utarbetade system för att uppnå detta (Mellby, et al., 2008, s. 6f). Detta visar sig bland annat i att de olika familjemedlemmarna förväntas ta lika stort ansvar, och ha ett lika stort intresse i att ta hand om hem och barn. Kärnfamiljsnormen är idag inte lika stark som den en gång har varit (Johansson, 2014, s. 30) (McGoldrick, et al., 2013, s. 2). Den könsuppdelade rollfördelningen är stadd i förändring, och idag deltar mannen allt mer aktivt i omsorgen av familj och barn (McGoldrick, et al., 2013, s. 12).

Men förlossningsdepression – ett uttryck av den kris det kan innebära att utöka familjen med ett barn - är en medicinsk diagnos som uteslutande tillskrivs kvinnor. Den uppskattade prevalensen baseras enbart på nyblivna mödrars upplevelse av tillståndet (Persson, 2009).

Men det finns ingen vetenskaplig evidens för att det är fysiologiska eller hormonella förändringar som enbart kan drabba mödrar i samband med förlossning, som är orsaken till förlossningsdepression (Pèrez C, et al., 2017, s. 28) (Miller, 2002, s. 762). Istället diskuteras andra bakomliggande orsaker inom forskningssammanhang. Omgärdande faktorer som stress och svagt socialt nätverk, tillsammans med en känslighet för depression eller en historia av tidigare depressioner, har återkommande framställts som riskfaktorer för förlossningsdepression (Miller, 2002, s. 762f).

Riskfaktorer som framhålls för män som utvecklar depression i anslutning till barnafödande är snarlika. Aktuell forskning kring förlossningsdepression hos fäder pekar på en tidigare historia av depressioner och svaga sociala nätverk som riskfaktorer. Samma forskning pekar också i högre grad på att ett missnöje med den befintliga partnerrelationen kan vara en riskfaktor. Det faktum att partnern är drabbad av förlossningsdepression framhålls dock vara den största risken för fäder att drabbas av detsamma (Cameron, et al., 2017, s. 62f).

Ovanstående faktorer medför att de som befinner sig inom riskzonen för att drabbas av förlossningsdepression utgör en relevant grupp klienter inom socionomens

arbetsfält. Det sociala arbetet vänder sig framförallt till de personer som befinner sig i en redan socialt utsatt position med ett bristfälligt socialt nätverk (Cree, 2003, s. 7). Det är socialarbetarens ständiga uppgift att hitta målfokuserade lösningar och utföra handlingar som syftar till att tillgodose den enskilda individens behov, detta gäller inte minst där ingen annan myndighet kan ingripa (Johansson, et al., 2014, s. 20). Att socialarbetare har information och kunskap om prevalensen och nivån på psykisk ohälsa hos en grupp individer är avgörande för att rätt insatser ska kunna ske (Johansson, et al., 2014, s. 17f). För att kunna fastställa orsakerna bakom sjukdom och ohälsa och arbeta fram korrekta behandlingsalternativ för dessa, krävs kännedom om prevalensen. Det innebär också att samband med andra faktorer synliggörs och att konsekvenser av sjukdomstillståndet kan identifieras (Lytsy, 2012).

3 Inledning

Detta är en studie om de svenska barnvårdscentralernas (I fortsättningen förkortat BVC), arbete med att upptäcka förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar – mödrar såväl som fäder. Studien behandlar kunskapsnivån och arbetsmetoder hos BVC-mottagningarna i arbetet kring förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar, oavsett könstillhörighet, och vilka alternativ till vård som erbjuds.

Av denna anledning kommer studien också redovisa BVC-mottagningarnas uppdrag och arbetssätt i att upptäcka och kartlägga förlossningsdepression samt de rekommendationer inom Sveriges landsting som styr BVC-mottagningarnas arbetsmetoder.

Samband mellan förlossningsdepression hos mödrar och fäder belyses och prevalensen i Sverige och omvärlden idag kommer att redovisas. Forskning kring förlossningsdepression kommer att redovisas. Det kommer att göras jämförelser mellan kunskap och kännedom om förlossningsdepression mellan Sveriges tre landsdelar Norrland, Svealand och Götaland.

Kärnfamiljsnormen som teoretiskt perspektiv, och den psykodynamiska teoribildningen kring föräldraskap används för att förklara diagnosen förlossningsdepression, och återkommer i analysen av studiens samlade empiri.

4 Syfte och frågeställningar

I denna del beskrivs syftet samt de frågeställningar som studien avser att besvara.

4.1 Syfte

Syftet med studien är att belysa om BVC-mottagningar i Sverige har likartade förutsättningar att upptäcka, ta emot och förmedla behandlande interventioner till män och kvinnor som lider av förlossningsdepression.

4.2 Frågeställningar

- I vilken utsträckning har de tillfrågade BVC-mottagningarna kännedom om förlossningsdepression hos kvinnor och män?
- Vilka tillvägagångssätt använder de tillfrågade BVC-mottagningarna för att upptäcka förlossningsdepression hos kvinnor respektive män?
- Vilka interventioner erbjuder BVC-mottagningarna till kvinnor respektive till män som uppvisar symptom för förlossningsdepression?
- Förekommer det geografiska skillnader mellan Sveriges olika landsdelar i kunskap, kännedom, verktyg för att upptäcka förlossningsdepression, samt erbjudna interventioner vid förlossningsdepression?

5 Kunskapsläget

Denna del kommer att innehålla tidigare forskning om förlossningsdepression. Här presenteras kriterierna för diagnosen förlossningsdepression, och forskning kring hur förlossningsdepression specifikt hos män yttrar sig. Forskning som påvisar sambanden mellan förlossningsdepression hos män och kvinnor samt önskvärda behandlingsmetoder redovisas här. Därefter följer en genomgång av BVC-mottagningarnas uppdrag och arbetssätt i förhållande till förlossningsdepression. Slutligen görs en historisk tillbakablick och ett teoretiskt resonemang kring diagnosens utformning.

5.1 Förlossningsdepression som diagnos

ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), är den diagnosmanual som den svenska sjukvården utgår från vid diagnostiseringar av sjukdomstillstånd. Förlossningsdepression definieras i manualen som en sjukdomsdiagnos. I ICD-10 beskrivs att tillståndet förlossningsdepression består av sömnsvårigheter, minskad eller ökad aptit, stress, nedstämdhet och minskad koncentrationsförmåga. Men specifikt för förlossningsdepression är också känslor av otillräcklighet som förälder, samt en ofrivillig önskan att vilja skada sitt barn (Persson, 2009).

ICD-10 är utgiven av världshälsoorganisationen och översatt till svenska av Socialstyrelsen. I denna diagnosmanual beskrivs förlossningsdepression vara ett tillstånd som drabbar nyblivna mödrar. För att tillståndet ska diagnosticeras som förlossningsdepression enligt ICD-10, ska symptomen ha startat senast 4 veckor efter förlossningen, men i kliniska sammanhang sätts diagnosen i upp till tre månader efter förlossningen (Persson, 2009). Dessa tidsramar för depressionens utbrott stämmer väl överens med forskning om när tillståndet utbryter hos nyblivna mödrar (Stadtlander, 2015, s. 11).

Det är diagnosen som den är formulerad i ICD-10 som ligger till grund för mätning av prevalens i Sverige. I en rapport utgiven 2014 av SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering), anges att 8–15% av alla nyblivna mödrar i Sverige insjuknar i förlossningsdepression de första månaderna efter förlossningen. Det motsvarar cirka 10 000 personer varje år (SBU, 2014). Det ser liknande ut i hela västvärlden, med en prevalens på 10–15% (Halbreich & Karkun, 2006, s. 106). I en

svensk studie visar siffrorna något, men inte mycket, lägre antal fäder som uppmätts insjuknat i depression i nära anslutning till barnafödande. År 2017 uppvisade 6,3% av nyblivna fäder i Sverige depressiva symptom under de första tre månaderna efter förlossningen (Psouni, et al., 2017, s. 485). Detta stämmer väl överens med internationella forskningsstudier som visar siffror på 3% till 25% (Cameron, et al., 2017, s. 62) (Stadtlander, 2015, s. 11). Det bör noteras att de undersökningar som gjorts för att mäta prevalensen av förlossningsdepression hos fäder inte är lika omfattande som motsvarande som gjorts för mödrar (Pèrez C, et al., 2017, s. 28)

Likheterna i depressionsbilden är många, men det har visat sig att förlossningsdepression hos fäder ofta visar sig senare än hos mödrar; i regel inom 12 månader efter förlossningen, och inte inom tre månader som för kvinnor (Pèrez C, et al., 2017, s. 28f) (Stadtlander, 2015, s. 11). Detta gör att diagnosen förlossningsdepression inte är utformat efter fäders symptom – kravet från ICD-10 är att utbrottet skall ha skett inom fyra veckor efter förlossning för att tillståndet skall betraktas som en sjukdomsdiagnos. Trots att forskning återkommande visar resultat på att det förekommer förlossningsdepression hos fäder, har fenomenet fått relativt lite uppmärksamhet inom det kliniska området. Forskningsmängd, kunskap och klinisk medvetenhet om förlossningsdepression hos mödrar är betydligt mer omfattande och utbredd (Paulson & Bazemore, 2010, s. 1961).

5.2 Bemötande och behandling

Det är anmärkningsvärt att forskning visar att en av de största riskfaktorerna för förlossningsdepression hos fäder är den att deras partner är drabbade av just detta tillstånd. Det innebär att en depression eller depressiva symptom hos den närmaste partnern i nära anslutning till förlossning innebär en förhöjd risk att förlossningsdepression uppträder även hos den andra partnern. Förlossningsdepression drabbar därmed inte bara individen, utan är i hög grad ett relationsproblem som drabbar hela familjen (Cameron, et al., 2017, s. 62f). Familjer som redan befinner sig i en socialt utsatt position, och har en tidigare historia av psykisk ohälsa, löper en större risk att drabbas. Att avgörande situationer som påverkar mående och miljö inte upptäcks i tid kan ha allvarliga konsekvenser, både för föräldrarna och för barnen. Förlossningsdepression hos mödrar såväl som hos fäder kan leda till skador i den kognitiva och psykomotoriska utvecklingen hos barnet, samt till beteendeproblem och psykologiska problem hos barnet även senare i livet (Abdollahi, et al., 2017, s. 109).

Forskning visar att förlossningsdepression hos män påverkar anknytningen till barnet negativt. Åtskilliga psykiska besvär hos barn, särskilt hos pojkar, korrelerar med förlossningsdepression hos deras fäder (Psouni, et al., 2017, s. 485).

Psykologkontakt och samtalsterapi är den behandlingsmetod som framförallt används vid förlossningsdepression. Den har visat på lyckade resultat för både mödrar och fäder (Abdollahi, et al., 2017) (Miller, 2002) (Cameron, et al., 2017). Andra behandlingsmetoder som också är rekommenderade inom forskning är parterapi och familjebehandlande insatser. Dessa typer av holistiska behandlingsalternativ som riktar sig till hela familjen är efterfrågade och det har påvisats att fäder som deltar i gruppterapeutiska behandlingar då deras partner lider av förlossningsdepression, får en kraftigt minskad risk för att själva drabbas av samma tillstånd (Cameron, et al., 2017, s. 63).

5.3 De svenska BVC-mottagningarna

Sveriges BVC-mottagningar, som är en del av barnhälsovården i Sverige och har som uppdrag att arbeta med hälsofrämjande och förebyggande insatser för alla barn, har tilldelats ansvaret att upptäcka förlossningsdepression. Verksamma på BVC-mottagningar i Sverige är framförallt distriktssköterskor och barnsjuksköterskor. ”Barnhälsovårdens nationella program” (Reuter, 2018), är den riktlinje som barnhälsovården, och därmed också BVC-mottagningarna, arbetar efter. Där framgår tydligt vikten i att tillgodose goda levnadsförhållanden för barnet samt att stötta och främja föräldraförmågan. Att följa psykiska och sociala familjeförhållanden, att främja ett jämställt föräldraskap och att följa och uppmärksamma föräldrars och deras partners psykiska hälsa är grundläggande insatser som ska erbjudas till samtliga barn och föräldrar. För att säkerställa att så sker framgår också den nära samverkan som BVC-mottagningarna har med övriga myndigheter och vårdgivare – däribland socialtjänsten, familjerådgivningen samt barn eller vuxenpsykiatri vid behov (Reuter, 2018).

Verktygen som BVC-mottagningarna använder för att upptäcka förlossningsdepression är utarbetade efter diagnosen som den presenteras i ICD-10. Detta innebär att systemet är väl utarbetat för att upptäcka förlossningsdepression hos mödrar. Det är ett rutinförfarande i alla svenska regioner att kvinnor som fött barn genomgår ett screeningtest, EPDS (The Edinburgh Postnatal Depression Scale), där de får svara på frågor om sitt psykiska mående 6–8 veckor efter förlossningen (Wickberg,

2016). Något liknande standardiserat screeningtest, men anpassat för fäder, har ännu inte framtagits inom vårdgivande instanser hos svenska landsting. I ”Rikshandboken för barnhälsovård” framkommer också, i enlighet med forskningen, att det är tveksamt om EPDS kan användas för screening av nyblivna fäder även om den anses kunna användas selektivt för att fånga upp depressionssymptom hos män. Den rekommenderas därmed inte som ett universellt verktyg för fäder. Detta för att EPDS är uppbyggt efter hur förlossningsdepression i regel uttrycks hos mödrar. Fokus ligger på de känslotillstånd vid depression som är kända hos nyblivna mödrar, samt att det utgår från de tidsramar då förlossningsdepression vanligen utbryter hos kvinnor (Psouni, et al., 2017, p. 486). Däremot framgår tydligt att vid upptäckten av depressiva symptom hos nyblivna mödrar är det också viktigt att undersöka närmre hur hennes partner mår då depressiva symptom efter en förlossning bekräftas vara en riskfaktor för partnern att drabbas av detsamma (Wickberg, 2016).

Det finns ett fåtal alternativ som fokuserar på att upptäcka förlossningsdepression hos män. GMDS (The Gotland Male Depression Scale) är ett alternativ, som trots att det är evidensbaserat för att fånga upp depressionsnivåer hos män, används i mycket liten utsträckning (Psouni, et al., 2017, s. 486). De så kallade ”pappa/partner” samtalen används inom BVC-mottagningar för att utreda och bemöta tillstånd av depression hos den förälder som inte fött barnet. Denna metod är välanvänd i Sverige, och är rekommenderad av sjukvården, men har ännu inte blivit rutinförfarande hos Sveriges samtliga BVC-mottagningar. Flera regioner i Sverige, däribland Skåne, Stockholm och Västra Götaland har infört dessa samtalsträffar, som kommit att kallas för ”pappa/partner samtal”, som rutin på BVC-mottagningarna. Metoden är inte specifikt anpassad till fäder, utan den vänder sig till alla partners till kvinnor som fött barn. Samtalen sker på frivillig basis och erbjuds på BVC-mottagningar 3 till 5 månader efter att barnet fötts (Bergström, 2019). EPDS kan komma att bli aktuellt för den icke-födande föräldern efter mer djupgående samtal som leder till en misstanke om depression (Bergström, 2019).

Ovanstående utveckling tyder på att kunskapen om att förlossningsdepression inte bara drabbar modern, börjar etablera sig mer hos BVC-mottagningarna. Det visar också på att det finns ett aktivt sökande efter lämpliga verktyg för att upptäcka förlossningsdepression hos den förälder som inte fött barnet och därmed uppfylla de lagar och riktlinjer som stipulerar att alla människor ska erbjudas lika vård. För att

implementera en jämlik vård på bästa sätt har SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) utarbetat en nationell plattform (SKL, 2019). Där har ett flertal olika organisationer och myndigheter samlats med målsättningen att motverka omotiverade skillnader i bemötande, vård och behandling inom den svenska vården.

6 Teori.

I denna del kommer ett teoretiskt perspektiv på en historisk syn på föräldraskapet presenteras. Denna används som förklaringsmodell kring hur den medicinska diagnosen förlossningsdepression kommit att tillskrivas enbart kvinnor, och även knyta an till de normer kring kärnfamiljen som presenteras i bakgrunden.

Att diagnosen förlossningsdepression utgår från de symptom och det tidsperspektiv som uttrycks hos mödrar kan förklaras genom ett psykoanalytiskt perspektiv. Monica Johansson skriver i sin avhandling "I moderskapets skugga" (Johansson, 2014) om ett flertal olika försvarare av den psykoanalytiska teoribildningen, däribland Carol Smart (refererad i Johansson, 2014, s.44), Mona Franzhén (refererad i Johansson 2014, s.45) och Helene Brembeck (refererad i Johansson 2014, s.45). Hon tar där upp hur synen på moderskap är så nära förknippat med de biologiska processer kvinnor genomgår i samband med föräldraskapet, och som på många sätt definierar själva föräldraskapet (Johansson, 2014, s. 44f) Kvinnan har i denna teoribildning förklarats ha en "medfödd" eller "naturlig" föräldrastinkt, och är den centrala föräldragestalten, som påverkar barnets psykologiska och kognitiva utveckling med specifika emotionella förmågor och medfödd moderskärlek. Beteenden och fenomen förklaras alltså återkommande genom biologiska processer. Själva graviditeten och de kroppsliga förändringarna determinerar kvinnan som förälder (ibid). Att vara förälder är inte enbart att ha en relation till sitt barn, utan det utgörs också av ett fysiskt tillstånd (Johansson, 2014, s. 45). Vidare hävdas inom denna teoribildning att kvinnan har medfödda och biologiska element som gör henne till "en god moder". Sådana beskrivs som empatiskhet, lyhörd och känslighet för andra människors behov (Johansson, 2014, p. 46). Denna bild av kvinnan som modern utgör en viktig beståndsdel i kärnfamiljsnormen. Att beskrivningen av diagnosen förlossningsdepression enbart tillskrivs mödrar stämmer väl överens med en sådan syn på moderskapet och faderskapet, och även på kärnfamiljens konstruktion. Fadern blir inte sammankopplad med föräldraskapet på samma sätt, eftersom han inte genomgår samma fysiologiska förändringar, och inte tydligt går att koppla

till barnafödandet. Den starka övertygelsen om att föräldrskapet går att förklara genom biologiska förtecken, bidrar också till den sociala konstruktionen av föräldern. Kvinnan förväntas vilja, och sträva efter att bli förälder, eftersom det är naturligt och medfött hos henne, och en del av hennes identitet som kvinna (Johansson, 2014, . 45). Depression i samband med förlossning är därmed ett tillstånd som utmanar normen och får ett större utrymme att upptäckas och problematiseras hos mödrar.

7 Metod

I denna del redovisas vilken metod som använts i studien, och hur ett resultat har framställts. Val av metod och tillämpningen av denna kommer att beskrivas. Metodens lämplighet för att uppnå syftet och besvara studiens frågeställningar kommer att belysas samt hur uppkomna brister har hanterats. I denna del kommer också att redovisas hur materialet har bearbetats och det kommer att framgå ett ställningstagande kring forskningsetiska principer. Slutligen kommer alternativa metoder som skulle kunna använts för studien presenteras.

7.1 Val av metod.

Syftet med denna studie är att belysa svenska BVC-mottagningars möjligheter att identifiera och kartlägga förlossningsdepression hos nyblivna mödrar och fäder, samt att erbjuda korrekt behandling för de som uppvisar symptom på förlossningsdepression. Att en jämförelse har gjorts mellan mödrar och fäder grundas i studiens utgångspunkt om förändrade familjestrukturer, och den relativt nya forskningen om förlossningsdepression specifikt hos fäder. Att en jämförelse har gjorts mellan sveriges tre olika landsdelar skapar en fördjupad insikt i hur implementerad kunskap och kännedom om förlossningsdepression är, samt om hur utarbetade metoderna är för att upptäcka och behandla tillståndet. För att uppnå detta syfte, krävdes underlag på den aktuella kunskapsnivån kring förlossningsdepression på BVC-mottagningar runt om i landet samt om hur arbetet med att upptäcka och behandla förlossningsdepression genomförs.

Grunden för metoden har en deduktiv ansats. Det innebär att en hypotes är utgångspunkt när empirin inhämtas. Därefter används det empiriska underlaget till att förkasta eller bekräfta den valda hypotesen (Bryman, 2011, s. 26). Hypotesen för denna studie är att kunskapsnivån och verktygen på Sveriges BVC-mottagningar för att upptäcka förlossningsdepression hos fäder, inte motsvarar kunskapsnivån och verktygen för att upptäcka förlossningsdepression hos mödrar. Denna hypotes grundar sig på tidigare forskning som visar att det ännu inte finns någon standardrutin i Sverige för att upptäcka förlossningsdepression hos fäder (Psouni, et al., 2017, s. 486), att diagnosen PPD är enbart tillskriven mödrar, samt att det är relativt

nyligen som P-PPD fastslagits som en medicinsk term (Cameron, et al., 2017, s. 62f) (Paulson & Bazemore, 2010, s. 1961).

Målgruppen för studien, som också kallas för studiens population (Bryman, 2011, s. 179), innefattar en bred grupp yrkesverksamma inom ett specifikt område. Ett fokus ligger på att undersöka hur ett fenomen uttrycks inom detta område och inte hos enskilda individer. Ett annat fokus är att hitta samband i kunskapsnivåer och arbetssätt mellan ett flertal olika BVC-mottagningar. En kvantitativ datainsamlingsmetod har använts, vilket krävs för att göra en studie av förekomsten av ett fenomen inom en viss grupp (Bryman, 2011, s. 150). För att få en fördjupad bild av kunskapsnivåerna hos BVC-mottagningarna och deras möjligheter att arbeta med förlösningsdepression så har underlaget analyserats med hjälp av målgruppens egna ord och beskrivningar. Det innebär att metoden har kompletterats med kvalitativa fördjupningar (Bryman, 2011, s. 371f).

Den metod som har valts för insamlandet av empirin är en telefonsurvey. Metoden innebär att kontakt har initierats med utvalda respondenter via telefon som därefter fått besvara frågor enligt ett förbestämt frågeschema. Frågorna har formulerats utifrån hypotesen, inklusive möjligheten att motbevisa den. På grund av den geografiska spridningen på studiens population har det av praktiska skäl varit lämpligt att använda sig av en telefonsurvey som metod. Tiden som har funnits till förfogande har varit begränsad och populationen befinner sig över hela Sverige, vilket gör att personliga intervjuer skulle ha medfört betydande kostnader och en större tidsåtgång (Bryman, 2011, s. 208). Strukturerade telefonintervjuer är att föredra framför enkäter som skickas ut via post eller e-post, av den orsaken att i telefonintervjuer kommer svaren omgående och ingen tid går åt till att invänta att få dem skickade tillbaka via e-post eller brev. Metodens upplägg ger också möjlighet till kvalitativa fördjupningar genom ytterligare information som kan användas i analysen. Det mer personliga mötet som sker via ett telefonsamtal bedöms också underlätta insamlandet av empirin, då det är lättare för respondenterna att undvika att svara på en mer opersonlig post eller e-postenkät.

Telefonsurveyen bestod av sammanlagt 13 frågor. En av dem var en kontrollfråga, som berörde hur många olika BVC-mottagningar respondenten var verksam inom. Valet av denna kontrollfråga var för att undvika att intervjua samma person flera gånger vid kontakt med flera BVC inom samma landsting. Respondenterna fick

även frågan om vilken deras yrkestitel var. Detta för att få en uppfattning om vilka yrkesgrupper som representerar de olika BVC-mottagningarna.

För att säkerställa att frågorna i telefonsurveyen var förståeliga och för att få en uppskattning kring hur lång tid varje telefonsamtal skulle komma att ta, så gjordes ett pilotförsök. Via telefon ställdes förberedda frågor till en person som inte ingick i urvalsgruppen, men som blivit tillfrågad om den kunde ställa upp som testperson (Berntson, et al., 2016, s. 101). Detta gjorde att vissa frågor reviderades och frågeordningen ändrades, så att det blev ett mer naturligt flöde. Ett resultat av pilotförsöket blev också att tidsåtgången för samtalet kunde förmedlas direkt till respondenterna. Varje telefonsamtal tog 5 till 7 minuter att genomföra.

Det förbestämda frågeschemat fanns tillhands vid genomförandet av varje samtal för att säkerställa att frågorna ställdes på samma sätt, då det är av vikt att använda identiska formuleringar för att kunna göra jämförelser. Ansträngningar gjordes för att undvika olika externa störande faktorer eller att frågorna betonades olika. Frågorna i intervjun var välstrukturerade och slutna. Det beskrivna tillvägagångssättet medförde en möjlighet att göra jämförelser och dra slutsatser av svaren (Bryman, 2011, s. 203). Frågorna var av både så kallade diktoma slag, det vill säga ”ja och nej-frågor”, och av en nominalskala, det vill säga där det finns ett antal färdiga svarsalternativ att välja på (Barmark & Djurfelt, 2015, s. 100). Det innebär att de variationer som uppkommer bland svaren är tillförlitliga och korrekta variationer; de är alla svar på samma frågor (Bryman, 2011, s. 203ff). Som svarsalternativ till flera av frågorna gavs också alternativet ”Annat”. Detta är ett mer öppet formulerat svarsalternativ som är lämpligt när svaren från respondenten inte helt och hållet går att förutsäga på det sätt man gör när man lämnar färdiga svarsalternativ (Berntson, et al., 2016, s. 94). Svarsalternativet ”Annat” ger respondenten en chans att utveckla sitt svar ytterligare och öppnar för fördjupad information.

Det kvalitativa material som används i analysen, består av dessa svar och av information som respondenterna delat med sig av självmant som förtydligande på frågorna. Denna tillkommande informationen har då antecknats i ett separat dokument och sparats tillsammans med svaren från telefonsurveyen.

Under arbetets gång sammanställdes de inkomna svaren i ett separat dokument som kompletterades löpande. När samtliga telefonintervjuer hade genomförts, var informationen samlad i tabellformat i ett dokument.

7.2 Urval

I denna studie fanns inte möjlighet att göra en så omfattande undersökning att den inkluderade hela studiens population; det vill säga Sveriges samtliga BVC-mottagningar. Av den orsaken blev en begränsad urvalsgrupp ur populationen kontaktad. Ett stickprov ur populationen valdes därmed ut. Ett lämpligt urval för studien uppskattades till 50 respondenter, fördelade på BVC-mottagningar runt om i Sverige. 50 BVC-mottagningar utgör också en mängd data som är rimligt att bearbeta korrekt under de rådande omständigheterna (Bryman, 2011, s. 194).

Urvalet av respondenterna ger, enligt beskrivningen ovan, inte ett representativt svar på hur kunskapen och arbetet med förlossningsdepression ser ut i Sverige. Resultatet visar huruvida hypotesen stämmer eller inte inom den utvalda gruppen.

Efter att urvalet av stickprovet hade genomförts eftersträvades en jämn geografisk spridning, för att på så sätt få med BVC-mottagningar från hela Sverige. Urvalet baserades därmed på Sveriges tre landsdelar Norrland, Svealand och Götaland. För att få tillförlitliga stickprov behövde antalet BVC-mottagningar vara lika stort från varje landsdel. Detta för att alla delar inom populationen ska representeras, och ingen del ska ha en mindre representation. Om någon del är representerad av betydligt färre respondenter, påverkar det resultatet av studien, och möjligheterna att dra korrekta slutsatser (Berntson, et al., 2016, s. 48). Detta gjorde att urvalsgruppen justerades från ursprungliga 50 BVC-mottagningar till 51 BVC-mottagningar, så att mängden kunde fördelas jämt på samtliga landsdelar: 17 st. per landsdel. Sverige består av sammanlagt 21 regioner. Inom varje landsdel finns ett varierande antal regioner och dessa regioner har i sin tur en varierande mängd BVC-mottagningar. Med hjälp av Vårdguidens hemsida, 1177.se, gavs tillgång till kontaktuppgifter till hela Sveriges BVC-mottagningar, utefter regionstillhörighet. För att hela landsdelen skulle bli representerad i studien, så beslutades att det skulle finnas med minst en BVC-mottagning från varje region inom landsdelen. BVC-mottagningarna fördelades därefter proportionerligt utifrån antalet BVC-mottagningar per region i landsdelen. Om det på grund av avrundning medförde att det totala antalet BVC-mottagningar överskred 17 för landsdelen, så minskades antalet till 17 st. Detta skedde genom att de regioner som hade mer än en BVC-mottagning representerad numrerades i bokstavsordning. Därefter slumpades genom en datoriserad slumpgenerator fram vilken region som skulle få ett minskat antal BVC-mottagningar.

Metoden medför att de regioner som har ett större antal BVC-mottagningar, har också fler representerade i studien och vice versa; fördelningen per region är därmed proportionerlig.

I det sista steget valdes de BVC-mottagningar som skulle kontaktas för deltagande i studien. Detta skedde genom att numrera BVC-mottagningarna, sorterade i bokstavsordning, från 1 och uppåt. Därefter användes en slumpgenerator för att få fram vilka specifika mottagningar som skulle kontaktas från varje region.

En faktor vid denna typen av undersökningar som medför en risk för negativ påverkan på resultatet är bortfallet. Bortfall kan vara att respondenter väljer att inte delta i undersökningen överhuvudtaget eller att de väljer att delta men att inte besvara vissa frågor (Bryman, 2011, s. 192). Denna risk kunde minimeras genom den valda metoden. Då det av olika anledningar ej varit möjligt att få kontakt med en respondent vid första tillfället, har en ny BVC-mottagning slumpats fram från den aktuella regionen enligt tidigare beskriven metod. Detta har gjort att samtliga 51 BVC-mottagningar kontaktats och inget bortfall på respondenter har skett. En anledning till att det inte gått att få tag på en respondent vid första tillfället har varit att samtalet mottagits av en telefonsvarare, och personen som sökts sedan inte har ringt tillbaka. En annan anledning har varit att personen som kontaktats har bett att få återkomma senare på grund av tidsbrist, men sedan inte återkommit.

Risken för att respondenterna undviker att besvara vissa frågor minskas i samband med det förbestämda frågeschemat, och det faktum att de kontaktas via telefon (Barmark & Djurfelt, 2015, s. 85). Vid ett fåtal tillfällen, och på en specifik fråga skedde bortfall. Två respondenter valde att inte besvara en fråga, på grund av att de saknade erfarenhet. En bortfallsanalys gjordes för att hantera bortfallet. För att kontrollera om bortfallen påverkade slutresultatet av beräkningarna, konstruerades tabeller med samtliga tänkbara svarsalternativ för de två bortfallen. Det visade sig i samtliga av de konstruerade tabellerna att resultatet fortfarande visade en statistik signifikant skillnad respektive inte visade statistisk skillnad. Bortfallen påverkade därmed inte slutresultatet.

7.3 Bearbetning av materialet

Efter avslutad insamling av empirin från samtliga 51 BVC-mottagningar, så påbörjades bearbetningen av materialet.

Det skedde inte vid något tillfälle att samma respondent blev kontaktad två gånger, i händelse av att de var verksamma på flera BVC inom den aktuella regionen. Av det totala antalet respondenter uppgav 38st att deras yrkestitel var distriktssköterska, 11st barnsjuksköterska och 2st enhetschef.

De 11 frågorna delades in i tre olika kategorier, där varje kategori svarade mot studiens frågeställningar. Den första kategorin kallas ”Kunskap och kännedom”. I denna kategorin ingår de frågor som berör kunskap och kännedom kring PPD och P-PPD, och om insikten och kunskapen om den egna BVC-mottagningens uppdrag och arbetssätt. Förkortningen PPD står för Post Partum Depression, och förkortningen P-PPD står för Paternal Post Partum Depression. Detta är de kliniska begrepp som används för tillstånden förlossningsdepression. Att respondenterna blivit tillfrågade huruvida de känner till dessa begrepp, beror på att det eftersöktes en uppfattning, inte bara om de känner till fenomenet förlossningsdepression hos både män och kvinnor, men också hur bekanta de var med de kliniska begreppen, då det ger ett ytterligare djup i deras faktiska kännedom. Utgångspunkten för detta var att om det finns en grundläggande kunskap och kännedom om ett sjukdomstillstånd som rör det egna arbetsuppdraget, så finns det också en kännedom om dess kliniska benämning. Den andra kategorin kallas ”Verktyg och arbetsmetoder”. Där ingår de frågor som handlar om vilka verktyg som används för att upptäcka förlossningsdepression hos kvinnor och män samt vilka interventioner som erbjuds vid förlossningsdepression. Den tredje kategorin kallas ”Resultat av arbetsmetoder”, och här beskrivs vem eller vilka som BVC-mottagningarna oftast upptäcker förlossningsdepression hos, vilket utgör en sammanslagning av de två tidigare kategorierna, och även svarar på syftet på ett lämpligt sätt.

Eftersom denna studie jämför skillnader inom Sverige, presenteras svaren enligt Sveriges tre landsdelar Norrland, Götaland och Svealand. Varje landsdel representeras av 17 BVC-mottagningar. Då ett av studiens fokus ligger på att göra en jämförelse mellan mödrar och fäder, så presenteras också tabeller som beskriver skillnader beroende på könstillhörigheten i hela Sverige.

För att säkerställa ett korrekt resultat användes ett Chi²-test vid jämförelsen. Chi²-testet baseras på förväntade värden av ett resultat och jämför detta med det faktiska värdet, för att fastställa om det finns en samvariation (Bryman, 2011, s. 335). Den nollhypotes som valdes med avseende på geografisk fördelning, H_{0,G}, är att

landsdelen inte påverkar svaret. Den alternativa hypotes som valdes med avseende på geografisk fördelning, $H_{1,G}$, är att landsdelen påverkar svaret. Den nollhypotes som valdes med avseende på kön, $H_{0,K}$, är att könet hos föräldern inte påverkar svaret. Den alternativa hypotes som valdes med avseende på kön, $H_{1,G}$, är att könet på föräldern påverkar svaret. För att H_0 ska kunna förkastas krävs ett statistiskt signifikant resultat. Det valda sannolikhetsvärdet, så kallat p-värde, ska ej överstiga 0,05. Om p-värdet är högre än 0,05 så betraktas de vara slumpmässiga skillnader och kan inte fastställas som statistisk signifikanta (Bryman, 2011, s. 334). P-värdet 0,05, är vedertaget inom samhällsvetenskaplig forskning vid denna typ av statistiska analyser. Om p-värdet ej överstiger 0,05, så innebär det att H_0 kan förkastas och H_1 kan accepteras. Under samtliga av tabellerna redovisas Chi^2 -värdet, antalet frihetsgrader och p-värdet. Resultatet analyseras under respektive tabell.

I samband med analysen av tabellerna presenteras också den fördjupade information som respondenterna delgivit.

7.4 Etiska överväganden

Här redogörs för olika etiska ställningstaganden inom forskning. I tabellerna presenteras enbart antal svar efter geografisk tillhörighet. Det redovisas inga namn på vem som har svarat vad, och inte heller på vilken BVC-mottagning respondenten arbetar vid. Detta för att det är konfidentiell information och irrelevant för resultatet.

De etiska överväganden som behövdes ta hänsyn till berör framförallt respondenternas deltagande i studien, men också hanteringen av empirin. I studien har ”Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor” använts för att säkerställa att kraven på forskningsetiska principer uppfylls. §13 i denna lag lyder:

”Forskningspersonen skall informeras om

- den övergripande planen för forskningen,
- syftet med forskningen,
- de metoder som kommer att användas,
- de följder och risker som forskningen kan medföra,

- vem som är forskningshuvudman,
- att deltagande i forskningen är frivilligt, och
- forskningspersonens rätt att när som helst avbryta sin medverkan.”

Av denna orsak initierades kontakten genom att tydligt informera om dessa punkter. Respondenternas politiska, religiösa eller etniska tillhörighet - samt i en majoritet av fallet, deras namn - är okända och har inte relevans för studien. Den enda personliga information som efterfrågades om respondenterna, och som har använts i studien, är deras yrkestitel. På detta sätt beaktades opartiskheten i deras deltagande och ärligheten gentemot forskningspersonerna (Kalman & Löfgren, 2012, s. 11). Innan telefonsurveyen startade, tillfrågades respondenterna om deras informerade samtycke. Dessa förberedelser innebar att informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet på forskning säkerställdes (Bryman, 2011, s. 131f). Respondenterna fick erbjudande att ta del av det färdiga examensarbetet och kontaktuppgifter lämnades om önskemål att ta kontakt uppstår. Då kontakten skedde via telefon fanns utrymme att kunna svara på eventuella övriga frågor om studien.

7.5 Metodens tillförlitlighet

Tillförlitligheten till att urvalet blir korrekt höjs genom den datoriserade slumpgeneratorn. Detta gör att omedvetna preferenser inte styr vilka som blir respondenter inom respektive region (Bryman, 2011, s. 184). Då samtliga Sveriges BVC-mottagningar har sorterats utifrån regiontillhörighet och därmed blir möjliga respondenter, säkerställs att alla har lika stor chans att delta. (Barmark & Djurfelt, 2015, s. 72). Tillförlitligheten till att svaren hanteras och bearbetas korrekt säkerställs genom att varje svar noggrant antecknas under samtalsgången och sparas separat. Därefter sammanställs svaren i en tabell innan analysen påbörjas. Svaren kontrolleras en extra gång så att de återges korrekt. Genom att frågorna är formulerade så neutralt och lättförståeligt som möjligt och utan att framstå som värdeladdade undviks att respondenterna upplever att de bör ge ”rätt” svar eller svar som är socialt önskvärda (Berntson, et al., 2016, s. 110ff). Det går inte att garantera att de svar som respondenterna ger är sanningsenliga, men för att kunna göra en analys måste det antas.

På det sätt empirin bearbetas och hanteras, det vill säga genom datoriserade uträkningar som redovisas i tabellform, är tillförlitligheten hög. Att den statistiska signifikansen i resultatet säkerställs genom ett Chi²-test, på det sätt som görs inom samhällsvetenskapliga forskningsmetoder (Bryman, 2011, s. 333f), innebär att resultat såväl som val av metod är tillförlitliga.

7.6 Diskussion av alternativ metod

Alternativa metoder för att undersöka samma syfte hade kunnat vara renodlat kvalitativa, eller renodlat kvantitativa. Att göra en kvantitativ undersökning med ett större och mer representativt urval för hela populationen hade höjt forskningsrelevansen. För att göra en representativ kvantitativ studie hade en väl förberedd enkät, med förberedande kontakter, påminnelsebrev, och bortfallsanalys varit mer lämplig. I Sverige finns idag 1080 registrerade BVC-mottagningar. I en populationsgrupp på upp till 1000st, så anses precisionen, alltså tillförlitligheten till resultatet, vara större ju fler från populationsgruppen som deltar. Alltså skulle en undersökning med samtliga BVC-mottagningar i hela Sverige ge mest tillförlitligt resultat. Forskningen säger också att om antalet överstiger 1000st så gäller inte längre principen ”ju fler desto bättre”. I en större populationsgrupp, räcker det alltså ofta med en urvalsgrupp på 1000 respondenter för att få ett representativt svar (Bryman, 2011, s. 191). För att göra den typen av undersökning via telefonintervjuer hade förmodligen krävts att en större grupp intervjuare och sammanstäl-lare arbetar med insamlingen av empirin. Detta för att tidsaspekten det tar för sammanställningen ett resultat måste ställas i förhållande till att resultatet blir representativt utifrån det aktuella kunskapsläget.

En renodlat kvalitativ metod kan inte användas för att undersöka en populations kännedom eller kunskapsläge om ett visst fenomen. I den kvalitativa studien ligger fokus på att söka förståelse om hur ett fenomen eller ett socialt problem yttrar sig, och att tolka intervjupersonernas specifika upplevelser om detta fenomen (Bryman, 2011, s. 341). En kvalitativ forskningsmetod, genom djupgående intervjuer, skulle därför lämpa sig bättre för att studera inställningar och attityder kring förlossningsdepression hos yrkesverksamma på BVC-mottagningar, och inte generella mönster. Däremot skulle en kvalitativ undersökningsmetod, med djupgående intervjuer, kunna belysa kunskapsnivåer och arbetsmetoder för att upptäcka förlossningsdepression hos nyblivna föräldrar oavsett könstillhörighet, hos enskilda BVC-

mottagningar på ett lämpligt sätt. Kvalitativa intervjuer skulle kunna användas som en fördjupad komplettering i en forskningsstudie om kunskapsläget hos BVC-mottagningar i Sverige.

8 Resultat och Analys

Nedan följer de resultat som undersökningen visar. Här redovisas svaren på telefonsurveyen genom de tre kategorierna ”Kunskap och kännedom”, ”Verktyg och arbetsmetoder” och ”Resultat av arbetsmetoder”. Den första kategorin innehåller frågor om kännedom om begreppen PPD och P-PPD, BVC-mottagningarnas målgrupp, och föräldrarnas vårdbehov. Den andra kategorin innehåller frågor om verktyg som används för att upptäcka förlossningsdepression och vilka interventioner som BVC-mottagningarna erbjuder. Den sista kategorin ger svaret på frågan om vilken förälder som respondenterna oftast upptäcker förlossningsdepression hos.

Svaren från telefonsurveyen redovisas i jämförande tabeller för geografisk tillhörighet. För kännedom om PPD och P-PPD, vilka verktyg som används för att upptäcka förlossningsdepression samt vilka val av interventioner som görs för mödrar och fäder, presenteras också jämförande tabeller för könstillhörigheten. Geografisk tillhörighet är, enligt beskrivning i metod, uppdelat i Norrland, Svealand och Götaland. Antalet respondenter är lika många från varje landsdel: 17 st. Könstillhörighet är uppdelat i ”Fäder” och ”Mödrar”. Svaren ges i procentandelar.

Under varje tabell förtydligas innehållet. Därefter presenteras den kvalitativa fördjupande informationen som visar på respondenternas attityder och inställningar kring den aktuella frågan. Resultat och analysdelen avslutas med en slutsats.

8.1 Kunskap och kännedom

8.1.1 Kännedom om begreppen PPD och P-PPD

Tabell 1 Procentuell fördelning av svaren på frågan ”Känner du till begreppet PPD?” (n=51).

Svarsalternativ	Norrland	Svealand	Götaland
Ja	76	71	53
Nej	24	29	47

Tabell 2. Procentuell fördelning av svaren på frågan ”Känner du till begreppet P-PPD?” (n=51).

Svarsalternativ	Norrland	Svealand	Götaland
Ja	6	6	6
Nej	94	94	94

Mer än hälften av alla BVC hade kännedom om begreppet PPD oavsett geografisk tillhörighet. I Norrland var det en klar majoritet som kände till begreppet PPD. I Götaland var det betydligt jämnare resultat mellan de som kände till PPD och de som inte gjorde det. Resultatet visar på en statistisk signifikant skillnad mellan de olika landsdelarna ($\text{Chi}^2=13,5$ $\text{df}=2$, $p=1,17*10^{-3}$).

En mycket liten andel hade kännedom om begreppet P-PPD. 6 %, oavsett geografisk tillhörighet, kände till P-PPD. Det fanns ingen signifikant statistisk skillnad mellan de olika landsdelarna ($\text{Chi}^2=0,00$, $\text{df}=2$, $p=1$).

Tabell 3 Procentuell fördelning av svaren på frågan ”Känner du till begreppet PPD?” respektive ”Känner du till begreppet P-PPD?” (n=51).

Svarsalternativ	PPD	P-PPD
Ja	67	6
Nej	33	94

Denna tabell visar kännedomen för P-PPD och PPD i hela Sverige. Endast 6 % av BVC-sköterskorna kände till begreppet P-PPD. Så många som 67% kände till begreppet PPD. Signifikant fler kände till begreppet PPD i förhållande till P-PPD ($\text{Chi}^2=79,93$ $\text{df}=1$, $p=3,88*10^{-19}$).

8.1.2 Kännedom om begreppen PPD och P-PPD: Analys och fördjupning.

Kännedomen hos respondenterna är märkbart större om begreppet PPD än om P-PPD i hela landet. Många av respondenterna var säkra på vad PPD står för och läste direkt upp innebörden; Post Partum Depression. På frågan om kännedom kring P-PPD uppkom svar som ”Nej, det har jag aldrig hört talas om” eller långa funder samma tystnader. Av de som uppgav att de kände till förkortningen var det ingen som läste upp vad den stod för. Andra uppgav att de hade hört talas om förkortningen, men inte kunde återge vad den står för. Några bad om att få förkortningen uppläst för sig, och sa då att de kände till att män också drabbas av förlossningsdepression, men att de inte var bekanta med begreppet P-PPD.

Ett flertal av respondenterna uppgav att de inte använde sig av den typen av förkortningar på deras respektive arbetsplats. Varken PPD eller P-PPD. ”Vi brukar säga förlossningsdepression när vi pratar om det...” eller dylika svar uppkom flera gånger. Trots detta så hade majoriteten ändå kännedom om begreppet PPD enbart,

och kunde också återge vad det står för: Post Partum Depression. Detta tyder på att kännedomen om PPD är betydligt mer utbredd än om P-PPD.

Resultatet från tabellen bör inte förknippas med kännedomen kring att förlossningsdepression uppträder både hos kvinnor och män. Tabellen visar enbart kännedomen om de kliniska förkortningarna PPD och P-PPD.

Detta resultat stämmer väl överens med det befintliga forskningsläget: kunskapen och forskningen kring P-PPD är inte lika utbredd som kring PPD, inte heller inom det kliniska området (Pèrez C, et al., 2017, s. 28) (Paulson & Bazemore, 2010, s. 1961). Svaren speglar också de teoretiska perspektiv som presenterats tidigare, där kvinnan har setts som den centrala föräldern, och där moderskapet definieras genom biologiska processer (Johansson, 2014, p. 45). Det är då rimligt att kunskap och kännedom om sjukdomstillstånd i samband med barnafödande får en starkare koppling till kvinnan.

8.1.3 Målgrupp för vårdgivande interventioner

Tabell 4. Procentuell fördelning av svaren på frågan ”Vem riktar sig era vårdgivande interventioner huvudsakligen till?” (n=51).

Svarsalternativ	Norrland	Svealand	Götaland
Barnet	41	71	82
Modern	0	0	0
Fadern	0	0	0
Föräldrarna	53	12	6
Annat	6	18	12

I Svealand och Götaland uppgavs ”Barnet” vara den som interventionerna huvudsakligen riktade sig till. I Götaland fick detta svarsalternativ 82%, och i Svealand 71%. I Norrland var svarsalternativet ”Föräldrarna” det som fick flest svar med 53%. Svaren visar på en statistiskt signifikant skillnad mellan de olika landsdelarna ($\text{Chi}^2=75,68$, $\text{df}=8$, $p=3,60 \cdot 10^{-13}$).

8.1.4 Målgrupp för vårdgivande interventioner, Analys och fördjupning

På den här frågan reagerade många av respondenterna på att ”familjen” inte var ett alternativ, och valde att lägga fram det som ett alternativ själva. De förmedlade där en större helhetssyn och påpekade att ”Det är svårt att göra något för barnen om man inte går genom föräldrarna”, eller ”Barnen och föräldrarna samtidigt är nog vanligast”, som några exempel på hur de såg på sin huvudsakliga målgrupp. Flera

andra påpekade också att det är barnen som är deras huvudsakliga målgrupp, och att BVC-mottagningarna finns till för att se till barnens hälsa och utveckling, men att det självklart också inkluderar föräldrarna. Av de som valde föräldrarna som huvudsaklig målgrupp, var det flera som fokuserade på arbetet med att utveckla föräldrakapaciteten och den nyblivna föräldrarollen.

Resultatet av denna fråga är intressant, då det till stor del är framtaget av respondenternas egna reflektioner kring frågan. En stor del av respondenterna uppgav ett annat alternativ än de som fanns som givna svarsalternativ. Det visade sig att samtliga av dessa beskrev det alternativa svaret som ”familjen”. Här visade sig vikten av att följa upp en fråga med en öppenhet för att få fram ett svar som inte på förhand var känt (Berntson, et al., 2016, s. 94). På så sätt kom respondenternas egna tolkningar av frågan och sin egen målgrupp fram, och bildade ett mycket samstämmigt svar. Detta gäller alltså för samtliga Sveriges landsdelar och för alla som uppgett ett annat svarsalternativ. Riktlinjerna om BVC-mottagningarnas uppdrag och arbetssätt, där familjen bör ligga i fokus, återges tydligt här (Wickberg, 2016). Noterbart är också att det är en stor skillnad på hur man ser på föräldrarna som målgrupp i Götaland och i Norrland. Endast 6 % uppgav ”Föräldrarna” som alternativ i Götaland, medan så många som 53% i Norrland uppgav att det är den huvudsakliga målgruppen. Detta belyser också en stor skillnad i synsättet på det egna uppdraget i olika delar av Sverige.

8.1.5 Problemtillstånd för fortsatt vård

Tabell 5. Procentuell fördelning av svaren på frågan ”Vilka problemtillstånd är vanligast att föräldrarna behöver fortsatt vård för?” (n=51).

Svarsalternativ	Norrland	Svealand	Götaland
Somatiska sjukdomstillstånd	12	6	12
Psykologiska sjukdomstillstånd	82	76	82
Annat	6	18	6

Majoriteten av respondenterna svarade att det var ”Psykologiska sjukdomstillstånd” de bedömde att föräldrarna behövde fortsatt vård för. Detta gällde alla landsdelar. I Norrland och Götaland uppgav 12% procent att det framförallt var somatiska sjukdomstillstånd. I Svealand svarade 18% att det rörde sig om något annat tillstånd. Tabellen visar på en statistiskt signifikant skillnad mellan de olika landsdelarna ($\text{Chi}^2=12,06$, $\text{df}=4$, $p=1,69 \cdot 10^{-02}$).

8.1.6 Problemtillstånd för fortsatt vård; Analys och fördjupning.

Det fanns en viss osäkerhet hos flera av respondenterna i valet mellan somatiska eller psykologiska sjukdomstillstånd. Flera menade att det ibland kunde vara svårt att avgöra om det enbart handlade om somatiska sjukdomstillstånd, eller om det fanns en koppling mellan dem – om det alltså var frågan om psykosomatiska sjukdomstillstånd. ”Ibland är det svårt att veta vilket som kommer först, och hur de blir påverkade av det ena eller det andra”. Andra som var säkra på valet av somatiska sjukdomstillstånd, beskrev dem framförallt då direkt kopplade till graviditeten, förlossningen och amningen. Här synliggörs den psykodynamiska teoribildningen. De biologiska processer som ”skapar” modern som förälder ligger i fokus och identifieras och konkretiseras (Johansson, 2014, p. 44).

På denna fråga är det framförallt Svealand som skiljer sig från de andra två landsdelarna; där svarade 18% ”Annat”. Flera av dem som valde det alternativet förklarade att det framförallt handlade om pedagogiska svårigheter och hjälp i föräldrarollen. I övrigt kan noteras en hög procentandel från samtliga landsdelar som visar på att föräldrarna behövde fortsatt vård vid psykologiska sjukdomstillstånd. Ett resultat som bekräftar den psykiska påfrestningen det innebär att bli förälder – för både mödrar och fäder (Psouni, et al., 2017, s. 485f) (Pèrez C, et al., 2017, s. 29).

8.2 Verktyg och arbetsmetoder

8.2.1 Verktyg för att upptäcka förlossningsdepression

Tabell 6. Procentuell fördelning av svar på frågan ”Vad använder ni för verktyg för att upptäcka förlossningsdepression hos nyblivna mödrar?” (n=51)

Svarsalternativ	Norrland	Svealand	Götaland
Genom samtal och att de själva berättar	0	0	0
Självskattningstest som EPDS eller liknande	100	100	100
Inget specifikt	0	0	0
Annat alternativ	0	0	0

100% valde svarsalternativet ”Självskattningstest som EPDS eller liknande” som svar på frågan om hur de upptäcker förlossningsdepression hos kvinnor, i alla tre landsdelar. Tabellen visar inte på någon statistiskt signifikant skillnad. ($\chi^2=0$, $df=6$, $p=1$).

Tabell 7. Procentuell fördelning av svaren på frågan ”Vad använder ni för verktyg för att upptäcka förlossningsdepression hos nyblivna fäder?” (n=51).

Svarsalternativ	Norrland	Svealand	Götaland
Genom samtal och att de själva berättar	47	71	71
Självskattningstest som EPDS eller liknande	29	12	6
Inget specifikt	12	18	24
Annat alternativ	12	0	0

När det gäller samma fråga för män, så var alternativet ”Genom samtal och att de själva berättar” det alternativ som fick flest svar i hela Sverige, även om det var betydligt fler i Svealand och Götaland än i Norrland som valde det alternativet. Fler än fyra gånger så många valde alternativet ”Självskattningstest som EPDS eller liknande” i Norrland än i Götaland. I Götaland uppgav 24% att de inte använde några specifika verktyg, och i Svealand var andelen relativt hög för samma alternativ med 18%. Norrland var den enda landsdel som uppgav att de använde sig av något annat alternativ. Resultatet visar på en statistiskt signifikant skillnad ($\text{Chi}^2=52,45$, $\text{df}=6$, $p=1,51 \cdot 10^{-9}$).

8.2.2 Verktyg för att upptäcka förlossningsdepression, könstillhörighet hos föräldrar

Tabell 8. Procentuell fördelning av svaren på frågorna ”Vad använder ni för verktyg för att upptäcka förlossningsdepression hos nyblivna mödrar?” respektive ”fäder?” (n=51).

Svarsalternativ	Mödrar	Fäder
Genom samtal och att de själva berättar	0	63
Självskattningstest som EPDS eller liknande	100	16
Inget specifikt	0	18
Annat alternativ	0	4

Denna tabell visar en jämförelse på vilka verktyg som används för att upptäcka förlossningsdepression hos män respektive hos kvinnor i hela Sverige. Spridningen på olika verktyg är betydligt större för fäder än för mödrar. Resultatet är statistiskt signifikant ($\text{Chi}^2=145,76$, $\text{df}=2$, $p=2,16 \cdot 10^{-31}$).

8.2.3 Verktyg för att upptäcka förlossningsdepression; Fördjupning och analys

När det gäller de enhetliga svaren på frågan om hur förlossningsdepression upptäcks hos mödrar, så nyanserades de av att flera var tydliga med att arbetet i att upptäcka förlossningsdepression hos mödrar inte bara består av EPDS. Det är snarare en process, där kontinuerliga samtal med modern utgör en viktig del. Några av sköterskorna berättade att de i flera fall haft en tydlig misstanke om förlossningsdepression, redan innan EPDS-testet gjorts. Samstämmigheten i svaret på vilket verktyg som används för att upptäcka förlossningsdepression hos kvinnor är inte så förvånande; EPDS är ett verktyg som både är vetenskapligt framställt för just det syftet, och som rekommenderas inom vården över hela landet (Reuter, 2018) (Psouni, et al., 2017, s. 486).

Att svaren markant skiljer sig åt i den andra tabellen stämmer också väl överens med forskningsläget som visar att det inte finns några verktyg särskilt anpassade för detta ändamål (Psouni, et al., 2017, s. 486). De ”pappa/partner”-samtal som rekommenderas används till stor del i Götaland och Svealand, men inte lika mycket i Norrland; där används däremot EPDS i betydligt större utsträckning.

Det fanns variationer på hur respondenterna använde sig av alternativet ”Genom samtal och att de själva berättar”, som flest svarade att de använde som verktyg. Många uppgav de så kallade ”pappa/partner”-samtalen som är rekommenderade av sjukvården för just detta ändamål (Reuter, 2018), medan andra uppgav att det snarare skedde av en slump, då papporna själva berättade för dem att de kände sig nedstämda. Det förekom också beskrivningar av att de bjöd in både modern och fadern till enskilda fördjupande samtal på BVC, men att de inte använde sig av mallen ”Pappa / Partner”-samtalen.

Något som flera av respondenterna återkom till var hembesöken som görs en kort period efter hemkomsten från BB. Då berättade flera av sköterskorna att de valde att lägga lite extra fokus på papporna. En relativt hög andel uppgav att de använde EPDS även för fäder, trots att det inte är direkt rekommenderat (Psouni, et al., 2017, s. 486f). En av sköterskorna uttryckte att hon använt EPDS på fäder, när hon upplevt att det fanns ett behov av att göra en skattning, och att EPDS var det verktyg hon haft till förfogande; ”Det är det vi har”.

En liten andel valde ”Annat alternativ”, och beskrev då att när det fanns en misstanke om förlossningsdepression hos modern, så bad man henne att också vara extra uppmärksam på hur pappan mådde. En inställning som speglar kunskap om att när

förlossningsdepression förekommer hos den ena föräldern så utgör det en riskfaktor för den andra föräldern också (Cameron, et al., 2017, pp. 62-63). Det belyser också det faktum att särskilt anpassade verktyg saknas men att det finns en strävan efter att upptäcka förlossningsdepression utifrån den befintliga kunskapen. Samtidigt kan det ifrågasättas om det är ett tillförlitligt verktyg att använda sig av för att upptäcka förlossningsdepression, och om det är ett rimligt ansvar att lägga på en potentiellt deprimerad person. Kvinnans roll i kärnfamiljen, och den som framhävs i den psykodynamiska teoribildningen, framkommer tydligt här. Chodorow & Contratto (refererad i Johansson 2014, s.46) beskriver den som en kvinna som är omhändertagande, lyhörd och uppmärksam både på sina barn och sin mans behov.

Viktigt att påpeka är att ett stort antal av de som valde alternativet ”inget specifikt”, följde upp det med att säga ”inget just nu, men vi kommer snart att få”, ”vi ska snart gå en vidareutbildning i just detta”, ”vi är inte där än med papporna” eller liknande svar. Det var tydligt att många av dem upplevde att det håller på att ske en utveckling och en kunskapsförändring inom deras yrkesområde när det gäller metoder för att upptäcka förlossningsdepression hos fäder. Respondenterna förmedlade att de välkomnade denna utveckling. Deras inställning och kommentarer speglar den forskning som pekar på att det finns behov av nya metoder för att upptäcka förlossningsdepression hos män, och att kunskapen kring fenomenet mer och mer börjar etablera sig (Reuter, 2018) (Psouni, et al., 2017, s. 486). Detta, tillsammans med de många exempel på metoder för att upptäcka P-PPD som nämns ovan, bör ses som en del i uppluckringen av kärnfamiljen och teorin om tydligt avgränsade könsroller för kärnfamiljens medlemmar (Johansson, 2014, p. 30).

8.2.4 Val av interventioner, geografisk fördelning

Tabell 9. Procentuell fördelning av svaren på frågan ”Vilka interventioner erbjuder ni främst nyblivna mödrar som uppvisar symptom på förlossningsdepression?” (n=51).

Svarsalternativ	Norrland	Svealand	Götaland
Psykologkontakt	59	76	71
Antidepressiv medicinering	0	0	0
Familjebehandlande insatser	12	0	18
Annat alternativ	29	24	12
Inget särskild	0	0	0

Psykologkontakt var det alternativ som flest BVC-mottagningar erbjöd till nyblivna mödrar som uppvisar förlossningsdepression i hela Sverige. Familjebehandlande insatser uppgavs enbart som alternativ i Norrland och Götaland, och i Svealand besvarades "annat alternativ" med hela 24%. Resultatet visar på en statistisk signifikant skillnad. ($\text{Chi}^2=26,32$ $\text{df}=8$, $p=9,26 \cdot 10^{-4}$).

Tabell 10. Procentuell fördelning av svaren på frågan "Vilka interventioner erbjuder ni främst nyblivna fäder som uppvisar symptom på förlossningsdepression?" (n=51).

Svarsalternativ	Norrland	Svealand	Götaland
Psykologkontakt	60	76	65
Antidepressiv medicinering	0	0	0
Familjebehandlande insatser	7	0	18
Annat alternativ	27	24	18
Ingen särskild	7	0	0

Liksom för mödrar, var psykologkontakt det alternativ som främst erbjöd till fäder i alla Sveriges landsdelar. Här förekom också alternativet "Ingen särskild", som besvarades av 7% i Norrland. "Annat alternativ" besvarades av 24% i Svealand och 18% i Götaland. Enbart i Norrland och Götaland valdes "Familjebehandlande insatser". Även detta resultat visar på en statistisk signifikant skillnad ($\text{Chi}^2=36,94$, $\text{df}=8$, $p=1,18 \cdot 10^{-5}$).

8.2.5 Val av interventioner, könstillhörighet hos föräldrar

Tabell 11 Procentuell fördelning av svaren på frågorna "Vilka interventioner erbjuder ni främst nyblivna mödrar som uppvisar symptom på förlossningsdepression?" respektive "fäder" (n=51)

Svarsalternativ	Mödrar	Fäder
Psykologkontakt	69	67
Antidepressiv medicinering	0	0
Familjebehandlande insatser	10	8
Annat alternativ	22	22
Ingen särskild	0	2

Psykologkontakt är det alternativ som fått flest svar i hela Sverige, både för mödrar och fäder. Att ingen särskild intervention erbjuds gäller enbart för fäder.

Fördelningen är jämn, och tabellen visar ingen statistisk signifikant skillnad ($\text{Chi}^2=2,22$, $\text{df}=4$, $p=6,95 \cdot 10^{-1}$).

8.2.6 Val av interventioner; Analys och fördjupning

Att erbjuda psykologkontakt, eller annan likvärdig samtalsterapi, var självklart för flertalet respondenter. Av de som svarade ”annat alternativ” beskrev de framförallt att detta var att erbjuda fler träffar och samtal med sköterskorna själva på BVC-mottagningarna. Detta gällde för både mödrar och fäder. Några av de respondenter som uppgav ”annat alternativ” på frågan om interventioner för nyblivna fäder, uppgav läkarkontakt, och eventuellt antidepressiv medicinering. Läkarkontakt omnämndes inte som intervention för nyblivna mödrar, men ett fåtal påtalade att antidepressiv medicinering också kunde vara aktuellt tillsammans med psykologkontakt, både för mödrar och fäder.

De som gav svaret ”familjebehandlande insatser” kom enbart från Norrland och Götaland och beskrev också att den BVC-mottagning de var verksamma på låg i nära eller direkt anslutning till någon familjebehandlande verksamhet. Att inte erbjuda särskild intervention gällde enbart för fäder.

Psykologkontakt rekommenderas av forskning som metod för att behandla förlossningsdepression. Familjebehandlande insatser framhävs också inom forskning som ett rekommenderat alternativ (Cameron, et al., 2017, s. 62f). Av dessa två alternativ användes psykologkontakt som intervention betydligt oftare än familjebehandlande insatser, både till mödrar och fäder. Beräkningarna visar att det inte är någon statistisk signifikant skillnad på vilka interventioner som erbjuds till män eller kvinnor som uppvisar symptom på förlossningsdepression, trots att alternativet ”läkarkontakt” enbart angavs för män.

8.3 Resultat av arbetsmetoder

8.3.1 Upptäckt av förlossningsdepression, geografisk fördelning

Tabell 12. Procentuell fördelning av svaren på frågan ”Vilken förälder upptäcker ni oftast förlossningsdepression hos?” (n=51).

Svarsalternativ	Norrland	Svealand	Götaland
Modern	100	94	94
Fadern	0	0	0
Båda samtidigt	0	0	0
Båda, men oberoende av varandra	0	6	6

Modern var den som flest BVC-mottagningar upptäckte förlossningsdepression hos. I Svealand och Götaland uppgav 6% att de upptäckte förlossningsdepression hos båda föräldrarna men oberoende av varandra. Tabellen visar inte någon statistisk signifikant skillnad ($\text{Chi}^2=6,12$, $\text{df}=6$, $p =4,10 \cdot 10^{-1}$).

8.3.2 *Upptäckt av förlossningsdepression; Analys och fördjupning.*

Hos de allra flesta var svaret omedelbart och utan någon större betänklighet. En del av respondenterna förtydligade genom att säga att ”Den som fött barnet”, var den som depression oftast upptäcktes hos. Detta poängterar det mycket viktiga faktum att komma ihåg – att alla föräldrar som inte föder barn är naturligtvis inte män. De kan ju också vara kvinnor eller ha annan könsidentitet. Men här kan vi återigen se hur kopplingen mellan föräldraskap och biologiska processer, som den psykodynamiska teoribildningen gör gällande, (Johansson, 2014, p. 45) ligger till grund för många av resonemangen. Några få valde alternativet ”båda men oberoende av varandra”. En av dessa förklarade då också att ”Det är ju svårt att veta om det är beroende eller oberoende av varandra, men jag upplever att det inte händer samtidigt.”. Med det menade hon alltså att depressionen inte inträffar samtidigt hos de båda föräldrarna. Ett svar som stämmer väldigt väl överens med forskning om förlossningsdepression hos kvinnor och män (Stadtlander 2011, s.11). En respondent påpekade att hon framförallt upptäckt förlossningsdepression hos mödrar, men i några fall så hade hon upplevt att då mödrarna börjar stabiliseras och må bättre, så börjar fäderna må sämre. Även det ett svar som stämmer överens med forskning som säger att utbrottet för förlossningsdepression sker ofta vid olika tidpunkter för mödrar och fäder (Stadtlander, 2015, s. 11). Andra sköterskor svarade att de oftast upptäcker förlossningsdepression hos modern, men påpekade samtidigt att ”det är viktigt att inte glömma bort papporna i det här också”, och dylika svar, som visar på en medvetenhet om de samband som finns mellan mödrar och fäder i förekomsten av förlossningsdepression, och på en helhetssyn kring familjen. Att kunskapen kring förlossningsdepression hos män, och en ny syn på kärnfamiljen, börjar omsättas i praktiken mer och mer belyses också genom dessa svar.

Att nästintill samtliga av respondenterna framförallt upptäcker förlossningsdepression hos kvinnor är rimligt med tanke på de välutvecklade metoder och verktyg som finns för just det ändamålet. Då det verkar finnas en medvetenhet om att

förlossningsdepression också förekommer hos män, och att den ofta korrelerar med förlossningsdepression hos kvinnor, så är det något förvånande att det inte var fler som uttryckte att de upptäckte förlossningsdepression hos båda föräldrarna. Ingen av respondenterna upptäckte att förlossningsdepression förekom samtidigt hos mödrar och fäder.

8.4 Slutsats

I denna del redovisas de slutsatser som kan dras utifrån ovan redovisade resultat. Här besvaras studiens frågeställningar, samt huruvida hypoteserna stämmer eller inte.

Respondenterna visar att de har en viss kännedom om förlossningsdepression hos män. Även om förkortningen P-PPD var okänd för de allra flesta så visade sig fenomenet som sådant inte lika främmande. Många av dem har kommit i kontakt med män som lider av förlossningsdepression, och det är tydligt att BVC-mottagningar i Sverige idag är del av kunskapsutvecklingen kring hur mäns förlossningsdepression ska upptäckas, bemötas och behandlas. På detta sätt kan noteras hur de nationella riktlinjerna om jämlik hälsa och sjukvård eftersträvas att följas.

De tillvägagångssätt som används för att upptäcka PPD och P-PPD skiljer sig åt. Verktøget för att upptäcka PPD följer en nationell riktlinje och samtliga BVC-mottagningar använder sig av detta. Inget liknande finns för fäder, vilket kan förklara användandet av något mer varierande metoder för att upptäcka P-PPD. BVC-mottagningar använder sig av etablerade former och rekommenderade metoder för att bemöta förlossningsdepression hos fäder. Återigen speglas en ambition att hitta verktyg som stämmer med det aktuella kunskapsläget.

När det gäller de interventioner som erbjuds till mödrar respektive till fäder så visar resultatet det finns en jämn fördelning av valda interventioner. Mödrar och fäder erbjuds huvudsakligen psykolog vilket överlag stämmer överens med rekommendationer inom forskningen. Vad som dock också rekommenderas är familjebehandlande insatser och ett inkluderande behandlingsarbete för partnern och hela familjen; detta återspeglades inte i resultatet.

I de flesta av tabellerna kan vi se en statistisk signifikant skillnad mellan Norrland, Svealand och Götaland. Den nollhypotes som valdes med avseende på geografisk fördelning var att landsdelen inte påverkar svaret. Den alternativa hypotes som

valdes med avseende på geografisk fördelning var att landsdelen påverkar svaret. Den nollhypotes som valdes med avseende på kön var att könet hos föräldern inte påverkar svaret. Den alternativa hypotes som valdes med avseende på kön var att könet på föräldern påverkar svaret. Efter att resultatet är sammanställt kan vi nu alltså förkasta nollhypotesen i samtliga tabeller utom tre avseende geografisk tillhörighet och anta den alternativa hypotesen. Även nollhypotesen med avseende på kön måste förkastas i alla tabeller utom en, och den alternativa hypotesen antas.

Den grundläggande hypotesen för denna studie var att kunskapen kring och verktygen för att upptäcka förlossningsdepression hos fäder på Sveriges BVC-mottagningar inte motsvarar kunskapen och verktygen för att upptäcka förlossningsdepression hos mödrar. Efter att resultatet är sammanställt finns tillräckligt mycket underlag för att hävda att denna hypotes stämmer: kunskapen och vårdinsatserna befinner sig inte på samma nivå. Det bör dock sägas att på ett flertal punkter har hypotesen behövts ifrågasättas, och resultatet visar på fler faktorer än de som behandlas i studien, vilket ger stöd för påståendet att kunskapsnivån kring P-PPD och lämpliga behandlingsmetoder är under pågående utveckling.

9 Avslutande diskussion

I denna del kommer jag ta upp några reflektioner jag gjort under arbetets gång, samt tankar och fördjupningar om fortsatta studier inom ämnet.

Det är tydligt att kunskapen om förlossningsdepression hos fäder börjar etableras mer och mer inom Sveriges BVC-mottagningar. Ämnet är inte längre helt främmande och det faktum att det finns forskning om vad förlossningsdepression för fäder innebär, gör att utvecklingen kring att hitta lämpliga verktyg för att upptäcka prevalensen måste gå framåt. Personligen anser jag det vore mycket intressant att upprepa denna studie några år framåt i tiden. Det är troligt att resultatet kommer att visa en betydligt mer jämn fördelning i kunskap och kännedom kring förlossningsdepression, och kanske även utvecklade verktyg och metoder för att upptäcka förlossningsdepression specifikt hos fäder.

Som det presenterades i bakgrunden till detta arbete så finns det mycket som tyder på att normen kring familjen som konstruktion är stadd i förändring. Detta innebär att kärnfamiljsnormen, så som den tidigare sett ut, luckras upp mer och mer samtidigt som nya normer bildas för hur familjen bör se ut. Att synen på förlossningsdepression som en ”kvinnosjukdom”, stämmer på många sätt överens med den traditionella synen på familjen, där modern står i nära förbindelse med barnen. Idag är normen ett mer jämlikt samhälle, och det innebär också ett medvetande kring att familjemedlemmarna delar lika på allt – även kriser.

I samband med uppluckringen av de klassiska könsrollerna inom familjen – de som hävdar att modern står för den nära känslomässiga relationen till barnen, och fadern för att göra karriär och fungera som familjeförsörjare - så finns andra aspekter som också förhoppningsvis förändras. En av dessa aspekter är stigmat det innebär för många män och fäder att söka vård för psykisk ohälsa och förlossningsdepression. Psykisk ohälsa är på många sätt färgat av ett stigma. Att falla utanför ramen för vad som är normativt utgör ett stigma. Om dessutom inte kännedomen eller kunskapen finns, att en depression i samband med en förlossning är något som kan drabba alla föräldrar oavsett könstillhörighet, så är risken stor att tillståndet inte tas på allvar. Konsekvenserna kan bli förödande för den enskilda individen. Det faktum att forskning nu sker kring förlossningsdepression hos fäder, och att kunskapen mer och

mer etableras inom vårdgivande instanser pekar på en positiv utveckling som stämmer överens med nyetablerade normer kring familjekonstruktionen.

Detta arbete behandlar enbart kvinnor och män som föräldrar. Det är dock viktigt att påpeka att förlossningsdepression drabbar alla föräldrar, oavsett familjekonstruktion och könstillhörighet. En fullständig studie i hur kunskapen och upptäckten av förlossningsdepression ser ut hos föräldrar i samkönade förhållanden, med annan könstillhörighet eller hos adoptivföräldrar är relevant. Denna studie avgränsade sig till mödrar och fäder i heterosexuella relationer. Detta för att studien tog avstamp i hur familjen som konstruktion har växt fram, och hur kärnfamiljen som består av en man, en kvinna och deras gemensamma barn varit en norm under lång tid, och har färgat samhällets institutioner. I samband med att denna norm nu förändras avgränsade jag studien till att undersöka huruvida kunskap och arbetssätt följer med dessa förändringar i förhållande till den traditionella kärnfamiljen. Jag kan nu i efterhand säga att det finns mycket som pekar på att de normförändringar som sker, också påverkat Sveriges BVC-mottagningar, och när det gäller studiens ämne så är en pågående förändring tydlig. En mer omfattande studie skulle kunna belysa BVC-mottagningars kunskap och verktyg för att upptäcka förlossningsdepression hos alla föräldrar, oavsett familjekonstruktion. En insikt som flera BVC-sköterskor delade med sig av och som är viktig att komma ihåg.

Litteraturförteckning

- Abdollahi, F., Abhari, F. R. & Zargami, M., 2017. Post-Partum Depression effect on child health and development. *Acta Medica Iranica*, pp. 109-114.
- Barmark, M. & Djurfelt, G., 2015. *Statistisk verktygslåda 0; att förstå och förändra världen med siffror*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergström, M., 2019. *Rikshandboken barnhälsovård för professionen*. [Online] Available at: <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/enskilda-foraldrasamtal/>
- Berntson, E. o.a., 2016. *Enkätmetodik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Brembeck, H., 1998. *Inte bara mamma: en etnologisk studie av unga kvinnors syn på moderskap, barn och familj*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Bryman, A., 2011. *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.
- Börjesson, B., 2008. *Förstå socialt arbete*. Malmö: Liber.
- Cameron, E. E., Hunter, D., Sedov, I. D. & Tomfohr-Madsen, L. D., 2017. What do dads want? Treatment preferences for paternal postpartum depression.. *Journal of affective disorders*, pp. 62-70.
- Cree, V., 2003. *Becoming a social worker*. London: Routledge.
- Franzhén, M., 2003. Moderskapet - de motstridiga förväntningarnas arena. i: M. Bäck-Wiklund & M. Franzén, red. *Den dolda könsdiskursen: mödrar, söner och frånvarande fäder*. Stockholm: Migra Grafiska, pp. 40-70.
- Giddens, A., 2007. *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Halbreich, U. & Karkun, S., 2006. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, pp. 97-111.
- Johansson, E., Leili, L. & Svensson, K., 2014. *Handlingsutrymme; Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Johansson, M., 2014. *I moderskapets skugga*. Örebro: Örebro university.
- Kalman, H. & Löfgren, V., 2012. *Etiska dilemman; forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerup.
- Lytsy, P., 2012. *Medfarm Uppsala Universitet*. [Online] Available at: <https://media.medfarm.uu.se/play/attachmentfile/video/2648/Forelasningsbilder.pdf> [Använd 08 08 2019].
- Mancini, J. A., Bowen, G. L. & Martin, J. A., 2005. Community social organization; a conceptual linchpin in examining families in the context of communities. *Family relations*, 54(5), pp. 570-582.

- McGoldrick, M., Carter, B. & Preto, N. G., 2013. *Individual, family and social perspectives*. Boston: Pearson Allyn & Bacon.
- Mellby, K., Carlsson Wetterberg, C. & Ravn, A.-B., 2008. A nordic model of gender equality? Introduction. i: K. Mellby, C. Carlsson Wetterberg & A. Ravn, red. *Gender equality and welfare politics in scandinavia: the limits of political ambition?*. Bristol: Policy Press, pp. 1-24.
- Miller, L. J., 2002. Postpartum depression. *JAMA*, pp. 762-765.
- Nationalencyklopedin, f., 2019. *www.ne.se*. [Online]
Available at: <https://www.ne.se/sök/?t=uppslagsverk&q=Familj>
- Paulson, J. F. & Bazemore, S. D., 2010. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. *JAMA*, pp. 1961-1969.
- Pèrez C, F. o.a., 2017. Paternal post-partum depression; how has it been assessed? A literature review. *Mental health and prevention*, pp. 28-36.
- Persson, T., 2009. *internetmedicin.se*. [Online]
Available at: <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=2107>
[Använd 05 08 2009].
- Psouni, E., Agebjörn, J. & Linder, H., 2017. Symptoms of depression in Swedish fathers in the postnatal period and development of a screening tool. *Scandinavian journal of psychology*, pp. 485-496.
- Reuter, A., 2018. *www.rikshandboken-bhv.se*. [Online]
Available at: <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/>
- Rush, P., 2012. The experience of maternal and child health nurses responding to women with Post Partum Depression. *Maternal and child health journal*, pp. 322-327.
- SBU, 2014. *Förebyggande av postpartumdepression*. [Online]
Available at: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/forebyggande-av-postpartum-depression/>
- SKL, 2019. <https://skl.se>. [Online]
Available at:
<https://skl.se/halsasjukvard/jamlikvardochhalsa/nationellplattform.1593.html>
- Smart, C., 1996. Deconstructing motherhood. i: E. Silva, red. *Good enough mothering? Feminist perspectives on lone motherhood*. London: Routledge, pp. 37-57.
- Smart, C., 1996. Deconstructing motherhood. i: E. Silva, red. *Good enough mothering? Feminist perspectives on lone motherhood*. London: Routledge, pp. 37-57.
- Stadtlander, L., 2015. Paternal postpartum depression. *International journal of childbirth education*, pp. 11-13.
- Wickberg, B., 2016. *Rikshandboken barnhälsovård för professionen*. [Online]
Available at: <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/screening-med-epds/>

Voland, E., 1998. Evolutionary ecology of human reproduction. *Annual review of anthropology*, Volym 27, pp. 347-374.

Wrangsjö, B., 2009. *Familjens livscykel*. Falun: Mareld.

Vårdguiden, 1., 2017. www.1177.se. [Online]

Available at: [https://www.1177.se/Skane/hitta-
vard/?q=&caretype=Barnav%C3%A5rdscentral%2C+BVC&location=&s=name](https://www.1177.se/Skane/hitta-vard/?q=&caretype=Barnav%C3%A5rdscentral%2C+BVC&location=&s=name)

Zimmerman, C. C., 1972. The future of the nuclear family. *International journal of sociology of the family*, 2(2), pp. 109-120.