

Edinburgh-metoden

Persontreerte støttesamtaler ved nedstemthet og depressive symptomer i perinatalperioden.

- En introduksjon for helsepersonell

Rapport:

Regionsenter for barn og unges psykiske helse,
Helseregion Øst Sør (RBUP)

Tittel:

Edinburgh-metoden

Personsentrerte støttesamtaler ved nedstemthet
og depressive symptomer i perinatalperioden.

- *En introduksjon for helsepersonell*

Forfattere:

Ellen Solstad Olavesen, Aslaug Haug,
Astri Lindberg og Birgitta Wickberg
Utgitt av Regionsenter for barn og unges psykiske helse,
Helseregion Øst Sør (RBUP)

2016

Besøksadresse:

Gullhaugveien 1-3
0484 Oslo

Postboks 4623 Nydalen
0405 Oslo

Bestilling:

e-post: trykksak@r-bup.no
Telefon: +47 22 58 60 00

Design: RBUP

Trykk: Wittusen & Jensen

Opplag: 300

ISBN: 978-82-92510-12-4 trykt utgave

ISBN: 978-82-92510-12-4 elektronisk utgave

INNHold

Forord	5
1. Innledning	7
1.1 Psykiske endringer i perinatalperioden	3
1.2 Fedre og psykisk helse	10
1.3 Betydningen av mors psykiske helse for samspillet med barnet før og etter fødsel	10
2. Psykiske vansker og bruk av Edinburgh-metoden	12
2.1 Edinburghmetoden i et flerkulturelt perspektiv	13
2.2 Helsedirektoratets anbefalinger	14
2.3 EPDS-samtalen og støttesamtaler	15
3. Personsentrert støttesamtale	17
3.1 Personsentrerte støttesamtaler bygger på Carl Rogers tilnærming	
3.2 Personsentrerte støttesamtaler ved nedstemthet og depresjon i perinatalperioden	18
3.3 Helsesøsters og jordmors rolle i personsentrerte støttesamtale	19
4. Personsentrerte støttesamtaler i praksis	20
4.1 Hvordan kan man introdusere støttesamtaler	21
4.2 Hvordan kan samtalen starte - holdes i gang?	21
4.3 Dialog som fremmer refleksjon	22
4.4 Problemløsning ved å undersøke muligheter	23
4.5 Stillhet	25
4.6 Om å lytte til mer enn ord	25
4.7 Støtte	26
5. Personlig kompetanse	27
5.1 Mestringskompetanse	28
5.2 Selvrefleksivitet hos hjelper	28
6. Dokumentasjon og journalhåndtering	29
6.1 Journalføring og Edinburgh-metoden	29
6.2 Oppbevaring av dokumentasjon	29
6.3 Videreføring av informasjon og dokumentasjon	30
7. Edinburgh-metoden anvendt ved helsestasjonen – problemstillinger, dilemmaer og erfaringer	32
Referanser og anbefalt litteratur	37
Nettressurser	43

FORORD

I Norge har det siden 2006 foregått en systematisk opplæring av helsepersonell i Edinburgh-metoden. Om lag 170 kommuner og bydeler har fått opplæring og tatt i bruk metoden i svangerskapsomsorgen og ved helsestasjonen. Mange problemstillinger og dilemmaer har oppstått og blitt drøftet underveis. På det individuelle- via det tverrfaglige- og til det nasjonale nivå, har denne diskusjonen funnet sted.

I løpet av disse årene, har det vokst fram et behov for en bok som tydeliggjør hva arbeidet med The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) og støttesamtaler (Edinburgh-metoden) betyr i praksis. Denne boken henvender seg til jordmødre og helsesøstre som har fått opplæring i Edinburgh-metoden og benytter den i praksis. Den er ment som et tillegg til «Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel» av Malin Eberhard-Gran og Kari Slinning (Folkehelseinstituttet, 2007). Eberhard-Gran og Slinning presenterer den viktigste faglige og forskningsbaserte informasjonen sammen med redegjørelse av Edinburgh-metoden. Når det gjelder forståelse av fødselsdepresjon og anvendelse av Edinburgh-metoden henvises det til overnevnte bok. Edinburgh-metoden er utprøvd og evaluert i flere land, deriblant Norge, Sverige, England og Canada (se kap. 3.3.).

I denne boken har vi spesielt vektlagt den delen av Edinburgh-metoden som omhandler samtalen i etterkant av mors utfylling av EPDS-skjema, samt støttesamtalene. Støttesamtalene springer ut fra Rogers personsentrerte metode (se kap. 3.1).

Å være en god lytter er en viktig del av kompetansen både helsesøstre og jordmødre har tilegnet seg som del av sin grunn- og videreutdanning. Erfaringer og tilbakemeldinger fra samarbeid med helsestasjonene har likevel vist at det er nødvendig med utvikling av holdninger og et utvidet repertoar på grunn av støttesamtalenes spesielle karakter. Dette er bokens målsetting.

1. INNLEDNING

1.1 Psykiske endringer i graviditet og spedbarnstid

Å vente barn medfører store endringer, ikke minst i forhold til selvopplevelse og prioriteringer. Det sårbare lille barnet trenger foreldre som er i stand til å forstå dets ordløse språk, og som gjennom det kan møte barnets behov. Det krever innlevelse og tilstedeværelse. Fra å være handlingsorientert og rettet mot verden der ute, må foreldrene vende seg innover mot det følelsesnære. Schore (2012) hevder at nybakte mødre har ekstra stor aktivitet i høyre hjernehalvdel, noe som betyr kontakt med eget følelsesliv på godt og vondt. Egne livserfaringer, både de som handler om tidlig samspill med egne foreldre, men også hendelser og utfordringer senere i livet, og de livsforholdene familien nå befinner seg i, blir langt på vei avgjørende for hvordan den enkelte har det under graviditet og den første tiden med barnet. Økonomi, og ikke minst opplevd støtte fra partner og nettverk, virker inn (Haga, 2012). Sårbarheten som ofte kommer opp hos foreldrene i det de selv får barn, er en farefull sjanse, ubearbejdede temaer og gamle sår kan dukke opp (Brudal, 1983). Her ligger det også en mulighet til kontakt med- og bearbejding av egne følelser. Det kan gi nødvendig kapasitet til å forstå og hjelpe barnet med barnets følelser (Siegel og Hartzell, 2004). Å endre seg er imidlertid ofte smertefullt, og mange kvinner og menn kan oppleve å streve i denne perioden. Noen utsagn som kan beskrive dette er:

«Hudløs på en måte, man tar til seg alt, uroer seg for alt.»

«Jeg har det ganske dårlig, er mye lei meg. Det kommer smygende. Reiser hjemmefra, flykter, men det kommer likevel over meg ... lei meg, urolig, rastløs.»

«Har blitt svært usikker og anspent i kontakten med andre. Kjenner meg innestengt, ensom, låst, jeg kan ikke beskrive det ... en ond sirkel. Tenker tanker man ikke får tenke.»
(Wickberg & Hwang, 2003)

Det kan være vanskelig å trekke en klar grense mellom en normal tilstand av økt sårbarhet, psykisk ustabilitet og depresjon. Overgangen fra milde til alvorlige symptomer, og fra enkeltstående til mange symptomer, er flytende; det er et kontinuum i alvorlighetsgrad. De færreste

som opplever nedstemthet kan klassifiseres som klinisk deprimerte etter kriteriene som er spesifisert i internasjonale diagnostiske klassifikasjonssystemer som ICD-10 (WHO 2010) og DSM-5 (APA 2013).

I Norge brukes begrepene svangerskapsdepresjon, fødselsdepresjon, barseldepresjon og postpartumdepresjon (PPD). I senere år har man i økende grad begynt å bruke begrepet perinatal depresjon som inkluderer både perioden før fødselen og tiden etter fødselen (Eberhard-Gran, 2009).

Som nevnt tidligere har tiden etter fødsel blitt beskrevet som en risikoperiode når det gjelder kvinnens psykiske helse (Brudal 1983; Brodén, 2007; Eberhard-Gran & Slinning 2007; Glavin 2012). Psykoser post partum er sjeldne (1–2 promille). Risikoen for innleggelse på sykehus for en psykisk sykdom er likevel 20–30 ganger større i forbindelse med fødsel enn i andre perioder i livet (O’Hara, 1996). Derimot viser forskning at depresjon i barnets første leveår, ikke forekommer hyppigere blant mødre enn depresjon ellers i livet (O’Hara m.fl. 1990). Hvordan depresjonen ytrer seg og hvor lenge symptomene varer er likevel annerledes i denne livsfasen. Hos spedbarnsmødre er depresjonen ofte mer iblandet uro og angst enn andre depresjoner (Ross et al, 2003). Nyere forskning antyder også større innslag av eksistensielle temaer i depresjoner i denne perioden enn i andre perioder i livet. Deprimerte mødre kan føle seg grunnleggende atskilt og fremmedgjort fra verden, andre mennesker og også fra babyen. Enkelte kan også oppleve en følelse av å miste seg selv (Rødseth, 2013). Det antas også at dette er en sårbar periode for menn, selv om det finnes mest forskning på mødres psykiske helse.

I et skrift av Wickberg og Hwang (2003) beskrives det hvordan mange nybakte mødre stiller store krav til seg selv. De skulle være flinke og klare alt selv. De forsøkte å gi inntrykk av at alt var bra, men opplevde seg som ensomme og overgitte. Omstillingen til moderskapet var for mange en overveldende opplevelse. De var ofte tyngt av skyld, befant seg i et følelsesmessig tomrom eller var fylt av skam i forhold til egne tanker og følelser. Tilværelsen var preget av gjennomtrengende uro. Krav og plikter tok overhånd. Kvinnene slet med følelse av utilstrekkelighet og av å være mislykket og opplevde behov for selv å bli tatt hånd om. De opplevde ofte motstridende følelser i forhold til seg selv og barnet og var redde for egne tanker og følelser. Noen var redde for at de skulle skade barnet og lette etter strategier for å få kontroll over tanker og følelser. Andre opplevde et sinne de ikke kjente fra før. En del kvinner valgte ikke

å belaste sine omgivelser og i særdeleshett ikke sin mann med å fortelle om hvordan de hadde det. En del kvinner beskrev også sine erfaringer som å møte «spøkelses fra eget barnerom» (Birbajer og Kullbratt-Glas, 2002). Disse temaene stemmer godt overens med det man har funnet i studier gjennomført i andre europeiske land og i Nord-Amerika (Beck, 2002). Ett tema, nemlig at «kvinner kjente skam over sine tanker og følelser», fantes bare hos de svenske mammaene. Selv om antall kvinner i denne undersøkelsen er få, er deres beskrivelser viktige for forståelse av hva post partum depresjon innebærer.

Følgende sitater er hentet fra det svenske skriftet (Wickberg & Hwang, 2003)

«Savner tiden med det første barnet. Dårlig samvittighet for det store barnet Kan ikke gi mer, forsøker men strekker ikke til for begge. Mistet livsgleden, jeg er ikke meg selv, kan ikke glede meg på samme måte, blir tømt. Orker bare ikke ... det går til en viss grense. Forsøker å være engasjert, men orker ikke. Jeg opplever at jeg ikke finnes lenger. Maria eksisterer ikke lenger, er bare mamma. Deprimert, alt er slitsomt ... strekker ikke til, trøtt av alt, fryktelig splittet. Sinnet og irritasjonen har økt katastrofalt.»

«Jeg orker ikke høre på andre, er overømfintlig for lyd ... det er som lyden fordobles. Oppjaget, alt må være tipp topp ellers har jeg det dårlig. Begynner å tro at jeg er gal. Har panikk på ettermiddag- og kveldstid. Samvittigheten gjør meg gal. Ser ikke fram til noe lenger. Klumpen i magen, irritasjonen, angsten, et voldsomt sinne ... Jeg synes synd på andre. Hvem synes synd på meg?»

«Så mye man skal gjøre i dag for å bli en bra mamma. Mye høyere krav overalt. Det er vanskelig å holde ut. En trøtt mamma er ingen god mamma, alltid trøtt ... en trøtthet som ikke kommer av barnet (sover bra). Mistet lysten til å gjøre noe som helst.»

«Kjenner meg isolert fra omgivelsene.»
(Wickberg & Hwang 2003, s. 21)

1.2 Fedre og psykisk helse

Fedre beskriver den postnatale perioden som preget av blandede følelser, stolthet, glede, et sterkt ønske om å være emosjonelt forbundet med barnet, men også frustrasjon over manglende praktiske ferdigheter i utøvelse av omsorg for sine barn, sammenlignet med mødrene. Forandringer i parforholdet kan også være vanskelig for en del fedre, blant annet mindre partid og en reduksjon i intimitet og sex (Ahlborg, 2004). De synes også det er strevsomt å balansere personlige, jobbmessige og familiemessige krav og behov (Chin, Hall & Daiches, 2010; Genesoni & Tallandini, 2009; Goodman, 2009). Fedres involvering i omsorgen og samspillet med barnet viser positiv effekt på barns sosiale, atferdsmessige og psykologiske utvikling. Fedres økte bruk av permisjon i forbindelse med fødsel og økende engasjement i daglig omsorg for barnet, er av betydning. Det å benytte seg av pappapermisjon for å ta del i omsorgen for barnet øker involveringen og tilpasningen til foreldrerollen (O'Brien, 2009).

Nybakte fedre har en lavere forekomst av depresjon enn nybakte mødre. En svensk studie blant 885 fedre viste at omtrent halvparten så mange fedre (6,1 %) som mødre (12 %) hadde depressive symptomer 3 måneder etter barnets fødsel, bare 1,3 % hadde en klinisk depresjon. Faktorer som predikerte fars depresjon var blant annet: problemer i parforholdet, lite partnerstøtte, tidligere depresjon, to eller flere stressfylte hendelser siste år, lavt utdanningsnivå (Massoudi, 2013).

1.3 Betydningen av foreldres psykiske helse for samspillet med barnet før og etter fødsel

Stress, angst og depresjon i svangerskap utgjør risiko på flere områder, også nevrobiologisk. Forhøyede kortisolnivåer hos mor påvirker fosteret. Stress kan også føre til en usunn livsstil som igjen kan påvirke det intrauterine miljøet. Det bidrar til økt risiko for for tidlig fødsel, negative effekter på organutvikling, lav fødselsvekt og mer langvarige effekter på barnets nevrologiske utvikling og fysiske helse (Glover et al., 2014). Negativ effekt av biologiske risikofaktorer kan modereres av sensitiv omsorg og en trygg tilknytning til omsorgspersoner. Langvarig depresjon hos mor kan øke risikoen for utrygg tilknytning, og kan påvirke barnets sosioemosjonelle og kognitive utvikling (Murray & Cooper, 2003; Goodman et al., 2011). Mange mødre med høy EPDS-score kan føle seg mindre kompetente og følelsmessig knyttet til barnet enn ikke-deprimerte mødre (Milgrom & McCloud, 1996). Deprimerte mødre og også deres partnere synes å vurdere parforholdet og barnet mer negativt. De hadde

et mindre optimalt samspill, var mindre responsive til barnets signaler, hadde svakere inntoning og støtte til barnets følelser og stressopplevelser. Omsorgen for barnet var preget av mindre bekreftelse, mer ignorering og ikke-tilpassede responser. Disse vanskene er assosiert med senere jevnaldervansker hos barnet, i relasjoner og i lek, spesielt hvis barnet har opplevd familiekonflikter (Murray et al., 2003). Man antar at barn med utrygg tilknytning har mindre sannsynlighet enn andre for å etablere relasjoner der de kan få effektiv støtte. Det ser ut til at det er fraværet av tilstedeværelse og oppmerksomhet ved en rekke psykiske lidelser som er det utslagsgivende bidraget til barnets vansker. Dette viser nødvendigheten av tidlige intervensjoner som fokuserer på det tidlige samspillet mellom barn og foreldre. Mors sensitivitet har vist seg å være essensiell for barns utvikling, selvregulering og læring. Depresjon hos fedre kan også predikere atferds- og oppmerksomhetsvansker hos barnet senere (Ramchandani et al., 2005, 2009; Fletcher et al., 2011).

2. PSYKISKE VANSKER OG BRUK AV EDINBURGH-METODEN

I boken «Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel» (Eberhard-Gran & Slinning, 2007) angis det at 6000 – 9000 spedbarnsmødre hvert år sliter med psykiske vansker – i hovedsak depresjon og angst.

I denne fasen av livet, kan det for mange kvinner være ekstra vanskelig å erkjenne og søke hjelp for vanskene. Det kan bl.a. skyldes redsel for å bli stemplet som «dårlig mor» og andre individuelle og samfunnsskapt barrierer og tabuer. Nettopp derfor er det viktig at de som møter kvinnene i perinatalperioden, har tilstrekkelig kunnskap og gode metoder for å avdekke og tilby hjelp til de som strever. En rekke utenlandske studier (se Coxet al., 2014) og en norsk studie (Glavin, 2010) har vist at Edinburgh-metoden er en god metode for å fange opp disse kvinnene. Når vi i dag vet at ubehandlet depresjon hos nybakte foreldre kan få konsekvenser for barnet og barnets utvikling, er det av stor betydning at de som møter foreldrene i denne livsfasen, kan tilby hjelp til dem som trenger det. Forskning viser at kvinner med symptomer på psykiske vansker ofte tror dette er en normal tilstand i denne perioden. De kan også ha problemer med å skille mellom vanlige psykologiske endringer og vansker der det er behov for hjelp, eller de vet ikke hvor de kan få hjelp (Dennis & Chung-Lee, 2006; McCarthy & McMahon, 2008). Det kan også være barrierer mot å ta imot hjelp eller åpne seg for helsepersonell (spesielt hvis kvinner føler at de burde mestre situasjonen på egen hånd eller ikke vil være til bry). Også mangel på motivasjon, frykt for stigmatisering ved å ha emosjonelle problemer, frykt for at barnet/barna skal bli tatt fra dem ved diagnostisering av en psykisk lidelse, kan hindre at kvinnen får nødvendig hjelp. Kvinner kan også minimere eller skjule symptomene dersom de føler at de må opprettholde et inntrykk av å være kompetente mødre (Dennis & Chung-Lee, 2006; Teng et al, 2007; O'Mahen & Flynn, 2008, Abrams et al, 2009). Barrierene skissert ovenfor viser at det er nødvendig med større grad av oppmerksomhet rettet mot psykiske vansker i svangerskap og barseltid i kommunehelsetjenesten (Austin et al, 2011).

Nesten alle familier benytter seg av helsestasjonen når de får barn. En stor andel gravide velger også å oppsøke jordmørtjenesten i kommunen. Det betyr at kvinner i løpet av graviditet og gjennom barnets første leveår, er i hyppig kontakt med helsevesenet. Edinburgh-metoden gir en

unik mulighet til å avdekke hvem som strever ekstra i denne perioden, slik at det kan tilbys effektiv hjelp.

For konkret bruk av Edinburgh-metoden ved helsestasjonen henvises det til «Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel» (Eberhard-Gran og Slinning, 2007). I kapittel 2 drøftes ulike problemstillinger ved anvendelsen av metoden og hvordan EPDS skjema brukes. Som det presiseres der, skal mors utfylling av skjema alltid følges opp av en samtale. «Det er hva som kommer frem i samtalen med kvinnen, snarere enn skåren, som avgjør hva man skal gjøre videre» (Kap. 2.3).

2.1 Edinburgh-metoden i et flerkulturelt perspektiv

EPDS-skjema er oversatt til 57 språk (hvorav 37 er validerte) og brukes på forskjellige måter og i ulike kontekster over hele verden (Cox et al., 1987). På slutten av 1970-tallet og begynnelsen av 1980-tallet antok man at postpartum depresjon var et vestlig fenomen. Senere forskning har avdekket at perinataldepresjon kan oppstå i mange kulturer (Cox et al., 2014). Blant flerkulturelle kan barrierer for å søke hjelp være knyttet til språk, følelse av å være ukomfortabel med bruk av tolk, ulike kulturelle krav, frykt for fremmed praksis og mangel på tiltro til og kunnskap om hjelp, separasjon fra familie og kvinnefellesskap og fremmedgjøring, kulturell oppfatning av at depresjon ikke er et medisinsk anliggende, familien aksepterer ikke at man søker hjelp og mangel på sosialt nettverk (Jesse et al., 2008; Kopelman et al., 2008). Disse faktorene kan også bidra til betydelig stress i svangerskap og under fødsel (Teng et al., 2007). Den norske befolkningen som helhet er mangfoldig, og kulturelle grupper i befolkningen er dynamiske og heterogene. Det betyr at tilnærmingen til gravide og barselkvinnens behov må være allsidig og familieorientert, med fokus på fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og kulturelle aspekter ved kvinners liv, og at hjelpen skal oppleves som trygg av den enkelte. Man bør tilstrebe at brosjyrer og materiale som tilbys er oversatt til ulike språk eller at dette kan oversettes ved hjelp av tolk.

I den kliniske anvendelsen av Edinburgh-metoden på helsestasjonen, kan helsesøster eller jordmor bruke EPDS spørsmålene som utgangspunkt for samtale der det ikke finnes oversettelse, eller man gjennomfører samtalen med kvinnen ved hjelp av tolk. Hvis kvinnen kommer fra et land hvor skjemaet er oversatt og validert, anbefaler Cox et al (2014) at EPDS kan anvendes uten spesielle tilpasninger. På den annen side vektlegges det at ulikhet i kultur og forståelse gjør at poengsummen ikke alltid reflekterer kvinnens psykologiske tilstand. Med bakgrunn i dette, er

det nødvendig at helsesøster og jordmor er ekstra bevisst på hvem som kan og bør få tilbud om EPDS. Kanskje vil det avhenge av faktorer ved både mor, helsesøster/jordmor og andre forhold, som mangel på tid og engasjement. Før Edinburgh-metoden tilbys til kvinnen, er det nødvendig at de språklige ferdigheter er klarlagt. Hvis den gravide eller barselkvinnen ikke behersker norsk skriftlig, skal hun selvsagt ikke bli bedt om å fylle ut skjema. Det er også viktig å være vår for skepsis og/eller redsel for å utlevere personlige tanker og følelser som kan ha å gjøre med kulturen eller landet hun kommer fra eller manglende tillit til det norske systemet. God relasjonskompetanse og tillitsskapende væremåte øker sannsynligheten for at kvinnen føler seg sett og ivaretatt på helsestasjonen – og hensikten med kartleggingen og oppbevaring av opplysninger må tydelig komme fram (Lindberg og Wattum, 2016).

Som tidligere nevnt finnes EPDS skjema i mange oversettelser. I boken «Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel» (Eberhard-Gran og Slinning, 2007) er oversettelsen til engelsk, arabisk og urdu vedlagt i appendiks. Ved behov for andre oversettelser og anbefalinger, finnes disse i «Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale» (internettressurs, Dep. of Health, 2006) og i Cox et al (2014).

2.2 Helsedirektoratets anbefalinger

Helsedirektoratet ga ut «Nasjonal Faglig retningslinje for barselomsorgen» i 2014, der målsetningen er en faglig forsvarlig, lett tilgjengelig og brukervennlig barselomsorg (Hdir, 2014). Det foreslås ikke på nasjonalt nivå at man skal bruke EPDS rutinemessig i barselomsorgen, men kommunene har et ansvar for å legge til rette for en barselomsorg som ivaretar hele familien og også mors psykiske helse. Internasjonal forskning viser at systematisk screening med oppfølging for barseldepresjon til en viss grad kan redusere forekomsten av depressive symptomer hos barselkvinner (Dennis og Dowswell, 2013; Larun et al, 2013).

Svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten skal ha et klart helsefremmende og forebyggende fokus (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Ved å tematisere psykisk helse under svangerskap og barseltid, gis det mulighet for å fremme familiens ressurser, mestring og helse og støtte overgangen til å bli foreldre. På helsestasjonen er målet å oppdage tidlige tegn på nedstemthet og depresjon og å gi støtte og hjelp slik at tiltak kan iverksettes for å forebygge forverring eller hindre at vansker vedvarer.

Det forebyggende og helsefremmende arbeidet skal ivareta familien som helhet og spesielt barnets helse. Mors psykiske helse under svangerskapet har betydning for barnets fysiske og psykiske helse og utvikling. Et godt parforhold er også svært viktig for psykiske helse og kan beskytte mot uheldige virkninger av ulike belastninger. Et dårlig parforhold er en av de største risikofaktorene for depresjon i tiden rundt fødsel både for menn og kvinner. Et konfliktfylt forhold mellom foreldrene kan også medføre dårlig psykisk helse hos barna. Foreldrekonflikt og samlivsbrudd henger sammen, og begge deler har vist seg å kunne ha negative konsekvenser for barna (Røsand, 2011).

2.3 Edinburgh-metoden og støttesamtaler

Med Edinburgh-metoden menes mors utfylling av EPDS skjema med umiddelbart etterfølgende samtale om hvordan hun har det, om hun trenger videre oppfølging, og hva som eventuelt kan være hjelpsomt. Mange gravide og nybakte mødre opplever at det er godt å få snakke om tankene, følelsene og opplevelsene som følger med graviditeten og det nye barnet. Denne samtalen – mer enn antall poeng – blir utgangspunkt for videre oppfølging. Dersom samtalen avdekker at mor strever, bør man også snakke med mor om hvor lenge hun har opplevd dette og om hun tidligere har hatt liknende vansker.

Spørsmål 3, 4 og 5 fanger i særlig grad opp engstelse og uro, og kalles angst-leddene i EPDS-skjemaet. Høye skårer på disse bør undersøkes videre i samtalen, og kan ha betydning for den oppfølging kvinnen bør tilbys (Matthey, 2008). Noen ganger kan samtalen avdekke at mor strever ekstra mye med tilpasningen til den nye rollen, eller at hun føler sterk uro, forvirring og / eller nedstemthet. En ny samtale og vurdering med EPDS kan være til hjelp for å bedømme om hun skal henvises videre, dersom helsesøster eller jordmor er i tvil ved første vurdering. En vurdering av fastlege eller psykolog kan da være nødvendig. For mødre med lettere vansker kan tilbudet om å få snakke mer om dette med en jordmor eller helsesøster, virke lettende. Det kan også være nyttig å høre at mange nybakte mødre opplever det på denne måten. Det kan hjelpe å «lette sitt hjerte og luften sine tanker» hos en som kan forstå og ta imot det som for mor virker overveldende eller fremmed. Disse samtalerne – personsentrerte støttesamtaler – er hovedtema i de to neste kapitlene. For ytterligere lesning om støttesamtaler se Haug (2016).

Av og til vil EPDS skjema og samtalen med mor avklare at mor trenger en annen type hjelp enn det jordmor eller helsesøster kan tilby, eller mors og familiens behov er mer omfattende. Slik hjelp kan være en

familieterapeut ved helsestasjonen, psykisk helseteam i kommunen, en psykolog, det lokale familievernkontoret, eller avlastning for foreldrene. Der mor strever ekstra i kontakten med babyen, kan foreldrestøttende tiltak med fokus på samspillet være det rette. Hva som finnes av tilbud ved den enkelte helsestasjon eller kommune vil være bestemmende for hvilket tilbud man kan gi mor eller foreldrene. I noen tilfeller vil hjelp fra spesialisthelsetjenesten (BUP eller DPS) være nødvendig. Fastlegen bør da kontaktes, i samråd med den forelder det gjelder. Ofte vil en avklaring om videre og mer omfattende hjelp kreve flere samtaler med familien. Saker hvor det er aktuelt å be om hjelp fra barneverntjenesten kan være ekstra krevende, både for familien og for helsesøster. Hovedoppgaven blir da å motivere til henvisning, vurdering og tiltak hos andre instanser.

EPDS-skårer på 10–12 vil som oftest ikke tilfredsstillende de formelle kriteriene til en depresjonsdiagnose og kvinner med skårer i dette sjiktet er vanligvis ikke å anse som behandlingstrengende eller det er nødvendig med videre utredning. Depresjonssymptomene kan likevel ha stor innvirkning på funksjonsnivå, og en EPDS-skår på 10–12 bør, ifølge de britiske retningslinjene, følges opp med en samtale på helsestasjonen (NICE, 2007; Morell et al., 2009). En større undersøkelse gjort i Norge viser effekt av Edinburgh-metoden gjennomført som en RCT-studie. Resultatene viste en signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppen (Edinburgh-metoden) og sammenligningsgruppen (vanlig helsestasjonstilbud) når det gjaldt depressive symptomer opptil 12 måneder etter fødsel (Glavin et al, 2010). Tilsvarende funn er gjort i blant annet Sverige og England (Wickberg og Hwang, 1996; Morell et al., 2009).

Mødre kan ofte kjenne seg sårbare når de åpner opp for vanskelige tanker og følelser i denne tiden. Det er svært viktig at jordmor og helsesøster er oppmerksom på denne sårbarheten og ikke går for fort frem når det foreslås at andre hjelpere skal kontaktes. Blir man usikker på mors reaksjon, kan man ta det opp med henne og for eksempel spørre:

- «Hvordan var det for deg at jeg tok opp dette?»
- «Jeg lurer på om dette ble vanskelig for deg? Stemmer det?»
- «Det virket som dette er noe du selv har tenkt på, stemmer det?»
- «Hvordan har du det nå når vi har snakket om dette?»

Slike spørsmål viser omtanke og forståelse for at dette kan være sårt for mor. Det viser seg at mange kvinner foretrekker å snakke med jordmor og helsesøster, fordi det oppleves ufarlig og trygt.

3. PERSONSENTRERT STØTTESAMTALE

3.1 Personsentrerte støttesamtaler bygger på Carl Rogers sin tilnærming

Det første tilbudet til kvinner med tegn til mild eller moderat depresjon, er såkalte personsentrerte støttesamtaler (personcentered counselling) ved helsestasjonen.

Sentralt i denne typen dialog er Rogers' bidrag til forståelsen av menneskets utviklingspotensial samt hvilke egenskaper og holdninger en hjelper må ha for å skape en relasjon hvor det legges til rette for refleksjon og endring. Carl Rogers (1990) hevder at hvert enkelt individ vet hva som er best for henne eller han og er i stand til å påvirke sine omgivelser. Mennesket har en innebygget streben etter utvikling og prøver å finne en balanse mellom egne ønsker, behov og vurderinger, og vurderinger fra andre viktige personer som partner, foreldre, svigerforeldre og venner. Hvis vi har blitt invadert av andres behov og vurderinger i en slik grad at vi ikke lenger kjenner igjen egne behov, men handler utfra å tilfredsstille andre mer enn oss selv, kan det påvirke selvbildet og samspill med andre mennesker.

I det vi mister kontakt med egne ønsker og behov, kan vi få følelsen av å miste grepet om livet vårt. Gjennom at en annen person lytter uten å styre, kan vi gjenvinne evnen til å lytte til egne behov og følelser. Det er viktig at personen som lytter, er i stand til å skape et trygt miljø, der den som søker hjelp kan føle seg fri til å snakke om seg selv og sitt indre. Ved å samtale med en person som er følelsesmessig nærværende, varm, interessert og ikke dømmende, kan den som strever etter hvert få tak i både sine vansker og sine ressurser, og gradvis arbeide seg frem til løsninger på problemene. I personsentrerte støttesamtaler er relasjonen mellom helsesøster/jordmor (den som lytter) og mor (den som blir lyttet til) av avgjørende betydning. For å etablere tillit og fortrolighet fremhever Rogers lytterens holdning, og han peker på tre måter å forholde seg på som viktige (Rogers, 2004). Det første er lytterens evne til empati: å forstå den andre innenfra, dvs. evnen til å identifisere seg med klienten og «tre inn i klientens indre verden». Det andre er å ha et ubetinget positivt syn på klienten, anerkjennelse og aksept av den andre, dvs. formidle varme, vennlighet og respekt. Den tredje holdningen som vektlegges er å være ekte og genuint tilstede.

Carl Rogers (1990) sier selv at denne tilnærmingen kan påvirke den andre på flere måter. Ved hjelp av hjelperens utforskning, vil den hjelpe-

søkende kunne utforske seg selv og kanskje oppdage følelser som hun ikke kjenner så godt. Hjelperens anerkjennelse og forståelse kan skape anerkjennelse og forståelse hos henne selv. Han sier videre at når mor blir lyttet til, muliggjør det at hun lytter til seg selv. Den som lytter skaper endring fra ytre til indre fokus hos den andre /den som taler.

En gravid eller en spedbarnsmor som strever og føler seg fremmedgjort eller overveldet av nye tanker, følelser og opplevelser, kan i møte med en jordmor eller helsesøster som etterstreber denne anerkjennende, tilstedeværende lyttingen oppleve at hun får god og riktig hjelp.

Det kan for noen helsesøstre og jordmødre være krevende å tilegne seg denne samtaleformen, men bevissthet, trening og veiledning bidrar til utvikling og kompetanseheving.

3.2 Personsentrert støttesamtale ved nedstemthet og depresjon i perinatalperioden

Å få barn innebærer at man mister noe av sin gamle identitet. Noen mødre uttrykker dette som at «Jeg kjenner ikke meg selv igjen» eller «Det er ikke meg». Ved å oppmuntre mor til å snakke om egne behov, atskilt fra barnets behov, kan hun få tilbake en opplevelse av identitet og verdi.

En depresjon innebærer at man har vansker med å tenke klart, vansker med konsentrasjon og kan kjenne seg forvirret. Når mor får muligheten til å beskrive sin indre verden for en annen, hjelper det henne til å se klarere hva som må forandres og hva hun selv kan gjøre for å skape forandring. Hvis hun i stedet for å bli lyttet til får råd og forslag, kan hennes evne til å handle og ta egne beslutninger undergraves. En god og støttende relasjon vil gi en opplevelse av tillit og at hun har noen hun kan snakke med om sine følelser på en måte og med en åpenhet som hun kanskje ikke tidligere har opplevd. For deprimerede mødre, før og etter fødsel, kan de vanskelige følelser handle om negative sider ved foreldreskapet. Det kan også handle om barnet, f.eks. at hun ikke føler noe for barnet eller ikke vil ha det, eller det kan ha å gjøre med partner. Å få dele tanker og følelser med en som ikke blir opprørt eller bagatelliserer eller avfeier og normaliserer, kan være svært lettende og gi et nytt perspektiv på det man tenker og føler. At den hun snakker med er profesjonell og har taushetsplikt kan også påvirke kvinnens tillit (Wickberg og Hwang, 1996). Personsentrerte støttesamtaler oppleves i stor grad som en akseptabel og hjelpsom metode også ved nedstemthet og depresjon, men avhenger av årsak til depresjon, måten disse gjennomføres på og av hvem (Turner et al., 2010)

Støttesamtalen skal forhindre at motløshet og nedstemthet utvikler seg til en fødselsdepresjon eller at lette og moderate plager opprettholdes over tid eller forverres. For at støttesamtalene skal ha en terapeutisk effekt, er det nødvendig at jordmødre og helsesøstre har fått opplæring i personsentrerte samtaler og får regelmessig veiledning.

For å forstå hvorfor og hvordan personsentrerte støttesamtaler ved helsestasjonen kan forebygge utviklingen av en fødselsdepresjon, kan det være nyttig å se på hvordan en depresjon kan utvikle seg. Den typiske depresjonsprosessen preges av flere faser. Bakgrunnen for utvikling av en depresjon kan være en bevisst eller ubevisst forestilling hos mor om at hun må være på en bestemt måte, f.eks. være en perfekt mor eller alltid forstå og tilfredsstille barnet. Forventninger om hva hun skal klare å leve opp til både psykologisk og praktisk er ofte svært krevende. Et slikt mønster er som oftest skapt i tidligere utviklingsfaser, ofte i barndomsrelasjoner. Noen ganger kan dette psykologiske mønsteret forsterkes av de menneskene mor nå har i sine omgivelser. Neste fase i depresjonen utvikler seg når mor ikke lykkes i å leve opp til disse forestillingene, forventningene og kravene hun har til seg selv - og heller ikke er bevisst på dette. Mor blir skuffet og ute av seg. I neste fase prøver kvinnen å finne ut hva hun gjør feil. Uroen øker, og hos noen oppstår behov for isolasjon og tilbaketrekning og/eller hektisk aktivitet (Beck, 2002). Hvis mor slipper å legge lokk på den uroen som finnes i henne, kan depresjonen vise sin «adaptive» funksjon. Hun kan bli bevisst på egne mønstre og søke etter nye utveier for å få det bedre (Gut, 1991). For at en slik endring skal finne sted, kan det være av avgjørende betydning at noen lytter til henne. Gjennom opplevelsen av å bli virkelig anerkjent, kan ny erkjennelse vokse fram fra eget indre (Løvlie Schibbye, 2009) Er arbeidet vellykket og nye løsninger integreres i personligheten, er det mulig å komme ut av den negative depresjonsspiralen og skape vekst og modning.

3.4 Helsesøsters og jordmors rolle i personsentrerte støttesamtaler

Da kvinnene i en svensk undersøkelse om personsentrerte støttesamtaler (Wickberg & Hwang, 2003), ble intervjuet om hvordan de opplevde samtalen med sin helsesøster, vektla de fleste at de hadde følt seg frie til å ta opp hva som helst med henne. De fleste helsesøstre og jordmødre som arbeider ved helsestasjonen, har gjennom sin utdannelse og praksis den nødvendige bakgrunn for å arbeide med personsentrerte samtaler. De er vant til å lytte til foreldre og deres problemer. Det kan likevel være nødvendig å endre noe når det gjelder støttesamtalen. Mange er mer vant til - og fortrolige - med å gi råd og veiledning enn den mer lyttende

tilstedeværelsen som kjennetegner den personsentrerte støttesamtalen. Helsesøstre er jo også eksperter på spørsmål som har å gjøre med barnets helse, mat og omsorg, og denne ekspertrollen kan for mammaen bli en hindring i forhold til å ta opp sine egne problemer. I de personsentrerte samtalerne holder helsesøster og jordmor seg selv tilbake – også sine egne ideer om hva som bør gjøres. Det er viktig å oppmuntre mammaen til å prate om seg selv og utforske egne tanker og følelser. I støttesamtalen har jordmor og helsesøsters vurderinger og egne synspunkter ikke en plass, heller ikke råd og veiledning.

Personsentrerte samtaler er mer en holdning enn en samtaleteknikk. I samtalen er man fri til å utvikle sin egen stil, basert på livserfaring og personlighet. Selv om det ikke finnes klare instruksjoner, som ved en spesiell metode eller teknikk, finnes det visse fundamentale retningslinjer som kan tjene som grunnlag for hvordan man utvikler samtalen.

Å bli lyttet til med genuin oppmerksomhet og tilstedeværelse, er for mange en sjelden og uvanlig opplevelse. Å få snakke med sin jordmor eller helsesøster på denne måten, er noe annet enn å snakke med en venn eller et familiemedlem. Mor treffer også en person som har snakket med andre i samme situasjon og som har taushetsplikt og distanse. En engelsk studie om mødres erfaringer med støttesamtaler har vist at det er viktig at samtalen tilbys av akkurat ansatte ved helsestasjonen og ingen andre. Videre betones at det er viktig hvordan samtalen introduseres til mødrene og hva de går ut på, at annen behandling er tilgjengelig dersom det er behov og at det er viktig at mødrene oppfordres til å søke støtte hos andre (Turner et al., 2010).

«Hun trykte på rett knapp for å få meg til å prate, det var virkelig verdifullt!»

*«Det er viktig å få prate med en som er nøytral og profesjonell
noen som er der bare for meg»*

«Hun viste en genuin interesse for meg»

«Å få mulighet til å gå igjennom alt som opptok meg, saker man ikke kan nevne for noen andre, fikk meg til å kjenne meg «normal» igjen – at det ikke var min feil»

(Wickberg og Hwang, 2003, s. 57)

4. PERSONSENTRETE STØTTESAMTALER I PRAKSIS

4.1 Hvordan kan man introdusere støttesamtaler?

- «Babyen er fin, men hvordan er det med deg?»

Når vi inviterer mor til støttesamtaler kan det være lurt å fortelle henne at vi vet - gjennom studier og erfaring - at det pleier å hjelpe å snakke med en som vet noe om de vanskelige tankene og følelsene som kan oppstå når man venter barn eller nettopp har fått barn. Å få snakke om tanker og følelser kan oppleves som lettende og befriende. Det er viktig at helsesøster formidler at det er mor som er i fokus snarere enn barnet.

Foreslå for mor at hun kan komme å snakke om hvordan hun har det, til hun føler at hun har fått det bedre. Så langt det er mulig, bør mors behov styre avtalene. Gjør det klart for mor at dette er et tilbud til henne og spør om det er mulig for henne å skaffe barnevakt, så hun kan få denne tiden for seg selv, eller prøv å finne en tid når babyen sover. Si fra at du setter av litt god tid (30 – 45 minutter). Vær tydelig på at dette er tid satt av til henne, og spørsmål omkring babyen kan tas separat.

Hvis det er vanskelig for mor å komme til helsestasjonen, og det er mulig for helsesøster å komme hjem til henne, kan dette avtales hvis mor ønsker det. Prøv å skape en så rolig atmosfære som mulig, slik at samtalen kan foregå uten forstyrrelser fra telefon eller andre avbrytelser.

4.2 Hvordan kan samtalen starte - og holdes i gang?

En måte å innlede en støttesamtale på, kan være å spørre:

- «Hvordan har du hatt det i uken som har gått?» eller
- «Hvordan har du hatt det siden sist?»

Dette er en åpen måte å spørre på som ikke kan besvares med «ja» eller «nei». Fortsett med å oppmuntre mammaen til å snakke mer, ved å vise interesse og spørre videre:

- «Vil du fortelle litt mer om det?» eller
- «Hvordan kjennes det?»

Andre spørsmål som henter frem underliggende følelser underveis i samtalen, kan være:

- «Høres ut som du føler deg Stemmer det?»
- «Høres ut som du føler Stemmer det?»
- «Har jeg forstått deg riktig ?»
- «Jeg kan forestille meg at du føler»
- «Det høres ut som du kanskje føler Stemmer det?»
- «Det høres ut som det kan få deg til å føle Stemmer det?»

Den sensitive og aksepterende lyttingen handler om å ha fokus på mors følelser og hjelpe henne til å identifisere og utforske følelsene. Som vi vet er utvikling av følelser hos mor og far viktige for utviklingen av forelderrollen og særlig viktig for kontakten med det ufødte og det nyfødte barnet. Jordmor og helsesøster kan ved hjelp av personsentrerte støttesamtaler ved helsestasjonen, hjelpe mor til å øke sin følelsesbevissthet. Det vil fremme mors psykiske helse og være nyttig for barnet og hele familien.

4.3 Dialog som fremmer refleksjon

I perinatalfasen er det for alle foreldre mange nye tanker og spørsmål som dukker opp, men for noen blir det en endeløs repetisjon og gjentakelse rundt de samme tankene og spørsmålene. Helsesøster eller jordmor kan da hjelpe mor til å reflektere rundt sin indre og ytre verden

- hun kan stille spørsmål som skaper undrende refleksjon over de opplevelsene, tankene og følelsene mor uttrykker.

Et eksempel på helsesøsters refleksjon kan være:

- «Jeg forstår det sånn at du sier at du føler deg hjelpeløs sammen med babyen din og er usikker på om du er god nok for han. Stemmer det?»

Her gjentas det mor har sagt på en undrende måte, og med spørsmål om det er riktig forstått. Denne måten å spørre på innebærer også en aksept av mors reaksjoner.

Eller:

- «Det høres ut som du sier at du er sint på babyen din. Er det riktig forstått?»

Flere eksempler på setninger som starter med refleksjon og undring:

- «Det virker som ...»
- «Jeg får en opplevelse av at ...»
- «Jeg får en følelse av at ...»
- «Når jeg hører du snakke om dette, kan det høres ut som du opplever at ...»

- «Jeg får fornemmelsen av at ...»
- «Det kan se ut som ...»

I den personsentrerte støttesamtalen kan det være nyttig å være oppmerksom på forskjellen mellom åpne og lukkede spørsmål og dialoger. Eksempler på lukkede dialoger:

Mor sier: «Jeg får visst ikke til å være en god mor, jeg»

Svar fra helsesøster som lukker dialogen: «Jeg synes det ser ut som du gjør alt bra. Han er jo så fin»

Mor: «Taus – nei du har sikkert rett»

Mor sier: «Jeg tror ikke han får nok melk, så nå har jeg begynt med morsmelkerstatning, for da kan jeg se når han er mett.»

Svar fra helsesøster som lukker dialogen: «Er du sikker på at det er så lurt?»

Eller: «Jeg synes du skal prøve litt til»

Eller: «Du vet han venner seg til at maten kommer fort med flaska»

Et eksempel på åpne spørsmål vil være: «Så du tror ikke han blir mett når du ammer han?»

Mor: «nei, jeg blir så sliten av å amme han. Det tar all energi»

Helsesøster: «Det høres ut som du virkelig føler deg sliten for tiden»

Mor: «Jeg vet virkelig ikke hva jeg skal gjøre»

Helsesøster: «Hvis du selv skulle gi deg et råd, hva ville det være?»

Et eksempel til:

Mor sier: «Jeg prøver å gjøre alt riktig, men jeg får visst ikke til noen ting – han bare gråter og gråter»

Helsesøster: «Det høres vanskelig ut»

Mor: «Jeg skjønner ikke hva det er, har mistet helt grepet»

Helsesøster: «Kanskje vi kan se på det sammen og prøve å finne litt ut av det»

Legg også merke til forskjellen i spørsmålene: «Liker du å amme?» og «Hvordan opplever du ammingen?»

Åpne spørsmål starter ofte med «hva» eller «hvordan». Spørsmål som innleder med «hva» åpner ofte opp for fakta orienterte svar og konkrete opplevelser. «Hvordan» spørsmål åpner opp for mer følelses- og opplevelsesbevissthet og prosessbeskrivelser. Spørsmål som starter med «hvorfor», kan oppfattes som moraliserende eller bedømmende og mor kan komme i forsvar. Eksempel på det, kan være: «Hvorfor ber du ikke mannen din hjelpe deg når du er så sliten?» Et annet eksempel på

hvorfor-spørsmål uten moralisering kan være: «Hvorfor får du ikke sove, tror du?»

4.4 Problemløsning ved å undersøke muligheter

En fødselsdepresjon kan ofte gi en opplevelse av at ingenting nytter, og det er vanskelig å se utveier eller løsninger. Motløsheten kan lett ta overhånd. I støttesamtalen kan du som utenforstående hjelpe mor til å finne utveier hun ikke selv er i stand til å se. Men det er mor som kjenner sin virkelighet og sine opplevelser og muligheter. I støttesamtalen kan mor få hjelp til å utforske egne muligheter og løsninger. Hvis jordmor/helsesøster går for raskt til løsninger, vil mange føle seg avvist, og mor kan oppleve at hjelper ikke forstår hvordan hun har det. For at det skal være konstruktivt for mor å lete etter muligheter og utveier, er det nødvendig at dere først har vært innom utforskningen av hvordan hun har det, og at mor opplever seg forstått og akseptert.

En engstelig eller nedstemt mor stiller ofte mange spørsmål og vil ha råd. Det kan være fristende å gi råd, særlig hvis man tror man vet svaret. På sikt er det imidlertid mer konstruktivt om mor selv kan komme frem til egne løsninger. Helsesøster/jordmor kan gi mor den muligheten hvis hun isteden sier:

- «Hvilke muligheter har du?»
- «Hvilke valg har du?»
- «Hvis du selv skulle gi deg et råd – hva ville det være?»
- «Har du tidligere opplevd noe lignende og hva hjalp deg den gangen?»

Flere eksempler på spørsmål som åpner opp og skaper refleksjon:

- «Hva tenker du selv om det?»
- «Hvordan ville det være for deg hvis ...»
- «Hvordan vil du merke forandring?»
- «Hvordan skulle du ønske at det var?»

Det kan virke som man unnviker å svare når man svarer på denne måten. Men dette kan hjelpe mor til å reflektere og selv komme frem til hva hun vil. På sikt er det ikke godt å bli avhengig av ekspertråd på ulike livsspørsmål og individuelle valg.

I støttesamtalen stilles det ikke spørsmål for å innhente informasjon, men først og fremst for å hjelpe mor til å komme i kontakt med sine egne tanker og følelser. Vi ønsker at mor skal få vende blikket innover i seg selv.

4.5 Stillhet

I den personsentrerte støttesamtalen gir man den andre tid til å kjenne etter, så stillhet er ofte en viktig del av samtalen. I stillheten kan mor få reflektere over det som har blitt sagt eller det som skal sies. At hun kan være stille sammen med en annen som aksepterer og prøver å forstå henne, kan oppmuntre henne til å fullføre egne tanker og å finne ut mer om hva hun virkelig kjenner og trenger. Stillheten kan også innebære en opplevelse av aksept. I stillheten kan erkjennelse oppstå. Men det krever at samtalepartneren tåler stillhet, noe som ofte kan være utfordrende. Eksempel på spørsmål som kan få samtalen i gang etter en pause kan være:

- «Du ble stille»

Eller:

- «Det virker som du stoppet opp ved noe ...?»

Eller:

- «Vil du fortelle hva du nettopp satt og tenkte på?»

Når stillhet brukes på en konstruktiv måte kan den gi ny og verdifull innsikt. For noen helsesøstre og jordmødre kan det å være stille, være ekstra utfordrende og vil kreve ekstra bevissthet og trening. Ved hjelp av ordene våre kan vi opprette kontakt med en annen, men ordene kan også stå i veien for kontakten.

4.6 Om å lytte til mer enn ord

Den personsentrerte støttesamtale innebærer også å legge merke til, og å bli bevisst, på det mor uttrykker på andre måter enn gjennom ordene hun bruker. Det ikke-verbale språket kan gi verdifull informasjon som kan bidra til å skape en forståelse av mors underliggende følelser.

Eksempler

Mors uttrykk:

Gråt

Stemmevolum

Pause – og sukk

Snakker veldig fort

Snakker veldig sakte

Ler

Stille

Mors mulige underliggende følelser:

trist – oppgitt – forvirret – frustrert – opprørt

frykt – trist

håpløshet – forvirring – frustrasjon

angst – frykt – spenning – engasjement

trist – nummenhet – ettertenksomhet

glede – nervøsitet

sliten – engstelig – forvirret – trist – hjelpe-
løs- håpløs

Som vi ser kan ett uttrykk antyde forskjellige underliggende følelser. Vi kan derfor ikke uten videre vite hva mors underliggende stemning eller følelse er, hvis vi ikke spør henne om det. Det er viktig å være klar over at dette må gjøres med forsiktighet, undring og ydmykhet. Det kan oppleves invaderende og påtrengende hvis kroppsspråk påpekes uten respektfull undring.

Et annet viktig poeng er å legge merke til stemningen mor er i og tempoet hun bruker i samtalen, slik at helsesøster og jordmor inntoner seg etter dette. For å mestre inntoning er det viktig at helsesøster og jordmor er rolig og tilstedeværende.

4.7 Støtte

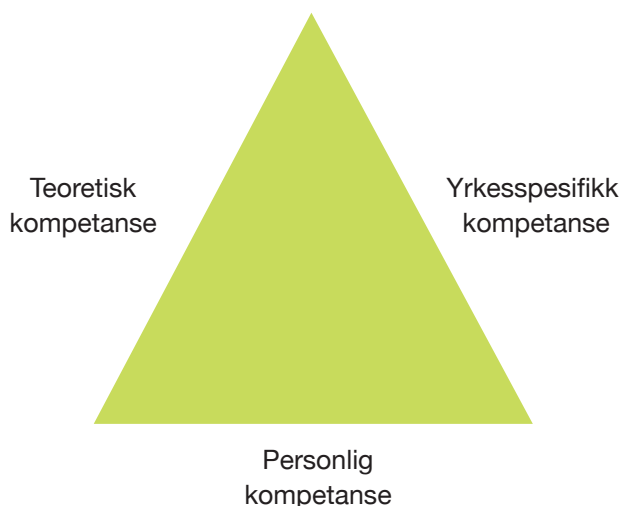
Det kan være vanskelig og tungt for en mor å møte barnets behov hvis hun ikke selv har støtte i sine omgivelser. Et viktig punkt i en støttesamtale vil derfor være å undersøke hvem mor kan søke støtte hos. Nedstemthet, depresjon og slitenhet kan være en legitim anledning for mor til å be andre om hjelp. Følgende spørsmål kan stilles:

- «Har du noen du kan søke hjelp og støtte hos?»
- «Hvis du tenker deg litt om, kommer du på noen som kan være til hjelp for deg?»
- «Hvem hjelper deg?»
- «Hvordan kjennes det ut for deg å be om hjelp?»

5. PERSONLIG KOMPETANSE

5.1 Mestringskompetanse

Gjennom vårt yrkesliv som hjelpere utvikler vi oss og lærer oss nye ferdigheter. Det blir spesielt viktig når støttesamtaler skal tilbys på helsestasjonen. I sin bok «Gode fagfolk vokser» (2008), gir Greta Marie Skau et nyttig utgangspunkt for profesjonsutvikling, med sin modell, «Kompetansetrekanten»:



De tre sidene ved den yrkesrettede mestringskompetansen henger nøye sammen, påvirker hverandre og er avhengig av hverandre.

Personlig kompetanse handler om hvem vi er som personer, «både for oss selv og i samspill med andre. Den handler dermed også om hvem vi lar andre få være i møtet med oss, og om hva vi har å gi på et mellom-menneskelig plan. Det er denne siden ved kompetansen som er vanskeligst å beskrive, og som det tar lengst tid å utvikle.» (Skau, 2008, side 58).

Det å komme tett på andre menneskers indre psykiske liv, kan øke vårt ønske om selv å bevisstgjøre oss og utvikle oss. Hvilke deler av vårt menneskelige potensiale vi ønsker å ta i bruk og utvikle gjennom livet, er helt opp til oss selv. Vi kan selv velge å se på livet som muligheter og arena for utvikling, eller vi kan tillate at den personlige læringskurven flater ut lenge før det er nødvendig (Skau, 2008).

De fleste hjelpere vil ha behov for økt bevissthet og trening i kommunikasjonen om vanskelige følelser. Som helper kan man av og til kjenne seg overveldet og maktesløs, og da kan det være godt også for helperen å ha noen å snakke med. En samtale med en kollega eller veileder kan hjelpe i en akutt situasjon, men regelmessig veiledning anbefales for utvikling av personlig kompetanse.

5.2 Selvrefleksivitet hos helper

Å utvikle seg som helper innebærer evne til å se innover, ikke minst å ha et blikk på hva vi opplever i møtet med våre brukere. Hva er følelsene mine i møte med den andre? Hvordan forstår jeg disse følelsene? Hvordan kommer mitt indre til uttrykk i dette øyeblikk? Hva er det ved det som skjer med meg som utløses av den andre? Hva handler om min egen fortid, mitt eget selv bilde osv.? Hvordan helper de følelsene jeg nå kommer i kontakt med meg til å forstå den andre?

Vi kan som regel ikke komme fram til klare, entydige svar på disse spørsmålene. Refleksivitet handler om å tørre å stille spørsmålene og å tørre å sitte i uvitenhet. Kanskje vokser det gradvis fram en forståelse som gir indre mening til hvem vi oppfatter at vi selv er. Når vi er villige til å stå i en slik refleksivitets/selvavgrensings prosess, vil det gi den andre plass til å utforske eget indre. Den andres selvrefleksive evne frigjøres (Løvlie Schibbye, 2009). Dersom vi for eksempel møter en svært sint og kritisk mamma, kan vi komme til å kjenne på engstelse og behov for tilbaketrekning, eller vi får behov for å forsvare oss, kanskje til og med gå til motangrep. Det er lett å definere denne mammaen som umulig og bli selvtviftdig i forhold til egen eventuelle utagering. Dersom vi er i stand til å kjenne vår egen engstelse, og hvordan det igjen skaper tilbaketrekning eller sinne, kan vi få et holdepunkt i egen selvopplevelse. Det kan gjøre det mulig for meg å tre et skritt tilbake, trekke pusten, søke å se den andre innenfra, samtidig som jeg ser meg selv utenfra (Fonagy & Target, 1997). Andre-forståelsen øker i takt med selv-forståelsen. Vi unngår å gå i veien for den andre, men åpner i stedet for den andres selverkjennelse.

6. DOKUMENTASJON OG JOURNALHÅNDTERING

6.1 Journalføring og Edinburgh-metoden

Helsepersonell som yter helsetjenester på selvstendig grunnlag, har dokumentasjonsplikt, og alle løpende nedtegnelser som omhandler en konkret bruker skal føres i journalen. Journalføring er regulert av Helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal. Nedtegnelser som faktisk blir foretatt, er journalmateriale som må behandles og oppbevares i henhold til bestemmelsene om dokumentasjonsplikt og innsynsrett. Som følge av barnets fremtidige innsynsrett må helsepersonell nøye vurdere hvilke av slike opplysninger som bør journalføres og på hvilken måte. Sensitive opplysninger som ikke er relevante og ikke berører barnets utvikling, skal ikke journalføres i barnets journal.

En allmenn regel er at opplysninger om andre familiemedlemmer bare skal innføres og oppbevares i barnets journal hvis de er relevante for en faglig forsvarlig oppfølging av barnets utvikling og helsetilstand. Det bør dokumenteres i barnets journal der EPDS er gjennomført rutinemessig. EPDS skår er «ferskvare», dvs poengsummen er kun en tilstandsrapport fra de siste syv dager, og utgangspunkt for en samtale. Poengsummen journalføres derfor ikke. Ved tilbud om støttesamtaler eller andre tiltak rettet mot mor, opprettes egen journal for mor. Vurdering og oppfølging dokumenteres i denne. Det noteres i barnets journal at mor har egen journal. Mor informeres om helsepersonells plikt til dokumentasjon av helsehjelp, hvordan opplysningene oppbevares, taushetsplikt og innsynsrett. Det oppfordres til at journalen anvendes aktivt i samarbeid med brukerne slik at brukervedvirkning fremmes (Hdir, 2003).

6.2 Oppbevaring av dokumentasjon

Helseregisterloven kap 5 § 27 omtaler særlige bestemmelser om forbud mot å lagre unødvendige helseopplysninger. Gjennomføring av kartlegging av helsetilstand hos foreldre og tilbud om videre oppfølging, dokumenteres i foreldres journal. Selve skårings skjema makuleres etter helseregisterloven kap 5 § 27. Der disse opplysningene er relevante og nødvendige for ny kartlegging og i videre oppfølging, bør skjemaet scannes inn i journal og papirutgaven makuleres.

Journal ført av jordmor i forbindelse med svangerskapsomsorg, skal ikke innlemmes i barnets journal i helsestasjonen, dersom det ikke har betydning for barnets helse. Slik dokumentasjon omhandler mor, og den skal nedtegnes i en journal som er opprettet for henne og er en deljournal i helsestasjonens journalsystem. Dokumentasjon foretatt i forbindelse med svangerskapsomsorg skal bare være tilgjengelig for dem som deltar i dette arbeidet, og som har behov for opplysningene (Hdir, 2003).

6.3 Videreføring av informasjon og dokumentasjon

På bakgrunn av helsepersonelloven §§ 22,23 kan jordmor eller helse-søster viderebringe opplysninger og informasjon om EPDS-skåre og oppfølging som er gitt, til annet helsepersonell med behandlings-/ oppfølgingsansvar ved at:

1. pasienten samtykker eller
2. hvis det vurderes at det er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp, så sant ikke pasienten motsetter seg det.

Spørsmål om utlevering av opplysninger bør vurderes av den journal-ansvarlige, eller annet personell med faglig kompetanse til å vurdere om det er adgang til å utlevere de aktuelle opplysningene til den som ber om det, for eksempel om vedkommende trenger dem for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Opplysninger som overføres skal ikke gis eller diskuteres der hvor andre brukere eller uvedkommende helsepersonell kan overhøre dette.

E-mail bør som hovedregel ikke benyttes ved overføring av journal- opplysninger. Dersom det er av stor betydning for helsehjelpen, kan e-mail likevel benyttes. Det bør i slike tilfeller foretas en anonymisering eller kryptering av opplysningene, med mindre de er svært lite sensitive. E-mail kan for øvrig benyttes dersom pasienten samtykker.

I henhold til disse bestemmelsene og pasientrettighetsloven § 5-3 kan pasienten imidlertid motsette seg at journalen eller opplysninger fra journalen gis til annet helsepersonell. I henhold til pasientrettighetsloven § 5-3 kan utlevering likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det. Tilsvarende følger av helsepersonelloven § 23 nr. 4 hvoretter helsepersonells taushetsplikt etter § 21 ikke er til hinder for at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig. Dette kan være situasjoner hvor utlevering av opplysninger anses nødvendig for å hindre fare for liv

eller alvorlig helseskade. Hensynene som taler for å utlevere opplysningene mot pasientens vilje, bør veie vesentlig tyngre enn de hensyn som taler mot dette (Dette vil i alminnelighet være nødrettsbetraktninger, dvs at videreformidling må være nødvendig for å hindre skader av et visst omfang) (Hdir, 2003).

7. EDINBURGH-METODEN ANVENDT VED HELSESTASJONEN – PROBLEMSTILLINGER, DILEMMAER OG ERFARINGER

Ungsinn ved Universitetet i Tromsø (<http://uit.no/ungsinn/startside>) har vurdert og klassifisert Edinburgh-metoden som et funksjonelt virksomt tiltak med dokumentasjonsgrad 3, dersom følgende forutsetninger innfris:

- Beslutning om å implementere Edinburgh-metoden må være forankret i ledelsen i kommunen. Kommunen forplikter seg til en toårig avtale med RBUP Øst og Sør om implementering og opp læring.
- Ledere og ansatte i kommunen må delta på opplæring i Edinburgh-metoden. Opplæringsprogrammet er på totalt fire dager, og det forventes at alle som jobber med barn og unge i kommunen deltar på første dag i opplæringen; et mobiliseringsseminar. Det forventes videre at helsesøstre og jordmødre som skal bruke metoden, deltar på alle fire kursdager i opplæringen.
- Alle som benytter metoden, skal ha jevnlig veiledning i hver 4.-6. uke så lenge metoden er i bruk.
- Tiltaksnettverket i kommunen skal kartlegges og forenkles så godt det lar seg gjøre. Hele tiltaksnettverket skal kjenne til satsingen og rutiner for oppfølging av kvinner som trenger det.

(http://www.ungsinn.no/post_tiltak/edinburgh-metoden/)

Innføring og bruk av Edinburgh-metoden har medført noen problemstillinger og dilemmaer. Noen av disse er:

Eksempel på problemstillinger på det individuelle nivå kan være en helsesøsters opplevelse av utilstrekkelighet i jobben på grunn av dårlig bemanning på helsestasjonen, og derfor motstand og skepsis mot innføring av Edinburgh-metoden. Et annet eksempel på individnivå kan være en jordmors refleksjon i forbindelse med innføring av metoden og tvil om kvinner, som blir fanget opp, blir godt nok ivaretatt. Dette fordi hun har erfart at hjelpeapparatet rundt kvinnen er mangelfullt og tilfeldig. Det har vært sunt og utviklende, både for den enkelte og for fagmiljøet, at denne type utfordringer har blitt bevisstgjort og drøftet i formelle og uformelle fora.

På det tverrfaglige nivå har det blant annet blitt drøftet om helsesøstre og jordmødre har nok kompetanse til å ta i bruk metoden. Denne problemstillingen har særlig blitt fremsatt av leger. Diskusjon og klargjøring av hva metoden går ut på, og grenseoppgang mellom forebyggende arbeid og behandling har da vært nødvendig og nyttig. Likeledes har arbeid med henvisningsprosedyrer og utvikling av tiltaksnettverk med utgangspunkt i problemstillinger knyttet til innføring av Edinburgh-metoden, ofte medført bedring av det tverrfaglige samarbeidet i kommunen.

Til slutt skal nevnes drøftelser på nasjonalt nivå. Den viktigste har dreid seg om hvorvidt det skal screenes for fødselsdepresjon på helsestasjon eller ikke. Etter drøftelser og argumentasjon for og imot kom Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering frem til formuleringen gjengitt på side 14. Til tross for at Edinburgh-metoden ikke anbefales innført som et nasjonalt tilbud, er det mange kommuner og bydeler som anvender Edinburgh-metoden, og har innlemmet det i sitt tilbud til gravide og barselkvinner.

Nedenfor følger noen sitater fra kvinner som har blitt intervjuet om hvordan de opplevde EPDS skjema og den etterfølgende samtalen:

«Jeg tror det tok oss en time å gå gjennom det, men jeg tror årsaken til det var fordi jeg var veldig nede da, og hun ville være sikker på at hun forsto hva som skjedde og hvordan jeg følte det»

«Jeg begynte å fylle ut skjemaet og det var da jeg forsto ... Det ble klart for meg da jeg svarte så sant som mulig at jeg rett og slett ikke hadde det bra i det hele tatt»

«Jeg opplevde ikke å ha noen støtte, verken som nybakt mor eller følelsesmessig eller på noen annen måte. Jeg tror ikke det var noe forhold til henne. Vi (og partner) fryktet at hun ville komme ut for å veie ham ... og da vi fikk beskjed om at vi hadde fått en ny helsesøster, takk for det, hurra!»

«Hun hjalp meg, hun fikk meg til å forstå hvorfor jeg følte som jeg gjorde ... Jeg tror ikke jeg ville hatt det som jeg har det nå hvis hun ikke hadde kommet ... fordi det er jeg som mest har snakket. Jeg tror det hjalp meg fordi jeg kan forstå hvordan jeg føler, framfor bare å få spørsmål fra andre. Det fikk meg til å finne ut hva jeg skulle gjøre for å få det bedre».

«Jeg skylder henne mye og det fikk meg til å bli mer åpen om alt».

«Jeg tror at fordi min helsesøster ringte ofte og kom på hjemmebesøk, utgjorde forskjellen på å bli deprimert og føle seg litt elendig og kunne dra seg opp. Jeg synes hun gjorde en stor forskjell».

(Slade et al., 2010)

I en gjennomgang av forskning foretatt av Kunnskapssenteret (Larun et al., 2013) konkluderes det på følgende måte:

- Antall kvinner med depressive symptomer fire til seks måneder etter fødsel reduseres fra 10% til 6% ved bruk av screening program i barseltiden. Dokumentasjon har høy kvalitet.
- Vi fant ingen studier som rapporterte fysiske og sosiale utfall hos mor, eller negative eller uønskede effekter av screening og oppfølging for mor, barn eller familien.

I en artikkel som der forfatterne tar for seg kunnskapsgrunnlaget for screening for barseldepresjon og diskuterer grunnlaget for dette, konkluderer de med at screening kan være et hensiktsmessig tiltak men at det trengs mer kunnskap om effekt av alternative oppfølgingsmodeller og at det bør foretas en effektstudie samt helseøkonomisk analyse av Edinburgh-metoden i Norge (Eberhard-Gran, Slinning, Rognerud, 2014).

Det er likevel verdt å merke seg at det av og til rapporteres om kvinner som har vært misfornøyd med måten de har blitt møtt på, i forbindelse med Edinburgh-metoden. Det kan i hovedsak se ut til å være tilfeller der jordmor eller helsesøster ikke ivaretar mors utlevering av vanskelige tanker og følelser, godt nok. De har følt seg avvist, problemene bagatellisert eller på andre måter ikke følt seg godt nok forstått av helsesøster/ jordmor. Forhåpentlig vil denne boken øke bevisstheten og kunnskapen om psykiske vansker og hvordan en kan samtale omkring de vanskelige tankene og følelsene.

Referanser og anbefalt litteratur

Abrams LS, Dornig K, Curran L (2009) *Barriers to service use for postpartum depression symptoms among low-income ethnic minority mothers in the United States*. Qual Health Res 19(4): 535–51.

Ahlborg, T (2004) *Experienced quality of the intimate relationship in first-time parents- Qualitative and quantitative studies*. Nordic School of Public Health, Göteborg.

Austin M-P, Hight N and the Guidelines Expert Advisory Committee (2011) *Clinical practice guidelines for depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals*. Melbourne: beyondblue: the national depression initiative.

Beck (2002) *Postpartum depression: A metasynthesis*. Qualitative Health Research, 12, 453-72.

Birbrajer, A., Kullbratt-Glas. M. (2002) *Moderskap i motvind –Kvinnors opplevelser av «postpartum depression»*. Psykologiska Institutionen. Göteborgs Universitet.

Brodén, M (2007) *Graviditetens muligheter- en tid hvor relasjoner skapes og utvikles*, Akademisk Forlag

Brudal, LF (1983) *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barsel-tid*, Fagbokforlaget

Chin, R., Hall, P., Daiches, A. (2011): *Father's experiences of their transition to fatherhood: a metasynthesis*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, Vol. 29, Issue 1, p. 4-18, 2011

Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. *Detection of postnatal depression. Development of the 10 item Edinburgh postnatal depression scale*. Brit J Psychiatry 1987; 150:782-886.

Cox, J., Holden, J., Henshaaw, C. (2014) *Perinatal Mental Health (2nd ed) The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual*

Dennis, C. L., Dowswell, T. (2013) *Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression*. Cochrane Database Syst. Rev. 2013 28:2

Dennis C-L & Chung-Lee L (2006) *Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review*. Birth 33(4): 323–31.

Department of Health, Government of Western Australia (2006) *Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. Translated into other languages than English.

Eberhard-Gran, M, Slinning, K (2007) *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Folkehelseinstituttet.

Eberhard-Gran, M., Slinning, K., Rognerud, M. (2014) *Screening for barseldepresjon –En kunnskapsoppsummering*. Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 2014 134:297-301.

Eberhard-Gran, M (2009) *Depresjon før og etter fødselen*. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129:1133 <http://tidsskriftet.no/article/1842590>

Fletcher R., Freeman, E., Garfield, C., Vimpani, G. (2011). *The effects of early paternal depression on children's development*. The Medical Journal of Australia 195: 685–689 doi: 10.5694/mja11.10192.

Fonagy, P. & Target, M. (1997). *Attachment and reflective function. Their role in self-organization*. Development and Psychopathology, 9, 679-700

Genesoni, L., Tallandini, M. A. (2009) *Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989-2008*. Birth Dec: 36(4): 305-18. Doi: 10.1111/j.1523X.2009.00358.x.

Glavin, K. (2012) *Screening and prevention of postnatal depression*. Perinatal Depression. Chapter 1, p. 1-18.

Glavin, K., Smith, L., Sørum, R., Ellefsen, B. (2010). *Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression*. Journal of Advanced Nursing. Vol. 66. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05263.x

Glover V (2014) *Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 28(2014) 25-25.

Goodman, J. (2009) *Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression*. Birth: Issues in Perinatal Care 36(1): 60–69.

Goodman, S. H. Rouse, M. H., Connell, A. M. et al. (2011) *Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review*. Clin Child Fam Psychol Rev 2011; 14: 1-27.

Gut, E. (1991) *Den gode depression*. Hans Reitzel.

Haga, SM (2012) *Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms: the importance of social support, self-efficacy, and emotion regulation*, Universitetet i Oslo

A. Hau 
x

Helsedirektoratet (2014) nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. IS-2057

Helsedirektoratet (2003) *Veileder i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. IS-2700.

Jesse DE, Dolbier CL, Blanchard A (2008) *Barriers to seeking help and treatment suggestions for prenatal depressive symptoms: focus groups with rural low-income women*. Issues Ment Health Nurs 29(1): 3–19.

Kopelman R, Moel J, Mertens C (2008) *Barriers to care for antenatal depression*. Psychiatr Serv 59(4): 429–32.

Larun, L., Fønhus, M. S., Håvelsrud, K., Brurberg, K. G., Reinar, L. M. (2013) *Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner*. Kunnskapscenteret nr 1-2013.

Løvlie Schibbye, A. L. (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget. 

A. Lindberg 
x

Massoudi, P. (2013) *Depression and distress in the Swedish fathers in the postnatal period*. Doktorsavhandling; Göteborgs Universitet.

Matthey, S (2008) *Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders*. Depression and Anxiety Vol 25, Issue 11, p 926-931, nov. 2008

McCarthy M & McMahon C (2008) *Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting*. Health Care Woman Int 29(6): 618–37.

Milgrom, J., McCloud, P. (1996). *Parenting stress and postnatal depression*. Stress Medicine, 12, 177-186.

Morell, J., Slade, P., Warner, R., Paley, G. et al. (2009) *Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care*. BMJ (clinical research ed.) 338:a2045.

Milgrom J., & McCloud P. (1996). *Parenting stress and postnatal depression* Stress Medicine, 12(3), 177.

Murray, L., Cooper, P., Wilson, A., Romaiuk, H. (2003) *Controlled trial of the short- and long term effect of psychological treatment of post-partum depression. 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome*. British Journal of Psychiatry, 182(5), 420-427.

National institute for health and clinical excellence (2007) *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance* (CG 45). London. www.nice.org.uk/nicemedia/live/11004/30433/30433.pdf (31.5.2013).

O'Brien, M. (2009) *Fathers, parental leave policies, and infant quality of life: International perspectives and policy impact*. Ann Am Acad Pol Soc Sci; 624:190-213.

O'Hara, M. W., Swain, A. M. (1996) *Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis*. International Review of Psychiatry, 8, 37-54.

O'Hara M. W., Zekowski, E. M., Philipps, L. H. et al. (1990) *Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of child-bearing and nonchildbearing women*. Journal of Abnormal Psychology, 99, 3-15.

O'Mahen HA & Flynn HA (2008) *Preferences and perceived barriers to treatment for depression during the perinatal period*. J Women's Health 17(8): 1301–09.

Ramachandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G. ALSPAC study team (2005) *Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study*. Lancet 2005, Jun 25-Jul 1;365(9478):2201-5.

Ramchandani PG, Psychogiou L. *Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development*. The Lancet, Early Online Publication, 5 May 2009.

Rogers, C. (2004) *On becoming a person*. Constable, London.

Rogers, C. (1990) *Clientcentered Therapy. It's current practice, implications and theory*. Constable, London.

Ross L. E. Gilbert Evans S. E. Sellers E. M. and Romach M. K.(2003) *Measurement issues in postpartum depression part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression*. Arch Womens Ment Health 2003; 6:51-57.

Røsand, G. M. B. (2011) *Relationship satisfaction, emotional distress, and relationship dissolution: A population-based study of pregnant women and their partners*, Universitetet i Oslo.

Røseth, I. (2013) *The Essential Meaning Structure of Postpartum Depression. A Qualitative Study*, UiO

Score, A. N. (2012) *The science of the art of psychotherapy* (Norton series on interpersonal neurobiology)

Siegel, D.J., Hartzell, M. (2004) *Parenting from the Inside Out: How A Deeper Self-Understanding Can Help You Raise Children Who Thrive*. Tarcher.

Skau, G. M. (2008) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Cappelen Damm akademisk.

Slade, P., Morrell, C. J., Brugha, T., Rigby, A., Ricci, K., Spittlehouse, J., 2010. *Postnatal women's experiences of management of depressive symptoms: a qualitative study*. British Journal of General Practice. 60, 829-836.

Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3. april 2003, nr. 450. IS-1154.

Teng, L., Robertson Blackmore, E. et al (2007) *Healthcare worker's perceptions of barriers to care by immigrant women with postpartum depression: an exploratory qualitative study*. Arch Women's Ment Health 10(3): 93-101.

Turner K.M., Chew-Graham C., Folkes L., Sharp D. (2010) *Women's experiences of health visitor delivered listening visits as a treatment for postnatal depression: A qualitative study*. Patient Education and Counselling, 78, 234-239.

Wickberg, B., Hwang, C. P. (1996) *The Edinburgh Postnatal Scale: Validation on a Swedish community sample*. Acta Psychiatr Scand 1996; 94: 181-184.

Wickberg, B., Hwang, C. P. (1996) *Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample*. Journal of Affective Disorders. 1996;39:209-216.

Wickberg, B. & Hwang, C. P. (2003) *Post partum depression - nedstämhet och depression i samband med barnafödande*. Statens folkhälsoinstitut 2003:59.

Nettressurser:

<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/>
<http://www.biomedsearch.com/article/Healthcare-professionals-views-screening-postnatal/177830475.html>

http://www.ungsinn.no/post_tiltak/edinburgh-metoden/

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2965697/>

<http://tidsskriftet.no/article/1842590>

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien-retningslinje-for-barselomsorgen/Sider/default.aspx>

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-journalforing-dokumentasjon-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Sider/default.aspx> DSM 5, APA 2013

<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

<http://www.psychiatry.org/practice/dsm>

ICD-10

<http://finnkode.kith.no/#|icd10|ICD10SysDel|-1|flow>

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien-retningslinje-for-barselomsorgen/Sider/default.aspx>

[file:///C:/Users/olavesen/Downloads/Rapport_2013_Depresjonsscrening_svangenskap%20og%20barsel%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/olavesen/Downloads/Rapport_2013_Depresjonsscrening_svangenskap%20og%20barsel%20(1).pdf)

Den britiske retningslinjen NICE: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&r=true&o=11004>

Svenska nationella riktlinjer:

Rikshandboken: www.rikshandboken-bhv.se

