Bacheloroppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid

Maiken Alexandra Wang Kilaas

Forebygging av fødselsdepresjon hos kvinner i Norge - fra et systemnivå

Preventing postpartum depression in women in Norway - from a system level

Bacheloroppgave i Sosialt Arbeid
Veileder: Mette Moen Baatvik
Mai 2022

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

Maiken Alexandra Wang Kilaas

Forebygging av fødselsdepresjon hos kvinner i Norge - fra et systemnivå

Preventing postpartum depression in women in Norway - from a system level

Bacheloroppgave i Sosialt Arbeid
Veileder: Mette Moen Baatvik
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Valg av tema for denne oppgaven falt på psykisk helse, dette fordi jeg ønsker å se nærmere på hvordan man kan forebygge fødselsdepresjon blant kvinner i Norge. Jeg har villet se hva som kan gjøres fra et systemnivå for å på best mulig måte ivareta en sårbar gruppe slik at de potensielle utfordringene kan minimeres, og i beste fall unngås. Min problemstilling er som følger; «Hvordan kan tiltak på systemnivå bidra til å forebygge fødselsdepresjon hos kvinner under svangerskapet i Norge?»

Et svangerskap vil på mange måter kunne påvirke psykisk helse, og denne besvarelsen forsøker å tegne et bilde av viktigheten rundt forebygging av fødselsdepresjon fra et systemnivå. Fokuset er på tilrettelegging fra makronivå slik at denne gruppen best ivaretas i en sårbar fase. Jeg vil se på betydningen av mors psykiske helse, og på hvilken måte et tverrprofesjonelt samarbeid mellom helse- og sosialfaglige profesjoner kan bidra til å skape gode tjenester.

Til tross for at jeg ikke har benyttet en ren litteraturstudiemetodikk, er det denne jeg har tatt utgangspunkt i når jeg har benyttet det jeg har funnet av litteratur og forskning på feltet for å belyse forskningsspørsmålet mitt på best mulig måte. Jeg peker på hvordan Bowlby og Maslow forklarer menneskets primære behov, og hva fagfolk i Norge mener om forebygging av fødselsdepresjon hos norske gravide kvinner. Til min overraskelse oppdaget jeg at det finnes lite forskning og litteratur på det spesifikke skjæringspunktet mellom forebygging på systemnivå gitt i en sosialfaglig kontekst i samarbeid med helsetjenesten.

Abstract

The choice of topic for this thesis came to be mental health, this because I want to point out the importance of preventing postpartum depression among women in Norway. I wish to see what can be done from a system level to accommodate this potentially vulnerable group in the best possible way to prevent postpartum depression. My research question is as follows; *How can measures at system level contribute to preventing postpartum depression in women during pregnancy in Norway?*

A pregnancy can in many ways affect the mental health, and this paper tries to shed a light on the importance of preventing postpartum depression from a system level. The focus is what kind of facilitation, from a macro level, could be of help for these women if they need professional support in a vulnerable phase of life. I would like to look at the importance of the mother's mental health, and in what way an interprofessional collaboration between health- and social-care professions can contribute to creating good services.

Even though I have not used an authentic literature study methodology, this is the method I have used as a basis when I have utilized my data of literature and research to illuminate my problem in the best possible way. I point out how for instance Bowlby and Maslow explain human primary needs, and what professionals in Norway consider to be beneficial for preventing postpartum depression in women. I was astonished to discover that there is a scarce amount of research or literature written about the explicit crossing where prevention from a system level, given in a social science context, is in collaboration with the health service.

Forord

Dette siste året har vært en reise uten like, gjennom sluttfasene av pandemien og tilbake til en tilnærmet normal hverdag. Studiehverdagen har krevd en stadig evne til tilpasning, men våren 2022 var vi endelig tilbake på campus og kunne samhandle og samtale med forelesere og medstudenter igjen. Arbeidet med bacheloren har føltes tryggere med viten om at vi igjen kunne møtes fysisk for drøfting og refleksjon, og for å hjelpe hverandre. Det har kjentes godt å ha en studiehverdag som føles mer normal enn på lenge.

Selv om omstendighetene de to siste årene har vært en langvarig unntakstilstand, og sosialt samspill har vært sterkt redusert, vil jeg rette en stor takk til mine studievenninner Idunn og Silje, som har vært støttende både gjennom privatlivets berg og dal bane, men som også har gjort studietilværelsen til en positiv opplevelse. Takk for latter og oppmuntrende ord, faglige diskusjoner og perspektiver.

Jeg vil også rette en takk til min veileder ved NTNU, Mette Moen Baatvik for gode innspill og tanker om skriveprosessen, dine refleksjoner har hjulpet meg mye.

Til slutt vil jeg takke guttene mine, Oscar og Cornelius, som har holdt ut med en stresset og til tider opptatt mamma. Takk for all søtten dere har gitt meg, dere har vært som solskinn på de mest regntunge dager.

Trondheim, mai 2022.

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON 1
1.1 Valg av tema og problemstillingens avgrensninger 2
1.2 Begrepsavklaringer 3
1.2.1 Psykisk helse 3
1.2.2 Fødselsdepresjon 4
1.2.3 Perinatal 4
1.2.4 Psykiske plager 4
1.2.5 Psykisk lidelse 4
1.2.6 Systemnivå 5
1.3 Koblinger til sosialfaglig kontekst 5

2.0 METODE 7
2.1 Prosessen rundt søkene 7
2.2 Kriterier for selektert forskningslitteratur 8

3.0 TEORETISKE OG SOSIALFAGLIGE PERSPEKTIVER 9
3.1 Teoretikere og perspektiver 9
3.1.1 Levin – Sosionomens rolle som koordinator 10
3.1.2 Maslow – Menneskets grunnleggende behov 11
3.1.3 Bowlby – Tilknytningens betydning og forutsetninger for god omsorg 13

4.0 Teoriene knyttet mot problemstillingen 15
4.1 Betydningen av samfunnsdeltakelse 15

5.0 RELEVANT LITTERATUR 17
5.1 Vitenskapelige funn 17
5.1.1 Klevan, Viksmo og Borg – Tverrfaglig samarbeid og hjelp der man er 17
5.1.2 Lindboe, Kufås og Karlsson – Forebyggende team 19
5.1.3 Austveg og Christensen – Informasjon, kultur og kompetanse 20
5.1.4 Shrestha, Pradhan, Tran, Gualano og Fisher – Edinburgh-metoden 21

6.0 Forskningsartiklene opp mot problemstillingen 23
6.1 Ambulante akutteam 23
6.2 Brukermedvirkningens betydning 23
6.3 Globalt perspektiv 24

7.0 AVSLUTNING 27
7.1 Mine avsluttende tanker 27

Litteraturliste 29

Vedlegg – søkelogg I 33

1.0 INTRODUKSJON

Svangerskap er noe de aller fleste voksne har en viss kjennskap til. Det som ikke nødvendigvis er like allment kjent, er den økte hyppigheten av post partum depresjoner, kalt fødselsdepresjon, og andre psykiske plager som kan oppstå i kjølvannet av en fødsel (Johansson, 2022). I 2021 så 56060 barn dagens lys for første gang i Norge, og medregnet fleringfødlser ble hele 55402 kvinner mødre (Statistisk sentralbyrå, 2022). Ifølge anslag gjort av Malin Eberhard-Gran, spesialist i samfunnsmedisin, opplevde så mange som 1/3 kvinner å få fødselsdepresjon under Corona-året 2021, det utgjør i overkant av 18400 kvinner, eller ca. 50 kvinner hver dag (Eberhard-Gran, Engelsen, Al-Zirqi, & Vangen, 2022).

Dette er bare fødselsdepresjoner alene, andre psykiske plager som angst, følelsen av utilstrekkelighet i en slik grad at den påvirker hverdagen, eller ulike grader av mani/hypomani er ikke medregnet i disse anslagene og er heller ikke noe jeg kommer til å ha fokus på å besvare i denne oppgaven. Mange av disse plagene har tradisjonelt sett blitt tilskrevet den nybakte morens sårbare tilstand, og mange har nok følt at dette er noe man må «stå i» og «komme seg igjennom», og for mange fungerer det til en viss grad. For de som imidlertid opplever dette som en såpass stor belastning at det går utover den daglige funksjonen eller til og med evnen til å ta vare på den nyfødte, er det klart at det trengs hjelp langt utover det som kan tilbys av velmenende familiemedlemmer og venner.

Viktigheten av å ta tak i disse utfordringene, og til og med kunne forebygge for disse, er grunnleggende med tanke på hvor store og omfattende langtidskonsekvensene kan bli. I Bowlbys bøker fra 1973 og 1982 skriver Bowlby om at dersom mors psykiske helse blir nedsatt uten at det settes inn tiltak vil man kunne risikere at tilknytningen mellom mor og barn forstyrres, eller i verste fall korrumperes, siden tilknytningsatferd hos barnet er en grunnleggende brikke for at barnet skal kunne lære seg å regulere egne emosjoner i forhold til seg selv og andre senere i livet. Når barnets utvikling også blir en deltakende brikke for å forebygge fødselsdepresjon hos mor, vil dette være en skjerpende faktor da barnet er en uskyldig tredjepart i denne situasjonen (Bowlby, 1973) (Bowlby, 1982). I lys av denne forskningen kan vi se at det er av betydning at forebygging hos mor vil kunne være en forutsetning for god psykisk helse både hos barnet og moren. En annen faktor er at dersom

mors fødselsdepresjon får gå ubehandlet uten at tilstrekkelige hjelpetiltak er satt inn, kan mor også risikere å falle utenfor det ordinære arbeidslivet som igjen er en arena for inkludering, selvstendighet og selvrealisering. Som Lysestøl og Meland skriver er samfunnet vårt i stor grad bygget på idealet om at de som er arbeidsføre skal være i lønnet arbeid heller enn å motta økonomiske ytelser fra staten. Dette er grunnprinsippet i arbeidslinjen, og er en faktor som implementeres i mange menneskers yrkesstolthet. Fravær av denne tilhørigheten vil kunne legge stein til byrden man allerede har dersom det er løsbare psykiske utfordringer som står i veien for yrkesdeltakelse (Lysestøl & Meland, 2015).

Oppgaven min er delt opp i følgende kapitler; (1) introduksjon, (2) metoden, (3) teoretiske og sosialfaglige perspektiver, (4) relevant litteratur, og (5) avslutning. Avslutningsvis følger litteraturlisten og vedlegg. I introduksjonen presenterer jeg problemstillingen min samt bakgrunnen for dette valget. Jeg har også valgt å komme med noen begrepsavklaringer og forklarer litt rundt hvilke avgrensninger jeg har gjort opp mot forskningsspørsmålet. I metodekapittelet legger jeg frem hvilken metode jeg har valgt å benytte for denne oppgaven. Her forklarer jeg kort om søkeprosessen min, og hvordan jeg har valgt ut de vitenskapelige artiklene jeg har brukt.

Jeg forsøker også å presentere et kritisk blikk for den valgte litteraturen. I det tredje kapitelet presenterer jeg de sosialfaglige og teoretiske perspektivene som jeg har valgt å bruke. Her presenterer jeg Maslow, Bowlby, og Levin, og drøfter deres perspektiver opp mot mitt valgte forskningsspørsmål. I oppgavens fjerde kapittel presenterer jeg de vitenskapelige artiklene som er mine funn knyttet til oppgaven. Her drøfter jeg samtidig som jeg presenterer artiklenes innhold, jeg har valgt å gjøre det på denne måten da mengden innhentet forskning viste seg å gi færre resultater enn først antatt. Jeg kommer her med mine refleksjoner og et litt mer kritisk blikk på litteraturen og hva den forteller oss. Besvarelsens siste kapittel er avslutningen hvor jeg oppsummerer mine funn koblet opp mot forskningsspørsmålet mitt.

1.1 Valg av tema og problemstillingens avgrensninger

Min interesse for temaet startet i 2012 da jeg selv gikk gravid med mitt første barn. Gjennom mitt møte med primærhelsetjenesten fikk jeg selv oppleve et sprik mellom systemets intensjoner og hvordan tilbud og tjenester formidles og etterleves i praksis. Da jeg igjen gikk

svanger i 2014, og i tillegg fødte et barn som hadde behov for kompleks medisinsk oppfølging, merket jeg hvordan jeg som mor hadde behov for ekstra ivaretakelse. I tiden etterpå reflekterte jeg mye rundt min egen situasjon, men også om hvordan kvinner i lignende situasjoner kan oppleve å gjennomgå det jeg stod midt oppi. Det ga meg allerede den gangen et ønske om å erverve mer kunnskap rundt forebygging av fødselsdepresjon hos nybakte mødre, og hvilke konsekvenser man risikerer ved å ikke ta forebygging på alvor.

Etter tre år på studiet i sosialt arbeid har det blitt mer klart for meg at rollen en sosionom kan ha som koordinator, tilrettelegger og medmenneske er svært viktig, og at sosionomen med fordel kan brukes mer også innen helsesektoren. Den gangen overrasket det meg at formidlingen av tjenester og tilbud var så sterkt varierende. Jeg er nysgjerrig på hva som faktisk har skjedd de siste årene, og hva forskningen sier om potensielle konsekvenser og forbedringspotensialer, noe som igjen gjenspeiles i mitt valg av problemstilling til denne oppgaven. Mer spesifikt vil jeg se på forekomsten av depresjon etter fødsel og om forskningen peker på om noe kan gjøres annerledes fra systemnivå for å forebygge depresjoner. Selv vil jeg reflektere rundt hva konsekvensene kan være som følge av manglende forebygging og hvilke konsekvenser dette kan få, satt i en sosialfaglig kontekst. Jeg skiller ikke på om kvinnene er førstegangsfødende eller flergangsfødende, eller hvilken alderskategori kvinnene tilhører. En slik oppdeling er jeg redd vil ta fokus vekk fra tematikken jeg ønsker å fordype meg i, da dette ikke handler om alder eller antall barn, men forebyggingen på systemnivå.

1.2 Begrepsavklaringer

Psykiske lidelser er med andre ord et begrep som favner bredt, og som de fleste mennesker i Norge har en forståelse av. Men for å avklare noen av begrepene som brukes i denne oppgaven har jeg her valgt å klargjøre følgende begreper med definisjon;

1.2.1 Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon, WHO, beskriver psykisk helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (World Health Organization, 2018). Psykisk helse defineres som opplevelsen av glede, med anledning til å

realisere sine evner. Opplevelsen av livsmestring, arbeidsglede og i å ha fritidsaktiviteter man kan ta del i, i tillegg til å kjenne på en samfunnsdeltakelse. God psykisk helse dreier seg om en opplevelse av velbefinnende (World Health Organization, 2018).

1.2.2 Fødselsdepresjon

Depresjon kan for eksempel være en forbigående, plagsom, men ikke alvorlig tilstand. Men den kan også være en avgrenset, svært alvorlig, av og til dødelig sykdom. Den kan bli en vedvarende tilstand som påvirker personens liv i stor grad gjennom mange år. Fødselsdepresjoner blir da definert som depresjoner som oppstår i forbindelse med fødsel, som oftest etter at barnet er kommet til verden. Depresjoner som oppstår før nedkomst kategoriseres som svangerskapsdepresjon (Lauveng, 2020).

1.2.3 Perinatal

Begrepet perinatal vil si den delen av det medisinske feltet som dreier seg om fødselen, det ufødte og nyfødte barnet (Lie, 2018).

1.2.4 Psykiske plager

Den norske foreningen for kognitiv terapi definerer skillet mellom psykiske lidelser og psykiske plager ved å peke på alvorlighetsgraden og intensiteten i symptomene. Videre peker de på at de fleste mennesker kan oppleve psykiske plager fra tid til annen, men at det er først når plagene er av en slik grad at de oppfyller kriteriene for bestemte diagnoser at de går over til å kalles psykiske lidelser. Dette kan for eksempel gjelde depresjon og angst (Norsk Forening for Kognitiv Terapi, 2020).

1.2.5 Psykisk lidelse

Den Norske legeforeningen karakteriserer begrepet psykisk lidelse som;

> *[...] en samlebetegnelse for lidelser og sykdommer som er kjennetegnet først og fremst ved subjektivt sterkt plagsomme psykiske symptomer over lengre tid med*

samtidig redusert funksjon i dagligliv eller arbeid i forhold til hva som var personens vanlige funksjonsnivå før lidelsen debuterte. Men graden av funksjonsreduksjon vil variere fra person til person (Den Norske Legeforening, 2022).

1.2.6 Systemnivå

I denne besvarelsen, når systemnivå anvendes som begrep, mener jeg på et makronivå hvor man tar utgangspunkt i helheten av de offentlige tjenestene og tilbudene, og på samspillet mellom de ulike systemkomponentene som er ment å skulle nå alle landets borgere basert både på universell tilgjengelighet, men også med utgangspunkt i seleksjonskriterier for tjenestetilbud (Nilstun, 2020). Med dette er frivillige og veldedige organisasjoner ikke medregnet.

1.3 Koblinger til sosialfaglig kontekst

I det sosialfaglige arbeidet har man fokus på inkludering og å tilrettelegge for at mennesker skal kunne leve det beste livet de har forutsetninger for. Forståelsen av både mennesket som individ og samfunnets kompleksitet, er et elementært grunnlag for å kunne handle ut ifra de yrkesetiske retningslinjene som peker på at vi skal forebygge, håndtere og redusere sosiale problemer (Fellesorganisasjonen, 2021). I sosialt arbeid er teorier med fokus på forståelse av individet og individets tilpasning i sitt sosiokulturelle miljø sentrale (Ellingsen, Levin, Berg, & Kleppe, 2015).

I min besvarelse av denne oppgaven er min primære motivasjon å se på hvilke tiltak som kan gjennomføres på systemnivå for i så stor grad som mulig å forebygge fødselsdepresjoner hos kvinner i Norge. Men jeg vil også se litt på hvordan forebyggende disse tiltakene kan bidra til å redusere det som kan bli til sosiale problemer; som utenforskap eller at man stiller svakere på arbeidsmarkedet, og på hvilken måte sosionomen får en rolle i dette skjæringspunktet som da vil oppstå mellom det sosialfaglige og det helsefaglige.

2.0 METODE

For å lande på valg av metode bør man la problemstillingen være førende, og videre se på hvilken måte denne optimalt sett kan gjøres rede for. En beskrivelse av metodedelen blir som å legge frem oppskriften på fremgangsmåten jeg har valgt for å belyse tematikken rundt problemstillingen (Dalland, 2018).

Siden dette er en teoretisk oppgave med bruk av litteratursøk, har jeg i min oppgave tatt utgangspunkt i systematiske litteratursøk som metode for å finne relevant litteratur som kan besvare forskningsspørsmål mitt på best mulig måte. Jeg har dog ikke fulgt denne metoden slavisk, men heller tatt utgangspunkt i min valgte tematikk og søkt i godkjente søkebaser for å finne passende litteratur. Denne har jeg så selektert ut basert på kriterier beskrevet lenger ned. I tillegg til søkbar litteratur i de ulike søkebasene har jeg benyttet faglitteratur i bokform, artikler og tidsskrifter.

Selv om APA 7th er å foretrekke i 2022, benytter jeg APA 6th som referansestil siden vi som studenter ble gitt tillatelse til dette da det var APA 6th vi startet med i 2019. Jeg har valgt å anvende litteratur som allerede eksisterer på dette fagfeltet, og som utgangspunkt vil jeg benytte denne til å belyse tematikken rundt min egen problemstilling.

2.1 Prosessen rundt søkene

Og ha en strukturert og systematisk fremgangsmåte for å oppnå tilfredsstillende søkeresultater har jeg opplevd som essensielt. I min søkeprosess har jeg benyttet søkebasene Oria, Idunn og Scopus. Her er det Oria som har gitt meg den mest relevante forskningslitteraturen på området, og jeg har søkt i hele det norske fagbiblioteket og ikke begrenset meg til kun NTNUs universitetsbibliotek. Dette på anbefaling av universitetets fagansatte.

I søkeprosessen har jeg avgrenset søkene mine til å omfatte resultater fra 2010-2021, forskningsresultatene jeg har benyttet i min besvarelse er med andre ord ikke eldre enn elleve år. Det jeg har benyttet av øvrig litteratur, slik som utgitte bøker eller masteroppgaver kan være eldre enn dette. Min begrunnelse for dette er at psykisk helse og psykiske lidelser ikke er et nytt fenomen, og at definisjoner innen fagfeltet er bestående av godt etablerte

terminologier. For øvrig er litteratur rundt allerede eksisterende tjenester i velferdssystemet i Norge godt etablerte, og kan overskride tidsepokebegrensningen 2010-2021.

Artiklene jeg har fokusert på er alle fagfellevurderte, er utgitt i ulike vitenskapelige tidsskrifter, og er skrevet på engelsk eller norsk. De hyppigst anvendte søkeordene jeg har benyttet i min søkeprosess er «kvinner», «svangerskap», «psykiske helse», «psykiske lidelser», «fødsel», «fødselsdepresjon», og «sosialt arbeid». Tilsvarende søkeord er også benyttet på engelsk. Jeg har også brukt andre søkeord, men det er i hovedsak overnevnte ord som har sørget for å gi meg de mest optimale treffene. En mer inngående beskrivelse av søkeprosessen fremgår i oppgavens vedlegg, her presenteres søkene med datoer, valgte databaser, avgrensninger og valgte søkeord, samt antall treff og utvalgt litteratur. Igjennom hele prosessen med å skrive denne oppgaven har jeg også brukt litteratur som jeg har fått tips om fra forelesere, medstudenter og veileder. Litteratur som brukes for å belyse teoretiske perspektiver knyttet til min problemstilling vil i så stor grad som mulig bestå av primærkilder.

2.2 Kriterier for selektert forskningslitteratur

Forskningen jeg har fokusert på er hovedsakelig fra Norge da dette er min geografiske avgrensning i denne oppgaven. Den litteraturen jeg har benyttet fra andre land enn Norge er enten definisjoner og teorier innen fagområdet som er deskriptive på en spesifikk teori eller synspunkt som også brukes i Norge, eller det er fra land som kan sammenlignes med Norge (Stortinget, 2020).

Den engelske litteraturen jeg har benyttet gir et blikk på hvordan den psykiske lidelsen jeg har fokus på arter seg, og presenterer en generell forståelse av problematikken. Da det er forebygging fra systemnivå som er mitt fokus, er det også det norske velferdssystemet jeg fokuserer på. Med dette som utgangspunkt vil det være naturlig å ha hovedfokus på norsk forskning når det kommer til systemnivåene spesifikt.

3.0 TEORETISKE OG SOSIALFAGLIGE PERSPEKTIVER

Denne oppgaven tilstreber å besvare forskningsspørsmålet jeg har stilt. Jeg vil her diskutere hva de tradisjonelle teoretikerne sier om viktigheten av å få dekket sine grunnleggende behov og sårbarheten rundt tilknytning, både relasjonelt, men også til samfunnet. Videre vil jeg diskutere dette opp mot hva nyere forskning sier om sykdomsforekomst og foreslåtte forebyggingstiltak rettet mot gruppen jeg fokuserer på. I denne besvarelsen ser jeg både på teoretiske perspektiver, men også på de sosialfaglige. Dette for å vise en bredde av feltet og for å kunne inkorporere sosionomen i denne konteksten.
Jeg benytter teorier og perspektiver fra blant annet Maslow, Bowlby og Levin. I tillegg kommer mine funn i form av vitenskapelige forskningsartikler. Jeg vil ta hver av disse og drøfte de opp forskningsspørsmålet, for så å sette det i en kontekst.

Som fagfelt er sosialt arbeid dynamisk, og tar utgangspunkt i ulike teorier og prosesser som må tilpasse seg endringer i samfunnet vi lever i. Dette kan være med tanke på politiske, økonomiske eller sosiale faktorer som utgangspunkt. En base av samlet kunnskap og ferdigheter vil dermed være viktig som sosionom (Ellingsen, Levin, Berg, & Kleppe, 2015). Et eksempel på en sektor hvor det jobber mange sosionomer er psykisk helse, og da spesielt med fokus på å samhandle med helsepersonell for å hjelpe mennesker som har psykiske utfordringer. Menneskene som har behov for hjelp vil i mange tilfeller kunne trenge en sosionom for å søke om, og få på plass ulike hjelpetiltak for å bedre sin egen situasjon. Med bakgrunn i systemets kompleksitet vil det kunne være avgjørende å få hjelp slik at de som behøver velferdsstatens goder faktisk får tilgang på de som tiltenkt, dette vil igjen være en måte å initiere sosial rettferdighet på, og dette kan medvirke til å minske sosial ulikhet (Levin, 2015).

3.1 Teoretikere og perspektiver

Av de tradisjonelle teoretikerne har jeg anvendt er Irene Levin og Abraham Maslow, og John Bowlby. Jeg har trukket paralleller fra deres teorier og ståsteder til min problemstilling for å aktualisere forskningsspørsmålet fra flere vinkler. Gjennom mine utvalgte vitenskapelige artikler viser jeg til hva henholdsvis Klevan, Viksmo og Borg, Lindboe, Kufås og Karlsson,

Austveg og Christensen, og Shrestha, Pradhan, Tran, Gualano og Fisher skriver om forebygging og dens betydning for gravide kvinner.

3.1.1 Levin – Sosionomens rolle som koordinator

Med Levins syn på sosialarbeideren som koordinator og tilrettelegger, også innen psykisk helsearbeid, setter hun også fokus på kompleksiteten i det sosiale arbeidet hvor sosialarbeideren må forholde seg til både å gi hjelp til individet, men samtidig være tilbakeholden og kontrollere at dette skjer etter korrekte prosedyrer og intensjoner. Som sosialarbeider vil man da fungere som en mellommann mellom systemene man forvalter og individene man hjelper. Levin viser videre til utfordringene det kan innebære å stå i et slags skjæringspunkt for å få den praktiske utførelsen til å stemme overens med den teoretiske kunnskapen. Da også rammevilkårene man arbeider etter er noe flytende som følge av politiske styringer som tidvis skifter, inntrer nok en faktor som gjør disse prosessene komplekse (Levin, 2015).

I det forebyggende arbeidet er det viktig at sosialarbeideren kan fungere som et bindeledd mellom systemet og dets funksjoner, og individet og dets behov. Som sosialarbeider skal man i en helsemessig kontekst trå varsomt så man ikke ender opp med å påta seg oppgaver man ikke er kvalifisert til. Et samarbeid mellom utøvere på det sosialfaglige feltet og helsepersonell handler på ingen måte om å ta over helsearbeidernes arbeidsoppgaver, men heller være et bindeledd som kan holde oversikt over tilgjengelige tjenester, lover og regler, kvalifiseringskriterier og søknadsprosesser. På denne måten kan individet få hjelp med sine helsemessige behov som er avdekket av helsepersonell. Dette er så vidt jeg kan finne ingen utbredt, om noen, praksis i Norge idag.

I slike tilfeller ville man allerede før fødsel kunnet hatt et «sikkerhetsnett» på plass for kvinnen. Dette kunne dreid seg om økonomiske stønader, hjelp til nettverksbygging, oppfølging i hjemmet etc. I motsatt fall blir den somatiske og psykiske helsen kartlagt på helsestasjonen eller legekontoret, og man må bruke tid på å få tid hos en sosialarbeider for å videre finne en løsning og plan for hva man skal gjøre i tiden som kommer. Dette tar tid, og vil bidra til å skape avstand mellom sosialarbeideren hvis oppgave er å tilrettelegge individuelt tilpassede løsninger og den gravide. Ved å øke tilgjengeligheten til en sosionom

får også sosionomen en helt annen relasjon til de individene man skal hjelpe enn om man hadde fått digitale søknader tikkende inn på en e-post konto Et nært samarbeid vil med stor sannsynlighet være å foretrekke for alle involverte parter for å sikre et så godt som mulig utfall av samarbeidet. Dette vil være å understreke sosialarbeiderens viktige rolle slik som Levin også peker på (Levin, 2015).

Ved at helsepersonell og sosialfaglig personell snakker sammen vil man unngå en økt fare for misforståelser og at kommunikasjonen drar ut i tid som følge av responstid på digitale plattformer. Et samarbeidsmøte hvor også den gravide er til stede for å snakke om sin situasjon vil nok kunne øke følelsen av medbestemmelse også for henne. Følelsen av å være en aktivt medvirkende part i sin egen sak vil kanskje også kunne hjelpe til å redusere eventuelt stress om hvorvidt hun hadde blitt forstått slik hun ville, og den gravide hadde kunne blitt trygget rundt egen situasjon. Og med tanke på stresshåndtering og egendeltakelse, går jeg videre til Maslow og hans teori rundt behovspyramiden

3.1.2 Maslow – Menneskets grunnleggende behov

Går vi noe tilbake i tid, finner vi den anerkjente psykologen Abraham Maslow og hans teorier som var sentrale på midten, og slutten av 1900-tallet. Maslows teorier om menneskers behov for vekst og selvrealisering er fortsatt aktuelle og benyttes i stor grad også idag. I 1943 presenterte Maslow modellen vi senere skal kjenne som «Maslows behovspyramide», modellen er bygget opp av ulike nivåer som rangerer menneskets behov i et hierarki. Teorien går i all hovedsak utpå at mennesket som vesen higer etter personlig vekst og muligheten til å utvikle seg, og etter å virkeliggjøre de evnene man har. I modellen som ble lansert i 1943 ble de grunnleggende fysiologiske behovene som mat og drikke lagt som et fundament. Like over kommer fundamentale sosiale behov, som nærhet og tilhørighet. Videre følger det å oppleve kjærlighet, etterfulgt av behovet for en god selvfølelse, og respekt for seg selv og fra andre. Øverst i pyramiden troner selvaktualiseringen, også omtalt som behovet for å realisere seg selv. Maslow hevdet at mennesket under trygge omstendigheter kunne nå pyramidens høyeste nivå, men presiserte at selv om et menneske forlater et nivå til fordel for et annet, opphever ikke det foregående behovet å eksistere, men det tar en annen form og vil ikke lenger ha like stor aktuell betydning. Det er våre omgivelser som i stor grad legger til rette for, og som stimulerer mulighetene våre for personlig utvikling (Maslow, sitert i Håkonsen, 2018, s. 90).

Ifølge Maslow er det en nødvendighet at mennesket har arenaer hvor vi føler tilhørighet, hvor vi kan realisere oss selv, og hvor vi kan bygge vår individuelle selvfølelse og selvrespekt. Det faktum at Maslow fant menneskets behov såpass viktige at han strukturerte og kategoriserte dem, sier litt om betydningen de har for at menneskets eksistens skal være så optimal som mulig.

Vårt velbefinnende, og våre dekte behov gir uttrykk av at de er viktige faktorer å opprettholde, og at vi som mennesker ofte gjør det vi kan for å jobbe oss til toppen av pyramiden. For på den ene siden listes det kategorisk opp hvilke nivåer mennesket higer etter å nå basert på hvilke behov man har for å oppnå høyeste nivå av selvrealisering og velbefinnende, på motsatt side kan man da anta at en manglende oppfyllelse av disse nivåene vil medføre en manglende selvrealisering og opplevelsen av minkende velbehag. Og for å jobbe oss til toppen av pyramiden, bør vi ta forebyggende grep blant annet rundt vår egen psykiske helse. Ved å se til behovspyramiden og viktigheten av de ulike stadiene, kan man tenke seg at dersom disse stadiene ikke lar seg oppfylle vil det kunne medføre at individet opplever dette som belastende og som en stressfaktor. Dette beskriver Kjell Magne Håkonsen i sin «Psykologi og psykiske lidelser» (Håkonsen, 2018).

Sett i lys av hvordan dette kan kobles til forebyggende tiltak på systemnivå rettet mot gravide kvinner nettopp for å forebygge fødselsdepresjon, er det essensielt å legge til rette for at fødselsdepresjoner kan minkes, eller i beste fall unngås, og at kvinnen føler hun når sitt potensiale også i tiden etter at barnet er født. Å opprettholde linken mellom dagliglivet kvinnen levde før svangerskapet, og dagliglivet hun vil leve etter barnets fødsel vil kunne være svært viktig dersom kvinnen anser det som en nødvendighet å for eksempel komme seg tilbake til jobb, opprettholde sitt sosiale liv, men også i å mestre morsrollen. Kompleksiteten ved å oppfylle behovspyramidens nivåer kan overgå individets kapasitet til å oppfylle disse på egen hånd, og derfor vil det være av betydning at man får hjelp til denne prosessen med selvrealisering som målet.

Igjen vil betydningen av tverrprofesjonelt samarbeid mellom sosial- og helsefaglige yrkesutøvere bli synlig. Men vi må heller ikke rosemale idealet om tverrprofesjonelle samarbeider slik at de ikke samsvarer med virkeligheten. Et tverrprofesjonelt samarbeid vil også kunne være et spenningsfelt med komplekse faktorer hvor de ulike profesjonenes

intensjoner og interesser spriker. Da er det en forutsetning at man også innser samarbeidets kompleksitet og potensielle utfordringer for å ha best mulig forutsetning for å arbeide frem et fruktbart resultat (Willumsen, 2021).

3.1.3 Bowlby – Tilknytningens betydning og forutsetninger for god omsorg

John Bowlby er psykolog og psykoanalytiker, kjent for sitt arbeid innen utviklingspsykologien. Bowlby hadde konkrete teorier rundt tilknytning og konsekvensene når denne uteble. Hans teoretiske bidrag har vært med på å legge føringer for dagens utviklingspsykologi, og vår forståelse av betydningen av mors tilstedeværelse for barns utvikling og relasjonelle tilknytning. Bowlbys tilknytningsteori har vært til stor inspirasjon for klinisk psykologi selv idag, og har lagt føringer for hvordan man utvikler teorier videre for sosialt arbeid med barn. I følge Bowlby er tilknytningsatferden et trinn i emosjons-reguleringen barn må lære. Tilknytningsatferden er elementær for at man skal kunne føle blant annet kjærlighet og trygghetsfølelse. Dersom den derimot uteblir kan dette resultere i følelser som sjalusi og engstelse om barnet opplever at denne relasjonen svekkes. Om et brudd i tilknytningen blir et faktum risikerer man at barnet vil få en sorgreaksjon, eller i verste fall depresjon. I tilknytningsatferdens tidlige avklaring kom det frem at barn danner sterke bånd til de som imøtekommer deres behov. Bowlby forklarer tilknytningen som et system hvis oppdrag er å sørge for beskyttelse gjennom nærhet og hvor atferden må gjengjeldes av noen som tar den påkrevde omsorgen. Dette er en forutsetning for at tilknytningssystemet skal oppfylle sin funksjon. Den kognitive utviklingen ilegges stor betydning av Bowlby, og i de tidlige avhandlinger fremhever Bowlby at det er primærrelasjonen, ofte mor, som legger fundamentet for tilknytninger barnet skal gjøre senere i livet. Med dette som base er det nærliggende at Bowlbys teori om tilknytning til tildelt en sentral posisjon for praksis i både barnevern og tilsvarende tjenester som ytes av samfunnet (Bowlby, 1973).

Knyttet til oppgavens problemstilling kan dette sies å ha relevans da man kan vise til store potensielle utviklingsbrister hos barnet dersom mor ikke er til stede, dette gjelder ikke bare fysisk tilstedeværelse, men også at mor har kapasitet til å oppfylle sin rolle som omsorgsgiver. Man kan med dette trekke linjer til at en ubehandlet fødselsdepresjon hos mor kan føre til at også barnet kan bli skadelidende. Et godt samarbeid vil være utgangspunkt for at det individuelt tilpassede tilbudet moren mottar foregår så sømløst som mulig (Lindboe, Kufås, &

Karlsson, 2013). Som det er blitt pekt på i flere spørreundersøkelser kjenner mødrene på en betydning av å bli sett og lyttet til. De mellommenneskelige relasjonene som en sosionom kan bistå med å legge til rette for vil være viktige for at kvinnen skal få en positiv opplevelse av samarbeidet rundt veien videre (Johansson, 2022).

4.0 Teoriene knyttet mot problemstillingen

Direkte knyttet til forskningsspørsmålet kan vi tenke oss en situasjon hvor sosionomen har helsestasjonen som arbeidsplass. Her er ofte både jordmor og en helsesykepleier ansatt for å ta seg av den somatiske og psykiske delen av svangerskapsoppfølgingen. Ved å ansette en sosionom ville man gjennom et tverrprofesjonelt samarbeid kunne utarbeide en mestringsplan for den gravide i de tilfellene man avdekker faresignaler for fødselsdepresjon. Helsestasjonen er allerede en lavterskelarena, og dersom det også hadde vært et samarbeid med en sosionom på slik arena ville det vært kortere vei fra man avdekket utfordringen til man kunne søkt de nødvendige sosialfaglige tiltak og skaffet en oversikt over hvilke tilbud og tjenester som er tilgjengelige for den gravide som måtte trenge hjelp. Sosionomens evne og egenskap til å være lyttende, for å kunne tilrettelegge for kvinnen slik at hun kan føle på en trygghet, vil være viktig for å kunne etablere et tillitsforhold slik at samarbeidet mellom fagpersonene og kvinnen vil bli så givende som mulig.

4.1 Betydningen av samfunnsdeltakelse

I samfunnet vi lever i spiller også arbeidsplassen vår en stor rolle i livene våre, og det er nærliggende å tro at de båndene som sikrer vår tilhørighet til arbeidsplassen er noe vi prioriterer at blir godt ivaretatte. Dette vil også gjelde vår evne til å ivareta den psykiske helsen vår på ulike stadier i livet, spesielt ved stadier som kan by på ekstra utfordringer og hvor det er kjent at psyken kan være mer utsatt (Håkonsen, 2018). Kvinnen bør kunne være trygg på å ha en jobb å gå tilbake til, og på at det finnes sosiale hjelpetiltak som kan settes inn ved behov, hun bør også kjenne på en visshet om at det finnes veiledning skulle hun støte på utfordringer knyttet til sin egen rolle som mor. Forslagene sosionomen kommer med behøver ikke settes ut i livet dersom det ikke blir behov for det, men viten om at de finnes, som et slags sikkerhetsnett, kan oppleves som en trygghet og dermed forebyggende. (Håkonsen, 2018).

5.0 RELEVANT LITTERATUR

I min leten etter relevant litteratur som binder systemnivå og forebygging av fødselsdepresjon hos gravide sammen, har det vært utfordrende å finne tilstrekkelig litteratur om skjæringspunktet mellom disse temaene. I litteraturen jeg har funnet fremgår viktigheten av forebygging, og parallelt med dette finnes litteratur som omhandler svangerskaps- og fødselsdepresjon og de potensielle følgene av dette. I den litteraturen refereres det til samhandling innad i helsesektoren. Min ambisjon er å koble dette opp mot sosialt arbeid og vise hvorfor dette kan være hensiktsmessig. Fra politisk hold er det også fokus på å tilrettelegge for en strategi for at mennesker skal ha en god psykisk helse igjennom hele livet, og alle livets faser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

5.1 Vitenskapelige funn

I de vitenskapelige artiklene jeg fant knyttet til oppgaven registrerer jeg at det er flere punkter som går igjen. Jeg vil starte med å presentere funn gjort av Klevan, Viksmo og Borg i deres fokus på foreldrerollen i en psykisk krise. Deretter vil jeg vise hva Lindboe, Kufås og Karlsson sier om samhandlingens betydning. Mitt tredje funn er av Austveg og Christensen som fokuserer på mødrehelseinitiativet fra et globalt perspektiv. Den fjerde artikkelen jeg presenterer er av Shrestha, Pradhan, Tran, Gualano og Fisher, her vil jeg kort presentere the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), og forsøke å sette det i en norsk sosialfaglig kontekst.

5.1.1 Klevan, Viksmo og Borg – Tverrfaglig samarbeid og hjelp der man er

I artikkelen «Å være forelder står over alt annet - om foreldrerollen i en psykisk krise» er Klevan, Viksmo og Borg tydelige på at det er viktig at vi har et helsetilbud som finnes der folk er, og som er lett tilgjengelig. De poengterer også at det er politiske føringer som påpeker dette. Her fremgår også viktigheten av å få hjelp der man er, og flere av intervjuobjektene forteller at det var av stor betydning å kunne få hjelp i eget hjem hvor stressnivået var et helt annet enn om man skulle tilbragt timer på et kontor i offentlig regi. Selv om begrepet hverdagsliv er kontekstuelt vil man kunne si at hverdagen for de aller fleste er bestående av

rutiner og repetitive hendelser, den er en arena hvor vi som mennesker er gitt muligheten til å skape betydning og essens etter våre egne subjektive preferanser. Et stabilt hverdagsliv gir oss også en styrket forutsetning for å manøvrere oss igjennom kriser vi måtte oppleve, og det danner et grunnlag for hvordan vi også håndterer foreldrerollen på ulike stadier av livet.

Dersom mor ble syk fremkommer det av artikkelens funn at mor foretrakk oppfølging og hjelp i hjemmet fremfor innleggelser, til tross for at det opplevdes som slitsomt å skulle skjerme barna fra symptomene. På motsatt side rapporterte barna at de opplevde hverdagen som mindre forutsigbart når mor ikke mottok behandling nettopp i form av innleggelse. Dette er motsetninger man som forelder og hjelpende fagpersonell må ta hensyn til da det også foreligger et ansvar for å ivareta barna og følge dem opp ut ifra deres behov. For å hjelpe familien i sin helhet vil viktigheten av tverrfaglig samarbeid komme til syne som følge av kompleksiteten hverdagslivet innebærer, og dermed må hjelpen også representeres i form av faglig bredde. I de tilfeller hvor mor har hatt tidligere depresjoner vil man med fordel kunne sette inn hjelpe- og støttetiltak i familien det gjelder for å unngå at mors mentale tilstand forverres som følge av fødselsdepresjon. Et tverrfaglig team, blant annet bestående av både sosionom og helsepersonell vil i slike situasjoner på forhånd kunne kartlegge tiltak og tjenester som en del av en mestringsplan. Ved å bistå med hjelp i hjemmet vil man også kunne bygge en tettere relasjon til mottakeren av hjelpen og de mellommenneskelige aspektene vil få en annen betydning enn om man satt på et kontor og behandlet hjelpemottakerne som identer på en skjerm.

I en psykisk krise kan morsrollen være et ømt tema, og mange vil kunne kjenne på en ambivalens ved å skulle være ærlig om sin situasjon for å be om hjelp, og å kjenne på følelsen av utilstrekkelighet ved å vedkjenne seg at man ikke mestrer situasjonen man står i. Det er derfor viktig at man bygger tillit for å få et best mulig samarbeid i slike situasjoner. Det er av betydning at de som skal hjelpe vet mest mulig om mors situasjon for å kunne forebygge på en god måte, men også for å sikre at mor er delaktig i sin egen prosess. I følge Klevan, Viksmo og Borg er det hentydet at AATs ansvar for ivaretakelse av familien i sin helhet, inkludert barna, må gis rom for å utvise både samarbeidsevne, smidighet og selvbestemmelse. Studien som er presentert i artikkelen viser til at det er behov for mer forskning på hvordan dette skal kunne organiseres, og mer konkret hva innholdet i en slik tjeneste skal innebære. Videre pekes det på at det er behov for en videre kartlegging for å se hvilke aspekter ved

denne typen hjelpetilbud som vil gi familiene mulighet til å mestre hverdagslivet og foreldrerollen ut fra familienes perspektiver og parametere (Klevan, Viksmo, & Borg, 2013).

5.1.2 Lindboe, Kufås og Karlsson – Forebyggende team

Lindboe, Kufås og Karlsson skriver i sin artikkel «Tidlig intervensjon for utsatte gravide og småbarnsfamilier – samhandlingens betydning» om forebyggende familieteam (FFT) som en del av statens tiltak når barn er pårørende til foreldre som strever med psykiske vansker. FFT jobber med oppfølgingen av disse barna og intensjonen er at de skal fungere som et bindeledd mellom tjenester. Det er en risiko for at tilbudene som familien får kan oppleves som fragmenterte som følge av utfordringene familien har. Familiens utfordringer kan være både komplekse og ømfintlige, som igjen krever at de blir møtt av et spesialisert hjelpeapparat. Det er derimot forskjell på hva man kategoriserer som den politiske oppgaven og som den faglige oppgaven, hvorpå den politiske anses være løst når tjenesten er gitt, vil den faglige være løst først når man kan dokumentere at tjenesten viste seg hjelpsom.

Nå omhandler ikke denne artikkelen mor spesifikt, men mor er i de fleste tilfeller en del av en familie. Her ser man på viktigheten av samhandling, og igjen presenteres det et team av hjelpearbeidere som har som oppgave og fasilitere hjelpetiltak og tilbud rundt familien for å bedre situasjonen til alle involverte, men med et spesielt fokus på barna. Med tiltak som FFT vil man kunne ligge i forkant før en fødselsdepresjon inntreffer, og man vil kunne ha ulike tiltak parate slik at ikke behandlingstid og evalueringer spiser av tiden mor og familien egentlig behøver til å bedre hverdagssituasjonen sin (Lindboe et al., 2013).

Her vil en fødselsdepresjon hos mor ses mer som et familieanliggende som må få faglig bistand og hjelp, og i de tilfellene hvor mor allerede har en kjent depressiv historikk vil man kunne gå inn å forebygge ved å samarbeide både faglig og med familien. Å fremme gode mestringsstrategier i samråd med mor som hovedmottakeren av hjelpetiltakene vil kunne virke både forebyggende og stressreduserende da mor får en trygghet rundt at hun vil bli ivaretatt skulle hun bli syk (Lindboe et al., 2013).

5.1.3 Austveg og Christensen – Informasjon, kultur og kompetanse

Austveg og Christensen ser på mødrehelsen fra et globalt perspektiv i sin artikkel. De tar utgangspunkt i FNs tusenårsmål fra 2000, og peker på at allerede på 1980-tallet ble det igangsatt økende fokus på mødrehelsen sett fra et globalt perspektiv. Forskning gjort på feltet viser at det er av stor betydning at kvinnene selv har kjennskap til og kunnskap om hva slags helsetilbud de kan benytte seg av. Den informative delen av tjenesteformidlingen er essensiell også idag, da det neppe hjelper med et bredt tjenestetilbud dersom de tiltenkte brukerne ikke har kjennskap til dem. «Ikke uventet viser forskningen at det som skal til for å bedre mødrehelse er et komplekst samspill av mange forhold på ulike nivåer»(Austveg & Christensen, 2010).

Videre viser forskningen at det er av stor betydning at de offentlige helsetilbudene er lokalt plasserte slik at det skal være så enkelt som mulig for alle å benytte tjenestene. De nødvendige primærhelsetjenestene bør være organisert på en måte som ukomplisert vil kunne henvise til spesialiserte tjenester ved behov, og med dette følger også viktigheten av god samhandlingskultur på tvers av profesjonene som skal bistå å hjelpe blant annet mødre som har fått påvist fødselsdepresjon. Selv om man bor ruralt, skal ikke dette være til hinder for at man skal kunne motta adekvate tjenester. Det er de involverte profesjonenes ansvar å tilrettelegge for at mor i dette tilfelle får den tilpassede oppfølgingen hun trenger. Sosionomen som koordinator og bindeledd vil her også være av stor betydning for å sy sammen et så godt tilbud som mulig.

Gjennom 2000-tallet har det økte fokuset på mødrehelse gitt en anselig tro på endring i positiv valør. Kvinnens økte forståelse av egenverdi og samfunnsbetydning er medvirkende årsaker til den økte interessen på globalt nivå. Austveg og Christensens forskning viser at tanker rundt kvinners finansielle betydning for husholdningen og sin egen nasjon i form av verdiskapende arbeid, i tillegg til rettigheter, har bidratt til å øke engasjementet på et globalt nivå. Man skal være varsom med å hevde at det automatisk har ført til bedre kår, men det antyder at man globalt sett har dreid i en mer kvinnevennlig retning enn tidligere.

Dette er viktige perspektiver å implementere også i norske fagmiljøer, helsefaglige som sosialfaglige, av den grunn at Norge er en del av en global verden. Vi huser mange borgere

som har fremmedkulturelt opphav, og vår forståelse for andre lands og kulturers tankemåte er essensiell i vårt møte med fremmedkulturelle mennesker. Kunnskap og genuin interesse vil være avgjørende faktorer for om vi som hjelpeapparat skal kunne nå inn til, og skap tillit hos, fremmedkulturelle kvinner som også står i faresonen for å utvikle fødselsdepresjon. Vi skal vokte oss for å skape et system som ivaretar majoriteten i Norge, uten at vi er bevisst at fremmedkulturelle kvinner kan ha andre behov og en annen forståelse av å motta hjelp fra myndighetene. Vår evne til å være bevisst på språk, kultur og tradisjon, i tillegg til å ha kulturelt sammensatte hjelpe-team, kan være avgjørende for hvorvidt vi får gitt den forebyggende hjelpen vi så gjerne vil bidra med (Austveg & Christensen, 2010).

5.1.4 Shrestha, Pradhan, Tran, Gualano og Fisher – Edinburgh-metoden

Mitt fjerde og siste vitenskapelige funn til denne oppgaven er en forskningsartikkel fra 2016 skrevet av Shrestha, Pradhan, Tran, Gualano og Fisher. De har forsket på bruken av the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), også kalt Edinburgh-metoden, blant annet i land som kan kategoriseres som lav- til lav middelinntekts land. Selv om Norge ikke faller inn under denne kategorien, har artikkelen flere gode poenger vi kan ha bruk for i Norge. EPDS ble opprinnelig utviklet av Cox, Holden og Sagovsky i Storbritannia i 1987, og er en av de hyppigst anvendte screeninginstrumentene brukt for å evaluere symptomer på perinatale vanlige psykiske lidelser, på engelsk forkortet PCMD. Svakhetene man kunne observere i denne forskningen peker mot at det i flere tilfeller ble rapportert om mangler i oversettelsene, manglende kulturell tilpasning og brister i valideringsprosessene rundt hvordan screeningen ble gjennomført blant kvinnene. Det peker videre på viktigheten av gode språklige oversettelser for å kunne kommunisere screeningens spørsmål på en god nok måte for å få solide resultater til å agere videre på Shrestha, et al., anbefaler i sin forskning systematisk tilnærming når det angår oversettelser, kulturelle tilpasninger og validering av de empiriske funnene.

Utbredelsen av EPDS er omfattende, og metoden er godkjent for bruk i mer enn 20 ulike land, deriblant Norge. I Norge brukes Edinburgh-metoden ved helsestasjoner hvor alle barselkvinner tilbys å besvare skjemaene for EPDS, hvorpå det innen kort tid påfølger en kartleggingssamtale med fokus på barselkvinnens mentale helsetilstand (Bjørnerud, 2016). Tilnærmingen med gode oversettelser og tilpasninger, vil forenkle utviklingen av videre bruk

av Edinburgh-metoden slik at man ender opp med mer nøyaktige screeningverktøy for å kunne påvise, bearbeide og forebygge PCMD også blant gravide kvinner.

I de tilfeller hvor det avdekkes at kvinnen har en viss sumskåre som et resultat av EPDS-skjemaet, tilbys det opp til seks konsultasjoner hvor det igjen tas stilling til hvorvidt kvinnen bør henvises videre til spesialisthelsetjenesten. I arbeidet som gjøres ved helsestasjonene er det jo en tanke om det kanskje kunne være en sosionom til stede. En sosionom vil i de tilfellene hvor individuelt tilpasset oppfølging kreves, kunne bistå og koordinere hjelpetiltak og tjenester som tilbys av det offentlige for kvinnen som er i behov av hjelp. Hvilke hjelpetiltak det er snakk om vil ta utgangspunkt i kvinnens individuelle svar fra EPDS-skjemaet, men det kan for eksempel dreie seg om økonomiske stønader, støttegrupper, tilpasninger i hjemmet eller yrkesrelaterte tiltak til hun skal tilbake i arbeid. Ved en praktisk fordeling av arbeidsoppgaver for å iverksette tjenester og tiltak for den gravide vil det kunne være heldig at helsearbeideren fokuserer på det rent psykiske og kroppslige, så kan sosionomen fokusere på sitt felt med for eksempel søknadsprosesser, oversikt over ulike tiltak og støtteordninger. På den måten vil kompleksiteten av et slik sammensatt hjelpetiltak bli ivaretatt av profesjonsutøvere som gjennom samarbeid og samskaping lager en plan for den gravide. Dette fordrer gode samhandlingsegenskaper hos de ulike profesjonene som skal jobbe sammen (Willumsen, 2021).

I studien av Shrestha et al., vises det til publikasjoner hvor det er utarbeidet EPDS-dokumenter på mer enn 30 ulike språk. Det som viste seg å være en ulempe ved å oversette til flere språk da det medførte lavere presisjon av formuleringene når det gjaldt å avdekke tilfeller av PCMD, sammenlignet med der hvor kvinnene var engelsktalende og kunne nyttiggjøre seg av de originale formuleringene i screeningen. Studien poengterer viktigheten av kulturell tilpasning for å unngå misforståelser som kan medføre feilaktige forskningsresultater (Shrestha et al., 2016). En faktor som kan forebygge misforståelser er sosionomens studie- og profesjonsbakgrunn med fokus på flerkulturell forståelse. Den vil komme til nytte i møte med fremmedkulturelle og fremmedspråklige kvinner som oppsøker helsestasjonen. Sammen med den utøvende helseprofesjonelle vil sosionomen, i samråd med kvinnen, kartlegge behov og muligheter videre. Denne måten å jobbe på vil kunne avdekke begynnende fødselsdepresjoner og på den måten vil Edinburgh-metoden kunne være en katalysator for det videre sosialfaglige arbeidet parallelt med det helsefaglige for å på best mulig måte ivareta kvinnens psykiske helse.

6.0 Forskningsartiklene opp mot problemstillingen

Viktigheten av mors nettverk blir fremhevet igjennom artiklene, nettverk bestående av familie, men også faglig hjelpepersonell som kan bidra til å lindre symptomtrykket ved en fødselsdepresjon. Her kommer også sosionomen inn i bildet og kan koordinere de ulike tjenestene og tiltakene slik at denne oppgaven ikke faller på enten moren selv, eller helsepersonell som har i oppgave å ivareta den diagnostiske delen av utfordringen. (Lindboe, Kufås, & Karlsson, 2013).

6.1 Ambulante akutteam

Hjelp og tilrettelegging på mottakerens arena vil også kunne muliggjøre å se, og å jobbe videre med, de tingene som fungerer og på den måten følge opp kvinnens og familiens allerede eksisterende strategier. Hjemmebehandling krever store ressurser i form av ambulante akutteam (AAT) som har god tverrfaglig kompetanse. Slike team vil mest sannsynlig medføre kostnader for de offentlige etatene, men sett fra et langtids forebyggingsperspektiv vil det kunne medføre en større samfunnsmessig belastning dersom manglende eller utilstrekkelig hjelp fører til at man for eksempel faller utenfor arbeidslivet. For at AAT skal kunne være et realistisk alternativ til en innleggelse i psykiatrien må familien som enhet gis individuelt tilpasset tilrettelegging, dette både med tanke på tiltak og tidsaspekter.

6.2 Brukermedvirkningens betydning

Igjen bygger dette opp under tidligere funn i litteraturen i denne oppgaven ved å peke på viktigheten av tverrprofesjonelle samarbeider hvor sosionomen spiller rollen som koordinator og tilrettelegger. Her understreker Lindboe et al., viktigheten av tverrfaglige samarbeid hvor man klarer å se de store linjene, og hvor man på tvers av profesjoner og i samarbeid med familien kan finne hjelpetiltak som viser seg hensiktsmessige. Her poengteres det at man må ha fokus på at hjelpeapparatet skal samhandle med familien slik at familien selv har en deltakende rolle i sin egen prosess. Det holder ikke å ha gitt et knippe tilbud uten å forsikre seg om at de faktisk hjelper. Det er også her viktig at man åpner for at det gis flere tilbud og tjenester samtidig og at disse må koordineres for at familien skal dra nytte av dem. Det viktig

at man griper inn tidlig slik at man får på plass de rette hjelpetiltakene før situasjonen eskalerer, med dette kommer også viktigheten av at man har kontakt med familiene det gjelder også over tid, slik at man skaper tillit for det nødvendige samarbeidet. Det vil i en slik situasjon være optimalt å ha en sosionom som kan koordinere de ulike hjelpetiltakene og tilbudene, men også som kan veilede familien slik at de selv føler seg trygge på å kunne kontakte ulike instanser og selv manøvrere blant eksisterende tilbud og tjenester. Å skape en slik trygg overgang fra hjelpetrengende til selvhjulpen vil være av stor positiv betydning hva selvfølelsen til familien angår (Lindboe et al., 2013).

For å kunne bistå med så gode hjelpetiltak som mulig, og for å kunne yte et bredt tjenestetilbud må det finnes politisk vilje til å bevilge økonomiske midler. Selv om Austveg og Christensens artikkel spesifikt omhandler land som er verre stilte enn Norge, gjelder det samme prinsippet. Vi som jobber i det sosialfaglige feltet med mennesker som er avhengig av hjelp og tiltak kommer ingen vei dersom det ikke bevilges penger til å drifte de ulike tiltakene. Forbedringer i helsesektoren vil på mange måter avhenge av de økonomiske ressursene de blir tildelt, bak disse ligger den politiske viljen som avgjørende faktor på hvorvidt dette lar seg gjøre. I Norge har vi kommet en del lenger enn andre land med tanke på at vi har gjennomgått en holdningsendring som har dreid oss i retning av å anerkjenne viktigheten av kvinners helse, psykisk som somatisk. Men ikke alle land har samme synspunkter som vårt land, Austveg og Christensen peker på utviklingsland hvor Norge sender bistand og viser til at vi bør opptre som foregangsland ved å sette gode eksempler rundt å håndtere blant annet fødselsdepresjon blant kvinner. De viser til at forskning viser økt gjennomslagskraft blant annet ved at bistandsaktørene står samlet, at de har godt lederskap og at det finnes frivillige organisasjoner som taler den svakere parts sak.

6.3 Globalt perspektiv

Men vi skal ikke være blinde for at dette møter utfordringer globalt. Ulike kulturer og tradisjoner, ofte i land hvor de som styrer ofte er menn, møter man motstand mot å ta mødrehelsen på alvor. Dette gir oss et bakteppe når vi skal forstå fremmedkulturelle kvinner som kommer til Norge og stifter familie her. Da er det desto viktigere at vi møter disse kvinnene med forståelse og at vi trygger dem på at det er ikke bare greit, men oppfordret til, å be om hjelp av de offentlige myndighetene. Det ligger sentralt i tematikkens interesse at

helsepersonell og sosionomer samarbeider godt for å skape tillit til kvinnene som kommer fra fremmedkulturelle land hvor kvinnen ofte kan være uvant med å ta plass og be om hjelp fra andre enn familiemedlemmer. Det fordrer også at sosionomen og helsepersonalet tilegner seg kunnskap om ulike kulturer for å på best mulig måte forstå kvinnens ståsted. Igjen vil helsestasjonen kunne være en fin arena hvor kvinnene oppsøker hjelpepersonell for bistand og oppfølging i forbindelse med svangerskapet, men hvor de også kunne fått hjelp om de skulle hatt behov for andre tjenester og tilbud.

7.0 AVSLUTNING

Denne oppgaven har tatt sikte på å se hvordan man kan i skjæringspunktet mellom det helsefaglige og det sosialfaglige koordinere samhandlingen for å på best mulig måte kunne jobbe for å forebygge fødselsdepresjon hos norske kvinner. Jeg har sett på både hvordan de nyere forskningsresultatene belyser tematikken og viktigheten av forebygging av fødselsdepresjoner. Samtidig har jeg villet se hva de tradisjonelle teoretikerne har skrevet om blant annet menneskers behov for tilhørighet og selvrealisering. Med en økende trend hvor man ser at antall fødselsdepresjoner øker, er tanker rundt forebygging på et systemnivå høyst samfunnsaktuelt (Eberhard-Gran, Engelsen, Al-Zirqi, & Vangen, 2022).

Jeg har sett på hvordan ulike forebyggende tiltak kan bidra til å redusere det som kan bli til sosiale problemer og på hvilken måte sosionomen kan få en rolle i dette arbeidet som da vil oppstå i skjæringspunktet mellom det sosialfaglige og det helsefaglige. I søken etter potensielle løsninger når man står overfor problematikken som kan oppstå som følger av en fødselsdepresjon, er det nyttig å se på forskningen som har gått i dybden på lignende problemstillinger over flere år. Fag- og forskningslitteraturen jeg har benyttet i denne oppgaven er forfattet av fagpersoner som blant annet har benyttet spørreundersøkelser og direkte intervjuer, i tillegg til publisert litteratur.

Dynamikken som følger feltet i det sosiale arbeidet tar i betraktning at samfunnet er i konstant endring, være seg økonomiske, politiske som sosiale, og utfordringene det kan medføre å skulle balansere praksis og teori (Ellingsen, Levin, Berg, & Kleppe, 2015).
Med å rette blikket mot forebyggende sikkerhetsnett for den gravide, har jeg hatt fokus på den tverrprofesjonelle samhandlingens betydning for å på best mulig måte tilrettelegge for individuell oppfølging og tjenesteytelse, være seg i regi innad i systemet eller tilrettelagt i hjemmet.

7.1 Mine avsluttende tanker

Når jeg nå er ved veis ende, og legger tre år med studier i sosialt arbeid bak meg, fremtrer sosionomens rolle som svært betydningsfull for meg. Med kunnskap og kompetanse til å tilrettelegge, koordinere og danne relasjoner, er jeg sikker på at sosionomen også har en plass

i helsesektoren. Med de sosialfaglige forutsetningene ligger mye til rette for å delta som en elementær brikke i samhandlingsprosessene for å forebygge fødselsdepresjon. Med forståelse for kompleksiteten i samspillet mellom individ og samfunn, er grunnlaget hvor sosionomen skal handle ut ifra de yrkesetiske retningslinjene som tydelig statuerer at vi skal forebygge, håndtere og redusere sosiale problemer (Fellesorganisasjonen, 2021).

I fremtiden ville det vært interessant om man kunne forsket dypere ned i tematikken ved å for eksempel utarbeidet en spørreundersøkelse for nybakte foreldre for å få en bredere forståelse av hvordan foreldre opplever tilbudet som er tilgjengelig per idag, og om det er noe de selv føler at mangler. Man kunne foretatt intervjuer av en utvalgt gruppe foreldre og samlet data basert på svarene de avgir for å se om det er nye tilbud og tjenester man kan utvikle for kommende foreldre. Alt med implementering av brukerstemmen som en viktig faktor.

Litteraturliste

Austveg, B., & Christensen, M. (2010, 01). Mødrehelseinitiativet: Et globalt perspektiv. *Internasjonal Politikk*, ss. 63-87.

Bjørnerud, K. E. (2016, 09). En internett-basert intervensjon for å forebygge fødselsdepresjon og fremme god psykisk helse i svangerskap og barseltid. En intervjuundersøkelse. *En internett-basert intervensjon for å forebygge fødselsdepresjon og fremme god psykisk helse i svangerskap og barseltid.* Oslo, Oslo, Norge: Universitetet i Oslo.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss : 2 : Separation : anxiety and anger.* London: Hogarth Press.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss : 1 : Attachment.* New York: Basic Books.

Cox, J., Holden, J., & Sagocsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150,* 782-786. doi: 10.1192/bjp.150.6.782

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Den Norske Legeforening. (2022). *legeforeningen.no*. Hentet fra Vanlige spørsmål og svar om psykiske lidelser: https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norskpsykiatri/om-psykiske-lidelser/sporsmal-og-svar-om-psykiske-lidelser/#41339

Eberhard-Gran, M., Engelsen, L. Y., Al-Zirqi, I., & Vangen, S. (2022, 02 04). Depressive symptomer og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19 pandemien. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.

Ellingsen, I. T., Levin, I., Berg, B., & Kleppe, L. C. (2015). *Sosialt arbeid - en grunnbok.* Oslo: Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen. (2021, 08 17). *FO.no*. Hentet fra Yrkesetikk - en sentral del av jobben: https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf

Håkonsen, K. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser.* Oslo: Gyldendal.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, 08 25). Mestre hele livet. *Regjeringens strategi for god psykisk helse*. Oslo, Norge: Regjeringen.

Horowitz, F. D. (1980, 02 08). Developmental Psychology: The Ecology of Human Development . Experiments by Nature and Design. Urie Bronfenbrenner. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1979. xviii, 330 pp. $16.50. *Science (American Association for the Advancement of Science), Vol.207(4431)*, ss. 634-635.

Johansson, C. U. (2022, 02 04). Depressive symptomer hos hver tredje fødekvinne under pandemien. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.

Klevan, T., Viksmo, M. S., & Borg, M. (2013, 03). "Å være forelder står over alt annet" - om foreldrerollen i en psykisk krise. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, ss. 199-208.

Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid - Det landskapet vi er mennesker i* . Oslo: Universitetsforlaget.

Levin, I. (2015). Sosialt arbeid som spenningsfelt. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe, *Sosialt arbeid - en grunnbok* (ss. 36-46). Oslo: Universitetsforlaget.

Lie, S. O. (2018, 04 03). *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra Perinatal: https://sml.snl.no/perinatal

Lindboe, B., Kufås, E., & Karlsson, B. (2013). Tidlig intervensjon for utsatte gravide og småbarnsfamilier - samhandlingens betydning. *Tidskrift for psykiske helsearbeid*, ss. 306-316.

Lysestøl, P. M., & Meland, E. A. (2015). *Velferdsstatens økonomi - Innføring i samfunnsøkonomi for helse- og sosialfagstudenter* . Oslo: Universitetsforlaget.

Nilstun, C. (2020, 08 25). *Store Norske Leksikon*. Hentet fra Makronivå: https://snl.no/makronivå

Norsk Forening for Kognitiv Terapi. (2020). *Kognitiv.no*. Hentet fra Hva er fysiske og psykiske lidelser? : https://www.kognitiv.no/psykiske-lidelser/

Shrestha, S. D., Pradhan, R., Tran, T. D., Gualano, R. C., & Fisher, J. R. (2016, 04 04). *National Library of Medicine.* Hentet fra Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal commen mental disorders (PCMDs) among women in low-and-lower-middle-income countries: a systematic review: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4820998/pdf/12884_2016_Article_859.pdf

Statistisk sentralbyrå. (2022, 03 09). *ssb.no*. Hentet fra Fødte: https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte

Stortinget. (2020, 10 09). *Stortinget.no*. Hentet fra Folkestyret: https://www.stortinget.no/no/Stortinget-og-demokratiet/Storting-og-regjering/Folkestyret/

Tetzchner , S. (2019). *Utviklingspsykologi.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Willumsen, E. (2021). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I A. Ødegård, & E. Willumsen, *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag* (ss. 33-52). Oslo: Universitetsforlaget.

World Health Organization. (2018, 03 30). *who.int*. Hentet fra Mental Health: strengthening our response: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Vedlegg – søkelogg I

Søkedato	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste abstract	Antall utvalgte artikler
09/03/22	*Søk 1* Idunn	Kvinner* Svangerskap* Psykisk helse*	- Forskningsartikkel - År 2010 – 2021	23	3	1 Brukt 1
09/03/22	*Søk 2* Idunn	Kvinner* Psykiske lidelser* Svangerskap*	- Forskningsartikkel - År 2010 - 2021	23	2	0 Brukt 0
09/03/22	Søk 3 Idunn	Psykiske vansker* Fødsel*	- Forskningsartikkel - År 2010 – 2021	17	1	1 Brukt 1
09/03/22	Søk 4 Idunn	Foreldrerollen* Psykisk krise*	- Forskningsartikkel - 2010 - 2021	6	1	1 Brukt 1
09/03/22	Søk 5 Oria	Behandling* Fødselsdepresjon* Mødre*	- År 2010 – 2021 - Forskningsartikkel	3	1	1 Brukt 2
09/03/22	Søk 6 Oria	Mor* Depresjon* Angst*	- År 2010 – 2021 - Masteroppgave	21	1	1 Brukt 1
09/03/22	Søk 7 Oria	Kvinner* Psykisk helse* Fødselsdepresjon*	- År 2010 – 2021 - Masteroppgave	8	5	4 Brukt 1

Dato for søk	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste abstract	Antall utvalgte artikler
10/03/22	Søk 9 Oria	Barnevern* Gravide* Tiltak*	- År 2010 – 2021	4	1	1 Brukt 0
10/03/22	Søk 10 Scopus	Social work* Women* Pregnancy* Mental health*	- Social Science - English - År 2010 – 2021	45	2	2 Brukt 1
Søkedato	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste abstract	Antall utvalgte artikler
25/03/22	Søk 12 Scopus	Women* Female* Birth* Pregnancy* Post-partum* Mental health* Depression* Anxiety*	- 2010-2022 - English - Article - Publication stage "Final"	8656 Over 100 sider, kun gått igjennom de 3 første	4	2 Brukt 0
Antall leste publikasjoner fra håndsøk: 13	Antall utvalgte fagbøker: 7	Totalt antall publikasjoner i oppgaven: 20				Totalt brukt: 20

NTNU

Kunnskap for en bedre verden