



Høgskolen i **Hedmark**

AVDELING FOR FOLKEHELSEFAG

KANDIDAT NUMMER 432

VEILEDER: ANNE TROLLVIK

INDIVIDUELL FORDYPNINGSOPPGAVE

4HFORD1

DEN HELSEFREMMEDE SAMTALEN.

THE HEALTH PROMOTIONAL COUNCELLING.

Antall ord: 5482

HELSEØSTERUTDANNINGEN

Vår 2016

Innhold

SAMMENDRAG	4
1 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 RELEVANS	6
1.3 PROBLEMSTILLING	6
1.4 HENSIKT	6
1.5 AVGRENSNING	6
2 BAKGRUNN	7
2.1 BARSELDEPRESJON OG BETYDNING FOR BARNET	7
2.2 EPDS SCREENING I KOMBINASJON MED STØTTESAMTALE HOS HELSESØSTER –EDINBURGH METODEN	7
2.3 HELSESØSTER I DET FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE ARBEIDET I FORHOLD TIL MØDRE MED BARSELDEPRESJON.	8
2.4 SALUTOGENESE	9
2.5 HELSESØSTER OG RELASJONSKOMPETANSE	9
3 METODE	11
3.1 LITTERATURSTUDIE	11
3.2 SELEKSJONSKRITERIER OG PICOSKJEMA	11
3.3 SØKEPROSESS	12
3.4 KVALITATIV FORSKNING	13
3.5 ETISKE OVERVEIELSER	13
4. RESULTAT	14
4.1 HELSESØSTERS FORSTÅELSE OG KUNNSKAP I FORHOLD TIL BARSELDEPRESJON	14
4.2 RELASJONSKOMPETANSE	14
4.3 EPDS SOM REDSKAP OG INNGANGSPORT TIL STØTTESAMTALE –EDINBURGHMETODEN	15
5. DRØFTNING	17
5.1 EPDS SCREENING FOR IDENTIFISERING AV BARSELDEPRESJON OG INNGANGSPORT TIL STØTTESAMTALE -EDINBURGHMETODEN	17
5.2 RELASJONSKOMPETANSE OG STØTTESAMTALER	19
5.3 MØDRE MED BARSELDEPRESJON OG OPPLEVELSE AV SAMMENHENG	21
5.4 DRØFTNING AV METODE OG ETISKE OVERVEIELSER	21
6 KONKLUSJON	22
LITTERATURLISTE	23

VEDLEGG 1: EPDS SKJEMA.....	26
VEDLEGG 2: LOVDATA	28
VEDLEGG 3: PICOSKJEMA.....	29
VEDLEGG 4: SØKEHISTORIKK: Søkeordene ble brukt i kombinasjon med AND/OR.....	30
VEDLEGG 5: LITTERATURMATRISE	31

SAMMENDRAG

Tittel: Den helsefremmende samtalen.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er at helsesøstre skal få økt innsikt og kunnskap om hvor betydningsfull relasjonskompetanse er i møte med barseldeprimerte. Hvordan helsesøster gjennom samtalen kan skape trygghet og tillit i relasjonen slik at barselkvinnen finner mot til å prate om sin eventuelle sårbare situasjon, og slik hjelpes til å finne mening og mestring i situasjonen. Fokuset i denne oppgaven er hvordan helsesøster med bruk av relasjonskompetanse i kombinasjon med Edinburgh metoden kan fremme helse hos mødre med barseldepresjon.

Problemstilling: Hvordan kan helsesøster gjennom samtale og relasjonskompetanse, fremme helse hos mødre med barseldepresjon?

Metode: Min oppgave er et litteraturstudie. For å tilegne meg kunnskap i forhold til hvordan helsesøster gjennom samtale og relasjonskompetanse kan fremme helse hos mødre med barseldepresjon, har jeg gått grundig inn i relevant forskning og litteratur som kan svare på min problemstilling.

Nøkkelord: Helsesøster, helsefremmende samtale, relasjonskompetanse, barseldepresjon og Edinburghmetoden.

Resultat: Funn viser at helsesøster ved å anvende Edinburghmetoden er i en unik posisjon til å oppdage og behandle kvinner med barseldepresjon der hvor videre henvisning ikke er nødvendig. I form av sin relasjonskompetanse og gjennom samtale kan helsesøster få mor med barseldepresjon trygg og tillitsfull nok til å klare å snakke om sin sårbare situasjon. Helsesøster kan slik hjelpe mødre til en opplevelse av sammenheng hvor mor finner ressurser til å håndtere barseldepresjonen. Dette er helsefremmende for henne.

Konklusjon: Mødre som får en barseldepresjon er i en sårbar situasjon som påvirker helsen, med fare for skjevutvikling hos barnet. En god relasjon mellom helsesøster og barselkvinnen er avgjørende for et godt helsefremmende samarbeid. Økt kunnskap og kompetanse i forhold til Edinburghmetoden, relasjonskompetanse, samtale og barseldepresjon kan føre til at helsesøster kan bidra til å få ned forekomsten av barseldepresjon.

1 INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Gjennom mitt virke som sykepleier, har jeg møtt mennesker i ulike livssituasjoner. I kombinasjon med tverrfaglig veilederstudie, og snart utdannet helsesøster, har jeg fått økt bevissthet i hvor viktig betydningen av profesjonell relasjonskompetanse er i møte med hjelpetrequende. Gjennom å bli sett, respektert og forstått ser jeg at trygghet og tillit ofte utvikler seg, og den hjelpetrequende klarer slik å snakke om sin livssituasjon.

Som helsesøsterstudent i praksis ble jeg introdusert for screeningverktøyet EPDS (Edinburgh Postnatal Depression scale). Skjemaet utfylles ca. 6 uker etter fødselen. Sammen med en klinisk vurdering, vurderes skåren på skjemaet i forhold til videre tiltak (Glavin, Helseth & Gravdal Kvarme, 2007). Sammen med støttesamtaler kalles denne metoden for Edinburgh metoden som har til hensikt å forebygge depresjon hos mødre, og minske risikoen for negative følger av mors depresjon i forhold til barnet. Metoden er tilpasset helsesøster og jordmor i spesialisthelsetjenesten samt kommunalhelsetjenesten. Gravide og barselkvinner er målgruppen (Reedtz, 2012).

Barseldepresjon er et viktig helseproblem som påvirker både mor, barn og familien. Forskning viser at 8-15% av kvinnene som har født barn, får en barseldepresjon (Glavin et al. 2007).

Helsesøster vil ofte være den første som møter nybakte mødre og deres spedbarn i helsestasjonen. Hun er i en unik posisjon til å oppdage, avdekke og identifisere en barseldepresjon. Ved en eventuell barseldepresjon, eller symptomer på barseldepresjon er det viktig med tidlig hjelp og innsats samt forebygging av tilstanden (Helsedirektoratet, 2014).

Barns psykiske helse påvirkes i fosterlivet og fra fødselen av. Mye av grunnlaget for utvikling og samspill legges i det første leveåret. Gravide og barselkvinner som opplever problemer i denne tiden, og har symptomer på angst, stress eller depresjon bør følges tett opp slik at mors tilstand ikke går utover omsorgen og nærheten til barnet (Helsedirektoratet, 2007).

1.2 RELEVANS

Som helsesøster har jeg et stort ansvar i forhold til å oppdage, ivareta og hjelpe mødre med barseldepresjon slik at både mor og spedbarn blir ivaretatt på en forsvarlig og trygg måte.

I tillegg til fagkunnskap og ferdigheter er bevissthet i forhold til relasjonsforståelse og det å evne å skape trygghet og tillit i møte med hjelpetrequende vesentlig (Nygård, Nåden & Foss, 2011).

Dette er av stor betydning i helsesøsteryrket, da kvaliteten på et godt samarbeid er avhengig av en god relasjon. Dette engasjerer meg.

1.3 PROBLEMSTILLING

Hvordan kan helsesøster gjennom samtale og relasjonskompetanse, fremme helse hos mødre med barseldepresjon?

1.4 HENSIKT

Hensikten er at helsesøstre skal få økt innsikt og kunnskap om hvor betydningsfull relasjonskompetanse er i møte med barselkvinner. Hvordan helsesøster gjennom samtalen kan skape trygghet og tillit i relasjonen slik at barselkvinnen finner mot til å prate om sin eventuelle sårbare situasjon, og slik hjelpes til å finne mening og mestring i situasjonen. Fokuset i denne oppgaven er hvordan helsesøster med bruk av sin relasjonskompetanse i kombinasjon med Edinburgh metoden kan fremme helse hos mødre med barseldepresjon.

1.5 AVGRENSNING

Det finnes flere metoder og programmer innen foreldreveiledning. Tidlig Intervensjon blir nevnt i denne oppgaven. Marte Meo og utviklingsstøttende kommunikasjon for å nevne noen er aktuelle for helsesøster å ta i bruk for å hjelpe mødre med barseldepresjon. På grunn av oppgavens omfang blir ikke disse og andre metoder og programmer tatt med. Far kan rammes av barseldepresjon og bli berørt av sin partners eventuelle depresjon. Hovedfokuset i denne oppgaven er imidlertid på mor i barselperioden.

Det finnes ulike samtaler med ulike formål. I denne oppgaven blir formålet med samtalen veiledning. Veiledning som samtale er basert på noe grunnleggende etisk, hvor veiledningssamtalen og relasjonen er av en slik kvalitet at veisøker våger å samtale i den visshet at veilederen vil vel og ønsker det beste for en (Eide, Grelland, Kristiansen, Sævareid & Aasland, 2008). I denne sammenheng: helsesøster i samtale med barselkvinner.

2BAKGRUNN

2.1 BARSELDEPRESJON OG BETYDNING FOR BARNET

En barseldepresjon er en depresjon som oppstår etter fødselen. Spedbarn er involvert. Det skiller en barseldepresjon fra andre depresjoner. Svangerskap og fødsel er en tid med store omveltninger. Det er en naturlig prosess som gjør foreldre mer sårbare, åpne og sensitive overfor det finstemte samspillet mellom dem og barnet. Spedbarnets grunnleggende erfaringer med å bli regulert følelsesmessig og atferdsmessig finner sted i det nære samspillet med foreldrene. Barseldepresjon er noe av det som har vært klarest knyttet til sosial tilbaketrekning hos spedbarn (Moe, Slinning & Bergum Hansen, 2010).

Sosio-emosjonelle, sosiale og kognitive problemer kan oppstå. Problemene vil variere med barnets alder og graden av mors depresjon. Det skjer en betydelig utvikling av hjernen etter fødsel, særlig de to til tre første leveår. Utviklingen blir påvirket av erfaringer spedbarnet gjør seg. Spesielt viktig er hvordan spedbarnet blir ivaretatt, og hvor stor grad barnet får sensitiv og god utviklingsstøtte. En mor med barseldepresjon kan bli mer likeglad med å amme og stelle barnet, og bli mer ufølsom for barnets behov og signaler (Eberhard-Gran, 2011).

2.2 EPDS SCREENING I KOMBINASJON MED STØTTESAMTALE HOS HELSESØSTER –EDINBURGH METODEN

Screening er en standardisert og rutinemessig undersøkelse av en gruppe i befolkningen ved hjelp av undersøkelsesmetoder i form av: anamnese, spørreskjemaer, laboratorieprøver eller kliniske undersøkelser (Statens helsetilsyn, 1998).

Psykiateren John Cox laget et verktøy for å kartlegge barselkvinner som står i fare for å utvikle depresjon. Verktøyet blir kalt: EPDS (The Edinburgh Postnatal Depression Scale). Det er et skjema hvor barselkvinnen gir et bilde på sin psykiske tilstand de syv siste dagene ved å krysse av de ti punktene på EPDS skjemaet (Holme, Slinning & Bergum Hansen, 2010). (EPDS skjema, se **VEDLEGG 1**).

Svarene rangeres på en skala ifra 0-3. Summen varierer fra 0-30, og skår på 12 eller mer har vist seg kan være tegn på en depresjon. Kartleggingsverktøyet er validert for norske forhold, og i en rekke andre land. (Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud, 2014). For å sikre at skalaen anvendes på en faglig og etisk forsvarlig måte, er det vesentlig at utfylt skjema og den første samtalen sees på som første leddet i en tiltakskjede som kan gi nødvendig hjelp over tid, enten med videre samtaler eller annen behandling (Nygård et al. 2011).

Edinburghmetoden består i at barselkvinnene screenes ved hjelp av EPDS spørsmålene, og har en samtale med helsesøster i etterkant. Den dreier seg om barselkvinnens psykiske helse, og eventuelle behov for utvidet støtte (Eberhard-Gran, et al., 2014).

Barselkvinnenes svar på EPDS skjemaet brukes som et utgangspunkt for samtale etter utfylling (Nygård et al., 2011). Helsesøster som er trent i metoden, bruker denne ved 6-8 ukers konsultasjonen på helsestasjonen (Reedtz, 2012). Slik kan helsesøster få en dialog med barselkvinnen om hennes psykiske helse, og få innblikk i om det dreier seg om risiko for barseldepresjon eller andre forhold. I samtalen hvor svarene fra EPDS skjemaet utdypes, gis det muligheter for å oppdage eventuelle falske svar (Holme et al., 2010).

I følge retningslinjene for bruken av Edinburgh metoden, skal en barselkvinne med skår på 12 eller mer, få tilbud om ny time snarest for eventuell utredning eller videre henvisning (Eberhard-Gran et al., 2014).

Støttesamtalene i etterkant av EPDS screeningen, skal ikke være aktivt rådgivende. Helsesøsters væremåte og holdning, i motsetning til å bruke en spesiell teknikk er av stor betydning. Helsesøster skal være tilstedeværende med hele seg, være oppmerksom, ekte og lytte til barselkvinnen slik at best mulig kontakt skapes (Reedtz, 2012).

2.3HELSESØSTER I DET FOREBYGGENDE OG HELSEFREMME ARBEIDET I FORHOLD TIL MØDRE MED BARSELDEPRESJON.

Helse handler om det som er godt for mennesket. God helse er positivt, og verd å etterstrebe. Ottawa charteret definerer helse som «*den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse*» (Sletteland & Donovan, 2012, s.18). Personlige egenskaper, familie, venner, bosted nærmiljø og lokalsamfunnet er blant annet faktorer som virker inn på helsen. WHO sier at «*helse skapes der folk bor, arbeider, leker og elsker*» (Sletteland & Donovan, 2012, s.36).

Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid i Folkehelsearbeid er et satsningsområde. Politikere og helsemyndighetene vil ha økt oppmerksomhet rundt forebyggende helsearbeid kontra det kurative (Helsedirektoratet, 2014).

«*Med helsefremmende arbeid forstås tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet*» (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s.11).

«Med forebyggende arbeid forstås tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død» (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s.11).

Noen grupper må spesielt ivaretas, blant annet personer med psykiske problemer. (Sosial og helsedirektoratet, 2004).

Systematisk screening av barseldepresjon sammen med støttesamtaler er de senere år blitt tatt i bruk ved mange helsestasjoner i Norge (Eberhard Gran et al.,2014). Det er i tråd med nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten som sier:» *Det bør være rutiner for identifikasjon av depresjon i svangerskap og fødsel, og faglig kompetanse og ressurser til å følge opp familiene som fanges opp*» (Eberhard Gran et al., 2014, s.297).

Helsesøster må være seg bevisst sitt kompetanseområde. I det helsefremmende og forebyggende arbeidet kreves det av helsesøster tverrfaglig samarbeid hvor henvisning utover helsesøsters kompetanseområdet er nødvendig (Sosial og helsedirektoratet, 2004). Jeg viser her til helsepersonelloven (1999) § 4, angående forsvarlighet i yrkesutøvelse. (**VEDLEGG 2**)

2.4 SALUTOGENESE

Salutogenese betyr det som fremmer helse (Aubert & Bakke, 2008).

Antonovsky hevdet at mestringsevne er en innstilling. Den henger sammen med hvordan vi oppfatter stimuli og problemer som dukker opp, enten fra vårt ytre eller indre miljø. Om de er forutsigbare, forklarlige og strukturerte. Og om det finnes ressurser til å mestre de utfordringer som det er grunner til å bruke energi på. Disse innstillingene kalte Antonovsky opplevelse av sammenheng (OAS). Begripelighet, meningsfullhet og håndterbarhet er kjernekomponentene i OAS (Antonovsky, 2012). Opplevelse av sammenheng innebærer å håndtere vanskelige situasjoner, finne mening og mestring (Aubert & Bakke, 2008).

2.5 HELSESØSTER OG RELASJONSKOMPETANSE

Relasjonskompetanse handler om det personlige møtet mellom mennesker i behov for hjelp som den profesjonelle hjelpearbeider i kraft av sin posisjon og utdanning kan bidra til. Det handler om samhandling og etterleve yrkesetiske mål om å møte den andres behov, fremme respekt, likeverd og bidra til at personer får brukt sine ressurser best mulig (Aubert & Bakke, 2008).

I alle relasjoner er tillit bærebjelken (Spurkeland, 2012). Å vise tillit handler om å utlevere seg selv. Å våge å legge sårbarheten sin i andres hender handler om tillit. Som hjelpearbeidere må en vise seg denne tilliten verdig, og handlingen blir etisk. (Tveiten, 2008). Helsesøster er en profesjonell hjelpearbeider, og relasjonskompetanse i møte med nybakte mødre med barseldepresjon er av stor betydning (Nygård et al., 2011).

Teoretisk kunnskap er ikke nok i sammenheng med god kvalitet i samhandling. Det er store variasjoner i profesjonelt relasjonelt arbeid, men utfordringen er uansett at den andre skal føle seg forstått og sett (Aubert & Bakke, 2008).

En avgjørende betydning av å føle seg hjulpet, er i relasjoner hvor tillitt, varme, respekt, aksept og menneskelig visdom er tilstede. Profesjonell relasjonskompetanse kan sees på som en helsefremmende virksomhet. Den har betydning for brukerens helsetilstand og meningsfulle møter og samhandling bidrar til gode helseeffekter og livskvalitet (Aubert & Bakke, 2008).

Som profesjonell hjelpearbeider er det betydelig å klare å etablere en arbeidsrelasjon. Egen rolle, og møtets hensikt må avklares. Egenskaper som å være til stede for den andre, stille seg inn, lytte aktivt, spørre med åpne og lukkede spørsmål slik at det bidrar til samtals utvikling, være avventende og romme den andres følelser, møte den andre med empati og innlevelse og samtidig skille mellom sin egen og den andres forståelse er viktig. En ikke dømmende og respektfull holdning, bevissthet om makt/avmakts dimensjonen, og grensen mellom en privat, profesjonell og personlig væremåte er av betydning (Haarberg Aas, 2007).

«Den profesjonelle sykepleieren må gå inn for å hjelpe den enkelte og familien til ikke bare å mestre sykdom og lidelse, men til å finne mening i disse erfaringene. Det er den profesjonelle sykepleies vanskelige oppgave» (Travelbee, 1999, s. 37).

3 METODE

3.1 LITTERATURSTUDIE

I min oppgave har jeg brukt et litteraturstudie som metode. Litteraturstudiet er en systematisk gjennomgang av litteratur og forskning som allerede eksisterer (Dalland, 2012). Et litteraturstudie vil best kunne belyse problemstillingen min på en god og faglig måte.

3.2 SELEKSJONSKRITERIER OG PICOSKJEMA

«I seleksjonen av studier er det viktig å unngå systematiske feil. Derfor er det viktig at avgjørelsene om inklusjon og eksklusjon er basert på forhåndsbestemte kriterier som er spesifisert i prosjektplanen» (Kunnskapssenteret, 2015, s. 21). Seleksjonskriteriene har hjulpet meg til å få mer presise, relevante, holdbare og gyldige treff i søk etter litteratur.

Tabell for inklusjon og eksklusjonskriterier:

Inklusjonsteori	Eksklusjonsteori
Fagfellevurderte (Peer reviewed) artikler med høy kvalitet	Ikke fagfellevurderte artikler, lav kvalitet
Engelsk, Norsk, Svensk, Dansk	Andre språk
Kvalitative, kvantitative studier	
Studiene må være relevante for å svare på min problemstilling, og må handle om Edinburghmetoden, samtale, relasjonskompetanse og helsesøster.	
Studier fra 2005 og nyere	Ikke eldre enn 2005
Forskningsartikler	Ikke forskningsartikler

Jeg har anvendt PICO skjema for å gjøre problemstillingen min søkbar, (**VEDLEGG 3**). PICO skjema er et hjelpemiddel for å dele opp spørsmål på en god måte (Nortvedt et al. 2014). Det har hjulpet meg frem til søkeord. Videre har jeg anvendt MESH termer som er nøkkelord, og brukes av The National Library of medicine, for å sortere referanser til databasen Medline (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). På den måten har jeg funnet flere søkeord og synonymer.

Norske søkeord: Helsesøster, relasjonskompetanse, samtale og barseldepresjon + epds

Engelske søkeord: Public health nurse, postpartum depression, supportiv counselling og relational competence +epds

3.3 SØKEPROSESS

Tidspunkt for søkeprosessen var fra oktober 2015 til mai 2016, med gjentakelse og ferdigstilling av strukturerte søk 28/4, 29/4 og 01.05- 2016. Det finnes mye aktuell litteratur i forhold til min problemstilling, og det har vært et stort arbeid å finne de utvalgte forskningsartiklene. Flere forskningsartikler har på grunn av oppgavens omfang blitt ekskludert. Noen av disse artiklene er imidlertid brukt i teoridelen.

Jeg har tilstrebet å finne gyldig, holdbar og relevant forskning og litteratur for å svare på problemstillingen på en god og faglig måte.

Gjennom tilgang i Høgskolen i Hedmarks databaser, har jeg i hovedsak søkt i Google Scholar, Swemed, Bibsys Oria, Medline, Pubmed og Eric. I tillegg har jeg søkt i ulike fagtidsskrifter som Vård i verden, sykepleien.no og Idunn. Søkehistorikk fremgår i **VEDLEGG 4**.

Av 228 treff, var 41 relevante. Jeg leste abstract for å finne relevansen i forhold til oppgaven, og 25 i fulltekst. Av disse ble 5 forskningsartikler utvalgt. Jeg har også funnet artikler ut fra referanser i artikler og to masteroppgaver.

4 av de anvendte artiklene er bygd opp etter IMRAD prinsippet som er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Vitenskapelige artikler er som oftest bygd opp etter dette prinsippet (Nordtvedt et al.,2014). 1 artikkel er en kunnskapsoppsummering. Jeg har brukt kunnskapssenterets sjekklister for å vurdere den metodiske kvaliteten på forskningsartiklene, for å finne ut om resultatene er til å stole på (Kunnskapssenteret, 2016).

Som bakgrunns litteratur bruker jeg i tillegg retningslinjer, nettsider og relevante bøker.

Artiklene som er valgt er av nyere dato, og er norsk, dansk og engelskspråklige. Jeg har lagt vekt på at artiklene skal være tilpasset norske forhold innenfor helsesøstertjenesten. Derfor har jeg valgt ut tre artikler av norske forfattere, hvorav studiene er gjort i Norge. Samt en svensk og en dansk artikkel som begge kan relateres til norske forhold. To av artiklene er engelskspråklig. Disse fem forskningsartiklene hadde ut i fra min vurdering de beste resultatene i forhold til å besvare min problemstilling.

3.4 KVALITATIV FORSKNING

Mye av den litteraturen jeg har funnet er kvalitativ. Kvalitativmetode tar sikte på å fange opp opplevelser og meninger som ikke kan tallfestes. Motsetningen er kvantitativ forskning som gir data av målbare enheter (Dalland, 2012).

Ved å svare på min problemstilling, vil denne oppgaven få en hermeneutisk tilnærming «*Hermeneutikk er fortolkningsvitenskap*» (Aadland, 2004, s. 174). Hermeneutikken forsøker å forstå grunnbetingelsene for menneskets væren gjennom språk, livsytringer og handlinger (Dalland, 2012).

3.5 ETISKE OVERVEIELSER

Etikken handler om normen for riktig og god livsførsel. Forskningsetikk skal ivareta personvern og sikre forskningsresultatenes gyldighet (Dalland, 2012).

«Den litterære oppgaven bygger i hovedsak på skriftlige kilder. I den litterære oppgaven er det vurderingene av de skriftlige kildene i form av kildekritikk som er det metodiske redskapet» (Dalland, 2012, s. 223).

De 5 inkluderte artiklene er fra tidsskrifter som er fagfellevurdert/ peer «reviewed». Fagfellevurderte tidsskrifter er kvalitetssikret av andre eksperter på metoden eller fagfeltet. Dette for å kvalitetssikre publiserte artikler (Nordtvedt et al., 2012).

4.RESULTAT

Oversikt over og beskrivelse av de 5 utvalgte artiklene presenteres i en litteraturmatrikse, se:

VEDLEGG 5

4.1 HELSESØSTERS FORSTÅELSE OG KUNNSKAP I FORHOLD TIL BARSELDEPRESJON

Den kvalitative studien til Edhborg, Friberg, Lundh & Widstrøm, (2005) *Struggling with life*, viser at nybakte mødre med barseldepresjon hadde en følelse av å ha mistet seg selv, var overveldet av ansvar for barnet, oppgitte, bekymrede og hadde ammeproblemer. De følte seg som dårlige mødre. De fleste mødre ønsket ikke å snakke om sine problemer, og de tildelte sin nedstemthet til personlig svakhet kontra sykdom. Funnene tyder på at barseldepresjon kan forklares med endringer og tap. Depressive symptomene etter fødsel kan forbli skjult, og det er viktig å forstå kompleksiteten av mors stemningsleie etter fødsel. Mødre var ikke tydelige angående sin nedstemthet, fordi de ikke ville, våget eller hadde noen å snakke med.

Depressive symptomer påvirker mor selv, barnet og partneren. Det er viktig at helsesøstre har kunnskap om barseldepresjon, kan oppdage barseldepresjon og har forståelse for mor (Edhborg et al.,2005).

4.2 RELASJONSKOMPETANSE

Brødbecker & Delmars (2007) studie – et utviklingsprosjekt, beskriver relasjonskompetanse som en personlig dyp kompetanse som innebærer kvalitative krav til grunnleggende tro, vilje og evner knyttet til moralske, relasjonelle og praktiske aspekter for omsorg.

Relasjonskompetanse handler om det gode møtet mellom hjelper og bruker. Etablere og inngå i samtale med den andre hvor problemet blir en felles sak. Lyttende engasjement, være bevisst på nærhet og distanse er viktig. Relasjonskompetanse handler om å se den andre, registrere, motta og utforske det mellommenneskelige, i tillegg til å bruke faglig skjønn og refleksjon slik at den andres sak kommer tydelig frem. Anerkjennelse og gjøre seg verdig den andres tillit, vise interesse for den andre, opptre autentisk, kjenne seg selv, egen sårbarhet og være nærværende som fagperson er av betydning. Det handler om å handle faglig til den andres beste, utvise autoritet, og ta ansvar for relasjonens kvalitet uten at det går utover den andres autonomi og individualitet. Dette fører til kvalitet i det relasjonelle møtet, og som er avgjørende for å føle seg hjulpet. Travelhet, og knappe ressurser kan være et hinder for å skape en god relasjon (Brødbecker & Delmar, 2007).

4.3 EPDS SOM REDSKAP OG INNGANGSPORT TIL STØTTESAMTALE – EDINBURGHMETODEN

EPDS screening beskrives som et redskap og utgangspunkt for samtale i Nygård et al.,(2011) sin litteraturstudie. Helsesøsters fokus på barseldepresjon, og betydning av opplæring i forhold til å anvende Edinborghmetoden er viktig. Helsesøsters lyttende, ikke dømmende, empatiske, troverdige og oppmuntrende holdning er vesentlig for at mor skal føle seg trygg nok å få tillit til å snakke om sine følelser og situasjon. At helsesøster har tid og kunnskap er viktig. Hun må være åpen for kvinnens fortelling, og bekrefte hennes situasjon. Gå inn i lidelsen og være en medaktør. På den måten kan helsesøster lindre lidelse og fremme helse til barselkvinnen (Nygård et al, 2011).

Resultatene i den pragmatiske studien fra to store kommuner i Norge, viser at scoren på depresjon sank vesentlig hos mødrene i intervensjonkommunen kontra kontrollkommunen (Glavin, Smith, Sørnum & Ellefsen, 2010). I intervensjonskommunen hadde det vært fokus på mors psykiske helse allerede ved hjemmebesøk, og hvor de med høye skår fra EPDS screening 6 uker etter fødsel fikk støttesamtaler av helsesøster. Depresjonsforekomsten der var lavere både ved 3, 6 og 12 måneder etter fødsel i motsetning til kontrollkommunen hvor vanlig program ble fulgt. (Glavin et al, 2010).

EPDS og støttesamtaler (supportive counselling) gitt av helsesøstre med opplæring, gjør at helsesøster oppdager mødre med barseldepresjon. Støttesamtaler viser seg å være god behandling for mødrene. Opplæringen fokuserer på betydningen av å skape en god relasjon mellom helsesøster og mødre. Aktiv lytting, forståelse for hvordan mor har det, empatisk kommunikasjon, ikke rådgivende funksjon, åpenhet, respekt og selvinnsikt er noe helsesøster skal være bevisst på etter opplæring (Glavin et al., 2010).

En svakhet er at helsesøstre har mye å gjøre, noe som kan hindre oppdagelse og hjelp til mødre med barseldepresjon. Lite ressurser kan også være et hinder. Mødrene har jevnlig kontakt med helsestasjon det første året av barnets liv, og helsesøster har mulighet og evner til å oppdage og behandle barseldepresjon. På grunn av dens høye forekomst bør helsestasjon ha fokus på det (Glavin et al, 2010).

Oversiktsartikkelen til Eberhard- Gran et al.,(2014) som er basert på litteratursøk, påpeker at flere internasjonale studier viser positiv effekt av Edinborghmetoden for screening av barseldepresjon. Forskning viser at det er dobbelt så stor risiko for å behøve psykisk helsehjelp de tre første månedene, til sammenligning 1 år senere. En fersk rapport fra

kunnskapsenteret konkluderer med at screening kombinert med ulike oppfølgingstiltak i barseltiden, reduserer forekomsten av depressive symptomer fra 10% til 6%. Innføring av screening forutsetter imidlertid en vurdering av hvordan en metode fungerer nasjonalt. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse og omsorgstjenesten anbefaler ikke at screening for barseldepresjon innføres som et nasjonalt tilbud. Det stilles spørsmål om helsesøsters er kunnskapsrik nok til å oppdage/hjelpe mødre med barseldepresjon. Anbefalingen er at helsesøster må ha opplæring i metoden. Hun har gode muligheter til å oppdage barseldepresjon og behandle denne der hvor videre henvisning ikke er nødvendig (Eberhard- Gran et al.,2014).

5.DRØFTNING

5.1 EPDS SCREENING FOR IDENTIFISERING AV BARSELDEPRESJON OG INNGANGSPORT TIL STØTTESAMTALE -EDINBURGHMETODEN

Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialhelsetjenesten i Norge sier at det bør være rutiner for identifikasjon av depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel. Det sies imidlertid ikke noe om hvordan dette skal gjøres (Eberhard -Gran et al., 2014).)

Edinburgh metoden er innført ved mange av helsestasjonene i Norge, i den hensikt å identifisere mødre med barseldepresjon tidlig, slik at eventuelle tiltak kan iverksettes.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse og omsorgstjenesten anbefaler derimot ikke depresjonscreening av barselkvinner (Eberhard-gran et al.,2014).

Eberhard- Gran et al.,2014) mener også flere spørsmål må avklares før en generell anbefaling av Edinburgh metoden kan iverksettes. De mener at screening kan være et hensiktsmessig tiltak, men anbefaler mer forskning på feltet i form av brukerundersøkelser, kostnads og nyttevurdering i Norge. Allikevel er screeningen validert for norske forhold. 6 ukers kontrollen på helsestasjonen kan være rett tid og sted, og helsesøster har en viktig rolle i å oppdage mødre med depresjon og utviklingsavvik hos barnet. Det stilles krav til helsesøsters kompetanse. Opplæring av helsesøstre i bruken av Edinburghmetoden med en kvalitetssikret opplæringsplan er vesentlig. Ved behov for videre behandling må barselkvinnen henvises videre (Eberhard-Gran et al.,2014)

I den forbindelse mener jeg helsesøster må ivareta og være bevisst sitt kompetanseområde. Vi skal ivareta forsvarlighet i yrkesutøvelsen i forhold til kvalifikasjon, arbeidskarakter og situasjonen for øvrig. Vi må innhente bistand, eller henvisne videre ved behov i vårt arbeid (helsepersonelloven (1999) § 4). Tverrfaglig samarbeid er en del av helsesøsters helsefremmende og forebyggende arbeid der henvisning/bistand utover helsesøsters kompetanseområdet er nødvendig (Sosial og helsedirektoratet, 2004).

EPDS skjemaet blir brukt som et redskap og utgangspunkt for samtale. Forskning viser at flere kvinner får hjelp ved bruk av EPDS screening som etterfølges av en empatisk samtale hos helsesøster (Nygård et al., 2011). Glavin et al., (2010) kaller støttesamtaler for «supportive counselling» og mener helsesøstre gjennom bruk av Edinburghmetoden kan oppdage mødre med barseldepresjon og tilby hjelp i form av støttesamtaler, og deres forskning viser at dette er en effektiv behandlingsmetode. De redegjør for betydningen av

opplæring i bruk av metoden, noe som også understøttes i studiene til Eberhard –Gran et al., (2014) og Nygård et al, (2011). Det viser seg at bareseldepresjon rammer 8-15% av alle nybakte mødre. De alvorlige konsekvensene som følger, gjør tilstanden til et viktig innsatsområde for helsesøstre (Glavin et al.,2010).

I studien til Edhborg, Friberg, Lundh & Widstrøm, (2005), «struggling with life, hadde mødrene depressive symptomer av ulik grad som påvirket deres helse. Mødrene var fortvilet over situasjonen og de fleste ønsket ikke, eller våget å snakke om følelsene sine. De opplevde å ikke ha noen å snakke med. Depressive symptomene etter fødsel kan forbli skjult, og det er viktig å forstå kompleksiteten av mors stemningsleie etter fødsel (Edhborg et al., 2005).

Mødrene opplever ofte skam over sin nedstemthet, og har følelser av å ikke være bra nok. De finner det vanskelig å snakke om, er redde for dømmende holdninger, bli sett på som dårlige mødre, og i verste fall miste omsorgen for barnet (Nygård et al., 2011).

Barseltiden er en sårbar periode. Forskning viser at mødrene har dobbel så høy risiko for å trenge psykisk helsehjelp de første tre månedene etter fødsel i sammenligning med 1 år senere. (Eberhard-Gran et al., 2014).

Jeg tenker at helsesøster må være bevisst dette i samtalen med mødrene, og det kan ligge mer bak et EPDS skjema med 0 skår, og en mor som sier hun har det bra. I helsesøsterpraksis møtte jeg en nybakt mor som hadde 0 skår på EPDS skjemaet. Hun fortalte alt var bra. Mor virket imidlertid veldig sliten. Jeg og praksisveileder forsto at det måtte ligge mer bak. Etter hvert i samtalen fikk hun satt ord på mye som tynget henne. Hun opplevde situasjonen vanskelig å snakke om, men helsesøster forsto, var omsorgsfull, ivaretagende og hadde stor faglig kunnskap. Det førte til at denne moren våget og ble trygg nok til å sette ord på det vanskelige. Hun fikk time for videre oppfølging og opplevde samtalen med helsesøster som helsefremmende. I tillegg må helsesøstre også være bevisst høye EPDS skår som også kan være falske (Eberhard-Gran et al.,2014).

Det synes som betydningsfullt at helsesøster kan møte barselkvinnene utover de svarene som EPDS screeningen viser (Nygård et al., 2011). I den forbindelse ser jeg viktigheten av helsesøsters relasjonskompetanse i forbindelse med støttesamtalene.

5.2 RELASJONSKOMPETANSE OG STØTTESAMTALER

Selv om relasjonskompetanse i Brødbecker & Delmars (2007) studie ikke henvender seg direkte til helsesøsters arbeid, men til hjelpearbeidere og brukere mener jeg den allikevel er relevant for helsesøsters virke da hun også er hjelpearbeider, og en mor med barseldepresjon er bruker av tjenesten.

I forskningsartikkelene til Nygård et al.,(2011), Brødbecker & Delamar (2007) og Glavin et al.,(2010) vises det til betydningen av å skape en god relasjon for at hjelpetrequende skal oppleve å føle seg hjulpet.

At helsesøster evner å etablere en god relasjon er vesentlig for at mor skal føle seg sett og hjulpet (Glavin et al.,2010). Relasjonskompetanse sett i et omsorgsperspektiv handler om det gode møtet mellom hjelper og bruker. Etablere og inngå i samtale med den andre hvor hans/hennes problem blir en felles sak. Lyttende engasjement, være bevisst på nærhet og distanse er viktig. Relasjonskompetanse handler om å se den andre, registrere, motta og utforske det mellommenneskelige, i tillegg til å bruke faglig skjønn og refleksjon slik at den andres sak kommer tydelig frem. Anerkjennelse og gjøre seg verdig den andres tillit, vise interesse for den andre, opptre autentisk, kjenne seg selv, egen sårbarhet og være nærværende som fagperson er av betydning. Det handler om å handle faglig til den andres beste, utvise autoritet, og ta ansvar for relasjonens kvalitet uten at det går utover den andres autonomi og suverenitet som menneske (Brødbecker & Delmar, 2007).

Disse egenskapene mener jeg er noe av det mest betydningsfulle i møte med hjelpetrequende. Jeg tenker uten evnen til å etablere en god relasjon kommer man antakelig heller ingen i vei i det helsefremmende arbeidet?

Som helsesøster og hjelpearbeider kan jeg spørre meg selv: «*Hvordan kan jeg forstå den andre så jeg kan være til best mulig hjelp i frigjøringen av livskvalitet*»? (Aadland, 2004, s. 173). Hermeneutikken har fokus på slike spørsmål (Aadland,2004). Derfor mener jeg denne oppgaven har en hermenutisk tilnærming. Hermeneutikken forsøker å forstå grunnbetingelsene for menneskets væren gjennom språk, livsytringer og handlinger (Dalland, 2012). En tanke jeg har i forhold til relasjonskompetanse, er om denne evnen er iboende i mennesket eller om den kan læres? Joyce Travelbee sier at sykepleiere har ulike evner til å vurdere virkningen av egen adferd på andre. Noen er fintfølende og synes å fange opp andres tanker og følelser. Andre synes å mangle denne følelsen. Uansett hva sykepleieren har av

ferdigheter og evner, kan hun lære om kommunikasjon og finne ut om samtalen i sykepleiesituasjonen hjelper henne å få kontakt med dem hun skal hjelpe (Travelbee, 1999).

Forskning viser at når mødre med barseldepresjon opplever å møte helsesøstre som besitter faglig kunnskap og som har en åpen, empatisk, lyttende, ivaretagende, anerkjennende, respekterende, hensynsfull, bekreftende og oppmuntrende holdning under samtalen, i tillegg til å møte deres individuelle behov, virker det helsefremmende for mødrene (Nygård et al., 2011). Dette er egenskaper som helsesøster skal ha kunnskap om etter opplæring i bruk av Edinburgh metoden hvor betydningen av empatiske støttesamtaler er stor (Glavin et al., 2010).

Ved å bekrefte mors depresjon og gjøre problemet allment ved å fortelle at mange lider av det samme, forsøke å se situasjonen fra mors synspunkt i kombinasjon med å undersøke om en har forstått mor riktig er viktig. Helsesøsters medfølelse og varme og det å våge å gå inn i kvinner med barselderepresjon sin lidelse, kan gi rom for at barselkvinnen kan oppleve mening og mestring i sin situasjon. At helsesøster ser forstår og bekrefter kan gjøre at mødrene blir trygge og opplever tillit nok til å åpne opp og fortelle. Bekreftelse formidler nærhet og omsorg. Ved at barselkvinnen finner mot til å gjøre depresjonen sin synlig for helsesøster, gjør at hun kan fortelle om sine følelser og opplevelser (Nygård et al., 2011).

Gjennom å møte en helsesøster med disse kvalitetene kan mor gjennom samtale med helsesøster føle seg ivaretatt og hjulpet i form av helsefremming (Nygård et al., 2011). Som helsesøster skal vi ha fokus på det helsefremmende og friske i vårt arbeid. Men å jobbe forebyggende er også av betydning.

Screening (EPDS) av mødre med barseldepresjon er et forebyggende tiltak. Formålet med screening er å kartlegge risiko, avdekke symptomer og tegn på sykdom eller funksjonshemming. Tidlig oppdagelse og i gang setting av tiltak tidlig, har mye å si for å fremme mors helse og ivareta barnet. Støttesamtalene har et helsefremmende fokus (Glavin et al., 2010).

5.3 MØDRE MED BARSELDEPRESJON OG OPPLEVELSE AV SAMMENHENG

Aron Antonovsky beskriver opplevelse av sammenheng(OAS) i sin mestringsteori Salutogenese. Begripelighet, meningsfullhet og håndterbarhet er kjernekomponentene i OAS (Antonovsky, 2012).

Å hjelpe mor til å finne mening og mestring i sin depresjon gir bedre trivsel og velvære. Helsesøster kan gjennom relasjonskompetanse og samtale sette i gang en prosess som gjør mor i bedre stand til å bevare og bedre sin helse (Nygård et al.,2011). Som Aron Antonovsky er også Joyce Travelbee opptatt av å finne mestring og mening i sykdom og lidelse, men ut ifra et sykepleieperspektiv. Travelbee mener at gode mellommenneskelige relasjoner kan virke inn på menneskets holdning til lidelsen. Hjelp til opplevelse av mening kan bidra til mestring av lidelsen og sykdommen (Travelbee, 1999).

Lite tid og mangel på ressurser kan dog være et hinder for helsesøstre i å evne å skape en god relasjon (Glavin et al.,2010), noe som også understøttes i Brødbecker & Delmars, (2007) studie. Det kan føre til at barselmødre ikke blir sett, hørt og forstått.

5.4 DRØFTNING AV METODE OG ETISKE OVERVEIELSER

Jeg mener litteraturstudie som metode har besvart problemstillingen min på best mulig måte. Jeg har tilstrebet at resultatene av mine litteratursøk kan etterprøves. Artikkene er fagfellevurdert, noe som jeg anser som en styrke for å få gyldige, holdbare og relevante svar på min problemstilling. Forskningsartikkene overholder også forskningsetiske retningslinjer. Som menneske er jeg er jeg subjektiv, og er bevisst mine verdier, men i forhold til å arbeide med andre forskeres materiale har jeg hatt en bevissthet i å være objektiv og verdinøytral (Dalland, 2012). Dette for å fremstille forskningsartikkene på en tydelig og klar måte. I tolkning av engelske fagartikler har jeg tilstrebet å oversette disse slik at materialet presenteres riktig.

6 KONKLUSJON

Mødre som får en barseldepresjon er i en sårbar situasjon som påvirker helsen, med fare for skjevutvikling hos barnet. De sliter med følelser som skam, nedstemthet og opplevelse av å være en dårlig mor. Mødrene føler det kan være vanskelig å snakke om. Det er viktig at helsesøster tidlig oppdager barseldepresjonen for å forebygge videre utvikling og fremme mors helse.

Hensikten med oppgaven er at helsesøstre skal få økt innsikt og kunnskap om hvor betydningsfull relasjonskompetanse er i møte med barselkvinner. Hvordan helsesøster gjennom samtalen og relasjonskompetanse kan skape trygghet og tillit i relasjonen slik at barselkvinnen finner mot til å prate om sin sårbare situasjon, og hjelpes til å finne mening og mestring i denne. Ved barseldepresjon er ivaretagelsen av mor og barn vesentlig. Helsesøster må ha et fokus på dette området da det rammer 8-15% av alle barselkvinner.

Litteraturstudiet viser at det er mye relevant forskning på området.

Resultatene viser at Edinburgmetoden er en god metode i å oppdage og hjelpe deprimerte mødre samt forebygge skjevutvikling hos barnet. Forskningen viser at bruk av metoden får ned forekomsten av barseldepresjon, og er et godt verktøy for helsesøster i ivaretagelsen av mor/barn. Det forventes at helsesøster har fått god opplæring før bruk av metoden.

Forskningen viser at meningsfulle møter mellom mor og helsesøster bidrar til helsefremming og livskvalitet for barselkvinnen hvis hun opplever å bli sett, møtt og forstått av helsesøster.

Ved at helsesøster anvender EPDS skjemaet, samtaler og er bevisst sin relasjonskompetanse i møte med barselkvinner, kan hun oppdage og hjelpe mor til å håndtere barseldepresjonen. Det handler om å hjelpe mor til å finne sine ressurser så hun opplever sammenheng i situasjonen. Slik blir den begripelig, håndterbar og meningsfull. Det er helsefremmende.

Økt kunnskap, bevissthet og kompetanse på disse områdene kan føre til at helsesøster bidrar til å få ned forekomsten av barseldepresjon.

LITTERATURLISTE

Aadland, E. (2004). «Og eg ser på deg». *Vitenskapsteori og metode i helse og sosialfag*. Tano Aschehoug.

Antonowsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Aubert, A.M. & Bakke, I.M. (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse. Nøkler til forståelse og rom for læring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brøbecher, H. & Delmar, C. (2007). Det relationelle møte og relationskompetence. *Klinisk sykepleje-21.årgang-nr.1-2007*. Lokalisert på:

<http://forskningsbasen.deff.dk/Share.external?sp=S6c3e81e0-c810-11dc-8df0-000ea68e967b&sp=Sau>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eberhard-Gran, E. (2011). Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. *Utposten 1-2011*. Lokalisert på:

http://www.utposten.no/Portals/14/Utposten11/UP11_01/31_35_barseldepresjon_Utp_1_2011_w.pdf

Eberhard-Gran, M., Slinning, K. & Rognerud, M. (2014). Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. *Tidsskrift for den norske legeforening nr.3,2014;297-301*.

Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2014/297-301.pdf>

Edhborg, M., Friberg, M., Lundh, W. & Widstrøm, A.M. (2005) «Struggling with life»: Narratives from women with signs of postpartum depression. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2005;33: 261-267. Doi:10.1080/14034940510005725

Eide Botnen, S., Grelland, H.H., Kristiansen, A., Sævareid, H.I. & Aasland, D.G. (2008). *Til den andre beste. En bok om veiledningens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Glavin, K., Helseth, S. & Gravidal Kvarme, L.(2007). *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS.

Glavin, K., Smith, L., Sørum, R. & Ellefsen, B. (2010) Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *Journal of Advanced Nursing* 66 (6), 1317-1327. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05263.x

Haarberg Aas, K. (2007). Utvikling av relasjonskompetanse-det er vanskelig å sette ord på det, men det ligger liksom i bakhodet ett eller annet sted. *Nordisk sosialt arbeid*. 01/2007-s 45-55. Lokalisert på:

https://www.idunn.no/nsa/2007/01/utvikling_av_relasjonskompetanse_det_er_vanskelig_a_sette_ord_pa_det_men_de

Helsedirektoratet, (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. Nasjonale faglige retningslinjer IS-2057. Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>

Helsedirektoratet, (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene: Veileder til forskrift, mars 2007*. (Veileder IS-1405). Lokalisert på:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/237/Psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge-i-kommunene-IS-1405.pdf>

Holme, H., Slinning, K. & Bergum Hansen, M. (2010) Fanger opp deprimerte. *Sykepleien 5/2010*. Lokalisert på:

<https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/documents/forsknings/353430.pdf>

Kunnskapssenteret, (2015). Håndbok for nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten desember 2015. Slik oppsummerer vi forskning. Lokalisert på:

http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/_attachment/167644?_ts=152c562b3f4

Kunnskapssenteret, (2016). Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler. Lokalisert på:

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) LOV-1999-07-02-64. Lokalisert på:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Moe, V., Slinning, K., Bergum Hansen, M. (2010). *Håndbok i sped og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Å arbeide kunnskapsbasert. En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Nygård, I. J., Nåden, D. & Foss, B. (2011). Hvordan kan samtale bidra til å lindre lidelse og fremme helse hos kvinner med fødselsdepresjon? *Vård i Norden-march* 2011. Doi: 10.1177/010740831103100108

Reedtz, C. (2012). *Edinburgh – metoden (EPDS og støttesamtaler)* Ungsinn. Lokalisert på: https://uit.no/Content/298367/Ungsinn_Beskrivelse%20EPDS%20med%20vurdering%2019.3.2012.pdf

Sosial- og helsedirektoratet, (2004). *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten: Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450.* (Veileder IS-1154/2004) Oslo: Sosial og helsedirektoratet. Lokalisert på:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/388/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetj-.pdf>

Sletteland, N.& Donovan, R.M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spurkeland, J. (2012). *Relasjonskompetanse. Resultater gjennom samhandling.* Oslo: Universitetsforlaget AS.

Statens helsetilsyn, (1998). *Veileder for helsestasjons – og skolehelsetjenesten.* IK 2617. Lokalisert på:

<http://www.kith.no/upload/1459/SHT-V2-98VeilederHelsestasjon.pdf>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S. (2008). *Veiledning- mer enn ord.* Bergen: Fagbokforlaget.

VEDLEGG 1: EPDS SKJEMA

Edinburgh postnatal depresjonsskår - NHI.no - Norsk Helseinformatikk

11.12.14, 10.31

Edinburgh postnatal depresjonsskår (EPDS)

Sist endret: 27.10.2010

Edinburgh postnatal depresjonsskår er et spørreskjema som er laget for å oppdage pasienter med depresjon etter fødsel (fødseldepresjon). Pasienten kan selv fylle ut skjemaet, men vurderingen av skåren, behovet for ytterligere utredning og eventuell behandling må tas av allmennlegen.

Edinburgh postnatal depresjonsskår ble opprinnelig utviklet av professor John Cox i Edinburgh¹. Spørreskjemaet har fått en stor utbredelse og brukes i mange land. Det er testet ut og funnet nyttig også i Norge^{2,3}.

Navn: _____ Fødselsdato: _____ Dato: _____

1. Har du siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?

- Like mye som vanlig
- Ikke riktig så mye som jeg pleier
- Klart mindre enn jeg pleier
- Ikke i det hele tatt

2. Har du siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?

- Like mye som vanlig
- Noe mindre enn jeg pleier
- Klart mindre enn jeg pleier
- Nesten ikke i det hele tatt

3. Har du siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?

- Ja, nesten hele tiden
- Ja, av og til
- Ikke særlig ofte
- Nei, aldri

4. Har du siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?

- Nei, slett ikke
- Nesten aldri
- Ja, iblant
- Ja, veldig ofte

5. Har du siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?

- Ja, svært ofte
- Ja, noen ganger
- Sjelden
- Nei, aldri

6. Har du siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg?

- Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt
- Ja, iblant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier
- Nei, for det meste har jeg klart meg bra
- Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig

7. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove?

- Ja, for det meste
- Ja, iblant
- Ikke særlig ofte
- Nei, ikke i det hele tatt

8. Har du siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?

- Ja, det meste av tiden
- Ja, ganske ofte

- Ikke særlig ofte
 Nei, ikke i det hele tatt

9. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått?

- Ja, nesten hele tiden
 Ja, veldig ofte
 Ja, det har skjedd iblant
 Nei, aldri

10. Har tanken på å skade deg selv streifet deg, de siste 7 dagene?

- Ja, nokså ofte
 Ja, av og til
 Ja, såvidt
 Aldri

Sum

EPDS-skår, 0-30 poeng

Skåringsveiledning

EPDS er i en norsk studie blitt validert i forhold til DSM-IV-kriteriene for alvorlig depresjon (major depression). Ved å bruke en skårgrense på 10 eller høyere, hadde testen en sensitivitet på 100% og en spesifisitet på 87%. Det vil si at alle tilfeller med alvorlig depresjon ble fanget opp av testen (sensitivitet), og 87% av dem uten depresjon ble korrekt klassifisert som uten depresjon (spesifisitet) - det vil si at 13% ble feilaktig klassifisert som deprimerte (falske positive).

Selv om den norske studien har et begrenset omfang, stemmer resultatene godt med valideringsstudier i andre land.

Referanser

1. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-786. [BJP](#).
2. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Schei B, Opjordsmoen S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry* 2001; 55: 113-7. [PubMed](#).
3. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 243-9. [PubMed](#).

VEDLEGG 2: LOVDATA

Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven).

Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse

§ 4. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner (Helsepersonelloven (1999)).

VEDLEGG 3: PICOSKJEMA

Tittel/arbeidstittel på prosedyren:			
Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:			
<p>Hvordan kan helsesøster gjennom samtale og relasjonskompetanse, fremme helse hos mødre med barselsdepresjon?</p>			
Hva slags type spørsmål er dette?		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?	
<input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
P	I	C	O
Mødre med barselsdepresjon.	Helsesøsters, relasjonskompetanse og samtale. Effekten av dette for å fremme helse hos mødre med barseldepresjon.		Fremme helse hos mor med barseldepresjon
P	I	C	O
Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	Noter engelske søkeord for utfall
Mothers Postpartum depression	Public health nurse Supportive counselling Relational competence		Mothers Health promotion Postpartum depression

VEDLEGG 4: SØKEHISTORIKK: Søkeordene ble brukt i kombinasjon med AND/OR.

Dato	Database	Søkeord	Antall treff	Antall relevante	Kommentar
28.04.16	Bibsys Oria	Relasjonskompetanse	148	6	1 brukt
28.04.16	Bibsys Oria	Barseldepresjon	9	2	0
28.04.16	Swemed	Barseldepresjon	1	1	0
28.04.16	Swemed	Profesjonell relasjonskompetanse	1	1	0
28.04.16	Swemed	Professional relational competence, public health nurse	0	0	0
28.04.16	Medline	Mothers, public health nurse	53	2	0
28.04.16	Medline	Mothers, postpartum depression, public health nurse	1	1	0
29.04.16	Swemed	Professional relational competence, public health nurse, postpartum depression	0	0	0
29.04.16	Google scholar	Postpartum depression, helsesøster, samtale og relasjonskompetanse	1	0	0
29.04.16	Google scholar	Helsesøster, postpartum depression, samtale	2	1	(1)(dublett)
01.05.16	Bibsys Oria	Helsesøster, postpartum depression, samtale	2	1	(1)(dublett)
01.05.16	Medline	Public health nurse, Epds	1	0	0
01.05.16	Swemed	Postpartum depression	85	20	3 brukte
01.05.16	Swemed	Søk på forfatter- Glavin, Kari	4	1	0
01.05.16	Eric	Postpartum depression, public health nurse	3	3	0
01.05.16	Pubmed	Supportive counselling, postpartum depression, public health nurse	3	2	1 brukt
01.05.16	Eric	Postpartum depression, public health nurse, health promotion	1	0	0
01.05.16	Swemed	Postpartum depression, public health nurse, health promotion	0	0	0

VEDLEGG 5: LITTERATURMATRISE

Referanse	Hensikt, Problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode/ evt. utvalg	Resultat Diskusjon	Kommentarer/ Konsekvenser for praksis
<p>Brøbecher, H. & Delmar, C. (2007). Det relationelle møte og relationskompetence. <i>Klinisk sykepleje-21.årgang-nr.1-2007</i>. Lokalisert på: http://forskningsbasen.deff.dk/Share.external?sp=S6c3e81e0-c810-11dc-8df0-000ea68e967b&sp=Sau</p>	<p>Hensikten med denne studien er å beskrive relasjonelle møter og relasjonskompetanse i forhold til omsorgsperspektivet, og klargjøre aspekter av omsorg.</p> <p>Bakgrunnen for studiet sees i lys av flere forhold. Flere undersøkelser viser at brukere ikke blir sett og hørt av hjelpearbeidere. Slik at mennesker i behov for hjelp ikke får innfridd sine forventninger til at individuelle behov tilgodeses. Artikkelen forfatter stiller spørsmål om tid og ressurser er til hinder for</p>	<p>Artikkelen bygger på et utviklingsprosjekt på et senere empirisk studie som omhandler utvikling av relasjonskompetanse.</p>	<p>Relasjonskompetanse er en personlig dyp kompetanse som innebærer kvalitative krav til grunnleggende tro, vilje og evner knyttet til moralske, relasjonelle og praktiske aspekter for omsorg. Samtalen mellom hjelper og den hjelpetrengende handler om liv og eksistens hvor lyttende engasjement og det å åpne seg for den andres verden er av betydning. Relasjonskompetanse sett i et omsorgsperspektiv handler om det gode møtet mellom hjelper og bruker. Etablere og inngå i samtale med den andre hvor hans/hennes problem blir en felles sak. Lyttende</p>	<p>Utdannelse innenfor relasjonskompetanse kan øke hjelpearbeiders kompetanse på området. Økt fokus på relasjonskompetanse i et omsorgsperspektiv kan ha betydning for pasienten og opplevelsen av hjelp.</p> <p style="text-align: right;"><i>Side 1 av 9</i></p>

	<p>relasjonskompetanse sett i et omsorgsperspektiv.</p>		<p>engasjement, være bevisst på nærhet og distanse er viktig. Samtidig skal faglig skjønn i kombinasjon med å tilrettelegge og utføre hensiktsmessige og gode handlinger på grunnlag av sanselig forståelse være tilstede.</p> <p>Relasjonskompetanse handler om å se den andre, registrere, motta og utforske det mellommenneskelige, i tillegg til å bruke faglig skjønn og refleksjon slik at den andres sak kommer tydelig frem.</p> <p>Anerkjennelse og gjøre seg verdig den andres tillit, vise interesse for den andre, opptre autentisk, kjenne seg selv, egen sårbarhet og være nærværende som fagperson er av betydning. Det handler om å handle faglig til den andres beste, utvise autoritet, og ta ansvar for relasjonens kvalitet uten at det går utover den andres autonomi og suverenitet som menneske.</p>	<p><i>Side 2 av 9</i></p>
--	---	--	---	---------------------------

<p>Nygård, I. J., Nåden, D. & Foss, B. (2011). Hvordan kan samtale bidra til å lindre lidelse og fremme helse hos kvinner med fødselsdepresjon? <i>Vård i Norden-march</i> 2011. Doi: 10.1177/010740831103100108</p>	<p>Hensikten med studien er todelt. Blant annet er hensikten å få økt forståelse for hvordan samtale med mødre som har fødselsdepresjon beskrives i forskningslitteraturen.</p> <p>I tillegg er hensikten å få forståelse for hvordan samtale kan bidra til å lindre lidelse og fremme helse hos kvinner med fødselsdepresjon.</p>	<p>Artikkelen er basert på et litteraturstudie hvor det er søkt etter vitenskapelige artikler relatert til fødselsdepresjon og samtale.</p>	<p>Studien har vist at samtale med mødre med fødselsdepresjon kan relateres til tre sentrale temaer. EPDS skjema som verktøy og utgangspunkt for samtale, aktiv lytting med bekreftende ferdigheter og i tillegg kvinnens muligheter for å fortelle om sin situasjon.</p> <p>Hvis samtalen skal føre til opplevelse av ivaretagelse og hjelp, må helsesøster ha en etisk grunnholdning. Slik kan mor åpne seg for relasjoner, til seg selv og andre, og bedre ivareta seg selv og barnet sitt.</p>	<p style="text-align: right;"><i>Side 3 av 9</i></p>
--	--	---	--	--

<p>Glavin, K., Smith, L., Sørum, R. & Ellefsen, B. (2010) Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 66 (6), 1317-1327. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05263.x</p>	<p>Studien ble utformet som en pragmatisk studie. Pragmatisk studie brukes til å utforske behandlingseffekt i daglig praksis. Hensikten med studien var å undersøke effekten av støttesamtaler på mødre med barseldepresjon, utført av helsesøstre.</p>	<p>Studien omhandler mødre som hadde født levendefødte barn mellom juni 2005 og desember 2006. 2247 mødre takket ja til å bli med i studien. Av dem hadde 228 mødre en depresjonsskår høyere enn 10. 164 stk. i en i intervensjonkommunen og 64 stk. i kontrollkommunen. Gjennomsnittsalderen på mødre var 32år. Pre tester ble utført under anvendelse av Edinburgh Postnatal Depression Scale ved 6 uker post partum. Skalaen ble igjen brukt når barna var 3 og 6 måneder gamle. Mødrene ble invitert til å delta av helsesøster i hjemkommunen. Ved hjemmebesøket fikk mødre i begge kommunene informasjon om studien. I intervensjonkommunen ble helsesøstre opplært til å</p>	<p>Støttesamtaler gitt av helsesøstre med opplæring viser seg å være god behandling for mødre med barseldepresjon. I opplæringen fokuseres det på betydningen av å skape en god relasjon mellom helsesøster og mødre med barseldepresjon. Aktiv lytting, forståelse for hvordan mor har det, empatisk kommunikasjon, ikke rådgivende funksjon, åpenhet, respekt og selvinnsikt er noe helsesøster skal være bevisst på etter opplæring. Resultatene i studien viser at scoren på depresjon sank vesentlig hos mødre i intervensjonkommunen kontra kontrollkommunen. En svakhet er at helsesøstre har mye å gjøre, noe som kan være til hinder for å oppdage, hjelpe mødre med barseldepresjon. Lite ressurser kan også være et hinder. Mødrene har imidlertid jevnlig kontakt med helsestasjon det første året av barnets liv, og helsesøster har både mulighet og evner til å oppdage og behandle barseldepresjon. På grunn av</p>	<p>Denne studien kan kanskje hjelpe kommuner å finne effektive måter å hjelpe mødre med barseldepresjon på.</p> <p style="text-align: right;">Side 4 av 9</p>
--	---	---	---	---

		<p>identifisere barseldepresjon, og i å gi støttesamtaler til disse mødrene. De fikk 5 dagers opplæring i forhold til å lære om fødselsdepresjon som omfatter risikofaktorer, symptomer og behandling. De ble kjent med EPDS skjema og dets scoringer sammen med klinisk vurdering av depressive symptomer. De fikk opplæring i støttende veiledning, og fikk månedlig veiledning i grupper.</p> <p>Helsesøstre i sammenligningskommunen fikk ingen opplæring og der ble det vanlige helsesøsterprogrammet brukt uten spesielt fokus på psykisk helse.</p>	<p>dens høye forekomst bør helsestasjon ha et fokus på det.</p>	<p><i>Side 5 av 9</i></p>
--	--	--	---	---------------------------

<p>Eberhard-Gran, M., Slinning, K. & Rognerud, M. (2014). Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. <i>Tidsskrift for den norske legeforening</i> nr.3,2014;297-301. Lokalisert på: http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2014/297-301.pdf</p>	<p>Screening for barseldepresjon ved bruk av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i kombinasjone med støttesamtaler er innført ved mange helsestasjoner i Norge. I denne artikkelen gis en oversikt over kunnskapsgrunnet for anbefaling av screening og oppfølging av barseldepresjon hos nybakte mødre.</p>	<p>Artikkelen er basert på et litteratursøk fra 2002 til mai 2003. Det er en Oversiktsartikkel.</p>	<p>I flere internasjonale studier er det vist positiv effekt av Edinburghmetoden for screening av barseldepresjon. En randomisert, kontrollertstudie med nærmere 4000 britiske kvinner underbygger den nytteeffekten av Edingburgh –metoden som også er funnet i tidligere studier. En fersk rapport fra kunnskapsenteret konkluderer med at screening kombinert med ulike oppfølgingstiltak i barseltiden, reduserer forekomsten av depressive symptomer fra 10% til 6%.</p> <p>Innføring av screening forutsetter imidlertid en vurdering av hvordan en metode fungerer nasjonalt. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse og omsorgstjenesten anbefaler ikke at screening for barseldepresjon innføres som et nasjonalt tilbud. Det stilles spørsmål om helsesøsters er kunnskapsrik nok til å oppdage/hjelpe mødre med barseldepresjon. Anbefalingen er at helsesøster må ha god opplæring i</p>	<p style="text-align: right;"><i>Side 6 av 9</i></p>
---	--	---	---	--

			<p>metoden. Det stilles også spørsmål om helsesøster og fastlege har et godt nok samarbeid i forhold til mødre med barseldepresjon.</p> <p>Det konkluderes med at det trengs mer kunnskap og studier om effekt av ulike oppfølgingsmodeller for barseldepresjon i Norge.</p>	<p><i>Side 7 av 9</i></p>
--	--	--	--	---------------------------

<p>Edhborg, M., Friberg, M., Lundh, W. & Widström, A.M. (2005) «Struggling with life»: Narratives from women with signs of postpartum depression. <i>Scandinavian Journal of Public Health</i>, 2005;33: 261-267. Doi:10.1080/14034940510005725</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske og beskrive hvordan svenske mødre med tegn på barseldepresjon to måneder etter fødsel, opplevde hvordan de hadde det de første månedene.</p>	<p>En Kvalitativ forskningsstudie ble valgt. 224 kvinner svarte på EPDS skjema to måneder etter fødsel. Kvinnene ble informert om studien. 22 mødre med tegn på barseldepresjon med en score på 10 til 23 på EPDS skjema, ble intervjuet ca 67-125 dager etter fødsel.</p>	<p>De nybakte mødrene hadde problemer knyttet til seg selv, barnet og partner. De hadde en følelse av å ha mistet seg selv, var overveldet av ansvar for barnet, oppgitte, bekymrede og hadde ammeproblemer. De følte seg som dårlige mødre, men de skylte aldri på barnet. De fleste mødrene ønsket ikke å snakke om sine problemer, og de tildelte sin nedstemthet til personlig svakhet heller enn sykdom. I forhold til partner, slet mødrene med likestilling i den nye situasjonen, og å få ham involvert i barneomsorgen.</p> <p>Funnene tyder på at deprimerte følelser postpartum kan forklares med endringer og tap. Depressive symptomene etter fødsel kan forbli skjult, og det er viktig å forstå kompleksiteten av mors stemningsleie etter fødsel. Mødre var ikke tydelige angående sin nedstemthet, fordi de ikke ville, våget eller hadde noen å snakke med. Depressive symptomer påvirker mor selv, barnet og partneren. Det er viktig at helsesøstre har</p>	<p style="text-align: right;">Side 8 av 9</p>
---	--	--	---	---

			kunnskap om, forstår mor og kan oppdage barns depresjon	<i>Side 9 av 9</i>
--	--	--	--	--------------------