Rådet for psykisk helse
Postadresse: Postboks 817 Sentrum, 0104 Oslo
Besøksadresse: Grensen 13, 0159 Oslo
Tlf 23 10 38 80
post@psykiskhelse.no www.psykiskhelse.no
Bank: 1609.08.79875 Org.nr. 971524499

Rådets medlemsorganisasjoner: ADHD Norge, Aurora - støtteforening, Bipolarforeningen Norge, FRI - foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Hjelpekilden Norge, Hvite Ørn, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse – LPP, Landsforeningen mot seksuelle overgrep, Mental Helse, Mental Helse Ungdom, Norsk Tourette Forening, ROS - Rådgiving om spiseforstyrrelser, Spiseforstyrrelsesforeningen, WSO – Landsforeningen We Shall Overcome, Voksne for Barn, Kirkens SOS, Stiftelsen CRUX, Norges Røde Kors, Fagforbundet, FO - Fellesorganisasjonen, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk psykiatrisk forening, Norsk Psykologforening, Norsk Sykepleierforbund, Universitetet i Sørøst-Norge, NTNU – Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet, Universitetet i Agder, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø.

Helsedirektoratet

Oslo, 30. mai 2023

Innspill: Fødselsdepresjon – forebygging og behandling

Svangerskap og barseltid er en risikoperiode for psykisk uhelse. Derfor må vi danne løp og systemer som kompenserer for kjente risikofaktorer slik at vi kan bidra til en god mødrehelse som tilfører verdiskapning for mor, far, barn, familien og samfunnet. En god svangerskapsoppfølging, fødselshjelp og barselomsorg er sentrale forutsetninger for god helse gjennom hele livet for både mor og barn. Vi vet blant annet at fødselsdepresjon i internasjonal forskning settes i direkte sammenheng med forekomst av depresjon hos tenåringer (Pawlby et al 2009).

De første 1001 dagene i et barns liv preges av mange overganger, og dette er en tid der utviklingen raskt kan gå i en uheldig retning. Det er derfor helt avgjørende at støttefunksjonene rundt graviditet og de to første leveårene forbedres slik at uhelse og skjevutvikling hos både omsorgspersoner og barn fanges opp så tidlig som mulig.

Én av ti av mødre har depressive symptomer i forbindelse med svangerskap og fødsel. Fedre kan også rammes av fødselsdepresjon. En dansk undersøkelse viste at ca. 7 % av fedre utvikler en fødselsdepresjon, andre studier viser at når fedre lever med mødre som har fødselsdepresjon øker forekomsten også hos far. Depresjon hos foreldre kan påvirke barns utvikling og atferd videre i livet, som får store konsekvenser for både individ og samfunn. James Heckmans forskning viser at det å investere i tiden fra svangerskapet, før barnet blir født, og i de første leveårene (opp til 5 år) gir den største samfunnsøkonomiske avkastningen. Vi ønsker å aktualisere denne forskningen og initiere endring i form av bedre ivaretakelse og lavterskeltilbud til barn og foreldre de første 1001 dagene av livet. Kvinnehelseutvalget gir en god oversikt over tilstanden i feltet i sin NOU 2023: 5 Den store forskjellen. I dette innspillet hviler vi sterkt på funn fra denne ferske NOUen og kobler kartleggingene derfra med annen psykisk helsekunnskap som grunnlag for våre prioriteringer og betraktninger.

En sårbar fase

Tiden rundt svangerskap, fødsel og barsel er en sårbar fase i livet. Faktorer som påvirker den psykiske helsa må systematisk kartlegges slik at vi eliminerer risiko for psykisk uhelse i den sårbare tiden rundt fødsel. Forskning viser at psykiske helseutfordringer i tilknytning til graviditet og fødsel rammer skjevt. En studie om angst og depresjon blant mødre i Norge viser at barnerelaterte belastninger, levekårsrelaterte belastninger, lav utdanning og liten sosial støtte er assosiert med høyere nivå av symptomer på angst og depresjon blant mødre. Rundt én av tre depresjoner under graviditet og barseltid starter allerede under svangerskapet. Ifølge Legeforeningens fødselsveileder, har rundt 6 000–12 000 kvinner hvert år en psykisk lidelse i forbindelse med graviditet og barseltid som krever spesialistkompetanse.

Selv om mange kvinner går gjennom svangerskap og fødsel uten store utfordringer, har gravide og nybakte mødre større risiko for å utvikle fødselsdepresjon, psykoser og andre psykiske lidelser. Omtrent 1,5 prosent av alle gravide i Norge bruker antidepressiver i løpet av svangerskapet, noe som tilsvarer rundt 900 svangerskap årlig.

Risikoen for innleggelse grunnet psykisk lidelse er forhøyet de første månedene etter fødsel, og risikoen for å trenge psykisk helsehjelp er doblet de tre første månedene etter en fødsel sammenliknet med ett år senere, ifølge en dansk registerstudie. Vi har derfor tydelige risikoperioder der oppfølgingen må være bedre. Det er ulike faktorer som kan påvirke, og vi må fjerne de belastningene som unødvendig er med å spille inn negativt på den psykiske helsa.

Oppfølgingstiltak mot enslige

Studier viser at det kan være positive helsegevinster ved å leve i parforhold, noe de fleste gravide gjør. Det er samtidig en vesentlig andel barn som blir født av enslige. Av barn som ble født i 2020, ble 11 prosent født av enslige kvinner. Vi vet at kvinner som bor uten partner i større grad har dårligere psykisk helse enn kvinner som lever i parforhold, og bør derfor innrette spesielle oppfølgingstiltak inn mot denne gruppen slik at vi kompenserer for potensielle mangler på sosial støtte, helsemessig bistand og økonomiske vansker. Statistisk har 16 prosent av enslige kvinner og 7 prosent av kvinner i parforhold symptomer på psykiske problemer.

Forebyggende helsearbeid for kvinner med innvandringsbakgrunn

Kvinner med innvandrerbakgrunn er en særlig sårbar gruppe i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid. En studie fra 2019 viser at dobbelt så mange kvinner med innvandrerbakgrunn som vesteuropeiske kvinner har depressive symptomer under svangerskapet. Til tross for en økt risiko for psykiske helseplager og lidelser, ser vi generelt en lavere bruk av psykiske helsetjenester blant innvandrere enn ikke-innvandrere. Det kan føre til at mange mennesker lever med ubehandlede psykiske helseplager som kan få negative konsekvenser i forbindelse med svangerskap og fødsel. Vi må derfor legge særlig vekt på forebyggende psykisk helsearbeid blant mennesker med innvandrerbakgrunn. Helsekompetanse er et samspill mellom behandler og bruker. Det er en rekke strukturelle, kulturelle og språklige barrierer for å oppsøke helsetjenester, og manglende informasjon om helsevesenet, lav forståelse av egen psykisk helse, kulturelle stigmaer knyttet til å oppsøke psykisk helsehjelp, begrensede kommunikasjonsferdigheter og en uoverensstemmelse mellom innvandreres behov og helsepersonellets forventninger er noen av mange spørsmål vi må bedre kompetansen på. Helsekompetanse er også innvandrerbefolkningens kjennskap til helsetjenestens organisering, helserettigheter og muligheter for helsehjelp. Borgere med fluktbakgrunn har kanskje fått noe informasjon om organisering av helsetjenesten og hvordan de søker helsehjelp gjennom introduksjonsprogrammet, med det er mer tilfeldig i hvilken grad de får kjennskap til vår kulturelle forståelse av psykiske vansker og hvordan vi i Norge gir helsehjelp for dette. Når det gjelder innvandrerbefolkningen uten fluktbakgrunn, så er ikke de igjennom noe

introduksjonsprogram og må orientere seg i tjeneste tilbudet helt på egenhånd i samarbeid med eget nettverk.

Økt risiko for vold i nære relasjoner

Vold og overgrep er blant de sterkeste risikofaktorene vi kjenner til for psykiske lidelser, og det anslås en mer enn doblet risiko for så godt som alle psykiske lidelser hos volds- eller overgrepsutsatte. Helseplager og sykdom i tilknytning fødsel er sterkt assosiert med voldserfaringer. Riksrevisjonen nylig undersøkte myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner, og betegnet situasjonen som alvorlig. Lovverket er på plass, og det finnes rutiner og verktøy for å øke kunnskap om tematikken. Likevel viser det seg at mange fastleger, barnehageansatte, og grunnskolelærere synes det er vanskelig å vurdere når avvergeplikten gjelder. For å hjelpe mennesker i krise må viktige aktører skoleres i hvordan og om de skal melde fra om voldsmistanker og vi trenger et hjelpetilbud og kommunal oppfølging basert på kvalitet og forutsigbarhet over hele landet. Fagpersoner underlagt opplysningsplikt melder ofte ikke fra ved mistanke om vold fordi de er redde for å bryte taushetsplikten, og konsekvensen kan bli økte helseplager og risiko for mor og barn. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen har en sterk anbefaling om at helsepersonell skal spørre gravide om psykisk helse. Vi må vite at funn følges opp i alle ledd. Totalt blir mellom 75.000 og 150.000 mennesker blir utsatt for vold i nære relasjoner i Norge hvert år, så forebyggingspotensialet er betydelig. Riksrevisjonen vurderer de samlede svakhetene ved myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner som alvorlige, fordi det kan få betydelige konsekvenser for de voldsutsatte. Når vi vet hvilke enorme ringvirkninger vold og overgrep kan påføre deg i livet og hvor ødeleggende det kan være, er vi forpliktet som samfunn til å gjøre en bedre jobb for å beskytte for risikofaktorer og gjentakelser.

Risikosvangerskap og sårbare gravide

Andelen sårbare gravide og risikosvangerskap i Norge er økende, blant annet fordi fødepopulasjonen er i endring og høyere alder hos den gravide gir økt risiko for komplikasjoner i svangerskap og under fødsel. Fysisk og psykisk helse henger sammen, og vi må være årvåkne mtp psykisk helseutvikling hos mor der fysiske problemer oppstår eller problemstillinger knyttet til fosterutvikling og evt spontane- eller behov for provosert abort oppstår. En systematisk kartleggingsoversikt fra 2022 viser at de fleste kvinner som hadde psykiske utfordringer etter en provosert abort, hadde hatt tilsvarende utfordringer før graviditeten. Helsepersonell bør derfor være spesielt oppmerksom på hvordan kvinner med tidligere psykiske lidelser håndterer abort. Vi trenger en koordinert innsats på dette området og en styrt oppfølging.

Det sosiale spebarnet

I Psykisk oppvekst trekker professorene Lars Smith og Vibeke Moe frem barnets samspill med de nære omsorgspersonene som grunnleggende for utviklingen. Psykisk helse i sped- og småbarnsalderen handler om barnets mulighet for å utvikle nære og trygge relasjoner, til å oppleve, regulere, og uttrykke et spekter av emosjoner, og til å utforske omgivelsene og lære. Det er også i spedbarnsalderen at tilknytningsmønsteret til primære omsorgspersoner blir etablert. Ved fødselen er alle viktige hjernestrukturer ferdig dannet. Fra siste del av

svangerskapet og i løpet av de to første leveårene foregår det en kontinuerlig oppkobling og dannelse av nye forbindelseslinjer i hjernen. Vi vet at disse prosessene kan bli problematiske for mennesker som strever eller opplever ulike former for psykisk uhelse. Spedbarnet er et grunnleggende sosialt individ som utvikler seg i samspill med sine omgivelser. Det er derfor helt avgjørende at samfunnet innretter støttestrukturer for denne sårbare perioden allerede før barnet er født og i de første sensitive levemåneder og år. Rådet for psykisk helse ønsker derfor en tverrsektoriell satsing for å gi bedre støtte til og ivaretakelse av familien i barnets første to leveår og å for å forbedre kvaliteten på lavterskel hjelpetilbud og lik tilgjengelighet til tjenestene.

Den store forskjellen

NOU 2023: 5 Den store forskjellens har en rekke anbefalte tiltak som vi ønsker å trekke frem her:

Utvalget mener at psykisk helse må vies mer oppmerksomhet i svangerskapsomsorgen og at kvinner som strever med psykiske helseproblemer i denne livsfasen, skal få tilgang til psykisk helsehjelp så raskt som mulig da dette ikke fungerer tilfredsstillende i dag. De trekker frem at samordning mellom tjenestene bør løses bedre enn i dag. Tilbudet til kvinner som har depressive symptomer i svangerskapet- og eller i barseltiden er mangelfullt, for dårlig, eller for lite, og utvalget løfter fram viktigheten av god tverrfaglig samhandling. Fastlegen som også følger de gravide i svangerskapsomsorgen, har en viktig rolle i oppfølgingen sammen med jordmor og helsestasjon. Se utvalgets anbefalte tiltak: 42 Sikre systematikk i arbeidet med å kartlegge og følge psykiske helseplager under graviditet og etter fødsel. Vi vil i høringsinnspill be om presisering slik at «etter fødsel» henviser til barnets første to leveår. Per i dag er dette ikke tilfelle, men en slik endring vil gi langt bedre forutsetninger og beskyttelse for skjevutvikling, spesielt for de av oss som har risikofaktorer knyttet til ivaretakelse og utvikling i denne sårbare tiden.

Utvalget ser videre behov for å styrke lavterskeltilbudet til kvinner både i kommune- og spesialisthelsetjenesten da et velutviklet og godt fungerende lavterskeltilbud virker forebyggende for senere helseplager. Eksempelvis kan et styrket lavterskeltilbud bidra til at kvinner som har fått fødselsskader, får oppfølging tidligere.

Utvalget mener det er behov for å utarbeide et reelt tilbud til kvinner og partner om oppfølgingssamtale etter spontanabort. De løfter fram viktigheten av at kvinner etter fødsel får tilbud om undersøkelse hos fastlege eller jordmor 6–8 uker etter fødsel. I dag må kvinner selv oppsøke dette tilbudet. Det er nødvendig at oppfølgingen av kvinner etter fødsel forlenges, og at det gis tilbud om oppfølging også 6–12 måneder etter fødsel. Vi støtter dette forslaget fullt ut.

Det er behov for en styrket innsats for å ivareta særlig sårbare gravide. Sårbare gravide får oppfølging i dagens svangerskapsomsorg, men utvalget understreker at det er behov for mer kunnskapsbasert praksis i tjenestene og bedre samordning mellom tjenestene. Sårbare gravide

kan ha særlig behov for helsehjelp fra flere faginstanser og for et velfungerende samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utvalgets forståelse er at det mangler en koordinerende instans som har faglig innsikt i denne typen problemstillinger, og mener det er behov for tverrfaglige team på sykehus og i kommuner, gjerne i kombinasjonsstillinger.

Rådet for psykisk helse

Tove Gundersen

Tove Gundersen
Generalsekretær