

# *Om*Sorg

Å ivareta psykisk helse  
før og etter fødsel



«Hun sa at det var en depresjon, men at det kan også være det er en sorg. Jeg hadde jo tapt et svangerskap og en barseltid som skulle ha vært veldig fin. Blir du frarøvet det så kan en sitte igjen med en sorgfølelse for noe du ikke fikk.»

mor

Et tjenestedesign diplomprosjekt av

Åse Lilly Salamonsen og Sofie Finnøy Vestøl, våren 2022

Institutt for design, Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo (AHO)

Veileder: Andrea Caroline Plesner

## En liten advarsel

Vi vil starte introduksjonen vår med en liten advarsel. **Fødselsdepresjon er et sårt og vanskelig tema**, og for noen vil denne rapporten kanskje treffe litt ekstra hardt. Ta deg tid til å ta pauser underveis i lesingen, og avslutt om du ønsker det. Vi anbefaler alle å **snakke med noen om temaet hvis rapporten skulle trigge vonde følelser**.

## Abstrakt

OmSorg er et tjenestedesignprosjekt som utforsker forebygging av fødselsdepresjon. Hvert år rammes mellom 9 500 og 35 000 foreldre i Norge av depressive symptomer i forbindelse med svangerskap eller barsel. Tall hentet fra Storbritannia viser at 1 av 5 dødsfall i spedbarnsperioden skyldes selvmord. Det er dermed én av de vanligste og alvorligste komplikasjonene en kan få før eller etter fødsel.

Sammen med mødre, partnere og helsepersonell har vi satt ord på hvordan fødselsdepresjon kan oppleves, og belyst hvilke barrierer som forhindrer at det oppdages.

Dette har resultert i tjenesten Omsorg, en utvidelse av dagens offentlige helsetilbud. Tjenesten gir kunnskap, forståelse og trygghet i møtet mellom

foreldre og helsepersonell. Omsorg følger mor og partner gjennom graviditeten og spedbarnstiden, og sikrer god oppfølging av den psykiske helsen i tillegg til den fysiske. Ved hjelp av visuelle virkemidler bryter tjenesten ned barrierene som finnes, og gjøre det enklere å sette ord på vanskelige tanker og følelser. Dette gjøres gjennom et kunnskaps- og refleksjonshefte, samtaleverktøy og tett oppfølging av psykisk helse. Samtidig gir tjenesten den kunnskapen og de verktøyene helsepersonell trenger for å nå inn til foreldre og være en støtte.

Vi håper at Omsorg kan inspirere til nye måter å møte psykisk helse, slik at vi alle kan bli bedre støttespillere for våre nærmeste. Bare på den måten kan vi skape den tryggheten, og gi den omsorgen alle foreldre fortjener.



## Innhold

<b>01</b>	<b>6</b>	<b>Introduksjon</b>
	8	En hilsen
	9	Vår motivasjon
<b>02</b>	<b>10</b>	<b>Tema og relevans</b>
	11	Helsetilbudet i Norge
	15	På kollisjonskurs
	16	Hva er fødselsdepresjon?
	18	Forebygging
	21	Vårt fokus
	22	Fremgangsmåte
	24	Rammeverk

<b>03</b>	<b>26</b>	<b>Metoder</b>
	28	Vi snakket med ...
	30	Metoder i prosjektet
	35	Refleksjon rundt metoder

<b>04</b>	<b>37</b>	<b>Innsikt</b>
	38	Anes historie
	58	Barrierer
		<i>Mødre og partnere</i>
		<i>Helsepersonell</i>
		<i>På tvers</i>
	66	Spissing av problemstilling
	67	Oppsummert – Barrierer

<b>05</b>	<b>69</b>	<b>Idégenerering</b>
	70	Utfordring 1
	72	Utfordring 2
	73	Oppsummert - 6 krav til tjenesten

<b>06</b>	<b>74</b>	<b>Konseptutvikling</b>
	76	Konsept 1.0
	77	Konsept 2.0
		<i>Følelser</i>
		<i>Testing del 1</i>
		<i>Testing del 2</i>
		<i>Tanker</i>
		<i>Oppsummert –</i>
		<i>Funn fra samtaleverktøy</i>
	85	Konsept 3.0
		<i>Utvikling av kurs</i>
		<i>Utvikling av materiell</i>

<b>07</b>	<b>93</b>	<b>Omsorg</b>
	94	Omsorg er...
	95	Hvorfor navnet Omsorg
	96	Tone of voice & avsender
	97	Eksisterende aktører
	98	Brukerreise
	100	Anes historie
	118	Omsorgsheftet
		<i>Følelseskartet</i>
	126	Tankekort
	128	Kursing til helsepersonell
		<i>Innføringskurs</i>
		<i>Refleksjonskurs</i>
	132	Materiell
	134	Visuell identitet
	136	Refleksjoner rundt tjenesten
	138	Finansiering
	140	Veien videre

<b>08</b>	<b>143</b>	<b>Politisk arbeid</b>
	145	Deling av prosjektet
	146	Våre forslag til en bedre psykisk helse

<b>09</b>	<b>148</b>	<b>Avslutning</b>
	150	Konklusjon & refleksjon
	152	Takk til
	154	Kilder



# 01 Introduksjon

I dette kapitlet vil vi introdusere oss selv og vår motivasjon til å jobbe med temaet.

*“Jeg var så langt nede. Det er det jeg husker. Det var et mørkt hull egentlig. Du ser ikke lyset, du klarer rett og slett ikke å se noe positivt. Du er liksom fanget, og du vet ikke når det tar slutt. Du ser ingen ende. Du vet ingenting. Du vet ikke hvorfor du har det sånn, og du skjønner ikke hva som er galt med deg. Selv om du føler at noe er galt, så vet du ikke.”*

**mor**



## En hilsen

Kjære deg som nå sitter med denne rapporten i hendene. Gjennom det vi nå skal fortelle håper vi at du vil sitte igjen med en økt forståelse for hvordan svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen oppleves. Med styrket kunnskap om dagens tilstand har vi mulighet til å bryte ned barrierene som finnes i dag for å gjøre endringer for morgendagen.

### Til mødre og partnere

Kjære deg som bidro med egenopplevde erfaring, tanker og opplevelser. Vi håper at du, ved å lese denne rapporten, kan minnes på at du er ikke alene. Tusen takk for at du delte raust. Vi er evig takknemlig, og håper dere vil sette pris på prosjektet.

### Til lesere

Kjære deg som møter prosjektet for første gang. Kanskje er du nybakt mor, designer, student, jordmor, eller kanskje du er noe helt annet. Uansett, tusen takk for at du tar deg tid til å lese. Vi håper prosjektet vårt på et eller annet vis kan være til inspirasjon.

### Til eksperter og interessenter

Kjære deg som brenner for temaet, og som står i front for å skape endringer i svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen i dag. Takk for tilliten, motivasjonen og at dere tok oss inn og støttet oss gjennom prosjektet.

### Til helsepersonell

Kjære deg som bidro med kunnskap og erfaring om hvordan du som helsepersonell jobber med mødre og fedre i svangerskapet og barsel. Takk for at du tok deg tid til å snakke med oss til tross for en krevende arbeidshverdag.

### Til beslutningstakere

Kjære helse- og omsorgsminister, politiker, beslutningstaker og leder. Etter å ha lest denne rapporten håper vi at du forstår fordelene ved å forebygge, viktigheten av jobbe med psykisk helse og at svært mye kan gjøres allerede i dag. Vi sender ballen videre. Nå er det din tur til å handle. På forhånd takk!

## Vår motivasjon

Mange har spurt oss om hvorfor vi valgte temaet psykisk helse i svangerskap og barsel. Vi har begge en interesse for design i offentlig sektor. Før vi nå skal ut i arbeidslivet ønsket vi å bruke denne muligheten til å jobbe med noe vi brenner for – nemlig psykisk helse, i et område som angår oss begge som kvinner, men som vi fort innså at vi kan altfor lite om – svangerskap og barsel.

### Åse Lilly

Psykisk helse er noe som angår oss alle hver dag, og som likevel er nesten helt usynlig i samfunnet. Det er skambelagt og tabu, til tross for at det er noe alle har i ulike former.

Det har i lang tid vært svært lite forskningsbasert kunnskap om kvinnehelse. Interessen for å forske på temaet har heldigvis økt de siste årene. Med ny forskning lærer jeg stadig noe nytt om kroppen min.

Jeg håper denne diplomen kan lære deg som leser noe om psykiske helse og kvinnehelse. I arbeidet med den lærte i hvert fall jeg masse!

### Sofie

Å skulle få barn har alltid virket veldig fjernt for meg. Jeg er yngst i en søskenflokk på fire, og har sjeldent hatt ansvar for noen langt under min egen alder. "Så blir du ikke litt redd for å få barn nå?" Jeg kan ikke telle på hendene hvor mange ganger noen har spurt meg dette siden vi valgte temaet høsten 2021. Svaret er nei. Om ikke annet har denne oppgaven virkelig fått øynene opp for hvor fantastisk rå mødre er. Diplomen vår har vært et prosjekt om sorg, men det har også vært om styrke og om kjærlighet. Tanken på å en gang få barn virker mye mindre fjernt nå etter å ha snakket med så mange inspirerende personer.



## 02 Tema og relevans

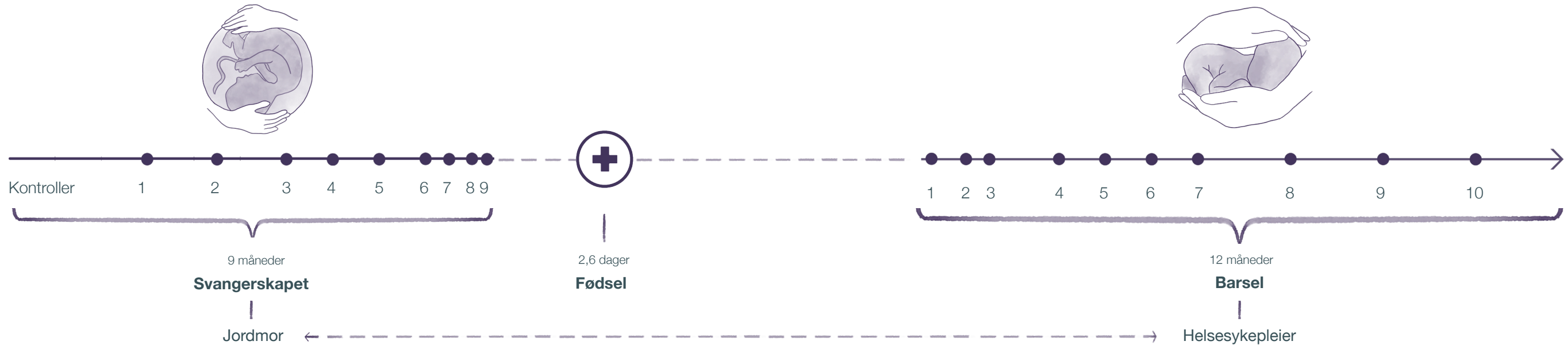
I dette kapitlet vil vi forklare hvordan helsetilbudet fungerer i dag, hva fødselsdepresjon er, våre rammer for prosjektet, brukergruppen og fremgangsmåten vår i samtalene med disse.

### Opprør!

Den 27. april 2022 demonstrerte ca. 2 000 personer foran Stortinget med en klar beskjed: **Vi krever bedre svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg nå!**

I 2015 ble Norge rangert som det beste landet å få barn i (*Redd Barna, 2015*). Så hvordan havnet vi egentlig her? Dette skal vi gå inn i gjennom de neste sidene. Først må vi gi dere et overblikk over hvordan svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen fungerer i dag.





## Helsetilbudet i Norge

### Svangerskap

I svangerskapet kan mor velge om hun ønsker oppfølging fra jordmor på helsestasjonen, fastlegen eller begge deler. Jordmor har som regel bedre tid (ca. 30-60 min) på hver konsultasjon enn fastlegen (ca. 20 min) og mer spisskompetanse på feltet. De fleste velger derfor å få oppfølging av jordmor. Oppfølgingen består av ni svangerskapskontroller som et utgangspunkt. En av kontrollene er ultralyd på sykehuset. Kontrollene er plassert ujevnt gjennom svangerskapet, hvor oppfølgingen blir tettere mot termin.

### Fødsel

De fleste føder på sykehus, og noen velger å føde hjemme – da utenfor det offentlige helsetilbudet. Føder en på sykehus innebærer dette et opphold på 2,6 dager i snitt (*Folkehelseinstituttet [FHI], 2022*). Tiden for oppholdet kortes stadig ned på, og liggetiden har blitt redusert fra 4 dager i 2001 til 2,6 dager i 2021.

For å gjøre opp for at flere kvinner stadig blir sendt hjem uten tilstrekkelig oppfølging, for blant annet amming, har det blitt opprettet ammepoliklinikker og tilbud om hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn etter hjemkomst. Sistnevnte er det i dag bare rundt 40 % av fødende som faktisk får, grunnet mangel på ressurser (*Ludvigsen & Macdonald, 2021*). Stortinget arbeider nå for at dette skal bli en lovpålagt rett for alle (*Stortinget, 2022, Votering 14*).

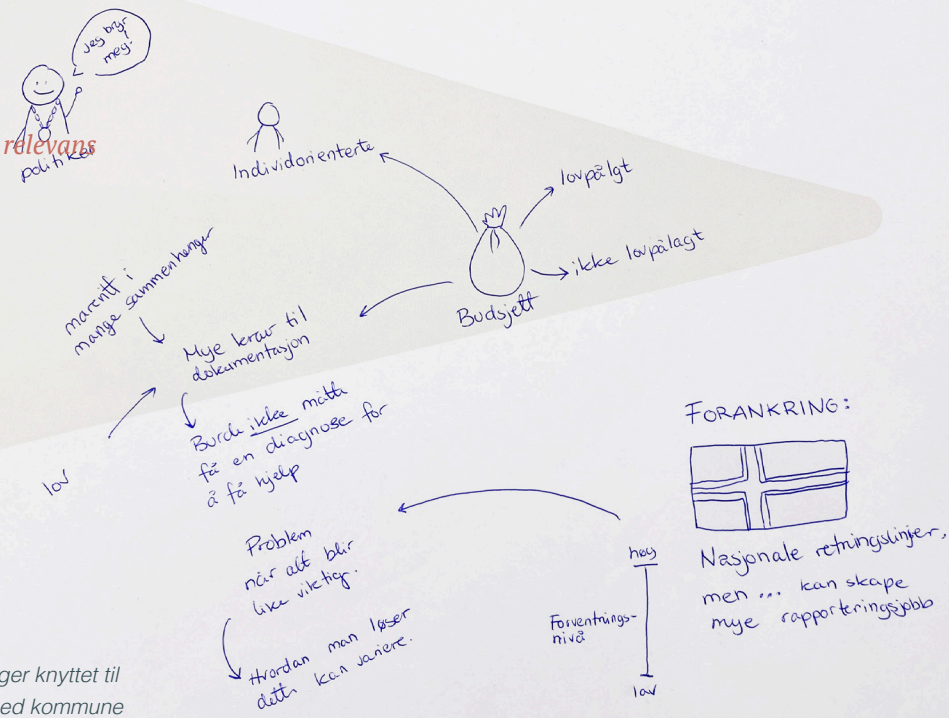
### Barsel

Det første tiden etter fødsel kalles barseltiden. Fra barnet er 0 til 5 år er det helsesykepleier på helsestasjonen som har ansvar for kontrollene og oppfølgingen. Den første kontrollen er et hjemmebesøk 7-10 dager etter fødsel. Helsesykepleier følger opp med fokus på barnets helse og utvikling. En helsesykepleier forklarte;

*“Det er selvfølgelig et stort fokus på barnet, og det pleier jeg å informere dem om. Jeg har et faglig ansvar, og jeg skal se til at barnet utvikler seg som det skal. Da er det mitt ansvar dersom dette barnet ikke utvikler seg som det skal. Hvis det er avvik, så må jeg få tatt det videre og satt det i system.”*

Seks uker etter fødsel kan kvinnen selv bestille en oppfølging av jordmor eller fastlege for å få sjekket formen, diskutere start av prevensjon og snakke generelt om hvordan kroppen fungerer.

Frem til barnet er fem år er det 14 kontroller på helsestasjonen, hvor 10 av dem er i løpet av det første året. Kontrollene etter fødsel varer gjerne bare 20-30 minutter. Dette gjør at det stilles store krav til at foreldre må komme forberedt på kontrollene, hvis ikke risikerer de fort at fokuset kun blir på barnet.



Kartlegging av utfordringer knyttet til forebygging sammen med kommune

### Kommunens ansvar

Helsestasjonen er en del av kommunehelsetjenesten. Hva helsestasjonen har av tilbud i dag vil derfor variere fra kommune til kommune. Nasjonale retningslinjer skal legge føringer for tilbud og oppfølging, men retningslinjene gir i dag stort rom for tolkning. Oppfølgingen rundt selve fødselen er et nasjonalt helsetilbud gjennom staten.

### Samarbeid mellom helsepersonell

I dag er det helsekortet som er informasjonskilden mellom de ulike instansene, som jordmor, fastlege og sykehus. Dette er et fysisk ark som må bringes med til alle kontrollene i svangerskapet og til fødsel. Kortet har lenge vært forsøkt digitalisert, men dette har enda ikke skjedd grunnet regler om personvern (Digdir, 2021). Etter at kvinnen

har født brukes ikke skjemaet lenger. Det skjer derfor svært lite standardisert informasjonsoverføring om kvinnen mellom helsepersonell. I enkelte tilfeller kan helsesykepleier og jordmor ha et møte for å overføre informasjon om kvinnens tilstand og behov, men dette gjelder ikke alle, og prioriteres kun hvis kvinnen har særegne behov.

### Norge sammenlignet med Norden

Sammenligner vi det norske helsetilbudet med de andre nordiske landene kommer Norge dårlig ut på flere punkter. Vi har lavest antall svangerskapskontroller og lavest antall hjemmebesøk av helsepersonell etter fødsel. I tillegg er vi i det nedre sjiktet for antall kontroller i barseltiden (Daniëlsdóttir & Ingudóttir, 2020).

## På kollisjonskurs

Så tilbake til spørsmålet "Hvordan havnet vi egentlig her?". Svaret på dette er svært sammensatt, og vi har i denne oppgaven ikke kunnet dekke alle delene av svaret. Vi ønsker likevel å trekke frem enkelte punkter som vi vet har bidratt til frustrasjonen vi ser i dag.

### Press på helsepersonell

Det er press på helsepersonell i alle deler av svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen. Dette skyldes mangel på personale, tidspress i oppgaveutførelse og økonomiske innstramminger.

### Mangel på omsorg i omsorgen

Mye på grunn av politisk og økonomisk press blir det stadig mindre tid til omsorg i svangerskaps-, fødsel-, og barselomsorgen. Dette kommer kanskje tydeligst til uttrykk i fødselsomsorgen der liggetiden stadig reduseres, og hvor flere mødre forteller at de følte seg overlatt til seg selv på barselavdelingen.

### Lite familiefokus

Helsetilbudet retter seg i dag i stor grad kun mot barnet og mor, selv om det å få barn for de fleste er noe en deler sammen med en partner. Dette kom særlig til uttrykk under COVID 19-pandemien, hvor partnere ble nektet inngang på helsestasjoner og sykehus rundt om i hele landet.

### En glemt psykisk helse

Midt oppi dette ser vi et mangelfullt fokus på psykisk helse i dagens retningslinjer, til tross for at det å få barn er én av de største omveltningene i livet. Norge er ett av de tryggeste landene å få barn i, fysisk. Det ikke alle vet er at én av de vanligste og kanskje mest alvorlige komplikasjonene i svangerskapet og barseltiden er fødselsdepresjon. Tall hentet fra Storbritannia viser at 1 av 5 dødsfall blant mødre i spedbarnsperioden skyldes selvmord (Holte & Eberhardt-Gran, 2022). I dag finnes det ikke konkrete tall på hvor mange kvinner som dør av dette i Norge, men fagspesialister er bekymret for at mørketallene er store. Det er nettopp derfor vi har lagt vårt hovedfokus på psykisk helse i denne oppgaven.



## Hva er fødselsdepresjon?

Fødselsdepresjon er ikke en selvstendig diagnose, men en betegnelse som innebærer at man har depressive plager eller en klinisk depresjon under svangerskapet eller etter fødselen (Helsedirektoratet, 2018). Tegn på en fødselsdepresjon kan være nedstemthet, gråt, mangel på evne til å glede seg over ting, selvbebreidelser, søvnløshet, slapphet, spiseforstyrrelser, vansker med å fungere i daglige aktiviteter, tilbakevendende tanker om død og selvmordstanker.

Fødselsdepresjon kalles også for perinatal depresjon og svangerskaps- og barseldepresjon. I denne oppgaven bruker vi navnet "fødselsdepresjon", da det er den mest brukte betegnelsen.



**10 til 16,5 %**

kvinner utvikler hvert år depressive symptomer i forbindelse med graviditet, fødsel eller barsel i Norge (Helsedirektoratet, 2014, s.71).



**32%**

Under pandemien var tallet så høyt som 32 prosent (Eberhard-Gran et al., 2022).



Rundt en tredjedel av disse depresjonene starter i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2018b).

## Partner

Også partnere kan utvikle fødselsdepresjon (Fredriksen, 2019, s. III). Svenske forskere fant at mellom 8 og 27 prosent av menn opplever å kjenne på depressive symptomer i løpet av det første året som far (Psouni et al., 2017). Det er ikke grunn til å tro at dette tallet vil være annerledes for en medmor eller partner.

## Konsekvenser for familien

De siste ti årene har det årlig blitt født mellom 52 000 og 60 000 barn i Norge (Statistisk sentralbyrå [SSB], u.å.). Det vil si at hvert år opplever mellom 9 500 og 35 000 foreldre å ha depressive symptomer i forbindelse med det å få barn. Dette er unødvendig smertefullt for familiene det rammer. Foreldre vi snakket med i prosjektet fortalte at psykiske plager i svangerskapet og barsel var en av hovedårsakene til skilsmisse, uførhet og tilbakevendende psykiske utfordringer.

## EPDS

Det finnes i dag noen verktøy som kan brukes for å screene for fødselsdepresjon. Det mest brukte er Edinburgh postnatal depresjonsskår (EPDS). EPDS er et spørreskjema som brukes i uke 28 i svangerskapet og uke 6 etter fødsel for å oppdage pasienter med klinisk depresjon under eller etter fødsel. Studier viser at helsepersonell finner stor støtte i å ha verktøy som gjør det lettere å ta opp psykisk helse (Ramsvik, 2015, s. 30). WHO anbefaler å screene for fødselsdepresjon

(WHO, 2022, s. 6). Til tross for WHO's anbefalinger, og etter flere norske studier som viser at screening har god effekt, anbefaler norske myndigheter likevel ikke dette. Det begrunnes med at screening kan fange opp mødre som er nedstemte, men som ikke kvalifiserer til en klinisk depresjon (Helsedirektoratet, 2014, s. 72).

## Dagens hjelpetilbud

Hva som skjer hvis en mor eller partner får en fødselsdepresjon i dag finnes det ikke ett svar på, men det vi kan si er at det svært ofte tar lang tid å få hjelp. Flere av kvinnene vi snakket med fortalte at de selv måtte kontakte fastlegen. Hos fastlegen fikk de ofte en liste med navn på psykologer de selv kunne ringe, henvisning til distriktpsikiatrisk senter, eller beskjed om at dette går over av seg selv. For dem som fikk henvisning videre var dette ofte preget av lang ventetid på opp til et halvt år. Etter ventetiden var over fikk flere avslag på tilbud om hjelp i spesialisthelsetjenesten.

- ✓ **Gravide bør få spørsmål om de nå eller tidligere har opplevd nedstemthet, depresjon eller andre psykiske helseproblemer. Helsepersonell kan konsultere psykisk helsetjeneste i kommunen eller henvise videre ved behov**

Dagens retningslinjer bruker ord som BØR og KAN. (Helsedirektoratet, 2018a)

## Forebygging

De ovennevnte faktorene leder oss inn på hvorfor forebygging er så viktig. Hva om vi kan unngå smerte, lange ventetider og store samfunnskostnader i utgangspunktet?

### Fordeler med forebygging

Forskere har beregnet at fødselsdepresjon koster det britiske samfunnet 94 milliarder norske kroner på sikt per årskull (Bauer et al., 2014, s.3). Til sammenligning vil det koste 3,3 milliarder kroner i året å forebygge og bygge et psykisk helsetilbud som er nasjonalt anbefalt (Bauer et al., 2014, s.3). I Norge har vi enda ikke konkrete tall på dette, men vi vet at forebyggende og helsefremmende arbeid er svært lønnsomt på sikt.

I tillegg er forebygging gunstig for relasjonen mellom foreldre og barn, parforholdet, barnets utvikling, mor og partners arbeidsevne, og den fysiske og psykiske helsen.

*Så hvorfor er det ikke mer fokus på forebygging i dag?*

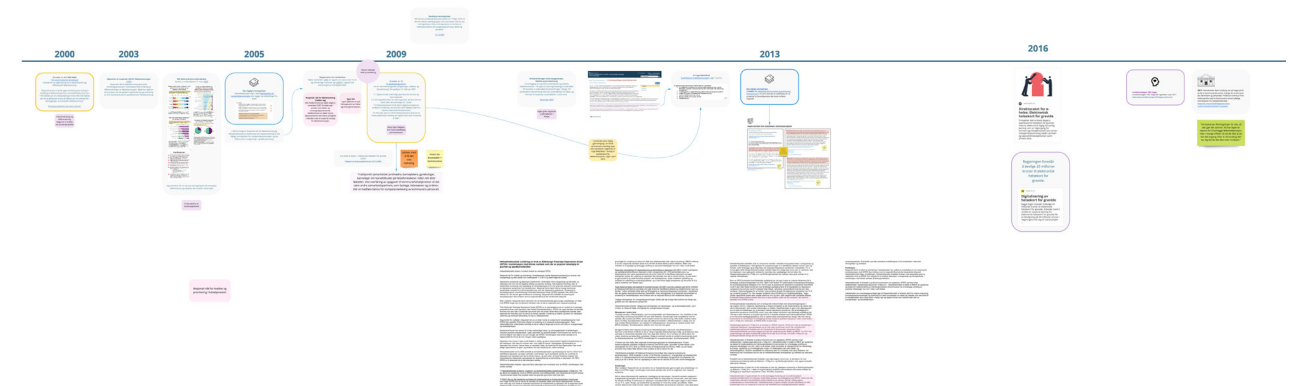
### Vage retningslinjer

Lovene og retningslinjene om psykisk helse i svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen er i dag svært vage, og det brukes ofte ord som "bør" og "kan". Dette fører til at tilbudet og kompetansen som finnes, varierer fra kommune til kommune, og bydel til bydel. Dette går ikke bare ut over familien, men også ut over helsepersonell, som ikke får den kompetansehevingen de selv ønsker. En konsekvens er at videreutdanning, kunnskapsbygging og kurs blir en luksusvare for enkelte, betalt av egen lomme eller gjennomført på fritiden.

### Utdaterte retningslinjer

I *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen* fra 2014, henvises det til en utdatert studie fra 2004 som konkluderer med "Psykososial og psykologisk støtte og forebygging sammenlignet med vanlig oppfølging

Kartleggingen av utvikling av svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen i det politiske landskapet.



lot ikke til å redusere forekomsten av barseldepresjon vesentlig" (Dennis & Creedy, 2004). Dette er stikk i strid med hva den samme studien finner når den oppdateres ni år senere i 2013, da med 10 000 flere deltakere. Studien konkluderte da med at "Totalt sett hadde kvinner som mottok en psykososial eller psykologisk støtte signifikant mindre sannsynlighet for å utvikle fødselsdepresjon sammenlignet med de som mottok standard oppfølging" (Dennis & Dowswell, 2013).

Vi har i dag altså ikke rutinemessig støtte og forebygging fordi retningslinjene er basert på en udatert studie. I denne oppgaven vil vi derfor argumentere for hvorfor nasjonale, rutinemessige tiltak vil være gunstig.

### Dette deler vi inn i fem argumenter:

- Støtte og forebygging gir redusert risiko for å utvikle fødselsdepresjon.
- Nasjonale retningslinjer kan utjevne tilbudsforskjeller.
- Nasjonal kunnskapsheving om psykisk helse vil gi økt trygghet for helsepersonell.
- En kan ikke vite på forhånd hvem som kommer til å utvikle en fødselsdepresjon.
- Tiltak for forebygging av psykiske lidelser hos alle spedbarnsforeldre vil bidra til å gjøre det lettere å snakke om psykisk helse og gi økt kunnskap blant den generelle befolkningen.



### Opprør skaper forandring

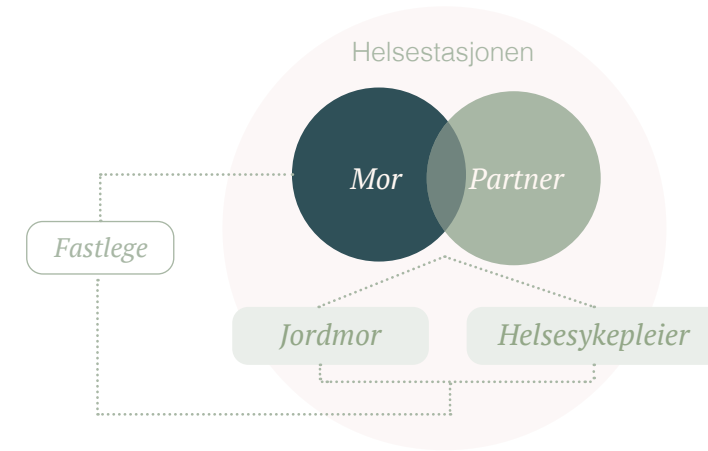
3. mai 2022, en uke etter samlingen av 2000 personer på Eidsvolls plass, vedtok Stortinget enstemmig blant annet at "Stortinget ber regjeringen sikre bedre oppfølging og hjelpeapparat i forbindelse med svangerskap og barseltid for å forebygge og behandle fødselsdepresjon" (Stortinget, 2022, Voting 12). Dette kom etter årevis med press og skrekkehistorier fra mødre, fedre, helsepersonell, forskere og interesseorganisasjoner.

Store offentlige endringer er likevel preget av mange tunge politiske prosesser, og dette arbeidet vil ta tid. Vårt fokus vil derfor være å se på hvordan vi kan bruke designmetoder til å gi konkrete konseptforslag som kan testes i nær fremtid. Vi trenger at det skjer en endring nå!

*Hvordan kan tjenstedesign bidra til å forebygge fødselsdepresjon, samt bidra til å støtte dem som opplever det?*

Vi har hatt som mål å lage en tjeneste som vil være av verdi for mødre og partnere, uten å være urealistisk innenfor rammen av hva helsepersonell kan yte. Å finne denne balansen mellom hva som kan og bør være har vært en utfordring. Det er så lett å la seg friste til å designe den "ideelle" løsningen i stedet for å designe løsninger som kan fungere i dagens kontekst.

I vårt prosjekt vil vi derfor fokusere på høy grad av brukerinvolvering for å forstå konteksten, utvikle ideer og iterere løsninger. Vi ønsker å lytte og å lære av historiene til personer som opplever fødselsdepresjon, samt de som behandler og gir støtte. Bare ved å gjøre dette kan vi utforme en tjeneste som tar riktige hensyn til et så personlig og sensitivt tema.



### Vårt fokus

#### Primærbrukere

Våre primærbrukere er dermed de som opplever fødselsdepresjon, nemlig **mødre** og **partnere**. Begge brukergruppene kan fungere som primærbrukere, men også som sekundærbruker gjennom å være en støtte for hverandre. Det er i tillegg verdt å understreke at ikke alle har en partner. Derfor skal brukere av tjenesten kunne dra nytte av å ha en partner som støtter, men ikke være avhengig av en partner.

#### En arena for endring

Og det er nettopp ordet støtte som er så viktig når vi snakker om forebygging. På samme måte som at ikke alle har en partner, har heller ikke alle et nettverk rundt seg som de kan søke støtte fra. Helsepersonell som følger mor og partner gjennom svangerskapet og tiden etter fødsel, har derfor en unik mulighet til å bidra her. Få andre steder har vi en offentlig oppfølging som omfatter hele familien. Dette gir et godt potensial til å forebygge, både for å forhindre fødselsdepresjon, men også for å skape trygge foreldre som kan skape trygge barn.

#### Sekundærbrukere

Våre sekundærbrukere blir dermed **jordmor** og **helsesykepleier**. Disse arbeider på helsestasjon og har gode muligheter til å samarbeide, til tross for ulike ansvarsområder.

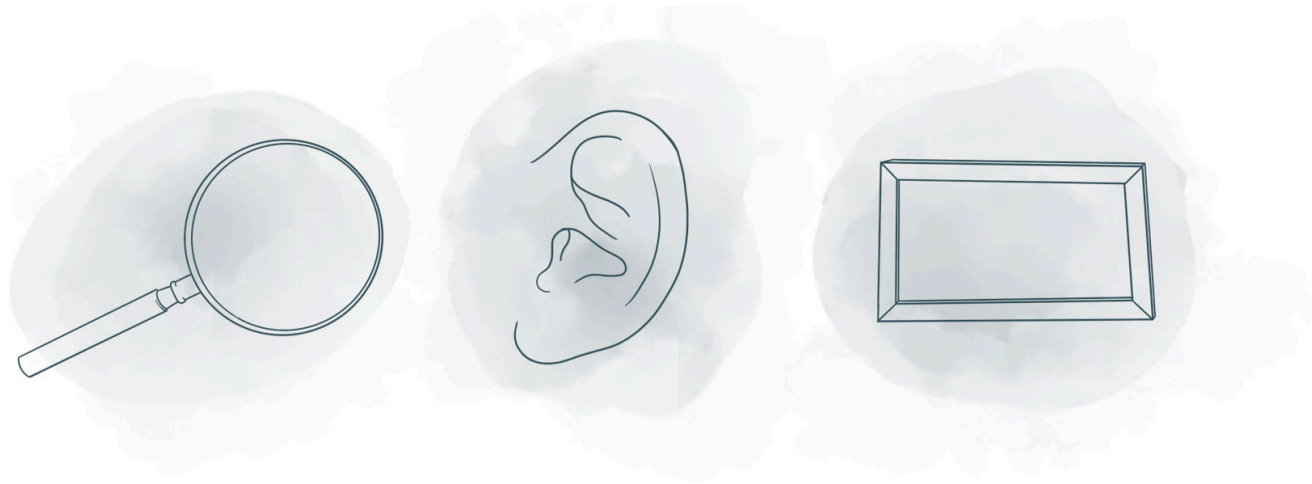
#### Andre involverte

Vi har valgt å legge til rette for at tjenesten også skal støtte arbeidet til fastlege. Dette har imidlertid ikke vært hovedmålet vårt, fordi oppfølgingen av gravide og nybakte foreldre i størst grad skjer på helsestasjon.

Helsepersonell på sykehus har også en sentral rolle i oppfølging og forebygging. På sykehus har blant annet opplæring i amming, avlastning, romtype, ro rundt fødsel, oppfølging fra samme helsepersonell og samtale etter fødsel stor innvirkning. Slike områder kunne vært undersøkt innenfor vårt tema, men som går utenfor rammene til diplomoppgaven.







For mødre og partnere som har opplevd fødselsdepresjon, kan det å snakke om opplevelsene være svært utfordrende og oppleves som om å gå gjennom et traume. Vi var klar over at vi kunne havne i situasjoner hvor personen vi snakket med enda hadde det vanskelig. Vi passet derfor på å ha klart et sikkerhetsnett som vi kunne henvise videre til ved behov. I starten av disse samtalene visste vi lite om i hvilken grad personene vi snakket med hadde snakket om det tidligere, hvilken hjelp de hadde fått fra før og hvordan de hadde prosessert det de hadde vært i gjennom. Det krevde derfor at vi gikk inn i temaet med stor tålmodighet, forståelse og forsiktighet.

Vi startet med å intervjuer mødre og gravide som ikke hadde hatt en fødselsdepresjon, om det generelle helsetilbudet og opplevelsen av dette. Vi ønsket å sikre at vi hadde en bred forståelse av systemet før vi gikk inn i samtaler med mødre som hadde opplevd en fødselsdepresjon. Dette ga oss også et godt sammenligningsgrunnlag til bruk senere i prosessen. Denne fremgangsmåten brukte vi videre i prosjektet. Vi gjennomførte for eksempel tester av samtaleverktøy med (med) studenter før brukergruppen fikk prøve ut hjelpemidlene.

## Fremgangsmåte

### Et etisk ansvar

I vårt diplomprosjekt har vi gått inn i et sterkt, vondt og vanskelig tema. Vi visste fra starten av at dette ville være krevende, og at det også ville stille høye krav til oss både under og etter møtene med brukerne. Samtalene vi skulle ha med mødre og partnere ville kreve en høy grad av tillit, og derfor var det utrolig viktig at vi klarte å gjøre oss fortjent til den tilliten som ble gitt oss.

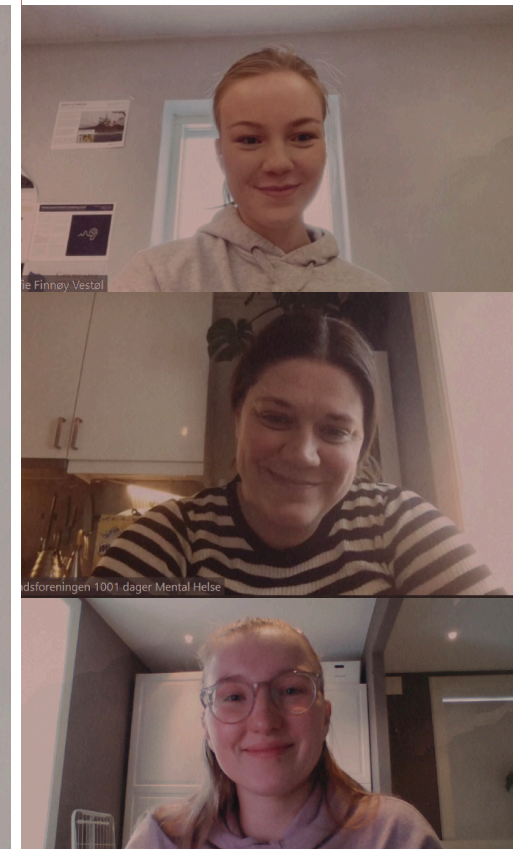
Vi rådførte oss med en *psykolog* som er spesialist på temaet. Vi kontaktet også hjelpetelefonen *Foreldresupport*, som daglig mottar telefoner fra kvinner og menn som har det vanskelig i foreldrerollen og

*Landsforeningen 1001 dager*, som er en forening som jobber aktivt med temaet. Gjennom disse samtalene fikk vi større forståelse for hvilken situasjon mødrene vi snart skulle møte hadde vært i, og hva vi kunne forvente i møte med dem. I tillegg spurte vi om råd til hvordan vi skulle gå frem i samtalene vi skulle ha. **“Vær nysgjerrig, vær åpen, lytt og la dem sette rammene for hva de vil fortelle”** var tilbakemeldingene vi fikk. Dette tok vi med oss videre inn i samtale med mødre og partnere.

Psykolog Gro Vatne Brean



Lena i Landsforeningen 1001 dager





## Rammeverk for møte med brukere

### 1. Transparent prosess

Være åpne om hva vi skal snakke om og hva som skal skje gjennom alle møtene. I tilfeller hvor vi brukte miro til samtale, ga vi brukerne tilgang til brettet før samtalene, slik at de kunne se gjennom om de ønsket.

### 2. På brukerens premisser

Understreke for brukerne at det er de som styrer samtalen. Vi var tydelige på at vi kunne hoppe over spørsmål, og gjentok også dette underveis i samtalen.

### 3. Sikkerhetsnett

Være klare over egne begrensninger innenfor temaet. Vi sørget for å ha forberedt et eget sikkerhetsnett som kunne bringes inn ved behov.

### 4. Oppfølging

Være gode på oppfølging etter samtalene, og dele raust av innsikten og funnene våre. Vi har prioritert å følge opp brukerne etter samtalene, både ved oppfølgingsmail og deling av prosjektet.

### 5. Personvern

Være nøye på anonymisering og samtykke gjennom hele prosjektet. Dette gjelder for både mor, partner og helsepersonell.



## Hovedmålet med prosjektet

### Innsikt

Vise hvorfor omsorg, med fokus på psykisk helse, burde være en sentral del av helsevesenet i Norge.

### Konseptforslag

Komme med konkrete forslag til hvordan dette kan gjøres ved å inkludere brukere i utviklingen av oppfølging for psykisk helse.





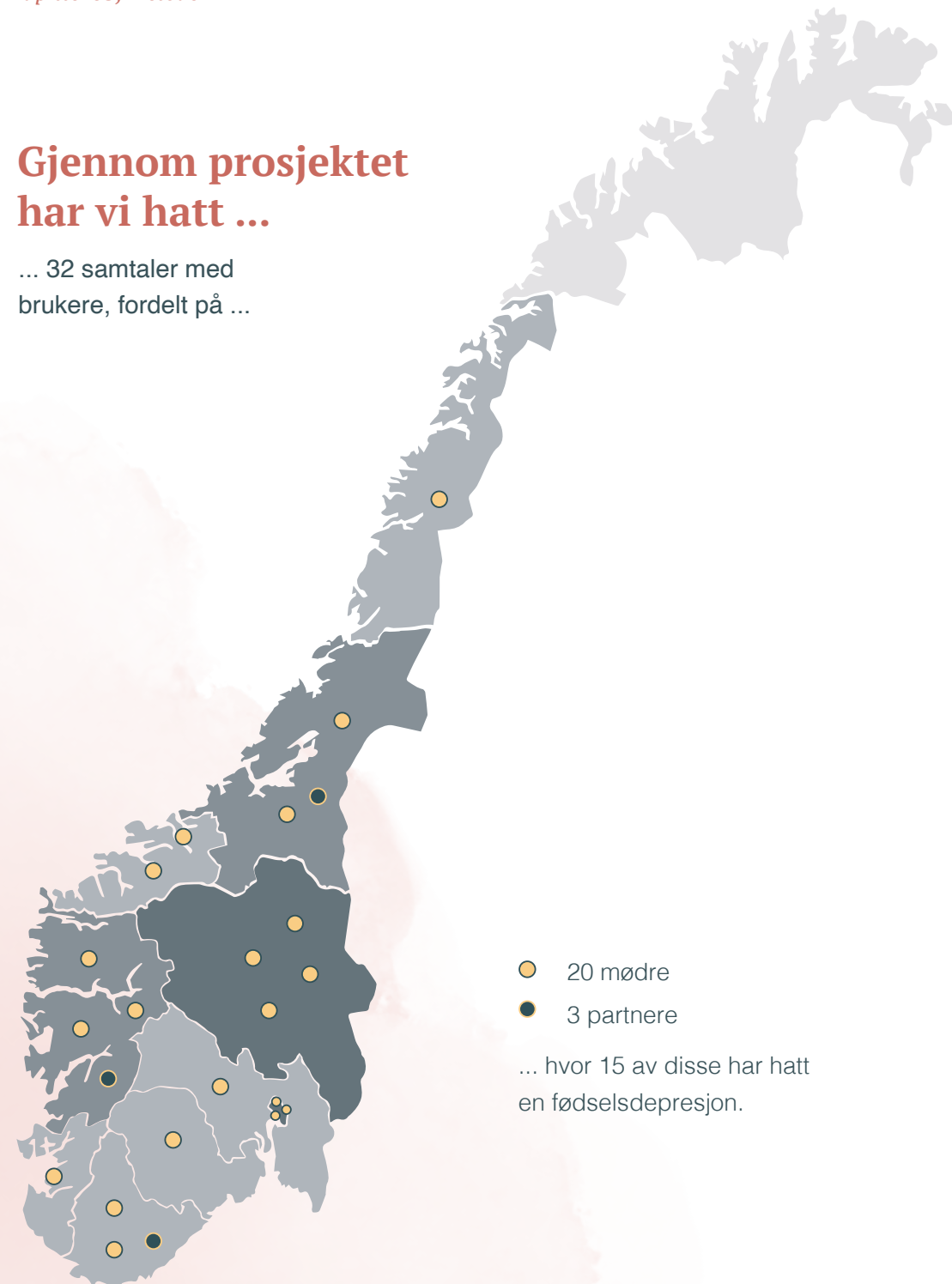
## 03 Metoder

I dette kapitlet gir vi en kort oversikt over de ulike metodene vi har brukt gjennom prosjektet.

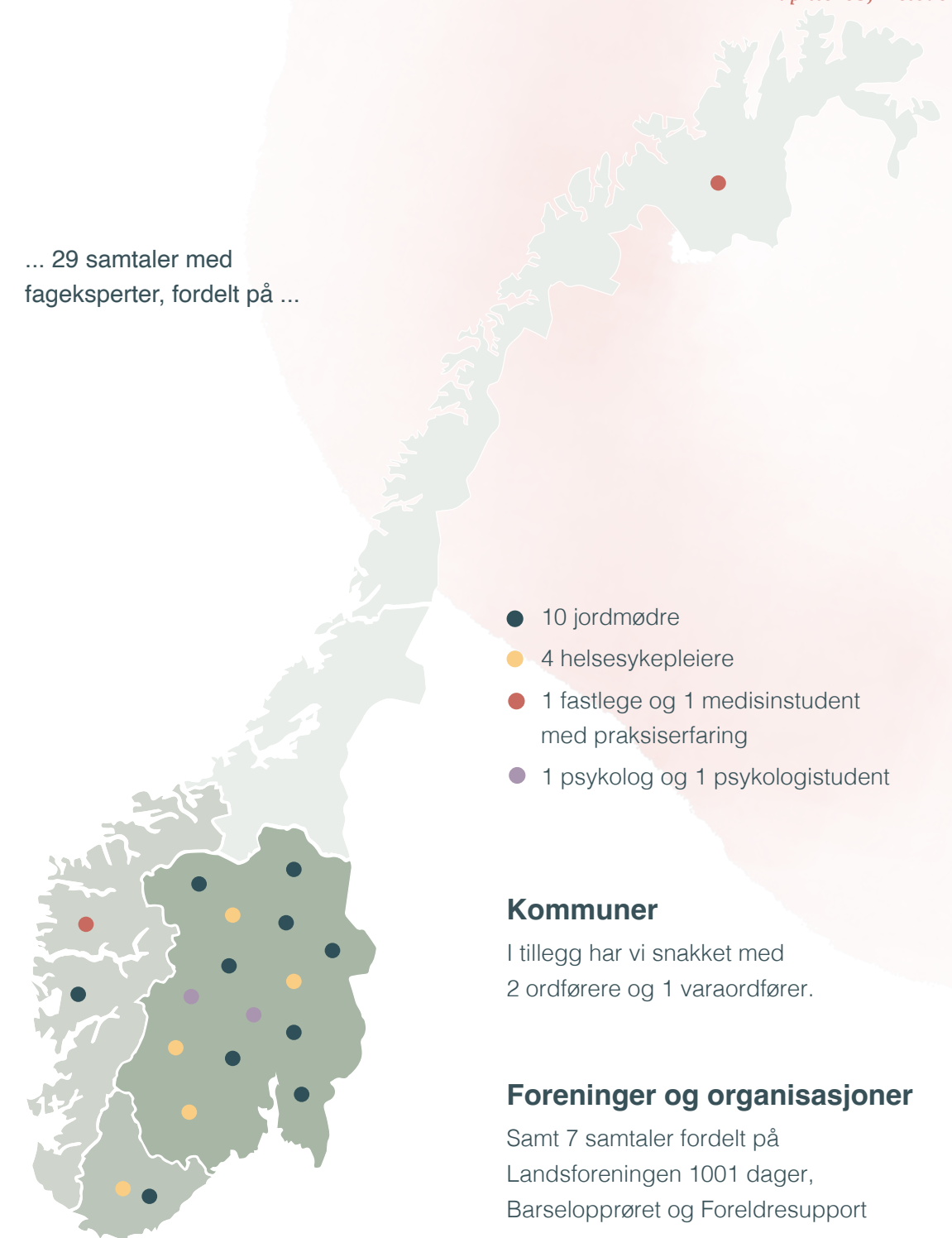


## Gjennom prosjektet har vi hatt ...

... 32 samtaler med brukere, fordelt på ...



... 29 samtaler med fageksperter, fordelt på ...



## Metodene vi har brukt er ...



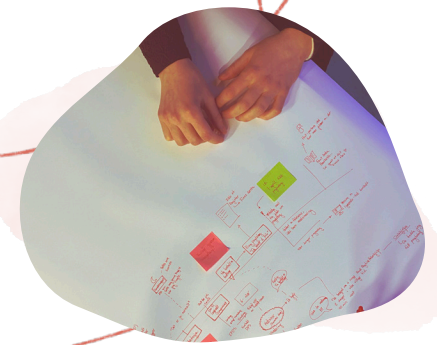
### Desk research

Gjennomgang av forskning, undersøkelser, avhandlinger, politiske retningslinjer og dokumenter om svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen.



### Tjenestesafari

Utforsking av eksisterende tilbud, som appene Mamma Mia, VI-appen, Helseoversikt, 10 smarte tips, Jodel, Instagram og nettsidene Helsenorge og Kvinneguiden.



### Dybdeintervjuer

Strukturerte samtaler med mødre, partnere, helsepersonell og eksperter for å avdekke opplevelser, erfaringer og underliggende strukturer. Foregikk både digitalt og fysisk, med varighet på 30 – 120 minutter.



### Kartlegging

Kartlegging av dagens offentlige og private helsetilbud gjennom oppsett av brukerreise. Opplysningene er basert på desk research og intervjuer.



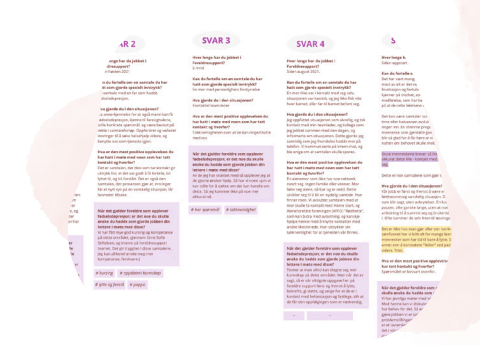
### Digitale forum

For å være oppdatert på hva som skrives om temaet har vi fulgt digitale forum og nyhetssaker tett underveis.



### Observasjon

Ved å besøke fire helsestasjoner i mange ulike bydeler i Oslo forsøkte vi å få inntrykk av atmosfære, informasjonsflyt og kommunikasjon på helsestasjoner.



### Spørreskjema

Digital undersøkelse med fem personer fra Foreldresupport.



### Kurs og konferanser

Vi har deltatt på følgende kurs gjennom prosjektet: Vi-foreldrekurs, SiO-kurs i depresjonsmestring, Mental Helsekonferansen 2022, Nå de små-konferansen og Kvinnehelsedagen 2022.





### Analyse

Systematiske analyser av intervjuer med brukere og av andre kartleggingsmetoder, for å finne fellestrekk, mønstre, underliggende strukturer og barrierer.



**MANGE TILBUD, LITE ANSVAR**  
 «Andre land har anerkjent det på en helt annen måte enn vi har gjort i Norge. Og de har bygd opp et system. Her blir det litt sånn at en henviser og håper at noen har tid.»  
 - Jordmor

### Utvikling av nøkkelfunn

Basert på analyse laget vi nøkkelfunn for å kommunisere ut hva vi hadde funnet ut så langt i prosessen.



### Co-Creation Workshops

Workshops med brukere med oppgaver og aktiviteter rundt idégenerering, tilbakemelding, problemstilling og funn.



### Visuelle prompts

Bruk av visuelle prompts til refleksjon rundt ulike problemstillinger og utforskning av mulighetsrom med mødre og helsepersonell. Eksempler på visuelle prompts er what if's, do's & don'ts, graderinger og skattekiste. Gjennom flere \*iterasjoner deltok mødre, partnere og helsepersonell individuelt eller gruppsvis.

\*Å iterere betyr å utvikle løsninger gjennom flere runder med utarbeiding, testing og justeringer.



### Historiefortelling

Vi har brukt historiefortelling til å dele opplevelser som ble avdekket underveis. Dette har også gitt oss mulighet til å evaluere om vårt inntrykk av opplevelsen stemmer overens med virkeligheten.



### Deling av funn

Fremlegging av funn i samtaler med brukere og aktører for å idemyldre på et felles grunnlag.



### Idégenerering

Idégenerering individuelt rundt fremtidens svangerskaps- og barselomsorg.



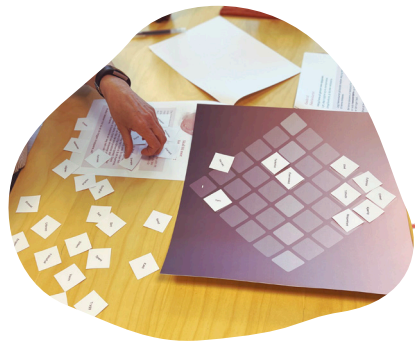
### Prototyping

Iterativ utvikling av løsningsforslag med varierende kvalitet. Fra raske skisser, wireframes og mockups til mer realistiske prototyper.



### Konsepttesting

Testing av konsept som en helhet gjennom deling av presentasjon og brukerhistorie, samt testing av konkrete touchpoints som Omsorgsheftet, samtaleverktøy og mail. Dette for å få tilbakemelding og refleksjon. I tillegg kunne utfordringer på prototyper og konsepter avdekkes.



### Rollepill / Case

Bruk av rollepill med mødre og helsepersonell for å teste samtaleverktøy og konsept.

## Refleksjon rundt metoder

### Å lytte

Som designere er det å lytte essensielt i møtet med brukere. Dette fikk vi bekreftet at gjelder spesielt i sårbare og vanskelige samtaler. Å ta seg tid til å lytte formet både designprosessen og utvikling av konseptet.

### Troverdighet

I møtet med helsepersonell oppdaget vi raskt at vår troverdighet knyttet til arbeid med psykisk helse ved fødsel var lav som tjenestedesignstudenter. Vi tok kontakt med et titalls antall helsestasjoner, sykehus og legekontorer med lite hell. Flere avslag skyldtes at vi ikke har helsefaglig bakgrunn. Samtidig er det forståelig at våre forespørsler ble nedprioritert i travle arbeidshverdager. Vi er derfor svært takknemlige for alle personer som satte av tid til å snakke med oss.

### Kartlegging av tjenesten

For å utnytte tiden vår med helsepersonell på best mulig måte kartla vi svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen i forkant. Dermed kunne vi fokusere på deres opplevelse av tjenesten, og få en bekreftelse på om vår forforståelse var riktig. Dette gjorde at vi raskt fikk oversikt over utfordringene til helsepersonell.

### Fremlegging av funn

Vi tok med oss våre nøkkelfunn fra intervjuer med mødre og partnere, samt fra kartlegging av helsetilbud inn i samtaler med helsepersonell. Ved å fremlegge funn, og bruke dette som samtalestartere, kunne vi ha en samtale på en fagspesifikk måte. Med det mener vi at vi kunne diskutere informasjon som verken var deres eller vår personlige oppfatning, men i stedet en samling av meninger fra en tredjepart. Metoden viste at vi som designere kan bringer inn nye perspektiver, og dette gav oss troverdighet.

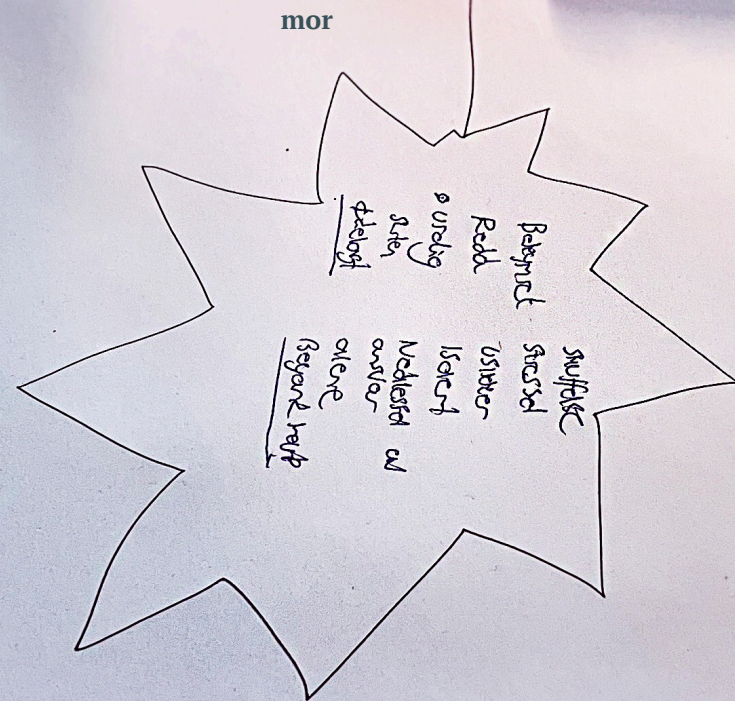
### Tverrfaglig samarbeid mellom jordmor og helsesykepleier

For å se forskjeller og likheter mellom jordmødres og helsesykepleieres yrkespraksis, hadde vi en workshop der konseptet vårt ble presentert for personer fra begge grupper. Målet var å finne ut hva som fungerte godt og hva som måtte justeres for at konseptet skal fungere gjennom hele svangerskaps- og barseltiden. Samarbeidet mellom jordmødre og helsesykepleiere styrket samtalen, samtidig som det tydeliggjorde ulike behov hos gruppene. Et eksempel på dette var at helsesykepleiere i større grad har behov for at foreldre kommer forberedt til møter, da de har mindre tid disponibelt til hver samtale. Jordmødre beskrev at det var enklere å være fleksibel.



Kartlegging av følelsesforløpet gjennom svangerskap og tiden etter fødsel

“Jeg følte ikke at det egentlig var rom for å være usikker når jeg var annengangsmor. Det tok meg litt på senga selv òg, fordi jeg hadde gjort det før, så jeg forventet det ikke.”



## 04 Innsikt

I dette kapittelet vil vi oppsummere innsikten som la grunnlaget for videre konseptutvikling av tjenesten.



## Anes historie

For å gi et innblikk i hvordan fødselsdepresjon kan **oppleves**, ønsker vi å fortelle Anes historie, basert på 17 intervjuer med mødre.

*For Ane sliter i morsrollen. Med hva, det vet vi ikke. Ingen har egentlig spurt.*



Gjennom svangerskapet hadde hun god kontakt med jordmor, og hun følte ikke store bekymringer for barseltiden. Selvfølgelig ville det nok være tøft å bli mor for første gang, men det er helt normalt å synes at det kan være krevende, fortalte de på helsestasjonen.





Og hun gledet seg jo sånn til den lille skulle komme.



Etter fødsel begynner Ane likevel å føle seg engstelig. Hun trodde hun var klar for det meste, men etter en dag på sykehus skal hun hjem og stå på egne ben. Babyen er ute, og Ane er ikke lenger i fokus.



De neste ukene prøver hun og hennes lille familie å finne seg til rette i den nye normalen.



For det er normalt å ikke sove mye den første tiden. Ane var bare ikke klar over hvor dårlig kroppen ville fungere etter flere uker uten søvn.





Det er også normalt at Ane gråt da hun ble skrevet ut fra barselavdelingen, det kalles jo barseltårer. For Ane gikk bare ikke følelsen av håpløshet over.



På seksukers-kontroll får Ane et skjema hun skal fylle ut. "Har du siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?" hun skriver ja.



Så snart går dagene. Ane gjør alt hun kan for å være en god mor. Hun ammer ...

... skifter bleier ...




Men det er helt normalt å være usikker i rollen som nybakt mor, får hun beskjed om. Ane har aldri fått barn før, men de på helsestasjonen har møtt mange mødre, så det kan vel stemme.

... og har lange våkenetter. Når barnet er våkent er hun supermamma på autopilot, men når dagen er omme, kommer mørket.





Noe føles galt. *Hvorfor er hun ikke lykkelig?*



Det kan ikke være en fødselsdepresjon, sier hun til seg selv. Fødselsdepresjon er skadelig for barnet. Men Ane elsker jo barnet sitt.



Hvis hun forteller noen hvor ulykkelig hun er, vil de bekrefte frykten hennes, og si at hun er en dårlig mor?

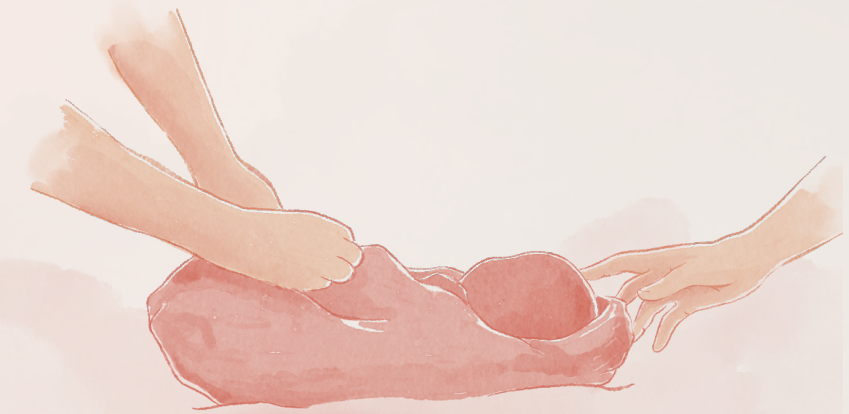


Og kanskje vil de til og med ta barnet fra henne.





Det er best å ikke si noe, dette klarer hun å finne ut av selv.  
Alle andre får det jo til.



På helsestasjonen blir målene tatt og vekten sjekket, og Ane får ros.  
Den lille vokser godt. Baby har det jo bra.



Ingen spør noe mer om hvordan Ane har det.



En dag renner det over. En telefon fra mormor, et spørsmål fra en venninne, eller bare nok en våken natt. Ane bryter sammen.





Hun ringer helsestasjonen og gråter på telefonen.

## *Hun trenger hjelp.*

Hva som skjer etterpå kommer helt an på hvem som plukker opp den telefonen.

## Barrierer

### Mødre og partnere

#### Historien til Ane er dessverre ikke unik.

Et fellestrekk for mødrene vi har møtt, er at deres fødselsdepresjon ofte startet med “normale” utfordringer, som endte med å eskalere til store mørke hull. Det var heller ikke sånn at de bare våknet en dag med fødselsdepresjon - hos flere kom det frem tydelige varseltegn tidlig i forløpet.

I innsiktsfasen forsøkte vi å finne ut hvorfor ikke mødrenes begynnende depresjon ble oppdaget. Resultatet av dette har vi sortert inn i barrierer:

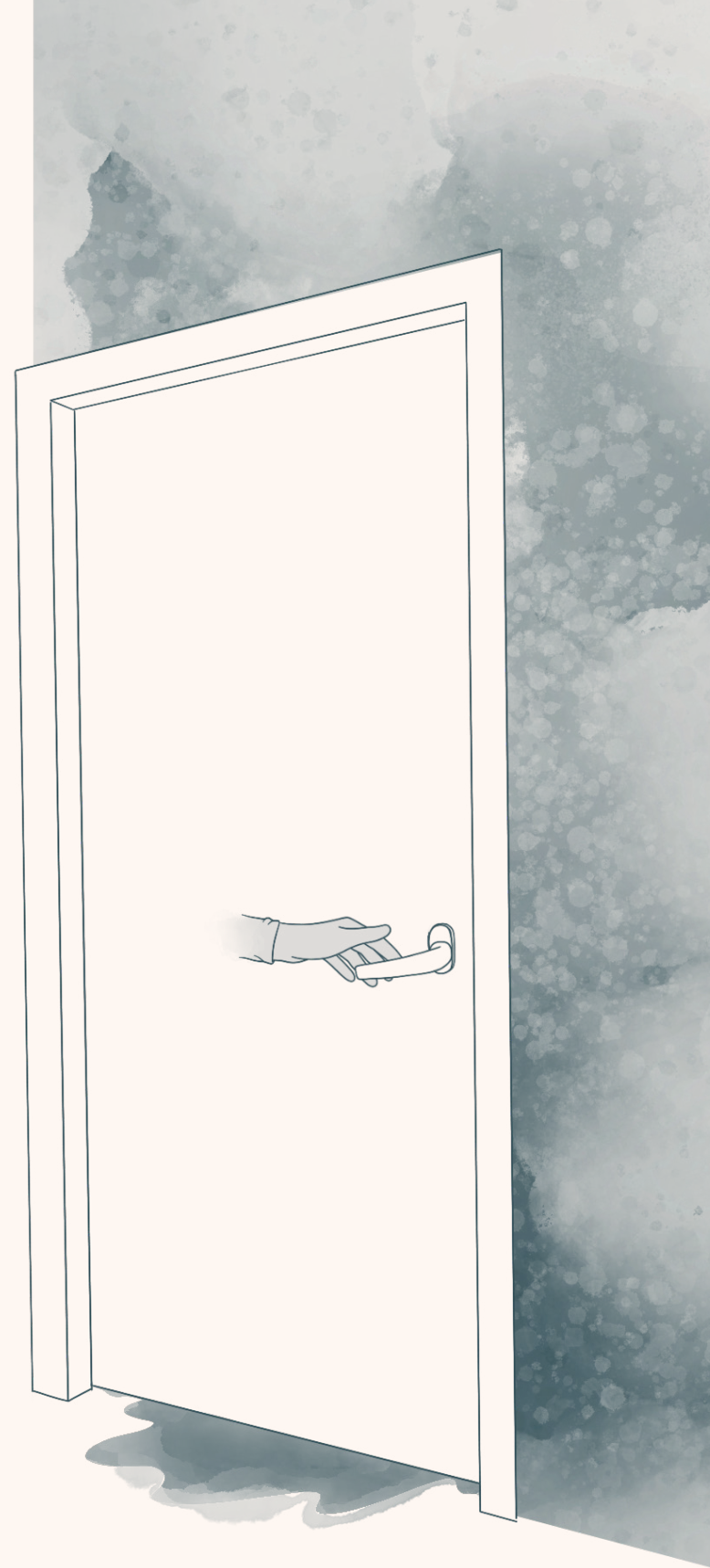
#### Barrierer for mor og partner

#### Barrierer for helsepersonell

#### Barrierer på tvers

*“I høst skjønte helsesykepleier omsider hvor tungt og heftig dette egentlig har vært. I og med at vi sitter med et samlivsbrudd nå. Så det er så gærent det kan gå, hvis man ikke blir plukket opp ordentlig.”*

**mor**



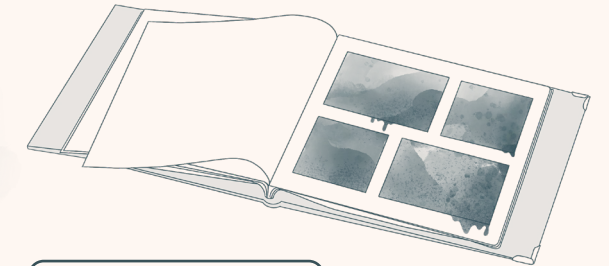
#### FORVENTNINGER

#### Alle andre får det til

For mange handler det om en avvisning av problemet i starten. Alle andre får jo til søvnløse netter, barnegråt og amming, og en prøver å komme seg gjennom perioden på den måten en tror det er forventet.

*“Ingenting ble som forventet. Ikke lå ungen i vogn, ikke lå han noe sted, og ikke var jeg på café, og han bare grein. Jeg følte meg helt alene i å ha det sånn, for jeg så fortsatt folk gå rundt med ungen i vogn og på café. Det var ingen som noensinne hadde sagt at det også kunne være sånn her, så fallhøyden ble så himla høy og skuffelsen så stor. Du føler deg så mislykket, fordi det er jo sikkert du som gjør noe gærnt da alle andre driver og triller. Så det gikk til helvete.”*

**mor**



#### BAGATELLISERING

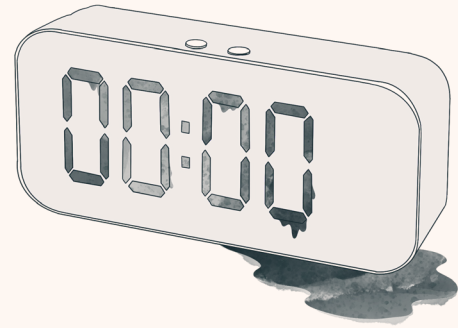
#### Det går snart over

Så kommer alt snakket om at dette bare er en “fase”. “Bare vent til barnet blir to år, da kommer du til å savne denne tiden!”. Tenk hvordan det er for noen som går gjennom en så vanskelig periode i livet sitt å få høre at bare vent – det blir verre!

*“Det er bra helsepersonell sier det er normalt å ha svingningene, men hvis det er alt du sier så blir det litt som at en ikke føler seg møtt og anerkjent. ‘Skjønner at du har det tøft, at du har det vanskelig.’ Ikke bare si ‘Dette går over’ når hun som sitter der føler at alt er kaos. Folk må føle at de blir møtt på følelsene sine og at de blir tatt på alvor hvis de deler. De aller fleste detter jo ut og tenker ‘da var det ikke vits å få hjelp fra deg’.”*

**mor**





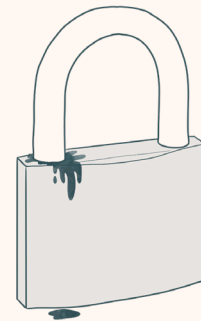
KUNNSKAP

### Jeg skjønnte ikke selv at jeg var syk

Deretter, når problemet vokser, er det ofte vanskelig å skille mellom hva som er "normalt" og hva som er en begynnende depresjon. For de som har hørt om begrepet fødselsdepresjon, forbinder det ofte med tilfeller hvor mor blir deprimert og skader barnet sitt, noe som langt fra alltid er tilfellet. Her er det viktig å skille mellom tanker, som er skremmende, grusomt og smertefullt for mor eller partner, og handlinger som kan skade barnet.

*"Det er et problem i helsevesenet, og som man sier 'for å være syk så må du være frisk'. Du må liksom være frisk nok til å klare å be om hjelp for å få den. Og du må være frisk nok til å innse at du trenger hjelp."*

mor



TABUER

### Frykt og skam

Til slutt, når tomheten er så stor at du ikke ser glede i livet lenger, og tankene har vokst seg så store at de skremmer deg selv, kommer frykten for å dele hva du sliter med. Hva vil det si om deg som forelder? Og hvis fødselsdepresjon er så skadelig for barnet – hva vil da skje med barnet ditt?

*"Jeg var faktisk bekymret for barnevernet. Jeg tenkte at hvis det her kommer ut, så kommer de og henter henne. Da var ikke jeg skikket til å være mor. Det var samboeren min redd for òg."*

mor

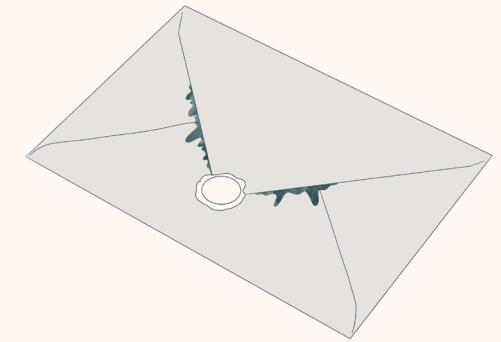


### Utad var jeg normal

Flere av mødrene vi snakket med fortalte at de trodde at de ikke fikk tidlig hjelp fordi de utad fremsto som ressurssterke. Selv de som hadde fortalt til andre at de slet ble det ikke tatt på alvor, fordi det virket som at de hadde kontroll. Uten rutinemessige tiltak faller mange utenom radaren.

*"Jeg sa at jeg trenger å sykemeldes sånn at jeg vet at jeg har en trygg voksen som kan være rundt barna mine. Mannen min og legen min var litt mer tilbakeholden fordi de nok så meg fra en annen vinkel. De så at jeg strakk til. At jeg møtte blikket hans, at jeg løftet han opp når han gråt. Og jeg gjorde nok det, men inni meg så følte det ut som et enormt kaos. Jeg fikk ikke med meg de gode tingene som jeg selv gjorde."*

mor



### Involvering av partner

Partner blir i dag lite involvert. Som et resultat forteller partnere at de var usikre på hvordan de kunne hjelpe til og støtte da mor slet, samt at de ikke fant støtte til seg selv. Både mødrene og partnerne vi snakket med ønsket større involvering av partner i helsetilbudet, og et generelt større fokus på familien som en helhet.

*"Jeg hadde egentlig press fra veldig mange kanter på et tidspunkt, og det førte til at jeg fikk et panikkanfall når partneren min truet med å ta livet sitt igjen. Så jeg ble sykemeldt en uke eller to. Det var press fra alle kanter: fastlegen, arbeidsgiveren og kollegaer. Også fra helsestasjonen, for det var ikke deres mandat å hjelpe oss."*

partner

## Helsepersonell

### Å følge opp den psykiske helsen krever tid

Barrierene gjør at arbeid med psykisk helse ofte blir tidkrevende og avansert, da helsepersonell må forsøke å se gjennom masken som mor eller partner har bygd opp. Jordmødre og helsesykepleier forteller at tillitsbyggende arbeid er noe av det viktigste de jobber med for å forebygge, men at dette tar tid.

*“Veldig mange er flinke til å kamuflere. De ønsker å fremstå som mestere, så det kan være vanskelig å få fatt i dem. Det kan ta lang tid å fange opp at noen sliter, og noen fanger man ikke opp.”*

**helsesykepleier**

*“Helsestasjonen var for meg ikke et sted jeg kunne søke råd og få hjelp. Det var et sted hvor en skulle prestere som mamma. Det var ikke et sted hvor en kunne komme inn i joggebukse og si ‘fy faen, nå er jeg sliten’. Det var å ta på seg det fineste smilet en har, ha babyen nybadet og være sterk. Alt skulle være helt perfekt!”*

**mor**



### Tidspress og ressursmangel

I tillegg forteller helsepersonell at de er presset på både tid og ressurser. Som en konsekvens av dette kan enkelte kvie seg for å spørre om hvordan mor egentlig har det, fordi de ikke har tid og kapasitet til å håndtere svaret. Det er stor variasjon i hvor mye ressurser og tid hver helsepersonell har, og dette avhenger av helsestasjonens og kommunens ressurser.

*“Det er travle dager, og av og til føler jeg at jeg ikke har tid.”*

**helsesykepleier**

### Variierende kompetanse

I tillegg fortalte jordmødrene og helsesykepleierne at det kan være vanskelig å snakke om psykiske utfordringer, da de selv kjenner på en manglende kompetanse på feltet.

Psykisk helse i svangerskapet og tiden etter fødsel er i dag en svært liten del av utdanningen, og den dreier seg i all hovedsak om kliniske diagnoser og symptomer. Dessverre inneholder utdanningen lite til ingenting om hvordan en burde møte og samtale med mødre og partnere om det som er vanskelig. Helsepersonell ser likevel viktigheten av temaet og det å støtte opp under psykisk helse. Enkelte tar videreutdanning for å bli tryggere i rollen, men dette er en interessesak og ikke felles for alle i yrket.

*“For min egen del er det at jeg føler at jeg ikke strekker til. Jeg skulle gjerne vært psykolog, men det er jeg ikke. Jeg har mange samtaler og kommer med tips og råd, men jeg føler at jeg ikke strekker til.”*

**helsesykepleier**



## På tvers

### Informasjonsflyt

Det er i dag enorme mengder informasjon å forholde seg til som kommende forelder. Det finnes hundrevis av bøker en burde lese, nettsider en burde kjenne til og forum en burde deltatt i. Dette kan virke overveldende.

Det er også utfordringer knyttet til informasjonsoverføringen mellom jordmor, fastlegen, helsesykepleier og sykehuset. Mye av informasjonen om mor deles i dag via det fysiske helsekortet. Dette gjør at svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen oppleves som tre separate tjenester i stedet for en helhetlig tjenestereise. I tillegg kan mødre og partnere føle at de må gjenfortelle eller utlevere seg selv på nytt.

*“Selv om man er aldri så åpen, så er det ikke sånn at man nødvendigvis innser hva man sitter med likevel. Selv om det virker som om jeg har hatt kontroll, så har jeg ikke hatt det. Eller jeg har hatt det, men det sliter meg jo ut å være den som sitter med kontrollen. Så kanskje rett og slett noe regelmessig, ikke noe spørreskjema, men at det regelmessig blir tatt tak i når du kommer tilbake og har det samme problemet hver gang.”*

**mor**



### Hvem har ansvaret?

Midt oppi spedbarnsforeldres strev og helsepersonell sine utfordringer kommer spørsmålet om hvem som har ansvar for at tegn på psykiske utfordringer oppdages. Varierende mengde tid og kompetanse, gjør at enkelte helsepersonell er avhengig av at mødre og partnere selv tar ansvar med å fortelle om hvordan de egentlig har det.

*“Jeg spør alltid: Hvordan går det med deg? Det er det jeg føler at jeg kan gjøre. Hvis hun da velger å bare si at alt er bra så, ja. Da tenker jeg at det er de som har ansvaret for å gi beskjed hvis de sliter med noe. Det er ikke noen annen måte å finne ut av det på tenker jeg.”*

**helsesykepleier**

Samtidig er det som vi nå vet flere barrierer som hindrer mor og partner i å fortelle. Dette gjør det vanskelig å tillegge noen av partene ansvaret, da begge parter gis en rolle som det ikke er tilrettelagt for at noen av dem kan fylle.

*Jeg ville ha noen som kunne snakke med meg,  
ikke dope meg ned.*

**mor**

## Spissing av problemstilling

*Hvordan kan tjenstedesign bidra til å forebygge fødselsdepresjon, samt bidra til å støtte dem som opplever det?*

Etter innsiktsfasen spisset vi problemstillingen. Vi hadde til nå fokusert på hele løpet; fra en blir gravid til en har utviklet en alvorlig fødselsdepresjon og trenger hjelp fra noen med spesialkompetanse. Dette var et enormt område å ta tak i.

### Hvordan kan vi bidra til å støtte dem som opplever det?

Problemene var komplekst sammensatt, og spente seg fra å støtte de med tidlige symptomer til de som var suicidale. For det første så vi store problemer med tilbudene som en kan bli henvist til ved alvorlige tilfeller. I dag er det få behandlingstilbud til dem som får en alvorlig fødselsdepresjon. Det er vanskelig for både helsepersonell, eksperter og hjelpetiltakene selv å påpeke nøyaktig hvem som har ansvar for å hjelpe dem. På den andre siden er det et kapasitetsproblem. Ventelistene er lange, og mange får ikke hjelp før det har gått flere måneder.

Dette tok oss tilbake til forebygging. Vi kunne velge å fokusere på å jobbe med systemet som skal hjelpe alvorlig fødselsdeprimerte, eller vi kunne se på hvordan vi kan sikre at færre faktisk må inn i systemet i utgangspunktet.

På helsestasjonene kan helsepersonell tilby støttesamtaler og andre lavterskelstilbud om det oppdages at noen har det vanskelig. Vi så at ved å jobbe for at flere mottar disse forebyggende lavterskelstilbudene kan vi unngå at mange utvikler en alvorlig fødselsdepresjon. Dermed blir det færre som må sendes videre til et system som i dag ikke kan ta imot dem. Vi spisset derfor problemstillingen vår mot forebygging. Samtidig understreker vi at forbedring av tilbud mot alvorlig fødselsdepresjon må jobbes videre med. Dette havner imidlertid utenfor vår diplomoppgave.



## Oppsummert – Barrierer

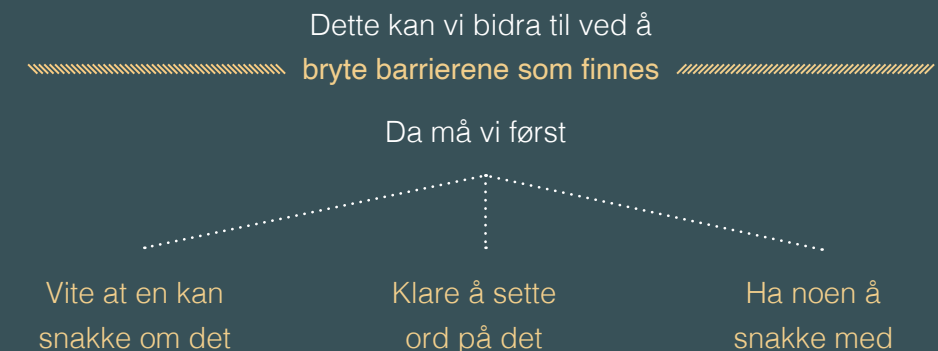
Det er altså mange barrierer, basert på kunnskap og tabuer, som ligger til grunn for at problemer kan bli store og vonde. Det kan også være ulik forståelse av problemet fra helsepersonell til mødrene / partnerne, som gjør at det kan ta lang

tid før det oppdages, selv om en forteller tidlig. Til slutt er det begrensninger i form av tid og kompetanse som kan gjøre det krevende for helsepersonell å møte de som sliter.

Vi kan ikke fjerne helt at det er en stor omveltning å få barn, og vi kan heller ikke gi en standardisert løsning til alle individuelle utfordringer.

Vi kan imidlertid trygge foreldre i å håndtere dette, og være en støtte for dem når de trenger det.

### Forebygging handler om å unngå at utfordringene blir for store.







Kartlegging av konseptforslag sett på tvers av tjenestetilbudet.

## 05 Idégenerering

I dette kapittelet vil vi vise hvordan vi har utviklet konseptet sammen med brukere, og hvordan vi gikk videre fra innsikten vår.

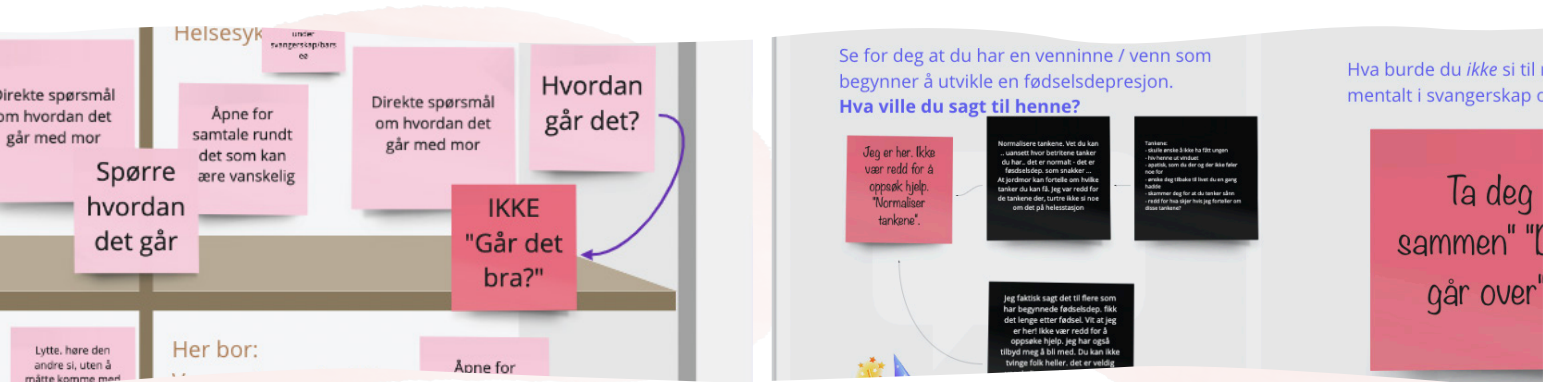
**Vi så på to deler:**

1. Hvordan skape en tjeneste som fjerner barrierer og åpner rommet for å snakke om psykisk helse?
2. Hvordan kan vi styrke helsepersonell i rollen som støtte for mødre og partnere før og etter fødsel?



# 1. Hvordan skape en tjeneste som fjerner barrierer og åpner rommet for å snakke om psykisk helse?

Vi satte opp ulike idégenererings-workshops med mødre ved bruk av visuelle prompts, what if's og scenariotesting. Samtalene ble holdt i Miro, hvor brukeren selv var delaktig. Vi varierte mellom å holde samtalen alene og med to og to, samt mellom å gi åpne og mer spissede oppgaver.



**Gjennom disse workshopene så vi at for å skape en tjeneste som fjerner barrierer og åpner rommet for å snakke om psykisk helse i svangerskap og barsel måtte vi:**

Normalisere psykiske utfordringer en kan ha i svangerskapet og barseltiden. Med normalisere mener vi å gjøre det trygt å fortelle om det. Dette kan gjøres ved å øke kunnskapen om psykisk helse i samfunnet, og på den måten minske tabuene rundt temaet. For å forebygge utviklingen av psykisk uhelse måtte vi skape en tjeneste som kan bidra til å håndtere og reflektere rundt tanker, følelser, bekymringer og forventninger. Til slutt utforsket vi hva som er riktig \*tone of voice for disse aspektene, sett gjennom hele tjenestereisen. Tone of voice er viktig for å skape trygghet og tillit.

*\*Tone of voice er et uttrykk som beskriver tjenestens verbale identitet. Altså hvordan tjenesten fremstår gjennom ordbruk og personlighet – både skriftlig og muntlig.*

**BILDE 1** Utsnitt fra workshop hvor vi utforsket hva som kunne gjøre det enklere å snakke om psykisk helse.

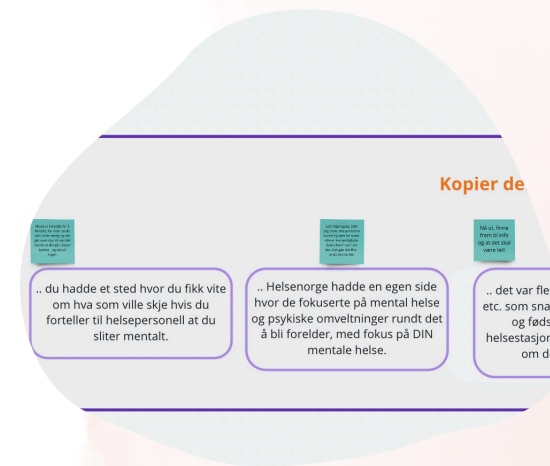
**BILDE 2** Utsnitt fra workshop hvor vi utforsket "does & dont's" i ordbruk.

## Spisser retningen

Med utgangspunkt i dette lagde vi oppgaver som fokuserte på refleksjon rundt for eksempel tabuer, hva en trenger kunnskap om og hvordan dette kan bringes opp. Vi utviklet også flere mindre konseptforslag som vi fikk tilbakemeldinger på fra brukerne. Her var fokuset på hvilket utbytte de kunne gitt og hvilke utfordringer de eventuelt kunne skape. I denne fasen la vi sterkt fokus på å konkretisere tone of voice for tjenesten, da dette var avgjørende for at tjenestens intensjon skulle komme tydelig frem, og at en ikke ordla seg på en måte som kunne forsterke barrierene.



**BILDE 1** Runde to med workshop spisset vi spørsmålene.



**BILDE 2** Mødrene fikk reflektere rundt ulike scenarier som utgangspunkt for samtale.

## Små drypp

Sammen med funnene tidligere i prosessen fikk vi bekreftet at forebygging av psykiske utfordringer i svangerskaps- og barselomsorgen handler om å innføre små drypp gjennom hele tjenesteforløpet, i stedet for store, enkeltstående omveltninger. Forebygging må en jobbe kontinuerlig med.



## 2. Hvordan kan vi styrke helsepersonell i rollen som støtte for mødre og partnere før og etter fødsel?

Det er enkelt å si at en i fremtiden ønsker seg mer tid, penger og personale. Å finne ut hva en ville gjort konkret med mer tid, penger og personale er mer utfordrende. For å åpne for kreativ tenking med helsepersonell presenterte vi åpne scenarioer, samt fremtider, hvor lover og retningslinjer var endret. I tillegg reflekterte vi sammen rundt mødre og partners opplevelse gjennom våre funn, og hvilke rolle helsepersonell har i forhold til dette.



Dette ga oss mulighet til å reflektere over hvilke fordeler og utfordringer ulike tiltak kunne gi helsepersonell, og hvordan det ville påvirke deres arbeidshverdag. Dette var verdifullt for oppgaven, men ga oss også større forståelse for offentlig helsesektor som en arena for design, gjennom dagens retningslinjer og krav. I samtale med ledere på helsestasjoner reflekterte vi rundt tiltak som kan konkretisere tid brukt på psykisk helse.

**For å skape en tjeneste som styrker helsepersonell i rollen som støtte for mødre og partnere må vi:** sikre at de får satt av tid til å snakke om psykisk helse. Ved å gi konkrete arbeidsoppgaver er det lettere å få avsatt tid til gjennomføring. Å forberede mødre og partnere på hva som skal skje på kontrollene kan bidra til å frigjøre tid. Informasjonsoverføring om mor og partners psykiske helse mellom jordmor, helsesykepleier og fastlege vil gi opplevelsen av en mer helhetlig tjeneste.

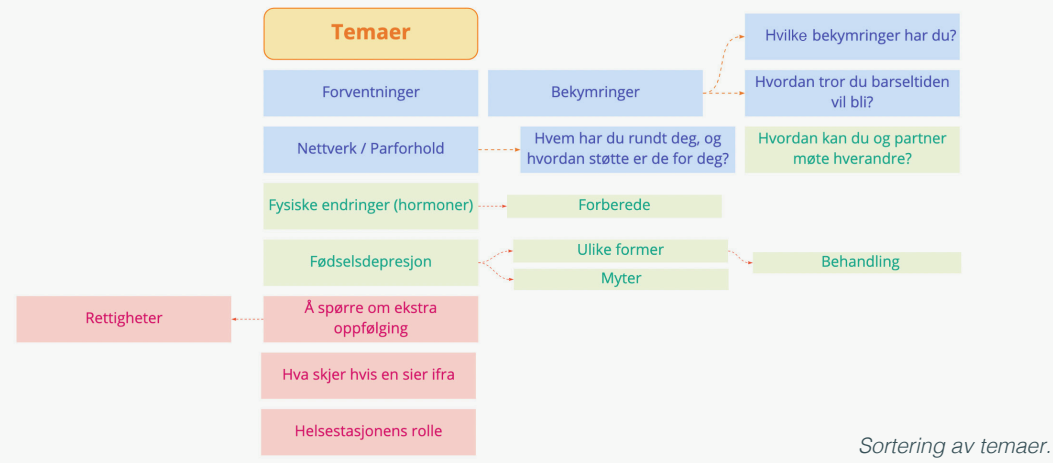
## Oppsummert - 6 krav til tjenesten

1. Tjenesten må skape rom og tillit til å snakke om psykisk helse.
2. Tjenesten må inkludere kompetanseheving om psykisk helse for helsepersonell.
3. Tjenesten må bidra til å adressere forventninger og bekymringer.
4. Tjenesten må inkludere partner eller nærmeste støttespiller i svangerskaps- og barseloppfølgingen.
5. Tjenesten må styrke helsestasjonens arbeid med psykisk helse, både før og etter fødsel.
6. Tjenesten må bidra til å knytte svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen tettere sammen.

# 06 Konseptutvikling

I dette kapitlet vil vi utdype de tre hovedfasene av konseptutviklingen, som alle ledet frem mot konsept.





Sortering av temaer.

## Konsept 2.0

Utvikling og testing av samtaleverktøy.

### Fra ènveis kunnskapsdeling til toveis kommunikasjon

Det handlet nemlig ikke bare om å vite at en kan ha mange følelser, tanker og bekymringer, men også om å få hjelp til å dele dem ufiltrert med andre. Vi måtte derfor gjøre det lettere å snakke uten filter. Samtidig ville vi hjelpe helsepersonell med å tidlig oppdage om noen sliter. Vi trengte derfor ikke bare ènveis kunnskapsdeling, men også kommunikasjon. På denne måten kan helsepersonell gi støtte tilpasset brukernes egne behov.

Psykisk helse måtte rett og slett bli en naturlig del av konsultasjonene på helsestasjonen.

Temabanken i konsept 1.0 ble utgangspunktet for utvikling av flere samtaleverktøy. Et samtaleverktøy kan være et hjelpemiddel som fremmer bedre kommunikasjon rundt vanskelige temaer.

## Konsept 1.0

Konkretisere temaer for kunnskapsøking, samt hvordan vi kan spre kunnskapen.

### Kunnskap til mødre og partnere

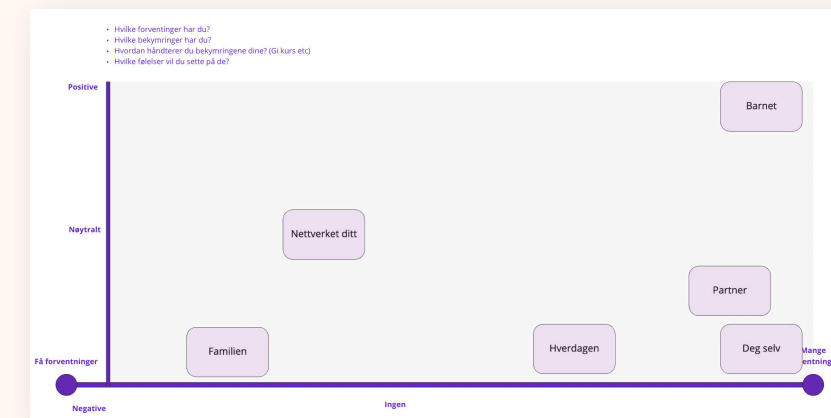
Vi utviklet, med kravene i tankene, et tidlig konseptforslag, som skulle gi kunnskap om psykisk helse, øke tilliten til helsetilbudet og sikre tettere oppfølging av mor og partners psykisk helse.

I konseptutviklingen idégenererte vi, sammen med mødre, partnere og helsepersonell, om hvordan dette kunne gjøres. Forslag var plakater, buttons, mail, barrierekort, refleksjonsbrev, informasjonskampanjer på sosiale medier, forlengede åpningstider på helsestasjonen og babyshowergaver som skulle inkludere nettverket. Vi så at fellestrekket var at vi måtte dekke et bredt spekter av temaer.

Vi begynte derfor å konkretisere nøyaktig hvilke temaer vi måtte dekke. Gjennom dette utviklet vi en temabank, hvor vi sorterte inn overordnede temaer og underkategorier.

Eksempler på temaer som kom opp var forventninger og bekymringer. Det finnes tusenvis av bekymringer og forventninger en kan ha, og det er ikke mulig å dekke disse kun ved å lese om dem. For å dekke de bekymringene og forventningene hver individuelle person har, var det derfor best om de kunne luften disse med noen som kan svare konkret. Dette var noe vi måtte fasilitere for.

Tidlig utforsking av samtaleverktøy



Hvordan kan første oppstartssamtale med helsepersonell være?

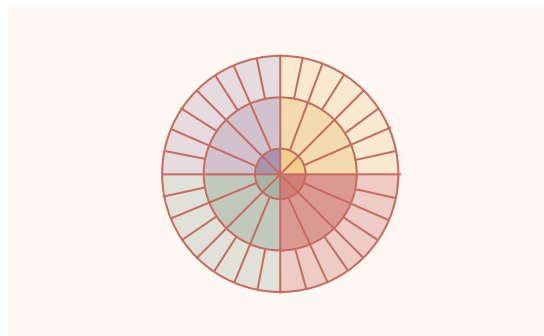




## Følelser

Vi startet med å utforske hvordan vi lettere kan snakke om følelser. Som nevnt i metoder, brukte vi visuelle virkemidler i samtale med mødrene, for å enklere åpne opp for samtaler. Vi ønsket derfor å se om bruk av visuelle virkemidler også kunne gjøre det lettere å konkretisere hvilke følelser en kjenner på. Som utgangspunkt for dette utforsket vi hva følelser er og hvordan de påvirker oss. Vi så at i psykologien er det standardisert å sette opp følelser i en sirkel med flere lag.

I samtalene vi hadde hatt tidligere i prosessen, hadde mødrene og partnerne trukket frem ulike følelser som preget deres situasjon. Det ga oss en hypotese om at mennesker har individuelle opplevelser av følelser, og at alles oppfatning av følelser er forskjellig. Vi ønsket derfor å la brukerne plassere følelsene sine selv, for lettere å kunne starte en samtale rundt hvordan en opplever de følelsene en har, og ikke bare at en har dem. Vi startet da med et firkantet tomt kart, hvor brukerne kunne rangere følelser fra best til verst i en diagonal linje.



Eksempel på oppsett av et mer tradisjonelt følelseskart.

Følelser

Optimistisk	Interessert	Sett	Glad	Energisk	Lykkelig
Stresset	Spent	Rolig	Forventningsfull	Avslappet	Kjærlig
Trist	Engstelig	Forventningsfull	Tankefull	Elsket	Varm
Deprimert	Oversett	Sliten	Nervøs	Trygg	Tilfreds
Fortvilet	Ulykkelig	Sint	Usikker	Overveldet	Tiltsful
Håpløs	Tom	Maktesløs	Ensom	Kald	Altoppslukt

Tidlig oppsett av vårt følelseskart.

## Tidlige tester

Vi startet tidlig testing med 8 personer som ikke hadde opplevd fødselsdepresjon. Vi forklarte dem hva vi skulle gjøre, og at de kunne være så "ærlig" eller "uærlig" som de måtte ønske gjennom testen, da det viktigste var å få tilbakemeldinger på selve metoden. Deretter spurte vi om de kunne fortelle oss hvordan de hadde det.

### Etter dette gjorde vi følgende:

1. Ga dem et sett med følelser og ba dem plassere dem ut fra best til verst i kartet.
2. Spurte dem om de hadde lyst til å fortelle litt om hvorfor de hadde plassert dem slik.
3. Ga dem 9 brikker og ba dem plassere brikkene på de følelsene som hadde vært sterkest de siste to ukene.
4. Spurte dem om de hadde lyst til å fortelle litt om de følelsene de hadde lagt brikkene på.

Etter dette reflekterte vi med brukerne om hvordan det var å snakke rundt følelser ved hjelp av kartet, mot hvordan det var å svare på spørsmål om hvordan de hadde det.

Gjennom dette så vi at det å sette opp sitt eget kart, som ikke fulgte den tradisjonelle sirkelen, hadde enda en positiv side:

### Scenario

For person A kan følelsen "Sint" være en voldsomt negativ følelse, som kan gi avmakt og frustrasjon. For person B kan denne følelsen gi handlingskraft og mål. Det vil derfor avhenge mye av person B sine kunnskaper for å kunne ta person A sine følelser på alvor. Ved at person A får rangere følelsene først blir person B klar over hvordan vedkommende rangerer sine følelser, og får dermed større mulighet til å forstå hvordan person A håndterer disse.

### Plassering av følelser i fri form

Etter å ha testet noen runder med et forhåndsbestemt oppsett av følelser, måtte vi ta et skritt tilbake. Hadde vi egentlig satt opp kartet på best mulig måte? Vi bestemte oss for å teste med fri form. I de neste testene ga vi brukerne kun følelsene og ba dem rangere dem fra best til vondest. De fikk ingen føring på hvordan følelsene skulle legges ut. Samtlige av brukere la færre følelser mot ytterpunktene og flere følelser mot midten. Selv uten et kart som grunnlag la brukerne følelsene ut i ulike varianter av firkanter. Dette viste oss at hypotesen vår, om at dette var en god oppsettsform, kunne stemme.



## Testing del 1

### Samtalen

Brukerne ga tilbakemeldinger på at det ble lettere å forklare følelsene sine ved hjelp av kartet, og at det ga et mer nyansert bilde av egne følelser. Flere påpekte at de hadde som vane å svare "Det går bra" om de ble spurt "Hvordan har du det?".

### Oppsettet

Vi oppdaget også at oppsettet av kartet var litt utydelig. Vi måtte bruke unødvendig mye tid på å forklare hvilken side en skulle plassere "vonde" følelser på og hvilken side en skulle plassere "gode". Vi lagde derfor nye iterasjoner av kartet som vi testet på nytt.

### Følelser

Vi spurte også brukerne om det var følelseskort de savnet, og hvor de eventuelt ville plassere disse på kartet. Brukerne bidro med nye følelseskort. Disse tok vi bilde av og brukte dem som utgangspunkt for å revidere følelseskortene vi hadde tatt med. Vi testet også å ikke gi brukerne noen følelseskort, slik at de selv måtte skrive følelser de kom på. Vi så at dette var utfordrende og ga oss bekreftelse på at det kan være vanskelig å sette ord på følelser.

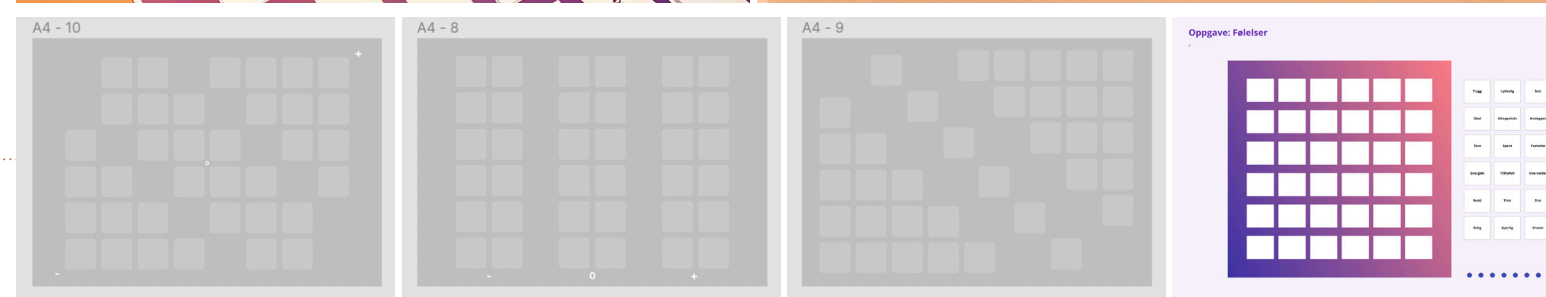
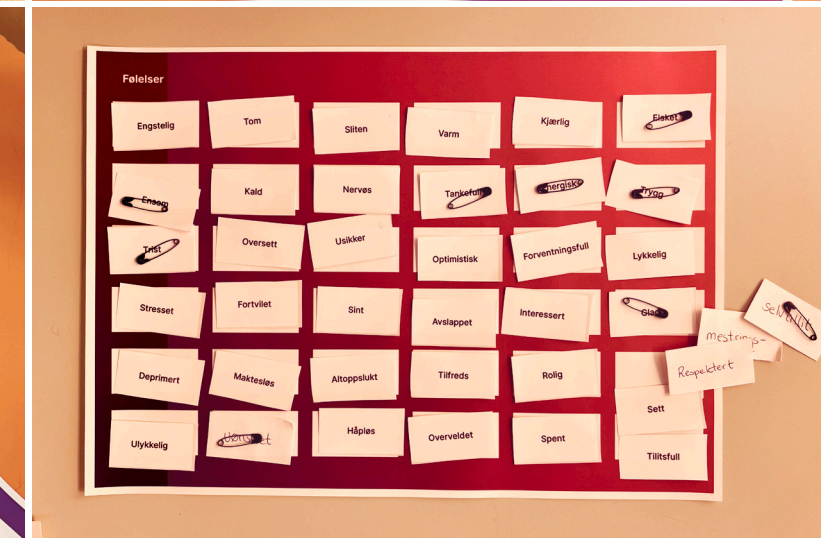
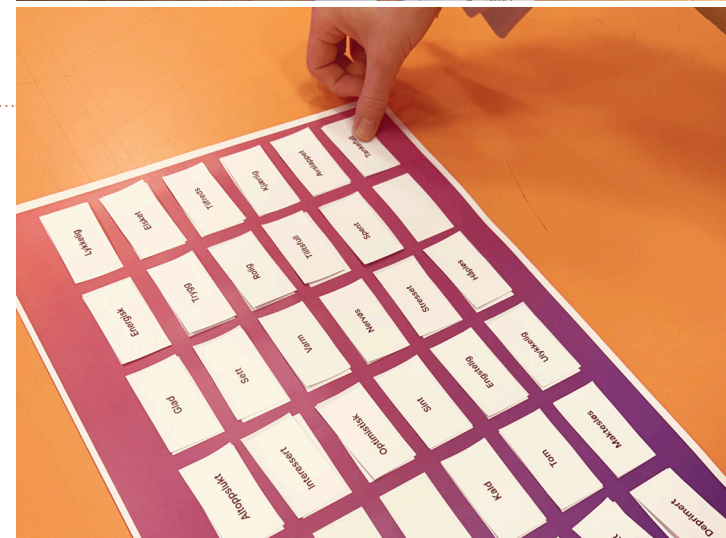
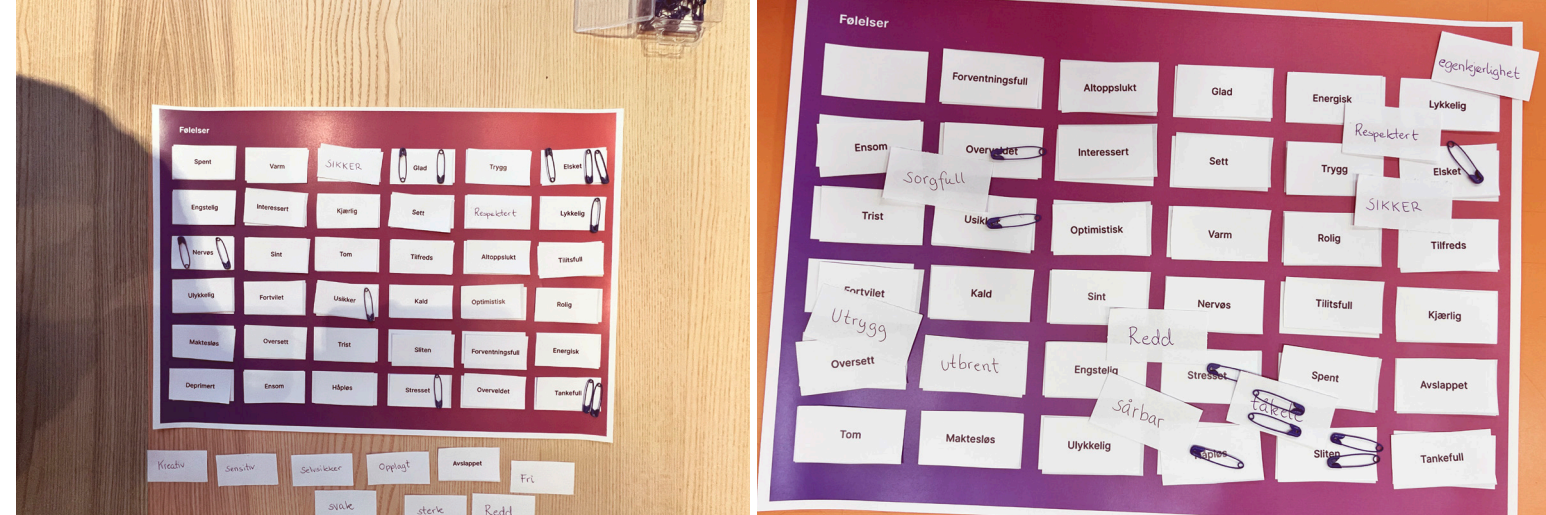
### Tid

Hele seansen tok mellom 15-20 minutter per bruker.

Brukertester av verktøyet

Testing av oppsett

Ulike følelser fra brukere





## Testing del 2

Den itererte versjonen av følelseskartet ble utgangspunkt for videre testing med helsepersonell og mødre. Målet var å finne ut hvordan det opplevdes å skulle fasilitere kartlegging, og hvordan det opplevdes å kartlegge egne følelser. Vi testet også hvilke muligheter kartleggingen ga for samtaler om følelser.

### Helsepersonell

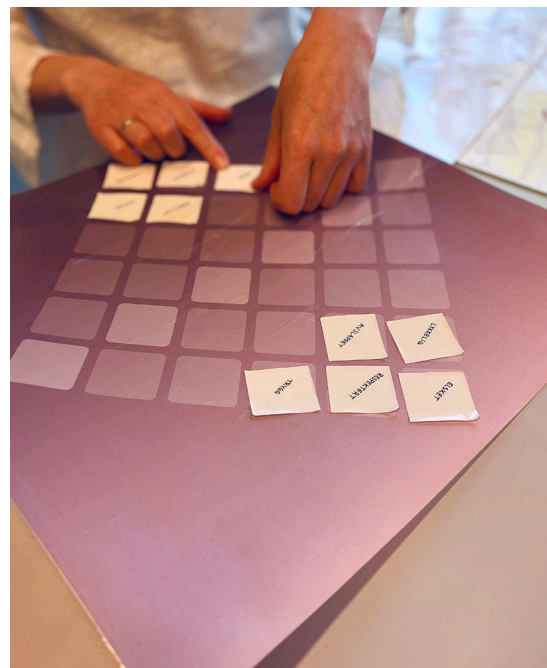
Vi ga helsepersonell ulike roller:

- Helsepersonell hadde rollen som mor og vi var helsepersonell.
- Vi hadde rollen som mor og helsepersonell var seg selv.
- To og to helsepersonell sammen hvor en hadde rollen som mor og en hadde rollen som helsepersonell.

I en av disse testene brukte vi ordet "rollespill", og dette ga umiddelbart negative reaksjoner. Etter gjennomføring fikk vi tilbakemelding på at "case" passet bedre til å beskrive testen. Dette tok vi med oss i videre møter med andre helsepersonell.

### Mødre og partnere

Mødrene og partnerne vi testet med var veldig positive til denne måten å snakke om følelser på. En av dem var så fornøyd at hun ønsket å ta med seg resultatet fra kartleggingen til sitt neste møte med helsesykepleier.



## Tanker

*“Tanken i seg selv spiste meg ikke opp, jeg visste jo at jeg ikke kom til å gjøre det. Men det var det at jeg tenkte at det her var det bare jeg som tenkte. Da tenkte jeg at jeg var gæ’ærn.”*

**mor**

**mor**

*“Jeg skulle ønske at jordmor kan fortelle om hvilke tanker du kan få. Jeg var redd for de tankene jeg hadde. Jeg turte ikke si noe om det på helsestasjonen.”*

**mor**

## Utvikling

Mødrene vi snakket med fortalte om hvordan vonde tanker kunne bli uutholdelige, og hvordan flere hadde tanker de aldri turte å fortelle til helsestasjonen og familie sin. Samtidig kunne helsepersonell fortelle oss om de samme tankene, og at de visste at disse type tanker var noe mange kunne slite med. Vi ønsket derfor å se på hvordan vi kunne gjøre mødre og partnere kjent med tanker en kan ha, samtidig som vi gjorde dem bevisste på at helsepersonell var klar over dette og ikke ville dømme dem.

Vi samlet derfor sammen både gode og vonde tanker vi hadde fått høre i løpet av samtaler med mødre, partnere og helsepersonell. Vi samlet også inn tanker fra artikler og fra diverse forum.

## Testing

Videre testet vi hvordan det var å få tankene presentert. Vi så at det var en fordel å få presentert fine og vonde tanker sammen, da det ofte kan være at en har positive og negative tanker samtidig.

Det å bli presentert for mange vonde tanker kan likevel være tøft. Det ble derfor essensielt at dette burde gjøres i trygge rammer, fulgt opp av en samtale.



## Oppsummert – Funn fra samtaleverktøy

1. Tidsbesparende å plassere følelser på kartet kun en gang, slik at en på neste kontroll kan gå rett til å snakke om følelser som har dominert den siste tiden.
2. Behov for å sette følelseskartet og tankekortene i et system eller en større kontekst.
3. Det ble lettere å sette ord på følelser og tanker.
4. Å ha diamantform på kartet gjorde det lettere å plassere ut følelsene.
5. Fordel å beskrive følelsene som “gode” og “vonde”, og ikke “vanskelige” og “best”, da dette beskrev formålet bedre.
6. Ønske om å bruke følelseskartet fra uke 4 etter fødsel, og at dette kan brukes før EPDS.



## Konsept 3.0

Å sette verktøyene i system. Vurdering av fysiske vs. digitale løsninger.

### Tjenesten Omsorg

Etter brukertesting så vi at konsept 1.0 og 2.0 komplementerte hverandre, og at tjenesten ville oppnå best effekt ved å være en sammensetning av disse. Spørsmålet ble da; hvordan setter vi disse verktøyene i system?

Vi testet ulike sammensetninger og tidspunkt for når delene skulle brukes. Delene vi gikk videre med fra konsept 1.0 var mail, refleksjon over nettverk, kunnskapsbygging og temabanken.

Både følelses- og tankeverktøyene fra konsept 2.0 ble med videre, da brukerne og helsepersonell var svært positive til dette. Buttons og plakat ble med videre som et lite touchpoint, men ikke som et bærende element.

Ett av dilemmaene vi måtte ta stilling til var om dette skulle være noe digitalt eller fysisk. Skulle det kanskje være en app eller nettside?

### Digital eller fysisk løsning?

Tjenesten sin viktigste oppgave er å fasilitere for samtaler om psykisk helse mellom helsepersonell og mor / partner. Vi fikk tilbakemelding på flere fordeler ved at dette gjøres fysisk:

#### Samarbeidet

Det var lettere å fasilitere for samtale når en kunne samarbeide om noe som lå på bordet foran brukeren og fasilitator. En har også et naturlig sted å hvile blikket i sårbare samtaler.

#### Trygghet

Tilbakemeldinger fra mødrene var at det kan føles ubehagelig om helsepersonell noterte alt de sa digitalt. Ved å holde det fysisk kunne vi sikre at mødrene og partnere fortsatt sitter med eierskap til sine egne tanker og følelser.

#### Implementering

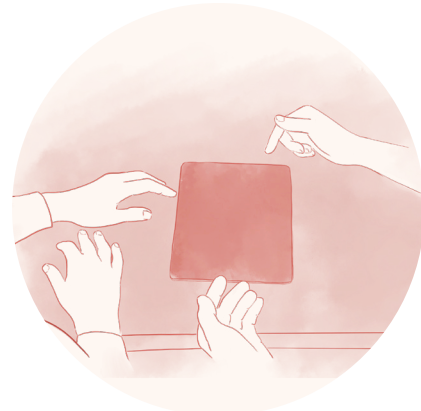
Det er lettere å implementere et fysisk hjelpemiddel i nær fremtid. Å utvikle en app eller nettside krever strengt reglement rundt personvern. En digital løsning vil også kreve at alle helsepersonell har tilgjengelige nettbrett eller PC'er som kan brukes til dette formålet.

#### Ufiltrert

Ved digital overføring fra jordmor til helsesykepleier ville det mor / partner forteller filtreres gjennom en annen person.

#### Størrelse

Å ha verktøyene digitalt ville sterkt påvirke størrelsen på følelseskartet.



Vi så hvordan ulike medier påvirket samarbeidet.

### Hjemme eller på helsestasjonen?

Et annet dilemma var om verktøyene kun skulle brukes på helsestasjonen, eller om det også skulle brukes hjemme. Sammen med mødre, partnere og helsepersonell så vi at det var overveiende gode grunner til at dette skulle kunne brukes hjemme. Det ville gi mulighet for refleksjon og kunnskapsbygging på egenhånd, og å forberede mor og partner til kommende kontroller. Vi så også at vi kunne spille på det fysiske helsekortet som mødrene allerede får.

### Tjenesten sys sammen

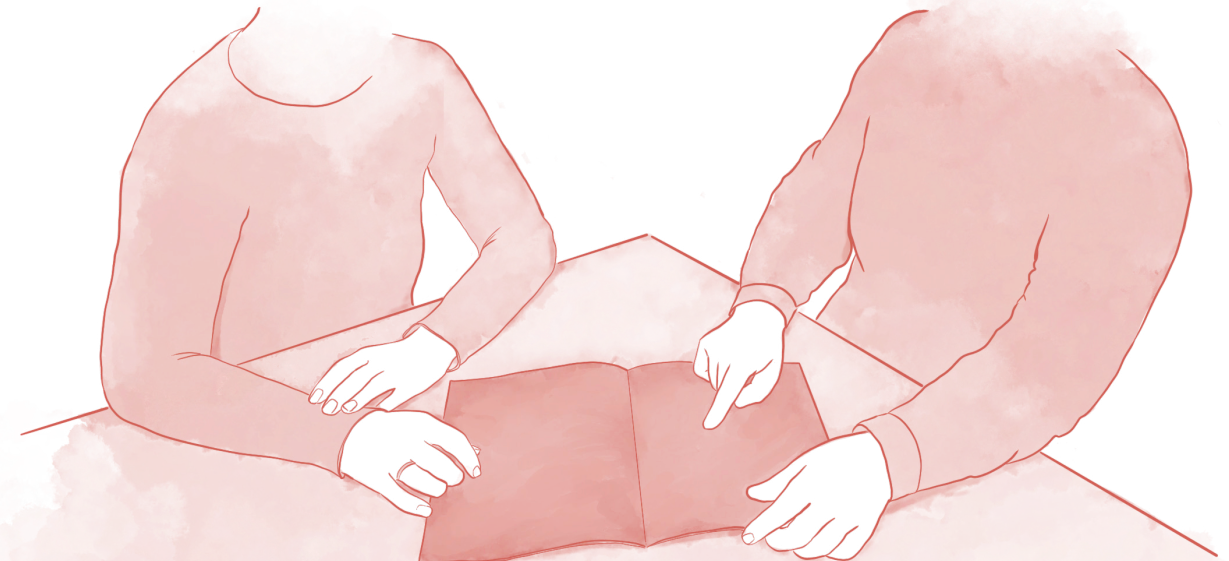
På bakgrunn av dette sydde vi sammen tjenesten Omsorg og testet på ulike måter:

Med **mødre og partnere** testet vi hvordan de ville opplevd det å ha Omsorg som en del av svangerskaps- og barselomsorgen.

Dette gjorde vi ved å presentere brukerreise, og få deres tanker om det. Vi lot dem også kikke på materialet på egenhånd og gi tilbakemeldinger.

Sammen med **helsepersonell** delte vi tjenestereisen, viste materiell og gjennomførte caser der de testet å bruke deler av tjenesten. I testene la vi vekt på hvordan de enkelte brukergruppene ville oppleve det å bruke tjenesten i sin hverdag, da det var viktig for oss at tjenesten skulle fungere for alle brukergruppene.

Basert på tilbakemeldingene vi fikk gjorde vi små endringer som forbedret tjenesten. Detaljene i tjenesten vil vi forklare i neste kapittel.





## Utvikling av kurs

Mens konseptet utviklet seg, så vi et behov for kunnskapsøking hos helsepersonell, og ikke minst opplæring i bruk av verktøyene. Vi startet derfor utviklingen av et kurs for helsepersonell.

Det er i dag lite fokus på psykisk helse i utdanningen for helsepersonell. For at helsepersonell over hele landet skal få økt kunnskap på psykisk helse, bør dette temaet få en større plass i utdanningen. Det bør også følges opp med tilbud om etterutdanning innen psykisk helse for de som allerede er i jobb. Vi spurte oss om kommuner ville være villige til å sette av ressurser til å sende ansatte på kurs. Vi arrangerte derfor møte med to ordførere fra ulike steder i landet for å finne svaret. Vi diskuterte kommunens ansvar for psykisk helse før og etter fødsel. En av tingene som ble trukket frem som et "lav innsats – høy effekt"-tiltak var kursing.

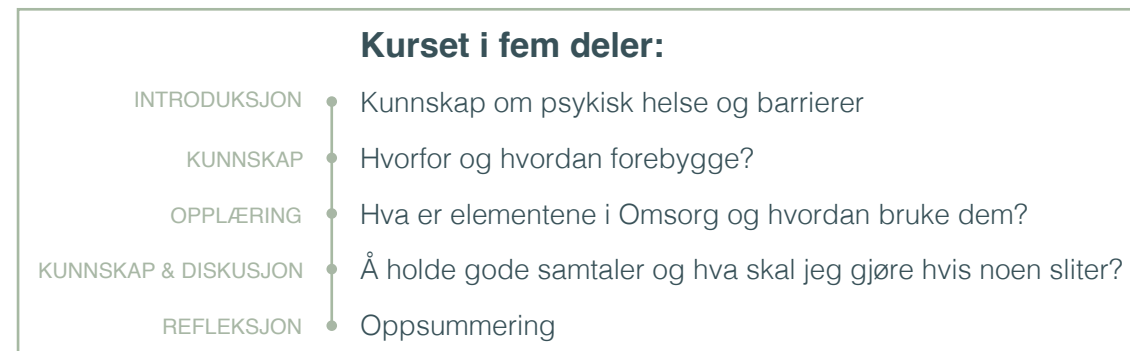
### Utarbeiding

Siden hovedbrukerne våre er mødre og partnere, måtte vi utforske hvordan vi kunne vinkle kurset mot å hjelpe

helsepersonell til å bli gode støttespillere for dem. Vi ønsket at kurset skulle gi kunnskap, men ikke minst gjøre helsepersonell trygge i samtalen. Den beste måten å gjøre det på, var å gi dem mulighet til å trene på dette i trygge omgivelser.

### Fra ett til to kurs

Etter å ha revidert oppsettet for kurset, så vi at det ville være nødvendig å også tilby en årlig oppfrisknings- og refleksjonssamling. Dette fordi det kan være utfordrende å stå i mange av samtalen som eventuelt kan komme opp, og det å ha en arena dedikert til å diskutere og reflektere over arbeidet kan være en fin måte å følge opp helsepersonell på. En refleksjonssamling vil også være en mulighet for erfaringsutveksling og for å styrke tverrfaglig samarbeid.



Onlinekurs holdt på helsestasjonen	
<b>Fordeler</b>	<b>Utfordringer</b>
Kan holdes når som helst.	Får ikke tilbakemeldinger fra kursholder.
Et selvgående alternativ etter kurset er utviklet / testet.	Krever aktiv refleksjon og deltakelse fra helsepersonell.
Oppmuntrer helsestasjonen til å stå på egne bein.	

Nasjonal samling / omreisende kurs	
<b>Fordeler</b>	<b>Utfordringer</b>
Kan holdes av ekspert med interaksjon fra deltakere.	Krever enormt mange kurs for å dekke alle Norges kommuner.
Kan få tilbakemeldinger fra kursholder.	Skaper diskusjon rundt reise og tidsbruk.
Sikrer riktig gjennomføring.	

### Kurs i egen kommune

For å klare å gjøre et nasjonalt kunnskapsløft så vi at onlinekurs ville være mest gunstig for kunne tilby kurset til alt relevant helsepersonell i landet. Dette kunne holdes innenfor den enkelte kommune.

Vi så på eksempler for egenholdte kurs, som for eksempel DOGAs kurs "Introkurs i designdrevet innovasjon" og kurs som holdes gjennom videoforedrag som VI-appens foreldrekurs, i tillegg til egne og medstudenters kurserfaring gjennom AHO. For å sette sammen et kurs som ga eierskap og fleksibilitet valgte vi en kombinasjon av slides med manus, videoer som forklarer teori og caseoppgaver.





Vi testet ulike tekster til buttons, og endte på tre varianter i ulike farger.

## Utvikling av materiell

### Mail

Vi spurte **Landsgruppen av helsesykepleiere** om de kunne skrive et utkast til tekst til kommende foreldre. Teksten skulle være skrevet fra helsesykepleier til bekymrede mødre, for å avskrekke det å snakke om psykisk helse. I tillegg skulle den fremheve viktigheten av å dele strev med helsepersonell, samt litt om hvordan helsepersonell vil gå frem hvis en forteller om at en sliter psykisk.

Etter å ha mottatt et utkast brukte vi denne i samtale med mødre. Vi lagde også en mailversjon og fikk tilbakemelding på hvordan det ville vært å motta den fra helsesykepleier. Etter tilbakemeldingene gjorde vi endringer for å finne den beste måten å normalisere utfordringene på, uten å skremme kommende foreldre. Vi konkluderte med at det var mulig å bygge sterkere tillit til helsestasjonen gjennom enkle grep. Dette hjalp også for videre utvikling av tone of voice for konseptet.

### Plakat

I tillegg til buttons lagde vi enkle plakatforslag med like budskap.



**Fortell tanken høyt,  
så bærer vi den sammen.**

Å få et (nytt) barn er en av de største omveltningene i livet. Det er derfor ikke så rart at det i denne perioden kan dukke opp mange tanker som er både fine og skremmende. Skulle du kjenne på tanker som tynger deg, så er du ikke alene. Det viktige er at du forteller tankene til noen for de får vokse.



## 07 Omsorg

I dette kapitlet vil vi presentere  
tjenesten som en helhet.

*“Jeg føler at jeg har fått mer terapi ut av de timene  
her, enn jeg føler at jeg har fått gjennom hele  
svangerskapet og barseltiden. Det sier jo litt!”*

**mor**

## Omsorg er en tjeneste som tilrettelegger for at svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen kan ivareta familiens psykiske helse.

Omsorg er en utvidelse av dagens helsetilbud. Ved hjelp av Omsorg støttes mor og partner før og etter fødsel, gjennom å styrke helsestasjonens arbeid med psykisk helse. I Omsorgsverktøyene får helsepersonell kunnskap og trygghet til å møte kommende og nybakte foreldres tanker, følelser, bekymringer og forventninger. Ved hjelp av Omsorgsheftet, samtaleverktøy og regelmessige samtaler om psykisk helse får mor og partner eierskap og forståelse for egen, og hverandres, psykiske helse.

### Utvidelsen består av følgende:

- Omsorgsheftet
- Tankekort
- Kursing til helsepersonell
- E-postmal for jordmor og helsesykepleier
- Forslag til oppfølging i svangerskapet og barsel

## Verdiord



### Imøtekommende

Gjennom Omsorg skal hver del av Svangerskaps- og barselomsorgen oppleves som imøtekommende for den individuelle familien.



### Lyttende

Svangerskaps- og barselomsorgen er en tjeneste som lytter til familiens følelser og tanker, og er den støtten de trenger.

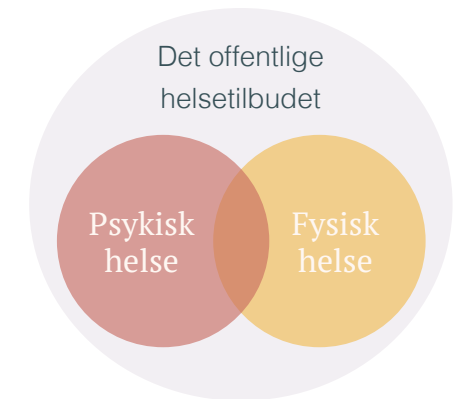


### Omsorgsfull

Svangerskaps- og barselomsorgen oppleves som omsorgsfull. Det er en tjeneste som bryr seg om menneskene den møter.

## Hvorfor navnet Omsorg?

Tjenestens navn Omsorg er inspirert av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. En konsekvens av at helsetilbudet stadig kuttes er at også omsorgen i oppfølgingen forsvinner. Ett av hovedmålene til tjenesten er å vise hvorfor omsorg, med fokus på psykisk helse, burde være en sentral del av helsevesenet. Vi ønsker at navnet skal gjenspeile dette. Med navnet ønsker vi også å legge vekt på at tjenesten er en utvidelse av dagens offentlige helsetilbud, ikke en selvstendig tjeneste.



**Vi har bevisst valgt å skille prosjektet vårt OmSorg fra tjenesten Omsorg med et lite visuelt virkemiddel.** Prosjektet og tjenesten har ulike mål og meninger, og det har derfor blitt naturlig med dette skillet. Mens prosjektet har hatt som mål å forstå hvordan det oppleves å gå gjennom en fødselsdepresjon, har tjenesten som mål å yte omsorg slik at en unngår å oppleve en fødselsdepresjon.



## Tone of voice

Tjenesten jobber overordnet med å formidle hva slags tone of voice en burde ha når en snakker om psykiske helse. Fokuset skal være på å ufarliggjøre og bryte ned tabuer, samtidig som en fremstår som støttende. Gjennom Omsorg vet helsepersonell godt hvilke barrierer som kan hindre kommunikasjonen i møte med mor og partner, og bruker denne kunnskapen i samtale med familien.

Omsorg understreker viktigheten av å lytte, og ikke bare gi råd og lovnader. I stedet for å bruke ord som “det går over” legger tjenesten vekt på at “dette skal vi hjelpe deg gjennom”, som er med å løfte byrden av skuldrene til en som har det vanskelig.

Tjenesten er også klar over mengden informasjon som allerede blir gitt til mødre og partnere, og holder seg derfor kort og konsis i skriftlig kommunikasjon. Den er likevel ikke redd for å repetere seg, og formulerer seg gjerne personlig for å skape tillit og nærhet til helsetilbudet.

## Avsender

Tjenesten Omsorg er ment å være en del av det offentlige helsetilbudet og ikke en ekstern del. At tjenesten leveres nasjonalt er for å sikre retten til at alle mødre og partnere skal få lik oppfølging. Det vil dermed være naturlig at det er en offentlig etat som er avsender, som Helsedirektoratet. Helsestasjonen er under kommunene i Norge, og det er der brukerne møter tjenesten. Derfor vil avsenderen av tjenesten være Helsedirektoratet, mens hver enkelt helsestasjon vil være tjenestens ansikt utad.

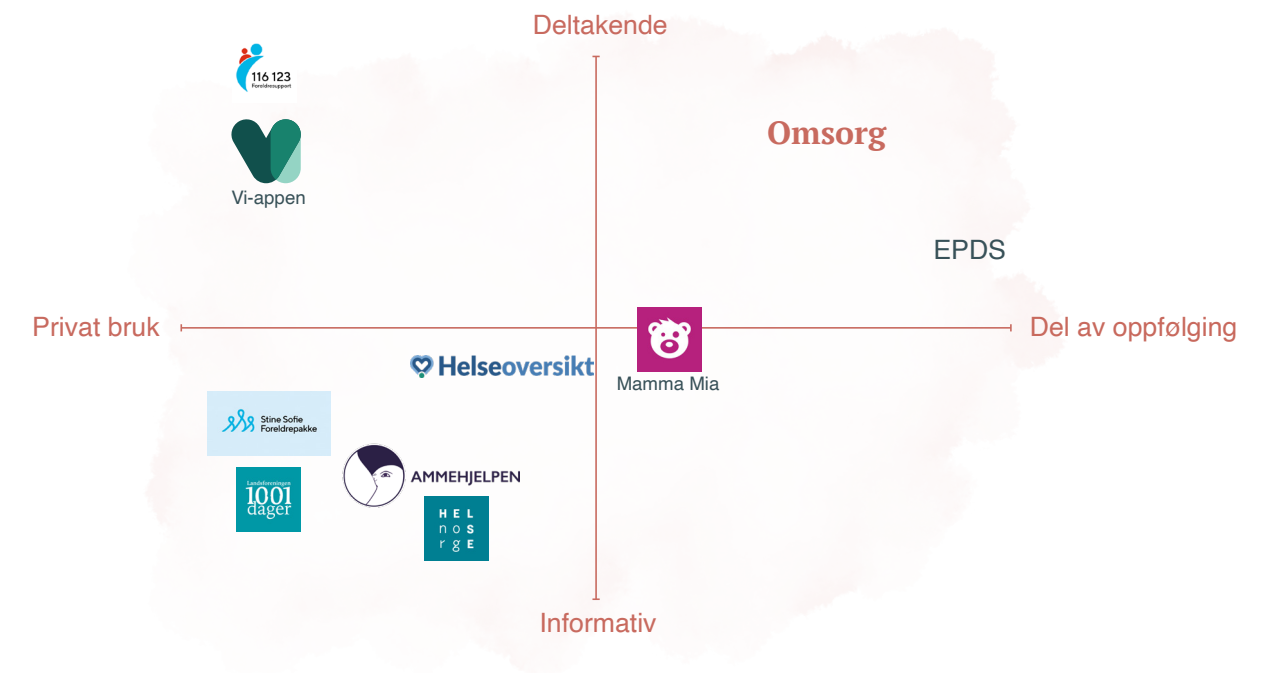
I tillegg kan den også være tilknyttet Landsforeningen 1001 dager. Foreningen har flere fagekspert i styret, og vil være en god kilde til kunnskap og oppdatert forskning.

## Eksisterende aktører

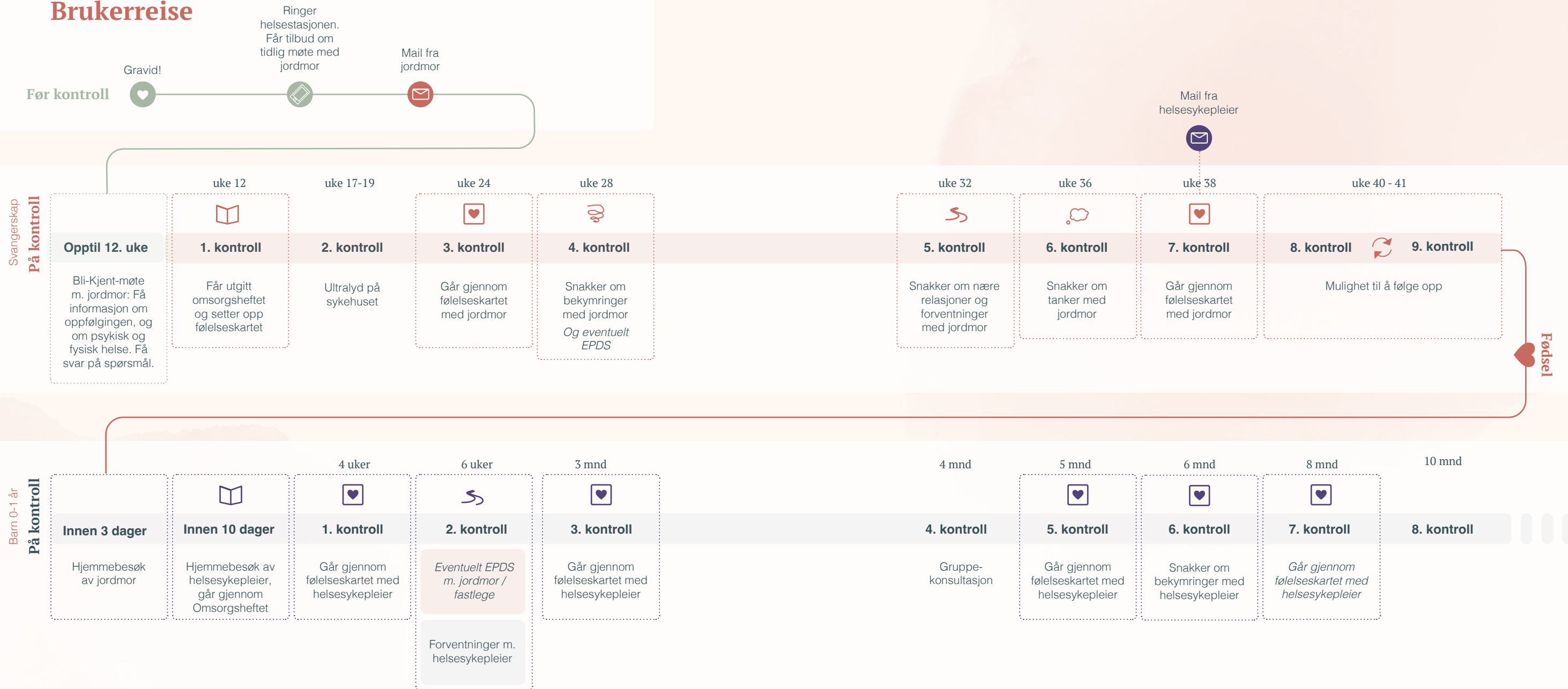
De fleste av dagens eksisterende tilbud handler om å gi mor og partner ressurser og verktøy til å bruke hjemme. Gjennom Omsorg ønsker vi å løfte ressursene og verktøyene inn i helsetilbudet. Helsestasjonen blir i dag sett på som en trygg kilde til informasjon og veiledning, og vi vil med Omsorg styrke denne tryggheten. Tjenesten vil også tydeliggjøre hvordan det offentlige helsetilbudet tar vare på familiens psykiske helse.

### EPDS

Som nevnt tidligere brukes det i dag et skjema som heter EPDS. Bruk av skjemaet er ikke stadfestet i dagens retningslinjer, men blir hyppig brukt på mange helsestasjoner. Det er derfor likevel svært relevant. EPDS-skjemaet og tjenesten Omsorg opererer i samme landskap, men overlapper ikke hverandres arbeid. EPDS sitt formål er å oppdage en klinisk fødselsdepresjon. Omsorg sitt formål er å forebygge slik at en unngår å få en klinisk depresjon. Vi ser at begge disse verktøyene kan utfylle hverandre, men er også klar over at forholdet mellom dem må utforskes videre over tid.



## Brukerreise





## Anes historie

For å gi et innblikk i hvordan tjenesten fungerer, vil vi nå på nytt fortelle dere Anes historie. Denne gangen er Omsorg en del av svangerskaps- og barselomsorgen.



Ane er gravid. Det føles uvirkelig, rart og spennende.



Hun og kjæresten ringer helsestasjonen, og de smiler gjennom telefonen. Helsestasjonen er en av de første som får vite om deres store hemmelighet.



Så fort de legger på føler Ane seg litt utålmodig. Deres verden er snudd på hodet, og likevel er verden rundt helt lik.

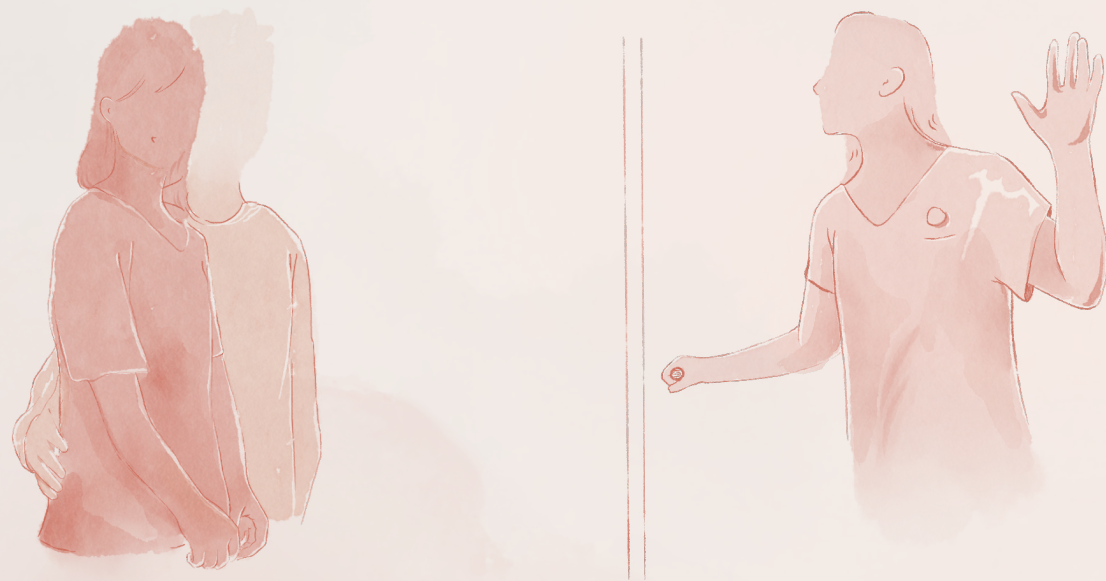




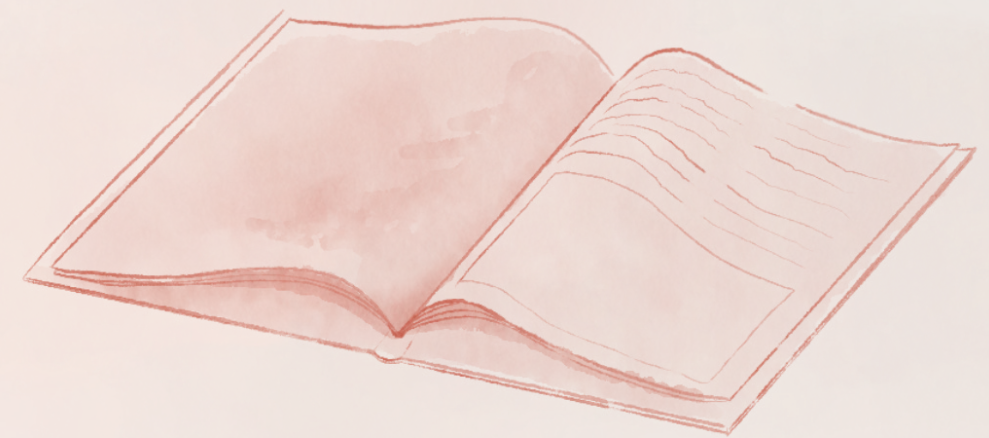
Hun setter seg i sofaen, reiser seg igjen, stiller seg foran speilet og stryker hånden over magen. Nervøs, glad, engstelig og spent.



På mobilen får hun og kjæresten en mail med invitasjon til den første kontrollen. Den forteller dem hvilken jordmor de skal møte, hvordan den kommende tiden vil bli og hvordan helsepersonellet skal støtte dem videre.

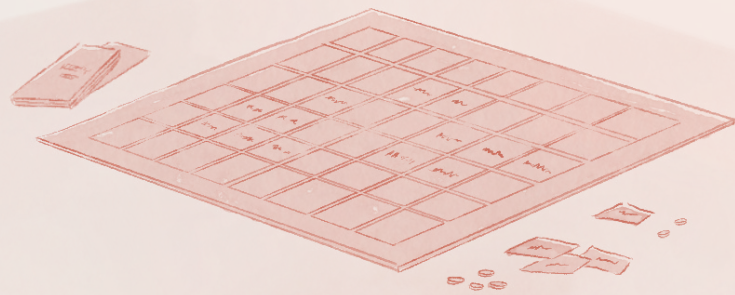


De drar sammen på første kontroll. Litt nervøse, men mest glade. Jordmoren, som de fikk mail fra, tar dem med inn på kontoret sitt. Der forteller hun, at i tillegg til å passe på Anes og barnets fysiske helse gjennom svangerskapet og i barselstiden, skal helsestasjonen ta vare på familiens psykiske helse.



Ane og kjæresten får begge hvert sitt hefte sammen med helsekortet. Disse skal følge dem gjennom svangerskapet, fødselen og barseltiden.





Og sånn går ukene. I de neste kontrollene bruker Ane og kjæresten heftet og verktøyene det inneholder. De blir introdusert for nye måter å snakke om egne følelser på, og de lærer hvordan de kan bli gode til å lytte til hverandre.



De blir også introdusert for nye temaer. De lærer blant annet om hvordan hormoner påvirker det mentale, hvordan de kan støtte hverandre i en stressende ny hverdag, og om hverandres bekymringer. Sammen snakker de også om forventningene sine.

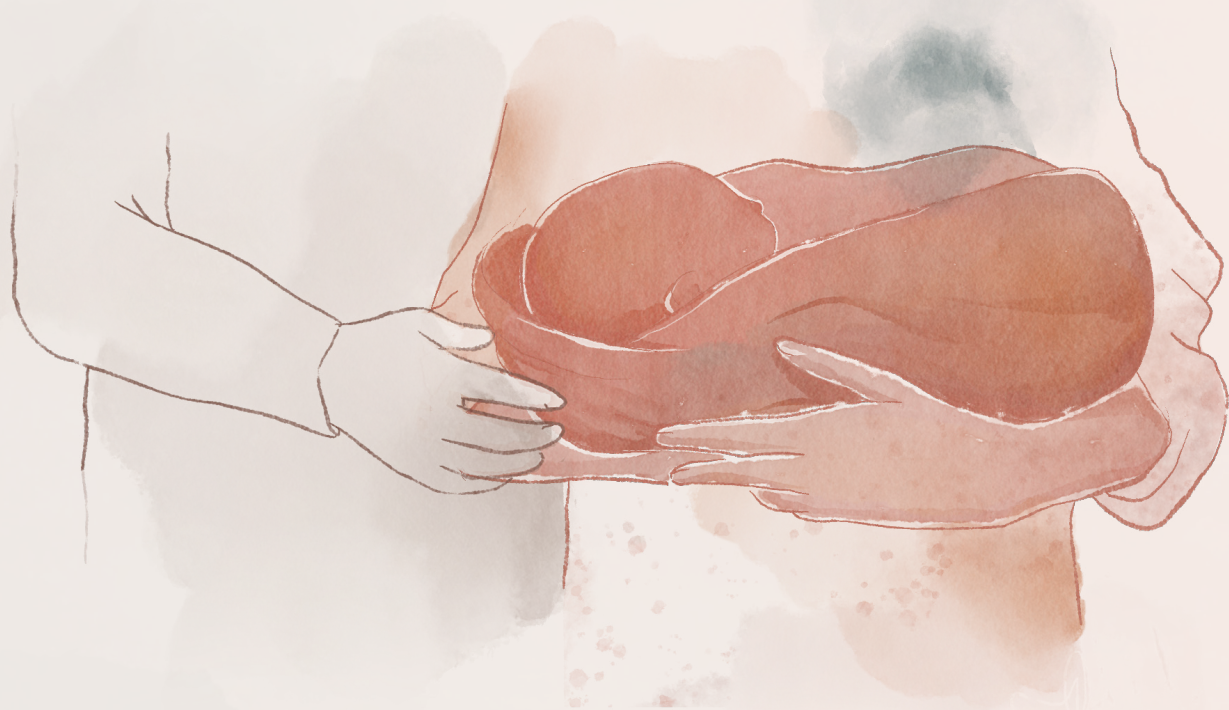


En dag, halvveis ut i svangerskapet, viser jordmor frem noen kort med tanker som mange kan føle på før og etter en får barn. Ane blir overrasket. Kan man virkelig ha så mørke tanker? Dette skal jo være den lykkeligste tiden i livet.



“Noen får sånne tanker, andre får ikke”, forteller jordmor. “Det er viktig at dere vet at det er helt trygt å fortelle om disse tankene på helsestasjonen. Vi er for å støtte dere i denne sårbare perioden.”





Termindatoen er her og Ane føder et nydelig lite barn. Etter fødselen begynner hun likevel å føle seg engstelig. Hva om hun ikke får til foreldrerollen? Etter en dag på sykehus skal hun hjem og stå på egne ben. Babyen er ute, og hverdagen er snudd på hodet.



Det er normalt å sove lite den første tiden, og helsepersonell vet godt hvor dårlig kroppen og hodet kan fungere etter flere uker med lite søvn.

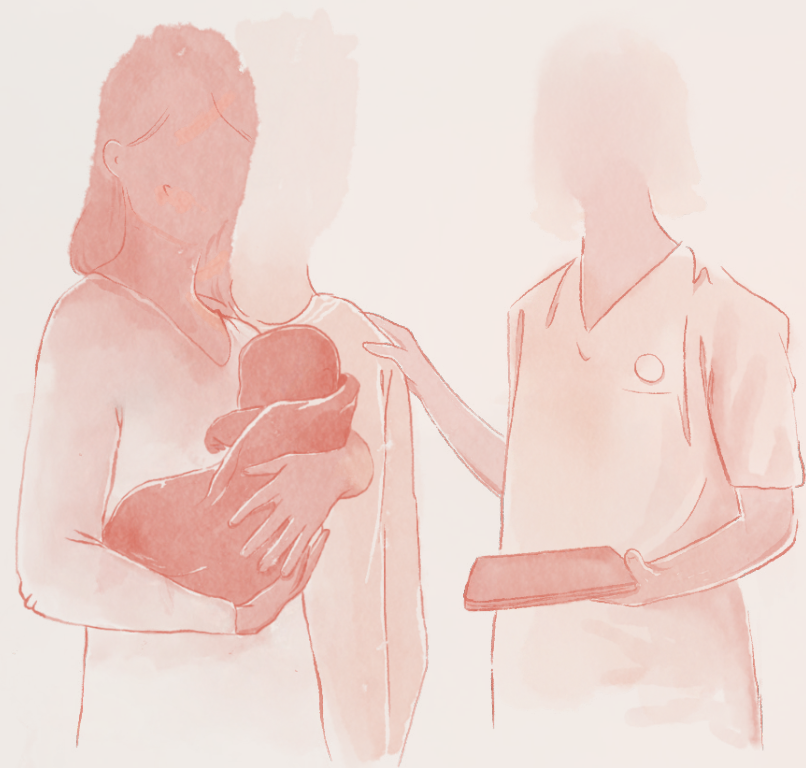


Helsesykepleier forteller likevel at selv om det er normalt vet de at det ikke gjør det mindre vondt.



Ved hjelp av følelsekartet og tankekortene, som Ane og kjæresten ble kjent med i svangerskapet, setter Ane ord på følelsene sine. Det kjennes godt å få snakket ut om engstelsen som kommer om kveldene med noen som lytter. Sammen bestemmer de seg for å sette opp en ekstra kontroll en uke senere for å følge med på utviklingen.





De neste ukene prøver Ane og kjæresten å finne seg til rette i den nye normalen. Helsestasjonens helsepleier snakker med dem om deres forventninger, bekymringer og tanker fra svangerskapet, og hvordan dette er i dag. Ane kjenner at helsestasjonen har omsorg for henne og hennes lille familie. Og det? Det føles trygt.





## Omsorgsheftet

Omsorgsheftet er et hefte som blant annet inneholder ulike temaer om psykisk helse, brukerens eget samtaleverktøy rettet mot følelser og kontaktinformasjon til hjelpetilbud. Heftet tilrettelegger for refleksjon og samtale om eget nettverk, forventninger og bekymringer. Gjennom heftet blir brukeren oppfordret til lese og reflektere litt på egenhånd mellom kontrollene.

**Omsorgsheftet ligger som vedlegg.**

Heftet er i A4 format med plass til helsekortet. Følelseskartet er foliert med en tynn plastfilm og plassert i midten. Dette gjør det mulig å klistre og flytte rundt på følelser. Følelsene er utformet som klistremerker, og følger med heftet.

## Innhold i Omsorgsheftet:

### Rom til å oppbevare helsekortet

#### Introduksjon

Hvorfor får du Omsorgsheftet, og hvordan skal du bruke det?

#### Helsetilbudet

Hvordan er forløpet satt opp og hvordan tilpasser det seg individuelle behov? Egen plass til å krysse av temaene en har snakket om, for å sikre at alle temaene blir dekket (på kontroll).

#### Mental helse

Om psykisk helse og hvilke forandringer en kan gå gjennom i svangerskapet og tiden etter fødsel, samt om tilknytning til barnet, lykkefølelse, fødselsdepresjon og hvilken hjelp en eventuelt kan få.

#### Hvem er viktig for deg?

Kartlegging av eget nettverk. Nedskrivingsfelt av nettverket til mor / partner for egen refleksjon, samt til informasjon for helsepersonell.

#### Mitt følelseskart

Introduksjon til følelseskartet og formålet med det.

### Følelseskartet

Et tomt følelseskart med tilhørende klistremerker som kan flyttes rundt.

### Forventninger

Kort introduksjon om temaet og plass til å skrive ned egne forventninger.

### Bekymringer

Kort introduksjon om temaet og plass til å skrive ned bekymringer som skulle dukke opp.

### Tanker

Om tanker, hvordan en kan håndtere vonde tanker, og eksempler på tanker en kan ha. Eget nedskrivingsfelt.

### Eksterne tilbud

Tips om tilbud som finnes utenfor helsestasjonens oppfølging.

### Trenger du noen å snakke med?

Kontaktinformasjon til eksterne hjelpetilbud.



## Formål

Informere



Bygge tillit til helsepersonell



Forberede



Reflektere alene



Reflektere med partner



Reflektere med helsepersonell



**Omsorgsheftet viktigste formål er å tilrettelegge for samtale og refleksjon.**

## Når får du Omsorgsheftet?

Mor og partner får utdelt hvert sitt Omsorgshefte på 12-ukerskontrollen i svangerskapet. Heftet gis til odell og eie, og følger dem før og etter fødsel. I løpet av kontrollene i svangerskapet blir mor og partner godt kjent med innholdet i heftet. Etter fødsel vil helsesykepleier bygge videre på dette.

## Partner

Partner får utdelt et eget hefte. Partners hefte har litt anderledes formulering og innhold, blant annet i kapittelet om forventninger. Gjennom heftet blir det lettere for helsepersonell å diskutere temaene med partner, til tross for mindre oppfølging. I tillegg oppfordres partner og mor til å snakke om temaene seg imellom.

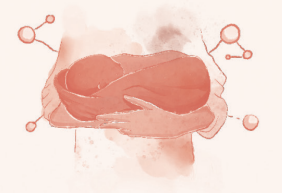
## Hvor mye arbeid kreves?

Gjennom Omsorgsheftet oppfordres mor og partner til å reflektere og fylle ut informasjon. Dette skiller seg fra dagens oppfølging, hvor mor og partner i større grad mottar informasjon passivt. Heftet tar også hensyn til at ikke alle kommer til å sette av like mye tid til dette. Det er derfor tilrettelagt for ulike grader av tidsbruk. Heftet oppfordrer mor og partner til å forberede seg til kontrollene, men det absolutt viktigste er at det kan brukes som et utgangspunkt for samtale.



## Forventninger

Gjennom å kartlegge egne forventninger kan helsepersonell hjelpe familien med å skape realistiske forventninger, og løse opp i bekymringer. Hver forventning deles inn i to deler; en for svangerskapet og en for oppfølging etter fødsel. Hvis mor / partner ikke har fylt inn fritekstfeltet før konsultasjonen med jordmor kan dette gjøres under samtalen. Dette vil gi mulighet for helsesykepleier å raskt sette seg inn i mors / partners forventninger.



Hvilke forventninger har du til nettverket ditt gjennom barseltiden?

Ingen forventninger Store forventninger

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ble det som du hadde forventet?

Som forventet Ikke som forventet





**Tanker fortalt av mødre og fedre**

- "Jeg føler ingen tilknytning til barnet mitt"
- "Noen ganger har jeg lyst til å kaste ungen ut av vinduet"
- "Jeg bekymrer meg for å bli som mine egne foreldre"
- "Jeg har ikke lyst til å smile til barnet mitt"
- "Jeg hater å være i permisjon"
- "Partneren min forstår ikke hva jeg trenger"
- "Jeg orker ikke gjøre hverdagslige gjøremål"
- "Jeg tror jeg holder på å bli gal"
- "Noen ganger blir jeg skremt av egne tanker"
- "Alle andre får det jo til"

**Her kan du sette et kryss om du har en tanke du ønsker å snakke om:**

Her kan du skrive hva tanken(e) handler om:

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 



Det går helt fint om du har flere tanker som du ikke får plass til her. Det viktigste er at du deler og snakker om disse med trygge personer rundt deg.

**Tanker**

I Omsorgsheftet blir mor / partner presentert for et lite knippe tanker. Her kan en også skrive ned egne tanker, eller krysse av for at en har tanker som en ønsker å snakke om. Skulle mor / partner ha tanker de ønsker å ta opp vil helsepersonell kunne bruke tankekortene i samtalen.

**Bekymringer**

Heftet gir rom for å skrive ned egne bekymringer. Bekymringer er noe en kan ha gjennom hele svangerskapet, og kan både forsvinne og dukke opp igjen. Ved å sette dato kan helsepersonell vite om dette er nye, gjentakende eller gamle bekymringer.

Alle kan ha ulike mengder bekymringer. Det er derfor lagt inn en påminnelse til mor / partner om at det er greit å ha flere bekymringer enn de får plass til i heftet. I disse tilfellene oppfordres de til å skrive dem ned på et ark, og legge det sammen med helsekortet.

**Bekymringer**

Det er vanlig å ha bekymringer under svangerskapet og i tiden etter fødsel. Det viktige å huske er at en ikke trenger å bære disse bekymringene alene.

Å snakke om bekymringene en har, enten de er små eller store, kan hjelpe med å lette litt av byrden. Dette gjelder enten en snakker med en god venn, familie, en partner eller helsestasjonen. Likevel er det mange som kan synes det er litt vanskelig å ta opp bekymringene sine med andre, og dette kan gjøre at en ikke får løst opp i bekymringene før de blir veldig store. Hvis du har bekymringer som ofte kommer tilbake til deg og gnager kan det være lurt å skrive de ned, så du kan snakke med helsestasjonen om dem på kontrollen!

**Her kan du skrive ned dine bekymringer:**

Dato	Bekymring

Fullt? Det går helt fint om du har flere bekymringer enn du får plass til her. Skriv dem gjerne ned på et ark, og legg det sammen med helsekortet.





## Føleleskartet

Føleleskartet konkretiserer og gjør følelser visuelle. Gjennom føleleskartet blir det lettere å sette ord på hvordan en har det, i samtale med helsepersonell. Kartet brukes uavhengig av om mor / partner forteller at de har det bra eller vanskelig, for å skape forståelse rundt eget følelsesliv. Gjennom bruk av føleleskartet blir mor og partner tryggere på å snakke om følelser med hverandre. Ved å trykke kommende foreldre i egne følelser, kan de også bli bedre rustet til å møte barnets følelser.

*Noe av det jeg tenker er det beste med denne metoden er at en sitter sammen om noe konkret.*

- psykolog



Har du lyst til å fortelle hvorfor du har lagt en brikke på den her?



## Fremgangsmåte

Følelsene visualiseres med klistremerker, og det er 36 følelser for 36 plasser på kartet, samt fire tomme klistremerker. Det er brukeren selv som bestemmer hvilken følelse som tilhører hvilken plass på kartet. I tillegg er det fire tomme klistremerker hvor mor / partner selv kan skrive på egne følelser som de synes mangler.

Følelesklistremerkene plasseres ut på samme kontroll som mor / partner mottar Omsorgsheftet, men kan flyttes på senere ved behov. Helsepersonell vil veilede dem, og fortelle hvordan kartet skal brukes fremover.

## Kartet i bruk

På konsultasjon med helsepersonell skal en legge brikker på de følelsene som har preget de siste to ukene. Helsepersonell vil deretter spørre om mor / partner kan fortelle hvorfor de har plassert brikkene som de har gjort. Hvis mor og partner deltar på samme kontroll vil det være mulig for helsepersonell å fasilitere for samtale og refleksjon mellom dem. *Var du klar over at dette er hvordan hen føler det? Hva kan dere gjøre for å støtte hverandre?*





## Tankekort

Tankekort er et samtaleverktøy som gjør det lettere å sette ord på vonde tanker. Verktøyet er utformet som en kortstokk, og inneholder 80 tanker fortalt av mødre og fedre. Tankene er innsamlet gjennom intervjuer og anonyme undersøkelser. Kortstokken består både av gode og vonde tanker, da det er vanlig å kjenne på ulike tanker samtidig.

## Kort med to funksjoner

### 1. Gi kunnskap

Kortstokken kan brukes for å gi kunnskap om tanker en kan møte før og etter fødsel. Å vite om hvilke tanker som kan dukke opp på forhånd er viktig for å forebygge fødselsdepresjon. Flere mødre og partnere fortalte at det ikke var tankene i seg selv som var verst, fordi de visste at de ikke ville utføre handlinger etter tankene. Det vanskeligste var å tenke at "siden jeg har disse tankene så må jeg være gal", og at det skapte en følelse av uro og ensomhet.

### 2. Sette ord på tanker

Kortstokken kan hjelpe mor eller partner å sette ord på vanskelige tanker. Tankekortene kan brukes som et eget verktøy eller som et tillegg til følelseskartet. Hvis mor eller partner legger flere av brikkene sine på den vonde siden av følelseskartet kan helsepersonell be hen lese gjennom tankekortene og legge ned de som hen selv har kjent på. Tankene som nå ligger på bordet blir så utgangspunkt for videre samtale.

## Bruk av tankekortene

Tankekortene er et verktøy på helsestasjonen og på fastlegekontoret. Vi utelukker ikke at verktøyet kan brukes på sykehuset. Mor og partner får ikke med seg tankekortene hjem, da bruk av verktøyet skal inkludere en samtale med helsepersonell.

I Omsorgsheftet finner mor og partner noen eksempler på tanker som kan dukke opp. Tankene i Omsorgsheftet skal gi eksempler på vanskelige tanker som kan dukke opp, mens tankekortene skal stimulere til samtale.

For at kortene skal ha den effekten de er ment å ha, er det viktig at de brukes riktig. Dette krever en imøtekommende og omsorgsfull ordlegging fra helsepersonells side. Med fokus på at helsepersonell er tilstede for å støtte deg og ikke dømme deg.

Eksempler på noen av tankekortene

Jeg bekymrer meg for å bli som mine egne foreldre

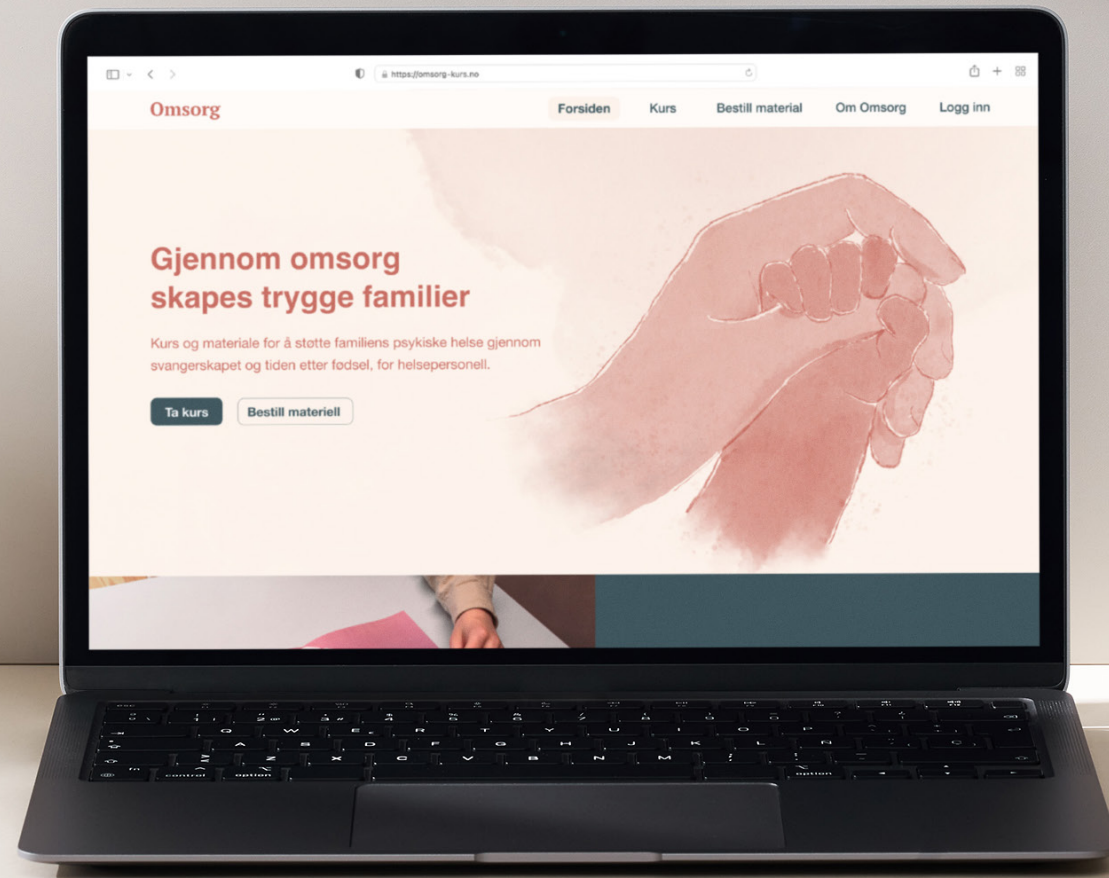
Jeg elsker barnet mitt

Jeg kjenner ikke igjen meg selv



## Kursing til helsepersonell

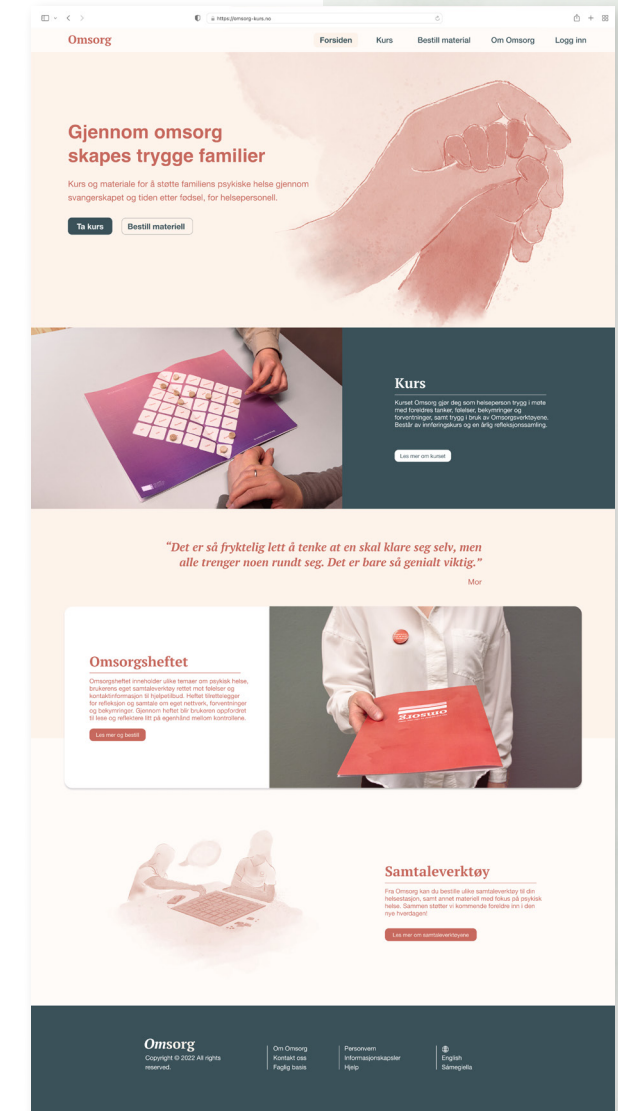
For å gjøre helsepersonell trygge i møte med foreldres tanker, følelser, bekymringer og forventninger, samt trygge i bruk av Omsorgsverktøyene, tilbyr tjenesten et innføringskurs og en årlig refleksjonssamling.



Kursene gjennomføres lokalt i kommunen, som en felles samling for jordmødre, helsesykepleiere og fastleger, og andre relevante fagpersoner. I tillegg til at kursene bidrar til kunnskapsøkning, er en viktig del å skape et bedre tverrfaglig samarbeid mellom fagpersoner i kommunen.

### Kursmaterieill

Alt kursmaterieill finnes digitalt, og det krever lite forberedelser. Det består av ferdiglagde presentasjoner med videoer og oppgaver. En av lederne på helsestasjonen leder selv kurset, og har et manus å følge. Innføringskurset kan gjennomføres i løpet av en dag eller deles på to halve dager. Refleksjonssamlingen kan gjennomføres på en halv dag.





## Innføringskurs

Gjennom innføringskurset skal helsepersonell styrkes i sin rolle, og bli trygge på Omsorgsheftet og samtaleverktøyene. Gjennom caseoppgaver får de dele erfaringer, reflektere sammen om hvordan de kan håndtere ulike situasjoner, og styrke sitt tverrfaglige samarbeid.

Det viktigste formålet med kurset er likevel å bli bevisstgjøre helsepersonell på hvordan de møter mødre og partnere. I tillegg til å forberede dem på samtale som kan komme, og hvordan de kan stå i dette. De får derfor innføring i barrierene, samt tid til å lage en oversikt og reflektere rundt sikkerhetsnettet som finnes i deres egen kommune.

## Refleksjonssamling

I refleksjonssamlingen reflekterer helsepersonell over hvordan de synes arbeidet rundt psykisk helse har gått, og hvordan det er å arbeide med verktøyene. Det er avsatt tid til å dele erfaringer og tanker, om en har opplevd noen vanskelige situasjoner i arbeidet.

Refleksjoner gjøres først individuelt, så i faggrupper og til slutt i plenum. På den måten kan helsepersonell lære av hverandre og få større forståelse for hverandres arbeid.



### Eksempler på caseoppgaver:

- En mor legger frem disse tankekortene. Hva gjør du?
- I løpet av samtalen om nettverk kommer det frem at mor og partner har få nære relasjoner å støtte seg på. Hvordan håndterer du det nå og i møtene fremover?
- Lag en oversikt over relevante hjelpetilbud i kommunen.
  - Undersøk hva tilbudene tilbyr.
  - Hvem kan en henvise til og i hvilke tilfeller?
  - Hvordan foregår "henvisningsprosessen"?
  - Hvor lang tid tar det fra fra henvisning til en får hjelp?





## Fortell tanken høyt, så bærer vi den sammen.

Å få et (nytt) barn er en av de største omveltningene i livet. Det er derfor ikke så rart at det i denne perioden kan dukke opp mange tanker som er både fine og skremmende. Skulle du kjenne på tanker som tynger deg, så er du ikke alene. Det viktige er at du forteller tankene til noen for de får vokse.

### Materiell

Via Omsorgsnettsiden kan helsepersonell bestille utvidet materiell til sin helsestasjon, inkludert plakater, buttons og mail.



### Mail

I løpet av oppfølgingen vil mor og eventuell partner motta to introduksjonsmaler fra helsestasjonen. Den ene sendes ut signert fra jordmor etter at mor har kontaktet helsestasjonen angående graviditeten. Den andre sendes ut i uke 38 av helsesykepleieren som skal følge dem opp etter fødsel.

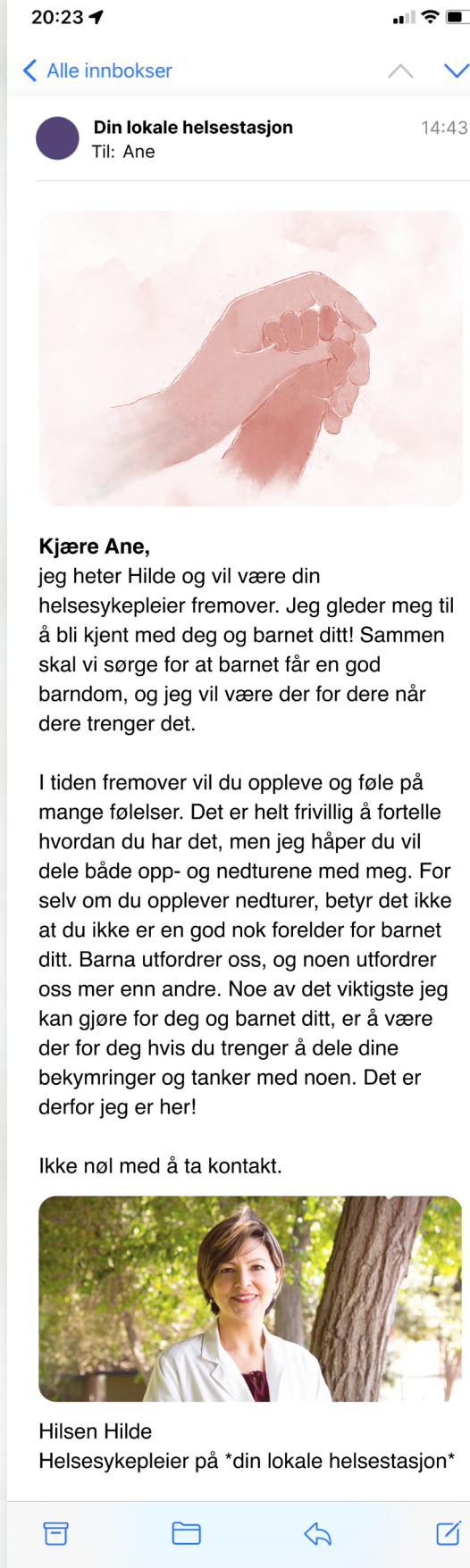
Sendes til mor, eventuelt partner, dersom mor oppgir dette i telefonen.

Understreker viktigheten av å dele, samt at helsepersonell er tilstede for å støtte.

Personlig hilsen fra helsepersonell med bilde.

*“Denne var fin! Føler meg ivaretatt. Kan ikke si at jeg føler jeg har tenkt på helsestasjonen som noen som bryr seg så veldig mye før.”*

**mor**



**Kjære Ane,**  
jeg heter Hilde og vil være din helsesykepleier fremover. Jeg gleder meg til å bli kjent med deg og barnet ditt! Sammen skal vi sørge for at barnet får en god barndom, og jeg vil være der for dere når dere trenger det.

I tiden fremover vil du oppleve og føle på mange følelser. Det er helt frivillig å fortelle hvordan du har det, men jeg håper du vil dele både opp- og nedturene med meg. For selv om du opplever nedture, betyr det ikke at du ikke er en god nok forelder for barnet ditt. Barna utfordrer oss, og noen utfordrer oss mer enn andre. Noe av det viktigste jeg kan gjøre for deg og barnet ditt, er å være der for deg hvis du trenger å dele dine bekymringer og tanker med noen. Det er derfor jeg er her!

Ikke nøl med å ta kontakt.

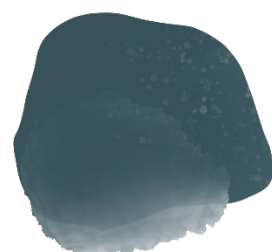


Hilsen Hilde  
Helsesykepleier på \*din lokale helsestasjon\*



## Visuell identitet

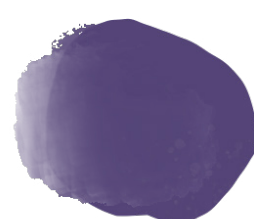
Prosjektet OmSorg og tjenesten Omsorg er utarbeidet med lignende visuell identitet. Beskrivende ord har vært inkluderende, mykt, sårt og levende. For å få frem denne stilen har vi brukt vannmalingseffekter og jordnære farger.



**Sorg**  
# 3b525a



**Omsorg**  
# c86a5e



**Midnatt**  
# 544477



**Spire**  
# a8b7a6



**Solsikke**  
# f1ce8c



**Slør**  
# fff6ef

### Fargebruk

Fargene er inspirert av "Moder jord", med varme, duse farger. Som kontrastfarge har vi valgt en mørk gråblå farge, som gjennom visualiseringen har vært brukt for å symbolisere følelsen av sorg.

## Illustrasjoner

### Personer

Alle personene er tegnet uten ansiktstrekk. Dette har vært avgjørende i for eksempel historiefortelling, da det var viktig for oss å fremheve at denne kan være hvem som helst sin historie. Anes historie er ikke bare Ane sin; den er min, din eller alle sin. Det er først når vi innser at dette er et problem som omfatter oss alle at de virkelige endringene kan skje.

### Vannmaling

Akkurat som vannmaling er følelser flytende. De blør og blander seg. Vannmaling ble valgt for å få et mykt uttrykk, med en følelse av tekstur i illustrasjonene. Teknikken brukes også for å henspille på et kjent medium, som de fleste har erfaring fra gjennom oppveksten.

### Farger

I visualiseringer er rødt brukt for å tegne personer, mens mørk gråblå er som nevnt sorgen. Grønt blir brukt for å symbolisere noe som vokser.

### OmSorg

På illustrasjoner som viser funn og konsept, samt illustrasjoner som støtter opp under tekst i rapport og presentasjon, har vi brukt en litt hardere strek. Dette er et bevisst valg for å skape kontrast til visualiseringene i historiefortellingene.





## Refleksjoner rundt tjenesten

### Styrker

- Tjenesten skaper bevissthet og eierskap til egen psykiske helse.
- Tjenesten gjør det enklere å sette ord på følelser og tanker.
- Tjenesten gir helsepersonell konkrete oppgaver og tider for utføring av oppgaver, slik at det blir enklere å få bevilget ressurser til psykisk helse.
- Tjenesten setter fokus på familien og inkluderer partner / nærmeste støttespiller
- Ved hjelp av samtaleverktøyene blir det enklere å sette ord på tanker, følelser, bekymringer og forventninger. Dette tror vi vil gi større sannsynlighet for å oppdage og avverge en påbegynnende depresjon.

### Svakheter

- Tjenesten er ikke utviklet med eller testet på brukere som har innvandrer-bakgrunn eller som ikke kan norsk. Gjennom samtaler med helsepersonell så vi at det i dag er mange barrierer som gjør det ekstra utfordrende å bygge tillit og oppdage en eventuell fødselsdepresjon hos denne brukergruppen. Noen av barrierene er kulturforskjell, samtale gjennom tolk og manglende tilrettelegging for økt kunnskap om det norske helsetilbudet. Hvis prosjektet tas videre er dette et område som burde utforskes videre.
- Tjenesten har ikke blitt testet over tid. Fra en blir gravid til en er utenfor den største risikoen for å utvikle en fødselsdepresjon tar det ca 2 år. Vi håper vi etter prosjektlevering kan få mulighet til å teste dette over tid.
- Samtaleverktøyene har ikke blitt testet som innhold på reelle kontroller, ved at mor og helsepersonell har en samtale sammen.

### Muligheter

- Tjenesten har mulighet til videreutvikles til å i større grad bringe inn flere deler av helsetilbudet, som fastlege og sykehus.
- Gjennom samtale med psykolog og psykologstudent så vi at samtaleverktøyene har stort potensiale til å også fungere godt i andre deler av helsevesenet. Eksemplene som ble trukket frem var i samtaleterapi, parterapi og i behandling av mer spesifikke psykiske lidelser – da selvfølgelig med tematilpasset innhold.

### Trusler

- Gjennom Omsorgsheftet skapes det noen forventninger om hvordan oppfølgingen vil forgå. Hvis aktivitetene ikke gjennomføres kan det skape et tillitsbrudd mellom mor / partner og helsepersonell.
- Ytterlige kutt i ressurser til helsepersonell vil være en trussel for Omsorg som tjeneste og for helsetilbudet generelt – både for dem som skal motta tjenesten og for dem som yter tjenestene.



## Finansiering

Tjenesten Omsorg bør være offentlig finansiert for å sikre at det blir et landsdekkende tilbud. Vårt forslag er at tjenesten finansieres som en del av Stortingets arbeid å med "sikre bedre oppfølging og hjelpeapparat i forbindelse med svangerskap og barseltid for å forebygge og behandle fødselsdepresjon" (Stortinget, 2022).

### Omsorgsheftet

Gjennom raske kalkuleringer i Trykk24 sin priskalkulator (<https://trykk24.no/produkt/hefter/>) fant vi at 60 000 hefter ville ha kostet 1 800 000,- inkludert mva. Det tilsvarer 30 kroner per hefte.

Hos Trykkpriser (<https://trykkpriser.no/hefter>) fant vi at det samme ville koste 290 000,- inkludert mva, som tilsvarer en stykkpris på 5 kroner.

Disse prisene er ikke inkludert de to arkene med klistremerker og et midtsideark som er foliert. Basert på prisen klistremerkebøker selges for i dag vil ikke dette øke prisen betraktelig. Estimert vil det koste mellom 500 000 og 4 000 000 kroner årlig å gi et hefte til mor og partner.

### I tillegg må det bevilges penger til:

- Utvikling av innføringskurs og refleksjonskurs
- Utvikling av nettside (ca. kr. 50 000 – 300 000)
- Produksjon av tankekortstokk (ca. kr 30 pr. stk.), buttons (ca. kr 3,50 pr. stk) og plakater (ca. kr. 5 pr. stk.)
- Fraktkostnader for utsendelse av hefter, tankekort, buttons og plakater
- Personalkostnader ved deltakelse på kurs og samlinger
- Personalkostnader for pakking og sending av materiell

**MERK:** Dette er kun estimater.





## Veien videre

Veien videre for prosjektet vil innebære å videreutvikle kursing til helsepersonell i samarbeid med fagpersoner, samt kontrollsjekke innholdet i detalj. I tillegg ville det være nødvendig å skaffe midler til å teste konseptet over tid. Et godt sted å begynne vil innebære samarbeid med en kommune, og å evaluere nytteverdien sammen med helsestasjonen og brukerne.

1. Inngå avtale/søke og motta midler til pilotering (For eksempel Innovasjon Norge)
2. Kontrollsjekke innhold med fagpersoner
3. Avtale pilotering i en kommune
4. Lokal opplæring av helsepersonell i bruk av verktøy (kurs)
5. Kjøre pilot over en toårsperiode (følge gjennom svangerskapet og tiden etter fødsel)
6. Utvide pilot til å omfatte flere kommuner
7. Utvikle nettside, kurs og samling
8. Utvide til en nasjonal tjeneste  
- Kontinuerlig samle inn tilbakemeldinger og forbedre



### Tilbakemelding

Underveis i prosjektet har vi delt funn og konseptforslag, samt presentert tjenesten. Dette har ført til interesse fra aktører om å videreutvikle prosjektet videre. Vi presenterte tjenesten for Gro Vatne Brean, spesialist i klinisk psykologi, spesialrådgiver i RBUP og styremedlem i Landsforeningen 1001 dager, og tilbakemeldingen hennes var:

Takk dere begge!!! Jeg hadde et møte med min leder umiddelbart etter møtet med dere, og fortalte om prosjektet deres. Hun ville gjerne invitere dere til et av våre seksjonsmøter etter sommeren (forskere og klinikere). [...] Håper dere kan tenke dere dette.

Det neste møtet mitt var med TIDLIG INN. Viste filmen, og begge de to på møtet ble så imponert og rørt. Både animasjonen, teksten og ALT stemte. De lurte på muligheten til etterhvert å kunne benytte filmen i undervisning”.

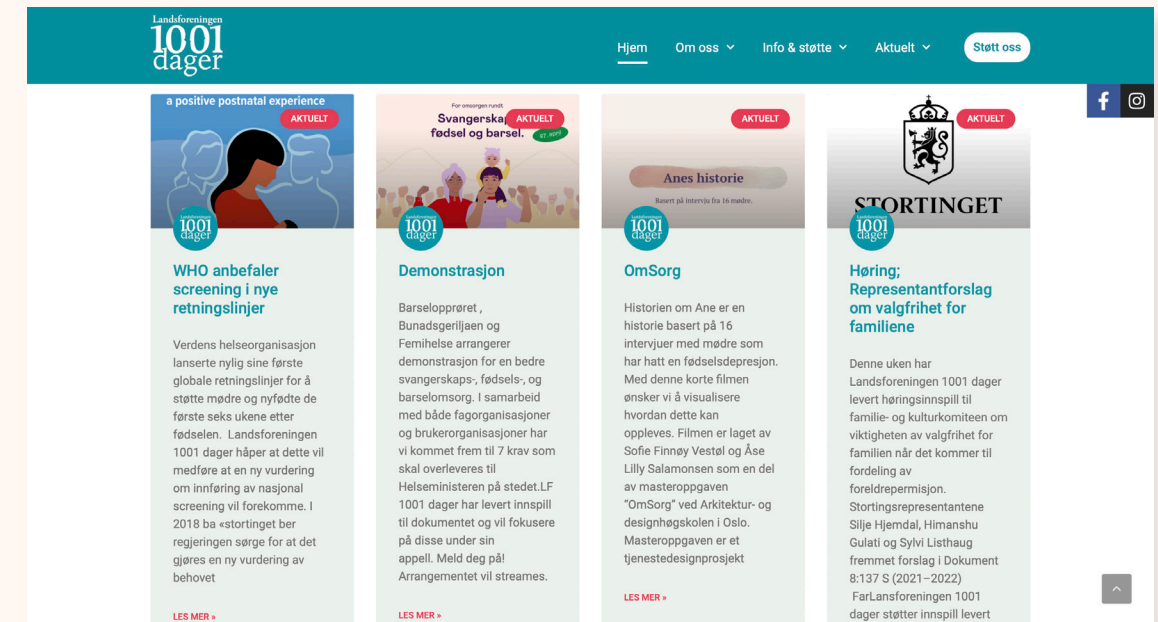
Vi håper at vi med dette prosjektet kan inspirerer til nye måter å jobbe på i helsevesenet. Forebygging vil spare samfunnet for enorme ressurser på sikt, og spare enkeltmennesker for mye unødvendig smerte. Vi håper også at Anes historie kan nå ut til enda flere.

Møte med Gro Vatne Brean for tilbakemeldinger på konsept









Anes historie på Landsforeningen 1001 dager sin nettside.

*“I Norge så regner vi oss som verdens beste land for fødende og nyfødte, fordi folk overlever det å føde. Det er egentlig ikke en god målestokk på om man har hatt en god fødselsopplevelse. Jeg tror dette har blitt en hvilepute, hvor man har kamuflert de skadene som oppstår i veldig stort omfang hos veldig mange, og det påvirker både kvinnen og deres familie.”*

Marit Veia, fra Venstre

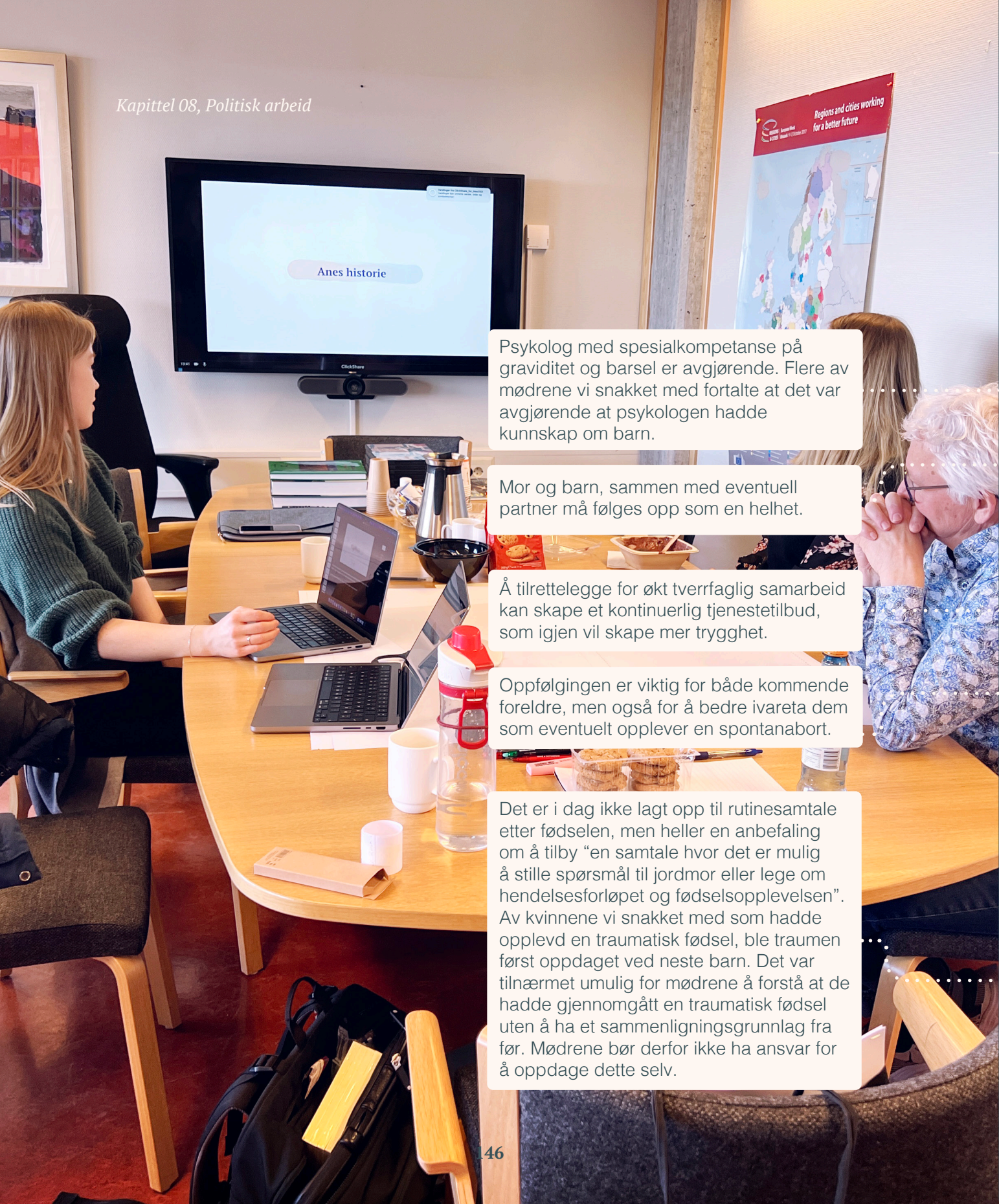
## Deling av prosjektet

I slutten av hvert førstegangsintervju med mødre og partnere spurte vi dem om hvorfor de ønsket å delta. “Jeg håper at ved å dele min historie så kan jeg bidra til at andre slipper å oppleve det jeg opplevde”, og lignende kommentarer, var ofte svaret. Dette motiverte oss til å dele våre funn underveis i utviklingen av prosjektet. Resultatet er at Anes historie har blitt sett av over 1800 mennesker gjennom Landsforeningen 1001 dager sine kanaler. Tittelen OmSorg har blitt brukt ved flere anledninger. Vi har videreformidlet tidligere forskning til personer som er med på å utarbeide de nye nasjonale retningslinjene for svangerskaps- og barselomsorgen.

Vi har som tidligere nevnt også hatt møte med to ordførere, hvor vi sammen reflekterte over kommunens ansvar for foreldres psykiske helse før og etter fødsel.

Underveis i prosjektet har vi kommet over tilbud som enkelte helsestasjoner tilbyr, og som vi mener at alle helsestasjoner bør ha. Basert på dette har vi utarbeidet noen tiltak for å bedre psykisk helse i svangerskap- og barseltiden, da vi mener at bosted ikke skal være avgjørende for hvilket tilbud du får.





Møte med kommune om forebygging av fødselsdepresjon

Psykolog med spesialkompetanse på graviditet og barsel er avgjørende. Flere av mødrene vi snakket med fortalte at det var avgjørende at psykologen hadde kunnskap om barn.

Mor og barn, sammen med eventuell partner må følges opp som en helhet.

Å tilrettelegge for økt tverrfaglig samarbeid kan skape et kontinuerlig tjenestetilbud, som igjen vil skape mer trygghet.

Oppfølgingen er viktig for både kommende foreldre, men også for å bedre ivareta dem som eventuelt opplever en spontanabort.

Det er i dag ikke lagt opp til rutinesamtale etter fødselen, men heller en anbefaling om å tilby "en samtale hvor det er mulig å stille spørsmål til jordmor eller lege om hendelsesforløpet og fødselsopplevelsen". Av kvinnene vi snakket med som hadde opplevd en traumatisk fødsel, ble traumen først oppdaget ved neste barn. Det var tilnærmet umulig for mødrene å forstå at de hadde gjennomgått en traumatisk fødsel uten å ha et sammenligningsgrunnlag fra før. Mødrene bør derfor ikke ha ansvar for å oppdage dette selv.

## Våre forslag til en bedre psykisk helse

1. Alle helsestasjoner bør ha minst én psykolog ansatt. Dette burde ikke bare være et tilbud på enkelte helsestasjoner.
2. Helsestasjonen bør utvide sitt ansvarsområde fra barnet til hele familien.
3. Psykisk helse bør være like viktig som fysisk helse.
4. Økt vektlegging på tverrfaglig samarbeid mellom jordmor, helsesykepleiere og leger.
5. Alle gravide skal ha mulighet til å få første konsultasjon innen én uke etter å ha gitt beskjed til helsestasjon eller lege.
6. Psykisk helse må få større plass i utdanningen til jordmødre og helsesykepleiere.
7. Kort ventetid og tilbud om lavterskel psykisk helsehjelp til småbarnsfamilier.
8. Alle gravide skal få tilbud om hjemmebesøk av jordmor og helsesykepleier.
9. Alle som har født bør få tilbud om en samtale i etterkant av fødselen med jordmoren som var til stede.



# 09 Avslutning

Timesvis med arbeid, spenning, glede og sorg har nå vært oppsummert i denne rapporten. Avsluttende tanker ved prosjektets slutt.



## Konklusjon

*Hvordan kan tjenstedesign bidra til å forebygge fødselsdepresjon, samt bidra til å støtte dem som opplever det?*

OmSorg er et tjenstedesignprosjekt som utforsker svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, med et spesielt fokus på forebygging av fødselsdepresjon. Med ydmykhet og forsiktighet har vi forsøkt å tilnærme oss og forstå hvordan det oppleves å gå gjennom en fødselsdepresjon, samt hvordan det oppleves å være nærmeste støttespiller. Gjennom prosjektet har vi hatt jevnlig kontakt med helsepersonell for å forstå deres perspektiv. Dette har resultert i funn av barrierer, Anes historie, utvikling av nye samtaleverktøy og tjenesten Omsorg.

Omsorg utforsker hvordan vi kan bedre utnytte og styrke den støtten vi har i dag gjennom helsepersonell. Vi tror at vi med dette prosjektet kan bidra til å skape tryggere foreldre som kan stå sterkere i foreldrerollen. Samtidig som vi gjør helsepersonell tryggere i rollen som støttespiller.

## Refleksjon

### Hva har vi lært?

Gjennom studietiden på AHO har vi trent på å engasjere oss i prosjekter og temaer som vi ikke har bakgrunnskunnskap om. Vi var likevel spente før vi skulle arbeide med temaet svangerskap, fødsel og barsel – vi som verken er helsepersonell eller har fått barn selv.

Vi har aldri tidligere opplevd å få så mange spørsmål når det gjelder valg av tema. Alle disse spørsmålene har krevd refleksjon over hva vår rolle som designere innebærer, samt hva vi ønsker at vår rolle skal være i fremtidige prosjekter. Vi mener at ved å møte brukerne, og ved å ha en empatisk tilnærming til temaene, så kan vi skape tjenester for individet og samfunnet.

### Ydmyk

I dette prosjektet har vi igjen blitt påminnet om å være ydmyke. Vi må hele tiden være klare over at vår rolle som designere ikke er å være ekspertene selv, men å være et talerør for andres erfaringer og opplevelser.

### Sensitivt tema

Dette er uten tvil det mest sensitive temaet vi har jobbet med til nå, gjennom fem år på AHO. Det har krevd mye av oss, men vi har definitivt lært mye av å bli utfordret på dette før vi skal ut i arbeidslivet. I tillegg er det et sårt tema. Det har vært utrolig vondt å høre historiene vi har blitt fortalt, og vi er imponert over alle vi har snakket med. Vi håper, gjennom dette prosjektet, at dere føler at vi har hørt dere.

### Samarbeid med hverandre

Vi hadde begge gode erfaringer fra å arbeide med hverandre i tidligere prosjekter, både faglig og sosialt. Det ble derfor naturlig å jobbe sammen i diplomoppgaven, da vi hadde like mål og ønsker for prosjektet. Vi har vært flinke til å sette av tid til forventningsavklaringer og tilbakemeldinger til hverandre. Vi har begge et ønske om å utvikle oss som designere. Derfor prioriterer vi å dele av erfaringer og for å gjøre hverandre bedre.

I stedet for å definere ulike roller har vi heller rullert på ansvaret for ulike deler av prosjektet. Vi har for eksempel byttet på hvem som har intervjuet og hvem som har notert. I tillegg gjennomførte vi noen intervjuer hver for oss.

### En annen retning?

I begynnelsen av prosjektet drøftet vi om det var hensiktsmessig å finne en samarbeidspartner for tjenesten. Det kunne gitt oss tydeligere rammer tidlig i prosessen, og gjort det enklere å komme i kontakt med helsepersonell. Dette kunne spart oss for mye tid. Resultatet ville nok vært en annerledes oppgave. Det var likevel et bevisst valg å utvikle prosjektet uten en samarbeidspartner. Det ga oss mulighet til å utforske fritt og skape løsninger basert på brukerinnsikt, og ikke på hva som var forventet av en samarbeidspartner. Vi vil fortsette å prioritere brukere på vår vei inn i arbeidslivet.



## Takk til

Vi ønsker å gi en stor takk til alle som har bidratt til å gjøre OmSorg mulig. Flere ganger gjennom prosjektet har vi måttet tatt et skritt tilbake for å ta inn over oss hvor fine og hjelpsomme folk er!

Vi ønsker å takke alle mødre og fedre som har deltatt. Dere er hovedgrunnen for at vi med hevet hode kan levere fra oss dette prosjektet! Takk for at dere delte av erfaringer, tanker og følelser. Det har vært vondt og fint!

Takk til helsepersonell, som har rettleidet oss, gitt oss nye perspektiver og gitt oss innblikk i sin arbeidshverdag.

Takk til vår veileder Andrea Caroline Plesner, som har støttet oss i våre mest forvirrede perioder og pushet oss til å utforske nye retninger.

Takk til Lena og Gro i Landsforeningen 1001 dager, som gjentatte ganger har gitt oss tilbakemeldinger og tatt oss med inn i politisk arbeid.

Takk til Barseloppørret, som delte prosjektet vårt for å hjelpe oss å finne brukere.

Takk til AFAG, som har gitt oss muligheter til å reise rundt uten bekymringer.

Takk til Madeleine og Ann Kristin, tidligere studenter ved AHO, som har delt raust av sine erfaringer fra sitt eget diplomprosjekt "Maternity: Revisited".

Takk til familie og venner som har bidratt til å svare på spørsmål og støtte oss gjennom prosjektet.

Til slutt ønsker vi å rette en stor takk til våre fantastiske medstudenter. Takk for sene kvelder, timesvis med sparring, hyggelige lunsjer og gode råd.





## Kilder

- Barseloppøret. (2022, 20. april). Debatt om barselomsorgen [Video]. Facebook. <https://fb.watch/d6WNCbvhvX/>
- Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Lemmi, V. & Adelaja, B. (2014, 20. oktober). Costs of perinatal mental health problems. Research Gate. <https://DOI:10.13140/2.1.4731.6169>
- Danielsdóttir, S. & Ingudóttir, J. (2020). The First 1000 Days in the Nordic Countries: A Situation Analysis. Norden. <http://doi.org/10.6027/nord2020-051>
- Dennis, C. L. & Creedy, K. D. (2004, 18. oktober). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane library. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub2>
- Dennis, C. L. & Dowswell, T. (2013, 28. februar). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane library. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- Digdir (2021, 17. november). Direktoratet for e-helse: Elektronisk helsekort for gravide. <https://www.digdir.no/digitaliseringsradet/direktoratet-e-helse-elektronisk-helsekort-gravide/1802>
- Eberhard-Gran, M., Engelsen, L. Y., Al-Zirqi, I., Vangen, S. (2022, 04. februar). Depressive symptoms og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19-pandemien. Tidsskriftet. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0450>
- Fredriksen, E. (2019). Depressive symptoms in the transition to parenthood: Patterns, processes and child outcomes [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. DUO Vitenarkiv. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-70801>
- Folkehelseinstituttet (2022, 05. april). Kort fødeopphold i pandemiårene. FHI. <https://www.fhi.no/nyheter/2022/kort-fodeopphold-i-de-to-pandemiarene/>
- Helsedirektoratet (2014, 01. april). Nytt liv og trygg barseltid for familien: Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Helsedirektoratet (2018a, 01. juni). Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 16. mars 2022, lest 14. februar 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Helsedirektoratet (2018b, 9. november). Fødselsdepresjon. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/fodselsdepresjon/>
- Holte, A. & Eberhard-Gran, M. (2022, 08. april). Innfør nasjonal screening for depresjon i svangerskap og spedbarnstid nå. Psykologisk.no. <https://psykologisk.no/2022/04/innfor-nasjonal-sceening-for-depresjon-i-svangerskap-og-spedbarnstid-na/>
- Ludvigsen, B. G. & Macdonald, M. (2021, 21. mars). Jordmormangel fører til lite hjemmebesøk etter fødsel. NRK. <https://www.nrk.no/sorlandet/kun-fire-av-ti-fikk-hjemmebesok-av-jordmor-etter-fodsel-i-2020-1.15426180>
- Psouni, E., Agebjörn, J. & Linder, H. (2017, 20. oktober). Symptoms of depression in Swedish fathers in the postnatal period and development of a screening tool. Scandinavian Psychological Associations. <https://doi.org/10.1111/sjop.12396>
- Ramsvik, J. (2015, 05. april). "Noen er født med lykkepillen innabords, - andre har aldri fått den". En kvalitativ studie av helsesøstres erfaringer relatert til bruken av Edinburgh Postnatal Depression Scale- EPDS. UiT Munin. <https://munin.uit.no/handle/10037/8065>
- Redd Barna (2015). The Urban Disadvantage: STATE OF THE WORLD'S MOTHERS 2015 (ISBN 1-888393-30-0). Redd Barna. <https://www.savethechildren.org/content/dam/usa/reports/advocacy/sowm/sowm-2015.pdf>
- Statistisk sentralbyrå (u.å.). 09745: Fødte, etter kjønn, år og statistikkvariabel. SSB. <https://www.ssb.no/statbank/table/09745/tableViewLayout1/>
- Stortinget (2022, 3. mai). Voteringsoversikt for sak: Representantforslag om en bedre barselomsorg. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/Voteringsoversikt/?p=87833&dnid=1>
- WHO (2022, 30. mars). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience (ISBN: 978 92 4 004598 9). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>



**Åse Lilly Salamonsen og Sofie Finnøy Vestøl,**  
*Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo, våren 2022*