

Psykhjelpen for de minste



ET GODT GRUNNLAG Mye av grunnlaget for god psykisk helse etableres tidlig i livet. «Psykhjelpen for de minste» i Tromsø er et lavterskeltilbud med psykologisk rådgivning for gravide og småbarnsforeldre opp til barnet er fem år, skriver Agnes Bohne og Catharina Elisabeth Arfwedson Wang.. Foto: Björn Abelin / Bildhuset / Tt

Ved å være der småbarnsfamilier naturlig oppholder seg, er det enklere å nå gravide og småbarnsforeldre med psykologisk bistand.

TEKST

Agnes Bohne

Catharina Elisabeth Arfwedson Wang

PUBLISERT 4. august 2017

For mange vordende foreldre kan overgangen fra å leve alene til å få barn og danne familie være krevende og vanskelig, og en signifikant andel kvinner og menn opplever depressive symptomer i forbindelse med graviditet, fødsel og barseltid (det vil si perinatal periode) (O'Hara & Swain, 1996; Reck et al., 2008). En rekke studier viser at foreldrenes depresjon virker uheldig inn på samspillet med barnet, og får konsekvenser for barnets tilknytning og emosjonelle og kognitive utvikling (Ramchandani, Stein, Evans & O'Connor, 2005; Tronick & Reck, 2009). Å fange opp kvinner og menn med psykososiale utfordringer i perinatal periode kan redusere psykisk smerte og funksjonstap hos foreldrene og samtidig forebygge psykiske problemer og atferdsproblematikk hos barnet.

«Psykhjelpen for de minste» på Sentrum helsestasjon i Tromsø er et lavterskeltilbud med psykologisk rådgivning for gravide og småbarnsforeldre opp til barnet er fem år.

Tilbudet driftes av viderekomne psykologistudenter under veiledning av psykologspesialister. Tiltaket fyller et behov for en mer helhetlig oppfølging av gravide og småbarnsforeldre i førstelinjen, og er organisert slik at det fremmer samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette er i samsvar Folkehelseinstituttets (2011) anbefalinger om forebyggende tiltak og styrking av foreldreferdigheter, og med Helsedirektoratets (2013) nye retningslinjer for barselomsorgen. Samtidig har tiltaket gitt en ny og fremtidsrettet praksisarena for psykologistudenter.

Vi vil presentere våre erfaringer med hvordan et slikt tiltak kan igangsettes og bygges opp som et tverretatlig og tverrprofesjonelt samarbeid, sette det inn i en fagpolitisk og helsepolitisk sammenheng, og gi en kort presentasjon av behov og tilbakemeldinger fra brukerne samt studentenes erfaringer med tilbudet.

Bakgrunn

Barselomsorg og sårbare familier

Postnatal (det vil si etter fødsel) depresjon forekommer hos 10–15 % av alle nybakte mødre (O'Hara & Swain, 1996; Reck et al., 2008), og norske studier har rapportert en insidens på mellom 10 % og 17 % hvorav 3,5 % er klinisk deprimerte (Berle, Aarre, Mykletun, Dahl & Holsten, 2003). Postnatal depresjon oppstår også hos menn med en prevalens på mellom 5 % og 10 % (Serhan, Ege, Ayranci & Kosgeroglu, 2013).

Sårbarhetsfaktorer for å utvikle postnatal depresjon er stort sett felles for kvinner og menn og inkluderer prenatal (det vil si før fødsel) depresjon og angst, tidligere psykiske lidelser, et dårlig fungerende parforhold, stressfulle livshendelser, en negativ holdning til graviditet og mangel på sosial støtte (Norhayati, Hazlina, Asrenee & Emilin, 2014).

«Tiltaket fyller et behov for en mer helhetlig oppfølging av gravide og småbarnsforeldre i førstelinjen»

Postnatal depresjon hos mor kan virke forstyrrende inn på samspillet med spedbarnet ved at mor er mindre sensitiv for barnets signaler og behov, snakker mindre med barnet og viser mer negative enn positive ansiktsuttrykk i ansikt-til-ansikt-samspill med barnet (Tronick & Reck, 2009). Postnatal depresjon er også en signifikant prediktor for foreldrestress som kan defineres som en mismatch mellom opplevde ressurser og forventninger og faktiske omsorgsoppgaver (Leigh & Milgrom, 2008). Det er veldokumentert at depresjon hos mor og far har en uheldig påvirkning på barnets utvikling og øker sannsynligheten for at barnet utvikler kognitive, atferdsmessige, emosjonelle og tilknytningsforstyrrelser (Martins & Gaffan, 2000; Tronick & Reck, 2009).

I en fersk rapport fra Senter for psykisk helse og London School of Economics dokumenteres de høye personlige og samfunnsøkonomiske kostnadene forbundet med

psykiske helseproblemer i perinatal periode inkludert de negative konsekvenser dette får for barnets utvikling (Bauer, Parsonage, Knapp, Iemmi & Adelaja, 2014). Rapporten konkluderer med at selv en beskjeden forbedring av helsetjenestetilbudet for målgruppen vil føre til en stor samfunnsøkonomisk gevinst. Folkehelse rapporten fra 2014 påpeker betydningen av å starte forebyggende arbeid allerede i svangerskapet (Folkehelseinstituttet, 2014), og regjeringen har meldt at de ønsker å videreutvikle og styrke de forebyggende helsetjenestene for barn og unge knyttet til helsestasjonene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

I Helsedirektoratets nye retningslinjer for barselomsorgen oppsummeres følgende anbefalinger for familier i en sårbar og utsatt livssituasjon: «For å forebygge depresjon anbefales individuelt tilpasset støtte fremfor gruppebaserte og/eller rutinemessige tiltak [...] risikoutsatte kvinner, familier og nyfødte barn tilbys en individuelt tilpasset oppfølging i barseltiden utover de generelle anbefalinger i retningslinjene» (Helsedirektoratet, 2013, s. 13). Imidlertid sier retningslinjene lite om hvordan tiltakene konkret skal utformes, og hvem som skal være ansvarlig for gjennomføringen.

Erfaringer fra Tromsø kommune

I Tromsø fødes det gjennomsnittlig 1000 barn hvert år, og i 2008 innførte kommunen screening (EPDS; Cox, Holden & Sagovsky, 1987) av alle kvinner 6–7 uker etter fødsel for å kartlegge symptomer på depresjon. Kvinner som har behov, får tilbud om samtale hos helsesøster, kommunepsykolog, eller henvises videre til spesialisthelsetjenesten. Erfaringene viser imidlertid at behovet er langt større enn tilgjengelige tilbud, og at nedstemte kvinner i liten grad klarer å nyttiggjøre seg etablerte kvinnenettverk som eksempelvis barselgrupper.

Dette var bakgrunnen for at Forebyggende helsetjenester (FH) allerede i 2012 kontaktet Institutt for psykologi (IPS) ved UiT Norges arktiske universitet med tanke på å etablere en mestringsgruppe for nedstemte mødre i Familiens hus. FH og IPS hadde gode samarbeidserfaringer gjennom etableringen av «Psykhjelpen på Tvibit – en psykologisk rådgivningstjeneste på ungdommens kulturhus» (Wang et al., 2007), og sammen utviklet vi «Blues Mothers – et gruppebasert mestringsstilbud ved fødselsdepresjon» (Kristensen et al., 2015, Moldestad & Wang, 2017).

Erfaringene fra samarbeidet om Blues Mothers viste imidlertid at det fortsatt var et stort og udekket behov for individrettede tiltak samt rådgivningstiltak for par. Mange kvinner i mestringsgruppen fortalte at de allerede i svangerskapet opplevde psykososiale utfordringer, og at senere vansker kunne blitt forebygget dersom de hadde fått hjelp tidligere. Erfaringene fra Blues Mothers viste også at ventetiden var lang og terskelen høy for å få tilbud i spesialisthelsetjenesten, og at kommunalt ansatte psykologer i FH ikke hadde kapasitet til å gi et tilbud til alle i målgruppen.

Et annet viktig insentiv for etableringen av Psykhjelpen var at svært få barn under 5 år blir henvist til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Dette er bekymringsfullt da også barn under 5 år har psykiske helseplager som kvalifiserer for hjelp i spesialisthelsetjenesten

(f.eks. Skovgaard et al., 2007). Ved å etablere et lavterskeltilbud for målgruppen av gravide og småbarnsforeldre med barn opp til 5 år ønsket vi derfor å senke terskelen for psykologisk rådgivning og behandling samt å fremme samhandlingen mellom aktører i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Etablering og organisering av «Psykhjelpen for de minste»

Etter modell av Psykhjelpen på Tvibit (Wang et al., 2007) søkte vi Rådet for psykisk helse/Extrastiftelsen og fikk innvilget forebyggingsmidler for en prosjektperiode på 2 år. I samråd med Tromsø kommune plasserte vi Psykhjelpen for de minste på Sentrum helsestasjon, der også den kommunale jordmortjenesten og forsterket helsestasjon holder til. I likhet med disse tjenestene er også Psykhjelpen et tilbud for hele byens befolkning, og ved å plassere Psykhjelpen på helsestasjonen ønsket vi å senke terskelen for å benytte seg av tilbudet. Lokalet er tilrettelagt for målgruppen, med parkering for barnevogner, flere stallebord og et venterom egnet til lek for de minste. Helsestasjonen er et naturlig sted for målgruppen å ferdes, så brukere av Psykhjelpen trenger ikke bekymre seg for hva andre tenker om at de er der. Som gravid og småbarnsforelder skal en uansett regelmessig innom jordmor eller helsesøster. Psykhjelpen driftes ukentlig hver mandag og torsdag.

«Psykhjelpen for de minste fyller et behov for psykologisk rådgivning og behandling på kommunalt nivå i målgruppen av gravide og småbarnsforeldre»

Før oppstart av Psykhjelpen informerte vi alle helsestasjoner, legekantor og relevante avdelinger ved UNN om det nye lavterskeltilbudet. Vi informerte om at tilbudet passer for kvinner og menn som står overfor psykososiale belastninger i forbindelse med svangerskap, barseltid og småbarnstid, eller opplever bekymringer eller utfordringer når det gjelder barnet. Det ble vist til at Psykhjelpen kan bidra med å kartlegge og sortere problemstillinger, gi råd, formidle kontakt og henvise videre til riktig hjelpetiltak. Det ble gitt informasjon om hvordan man kan komme i kontakt med og sette opp timeavtaler på Psykhjelpen. Lokalbefolkningen ble også informert via nettsiden til Tromsø kommune, NRK Troms og lokalavisen i Tromsø.

I august 2015 startet de første fire studentene opp på Psykhjelpen som del av sin seks måneders hovedpraksis ved henholdsvis Psykologisk klinikk (PK) ved IPS, UiT, og ved BUP og Forebyggende familieteam (FF), begge ved UNN. Studentene fikk veiledning av sine respektive veiledere der de har hovedpraksis, og to timer fellesveiledning annenhver uke av psykologspesialist ved PK/IPS. Fellesveiledningen er viktig for innsyn og drøfting av saker, og for å fremme samhandlingen mellom praksisplassene og kommunen. Ved oppstart og avslutning av semesteret gjennomføres også

samarbeidsmøter mellom kommunen og praksisplassene for å drøfte samarbeidsrutiner og praktisk tilrettelegging.

Erfaringer så langt

Etter noen stille oppstartsuker økte det på med saker, og på nyåret 2016 var det god tilstrømning. Ved en kartlegging i begynnelsen av april var det henvist om lag 40 saker med 1–10 timer per sak, og ved semesterslutt i juni var antallet steget til bortimot 60 saker. Sakene var henvist fra helsesøster, kommunejordmor, fastlege, føde- og barselavdelingen ved UNN, eller brukeren hadde selv tatt kontakt. Det var flest kvinner og par, noen menn og enkelte barn.

Problematikken som det ble henvist for, var bekymringer og angst under svangerskapet, særlig med tanke på barnets helse og egen omsorgsevne, spisevansker under svangerskapet, dramatiske fødsler, fødselsdepresjon, traumer og omsorgssvikt i egen oppvekst, psykisk syk partner, konflikter og vansker i parforholdet, sinnemestringsproblemer, rusproblematikk, aleneforeldre som strever, og lite sosialt støttenettverk. Noen få saker har også vedrørt reguleringsvansker hos barnet, og bekymringer knyttet til barnets atferd som raserianfall, repetitiv atferd og seksualisert atferd. Det har vært stor variasjon i alvorlighetsgrad i sakene, fra lettere bekymringer til alvorlige psykososiale vansker og omsorgssvikt.

De fleste sakene ble avsluttet ved Psykhjelpen, men noen saker har blitt viderehenvist til BUP, FFT, PK/IPS, Familievernkontoret eller tilbakeført til fastlegen. Det har også vært kontakt med Barnehuset og Barneverntjenesten, og det har i flere av sakene vært samarbeid mellom studentene ved Psykhjelpen, helsesøstrene og de kommunale jordmødrene.



VÆRE TIL STEDE Det er viktig å tilby denne tjenesten der gravide og småbarnsfamilier naturlig ferdes skriver Anges Bohne og Catharina Wang. Foto: *Nuevas aficiones* av Andrés Nieto Porras/Flickr.com/CC

To kasusbeskrivelser

En sentral beveggrunn for oppstart av Psykhjelpen var vår kunnskap om forekomst av depresjon i aktuelle målgrupper og de konsekvenser dette kan ha for barnets utvikling. Vi var derfor forberedt på at mange av våre brukere ville streve med nedstemthet og bekymring. Følgende kasus er et eksempel på dette:

Stine (34 år) fikk informasjon om Psykhjelpen fra helsesøster og bestemte seg for å takke ja til tilbudet. Hun hadde en 3 år gammel datter og begynte i samtaler sammen med sin 2 måneder gamle sønn. Stine kunne fortelle at hun hadde fødselsdepresjon med sin førstefødte, og at den hadde vart i nesten et halvt år. Hun var usikker på hvordan depresjonen tok slutt, men kunne huske at det hjalp å trene, og hadde derfor begynt med det samme også denne gangen. Stine beskrev negative tanker om å ikke orke mer, om at samboeren ikke forsto henne, og at hun innimellom hadde lyst til å gi fra seg barna. Hun kunne også få tanker som skremte henne, som at hun hadde lyst til å slippe barnevogna i nedoverbakke. Videre beskrev hun reguleringsvansker hos sønnen, som vansker med søvn og uro ved brystet. Gjennom våre samtaler fikk Stine luftet sine bekymringer og frustrasjoner knyttet til barn og mann. Etter bare noen få timer kunne Stine ta mannens perspektiv, og se humoren i

de små detaljene som tidligere kunne skape konflikter, som at han hadde kjøpt feil størrelse bleier. Hun opplevde bedre stemning på hjemmebane. Stine tok også barnas perspektiv, og begynte å sette av tid til positive aktiviteter med sin datter. Sammen utforsket vi hva som hjalp Stine til å få det bedre, og hun ble bevisst hvordan besøk og aktiviteter med familie og venner hjalp på humøret. Etter 4 timer opplevde Stine at nedstemtheten hadde avtatt, og hun mestret hverdagen godt. Sønnen sov både bedre og lenger, og lå roligere og lenger ved brystet hennes. Stine uttrykte trygghet i rollen som tobarnsmor, og vi avsluttet vår kontakt.

Stine er et eksempel på hvordan mange av de som kommer til Psykhjelpen, opplever stor positiv endring på kort tid i stedet for at vanskene vokser seg mer alvorlige. Det samme har vi erfart med gravide, at flere som kommer til førstesamtalen nedstemt og full av bekymringer, etter et fåtall samtaler får økt tiltro til foreldrerollen og dermed symptomlette. Samtidig har vi også erfart at andre som har benyttet seg av Psykhjelpen, har hatt psykiske eller sosiale utfordringer som ikke har vært direkte knyttet til foreldrerollen, men som har blitt vanskeligere å håndtere når de også har fått omsorgsansvar for egne barn. Sandra er et eksempel på dette.

Sandra (24 år) hadde en datter på 9 måneder og ble henvist fra helsesøster etter å ha fortalt om vansker i parforholdet. I løpet av første samtale ved Psykhjelpen ble det avdekket en historie med vold og overgrep. Sandra hadde aldri fortalt noen om dette tidligere til tross for tidligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Det nåværende parforholdet beskrev Sandra som trygt og uten vold. Sandra beskrev traumesymptomer som angst, unngåelse, gjenopplevelser og kroppslige symptomer, samt en noe kaotisk sosioøkonomisk situasjon rundt familien. Grunnet alvorlighetsgraden i Sandras problematikk var omsorgen for Sandras datter stadig oppe til vurdering i veiledningsgruppen, men vi fant ikke tegn til bekymring for omsorgen. Sandra evnet å mentalisere rundt barnets atferd, og hun beskrev også barnets far som engasjert og trygg. I noen av timene var datteren med, og terapeuten kunne observere et velfungerende samspill og atferd som tilsvarte trygg tilknytning. Timene med Sandra ble benyttet til traumefokusert fase 1-behandling med fokus på stabilisering og håndtering av angst, samt psykoedukasjon og hjelp til å avklare familiens situasjon. Kontakten ble avsluttet etter 10 timer. Epikrise ble da sendt til fastlegen med klar anbefaling om henvisning til videre psykologisk behandling.

I flere lignende saker har vi erfart at gravide og småbarnsforeldre med alvorlig psykososial problematikk ville stått uten tilbud dersom de ikke hadde fått kjennskap til Psykhjelpen gjennom helsesøster eller jordmor. I overgangen til å bli foreldre aktiviseres ofte egne gode eller dårlige relasjonserfaringer og mestringsstrategier. Samtidig er dette en periode i livet der man har lite overskudd til å be om hjelp. Deltagere i mestringsgruppen Blues Mothers beskriver nettopp hvor vanskelig og

skambelagt det er å be om hjelp i denne perioden med så store livsomveltninger og forventninger om å være lykkelig (Kristensen et al., 2015). Mange er også redde for å miste omsorgen for sine barn dersom de forteller om utfordringene de opplever. Psykhjelpen kan således hjelpe brukerne til å sortere i problemene, gi dem en god erfaring med å søke hjelp, og eventuelt hjelpe dem videre til spesialisthelsetjenesten eller til andre hjelpeinstanser.

Brukernes tilbakemeldinger

Muntlige tilbakemeldinger fra brukerne viser at tilbudet dekker et viktig behov, og at muligheten for å få time uten ventetid er av stor betydning. Noen har uttrykt at det var viktig å tidlig få avklart bekymringer de hadde, og at det var tilstrekkelig med bare noen få timer. Andre har satt pris på å bli henvist videre i systemet, mens enkelte har ønsket å beholde sin behandler ved Psykhjelpen fordi det har vært et stort skritt for dem å fortelle om eksempelvis relasjonstraumer fra barndommen. Flere har spontant takket for hjelpen med tilbakemeldinger som: «Tenk at jeg var på helsestasjonen i går og snakket med helsesøster, og i dag er jeg her! Det er jo helt fantastisk!» Og: «Jeg føler jeg har fått noen hjelpemidler å bruke i hverdagen. Det har vært veldig fint å komme hit, tusen takk!» Til tross for at de første tilbakemeldingene fra brukerne er positive, forventer vi at også Psykhjelpen vil ha tilsvarende utfordringer som erfares i det øvrige praksisfeltet, som eksempelvis frafall fra behandlingen, utfordringer knyttet til allianse og manglende behandlingseffekt.

Betydningen av samlokalisering

Ved å plassere Psykhjelpen for de minste på Sentrum helsestasjon har vi hatt nær kontakt med jordmødre og helsesøstre som daglig møter målgruppen av gravide og småbarnsforeldre. Dette har senket terskelen for å samtale om brukere som man er bekymret for, og for å lette viderehenvisning til andre instanser. Jordmødre og helsesøstre er preget av en hektisk arbeidshverdag, og sårbare brukere trenger sømløse overganger mellom de enkelte tjenestene. Vår erfaring er at fysisk samlokalisering er viktig for å oppnå dette, da Psykhjelpen har vært lett tilgjengelig for drøfting når vi sitter på kontoret vegg i vegg, og brukerne møter opp på samme sted der de hadde samtale med jordmor eller helsesøster kun dager i forveien. Eksempelvis forteller jordmødre og helsesøstre om relativt store utfordringer med å oppnå kontakt med brukernes fastlege for informasjonsutveksling og for å drøfte og viderehenvise saker, og terskelen blir dermed høyere for å ta kontakt. Når psykologer skal inn på helsesøstrenes arenaer, er det imidlertid viktig å vise respekt for helsesøstres og jordmødres fagkompetanse og sammen bli enige om hvordan psykologer best kan supplere deres tilbud til målgruppen.

**«Flere som kommer til
førstesamtalen nedstemt og full
av bekymringer, får etter et fåtall**

samtaler økt tiltro til foreldrerollen og dermed symptomlette»

Studentenes tilbakemeldinger

Studentene forteller at Psykhjelpen har lært dem å ta ting på sparket uten skriftlig henvisning, og at de har lært å sortere saker og vurdere tiltaksnivå. Videre forteller de at de har lært mye om andre yrkesgruppers perspektiv og kompetanse, noe som også har bevisstgjort dem på egen faglig kompetanse. Studentene forteller at det har vært lærerikt å være i et tverrprofesjonelt samhandlingsmiljø og få samtidig erfaring både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Studentene tilbakemelder at de i løpet av studietiden lærer for lite om hvilke tiltak som kan igangsettes på kommunalt nivå, fordi det kliniske fokuset primært er på utredning, diagnoser og behandling. De mener at forebygging, rådgivning og tidlig intervensjon med fokus på normalperspektivet bør vies større plass på profesjonsstudiet, særlig fordi stadig flere psykologer arbeider i kommunale stillinger. Psykhjelpens målgruppe kan imidlertid være utfordrende, spesielt som et lavterskeltilbud, der studentene er lite forberedt på hva som møter dem, før de kommer på jobb den dagen. Dette krever tett veiledningsoppfølging, og det er en fordel at det er flere studenter på jobb samtidig for kollegastøtte.

Veien videre

Prosjektperioden varer frem til utgangen av 2017, og i denne perioden ønsker vi å kvalitetssikre Psykhjelpen for de minste før den implementeres som et fast praksistilbud for psykologistudenter ved UiT. Foreløpige tilbakemeldinger fra Tromsø kommune er at de opplever at forebyggende helsetjenester nå kan tilby et mer helhetlig tilbud til gravide, småbarnsforeldre og barn under 5 år, der også psykisk helse får større plass. Men for å få en mer systematisk oversikt over behov, tilgjengelighet og områder der vi kan forbedre oss, har vi startet opp en skriftlig og anonym spørreundersøkelse til helsesøstre, jordmødre og tidligere brukere av Psykhjelpen.

Vi arbeider også med å utvikle en prosedyrehåndbok som skal inneholde en sjekklister for å definere målgruppe av brukere (jf. sårbarhets- og risikofaktorer), kartleggings- og utredningsverktøy, stepped care-modeller for tiltak som inkluderer individrettede tiltak som rådgivning og behandling, samspillfremmende tiltak, familieintervensjoner og mestringsgrupper. I håndboken skal det inngå en oversikt over samarbeidspartnere og ressurser, og det skal nedfelles skriftlig samhandlingsrutiner mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Vi har knyttet til oss en brukerrepresentant som selv har erfaring med depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel. Hun har deltatt på møter, kommet med innspill på spørsmålsutforming i evalueringen, skal bidra i arbeidet med prosedyrehåndboken, i informasjonsarbeid og formidling. Vår erfaring er at hun gir oss innsyn i problemstillinger som det er vanskelig å få tilgang til uten selv å ha vært i samme situasjon.

Avsluttende refleksjon

Etter ett års drift har vi erfart at Psykhjelpen for de minste fyller et behov for psykologisk rådgivning og behandling på kommunalt nivå i målgruppen av gravide og småbarnsforeldre. Vi har også erfart at det er viktig å tilby denne tjenesten der gravide og småbarnsfamilier naturlig ferdes, for å senke terskelen for å søke hjelp for psykiske og sosiale utfordringer. I likhet med for eksempel ungdomspopulasjonen er dette en målgruppe som ofte ikke fanges opp fordi de er i en overgangsfase i livet sitt, ikke har overskudd eller mot til selv å be om hjelp, og ofte faller mellom flere stoler i helsevesenet. Foreldrenes problemer kan derfor vokse seg unødvendig store før de kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette er sannsynligvis også en viktig årsak til at sped- og småbarn sjelden henvises til spesialisthelsetjenesten med bekymring for deres psykiske helse.

I dag vet vi mye om at grunnlaget for god psykisk helse etableres tidlig i livet, og at sannsynligheten for symptomer på psykiske plager hos barn og unge øker når foreldrene har symptomer på psykisk lidelse. Det samme gjelder barn som lever under konfliktfylte forhold og har foreldre med mangelfulle foreldreferdigheter. Sped- og småbarn kan være risikoutsatt gjennom flere faktorer, inkludert tilstander ved barnet selv, mangelfull omsorg eller miljømessige forhold. Til tross for at barnets symptomer på ikke-optimale oppvekstforhold kan være utfordrende å oppdage på et tidlig stadium, så har sped- og småbarns tidlige erfaringer stor betydning for deres utvikling og fungering. Tidlige intervensjoner er derfor viktige for å forebygge senere psykopatologi.

Det er en økende satsing fra statlige helsemyndigheter og fra Norsk psykologforening på forebyggende helsetjenester, samhandling og brukermedvirkning.

Folkehelseinstituttets rapport (2011) trekker frem styrking av foreldreferdigheter som et av de viktigste tiltakene for å nå barn under skolealder. Rapporten understreker behovet for psykologisk kompetanse i kommunehelsetjenesten, og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, for familiene til de minste barna. På hvilken måte dette skal gjennomføres, er mer uklart og dermed opp til hver enkelt kommune og helseforetak. Psykhjelpen for de minste er Tromsøs svar på helsemyndighetenes anbefalinger og er samtidig en fremtidsrettet praksisarena som gjør fremtidens psykologer mer rustet til å møte morgendagens behov for psykologisk kompetanse.

Takk

Vi vil takke Rådet for psykisk helse/Extrastiftelsen for tildeling av forebyggingsmidler som muliggjorde oppstarten av Psykhjelpen for de minste. En takk rettes også til UNN og UiT for tildeling av fagutviklingsmidler til fremtidsrettet praksisarena. Vi vil takke våre positive og kunnskapsrike samarbeidspartnere i Forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune, og i BUP og Forebyggende familieteam i UNN. Også en stor takk til våre flotte studenter og medarbeidere ved IPS som er involvert i Psykhjelpen for de minste. Til slutt ønsker vi å takke vår fantastiske

brugerrepresentant som alltid byr på seg selv og bidrar til å tette våre kunnskapshull - for en sak har alltid to sider.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 8, 2017, side 745-752

TEKST

Agnes Bohne, Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet

Catharina Elisabeth Arfwedson Wang, Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet

KONTAKT: catharina.wang@uit.no.

+ Vis referanser

Referanser

Berle, J.Ø., Aarre, T., Mykletun, A., Dahl, A., & Holsten, F. (2003). Screening for postnatal depression: Validation of the norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76(1), 151-6.

Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Lemmi, V., & Adelaja, B. (2014). *Costs of perinatal mental health problems*. London UK: London School of Economics and Political Science.

Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-5.

Folkehelseinstituttet (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger (Rapport 2011:1)*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Folkehelseinstituttet (2014). *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge (Rapport 2014:4)*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse - Felles ansvar*. (Meld. St. nr. 34 2012-2013). Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Kristensen, K.V., Dalseth, A.K., Moldestad, L., Wallan, S., Lorem, G., Jentoft, G., & Wang, C.E.A. (2015). Blues Mothers. Et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(5), 405-12.

Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8(1), 24.

Martins, C., & Gaffan, E.A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 737-46.

Moldestad, L., & Wang, C. E. A. (2017). Blues Mothers. For fagfolk som hjelper nedstemte spedbarnsmødre. Hentet fra: <http://site.uit.no/bluesmothers/>

Norhayati, M.N., Hazlina, N.H., Asrenee, A.R., & Emilin, W.M. (2014). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 34-52.

O'Hara, M.W., & Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54.

Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., & O'Connor, T.G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: A prospective population study. *The Lancet*, 365(9478), 2201-5.

Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., Sohn, C., & Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 459-68.

Serhan, N., Ege, E., Ayranci, U., & Kosgeroglu, N. (2013). Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 279-84.

Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jørgensen, T., CCC 2000 Study Team, Olsen, E.M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V. & Lichtenberg, A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1 ½ years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child and Psychiatry* 48 (1), 62-70.

Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard review of psychiatry*, 17(2), 147-56

Wang, C.E., Berge, K., Johnsen, L.I., Arnesen, Y., Breivik, C., Hanssen, T.B., Jentoft, G. & Skre, I. (2007). Psykhjelpen på Tvibit: Psykologisk rådgivningstjeneste på ungdommens kulturhus i Tromsø. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44, 247-53.