

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Utvidet helsestasjon ga mindre bekymring hos kvinnene

Flere kvinner lot være å ta opp sensitive temaer, og noen takket nei til hjelp fordi de ikke følte seg «dårlige nok». Et lokalt tilbud på helsestasjonen bidro til å nå flere kvinner.

Trude Nesse Ellingsen

Helsesykepleier

Færder forebyggende helsetjeneste, Helsestasjonen

Hanne Kjersti Haugetuft

Jordmor

Færder forebyggende helsetjeneste, Helsestasjonen

Helsestasjon

Helsesykepleier

Jordmor

Svangerskap

Sykepleien 2026;114(107952):e-107952

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2026.107952](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2026.107952)

Hovedbudskap

En lokal undersøkelse blant 16 kvinner i tilbudet «God start – utvidet helsestasjon» viser at oppfølgingen oppleves som trygg og nyttig. Bekymringen synker fra svangerskapet til barseltiden, og 15 av 16 oppga at de fikk tatt opp bekymringer i en konsultasjon på helsestasjonen. Samtidig forblir sensitive temaer uomtalt for flere, og noen takker nei til hjelp fordi de ikke føler seg «dårlige nok». Funnene peker på behov for mer tid i konsultasjonene og en aktiv invitasjon til å ta opp vanskelige temaer.

De siste årene har det vært økende oppmerksomhet om viktigheten av barnets første 1000 dager, med særlig vekt på perinatal mental helse – det vil si psykisk helse under svangerskapet og i barseltiden. Feltet inkluderer hele familien de første 1000 dagene av barnets liv.

Noen foreldre trenger hjelp og støtte for å kunne ivareta foreldreansvaret og være gode omsorgspersoner for barna sine.

I 2022 kom et nordisk forskningsnettverk med en faglig anbefaling om å styrke tilbudet til gravide og småbarnsforeldre (1). Denne anbefalingen dannet grunnlaget for Færder

FAKTA

«God start – utvidet helsestasjon» i Færder kommune

«God start – utvidet helsestasjon» er et tilbud til gravide og småbarnsfamilier som har behov for ekstra støtte. Tilbudet kommer i tillegg til den ordinære oppfølgingen ved helsestasjonen og kan omfatte:

- Tverrfaglig samarbeid mellom jordmor og helsesykepleier, med ekstra samtaler og oppfølging ved behov.
- Lav terskel for å henvise til familieterapeut på helsestasjonen.
- Flere hjemmebesøk med støtte og veiledning utover de ordinære hjemmebesøkene etter fødsel.
- Tverrfaglig samarbeid mellom faggruppene på helsestasjonen: jordmor, helsesykepleier, lege, fysioterapeut og ergoterapeut.
- Henvvisning til og samarbeid med andre instanser, blant annet Psykisk helse voksen, Sykehuset i Vestfold (svangerskapspoliklinikken og føde- og barselavdelingen), DPS, BUPA, fastlege, barnevern og Nav.

Kilde: [Færder kommunes tilbud «God start – utvidet helsestasjon»](#)

Kvinner tar sjelden opp psykiske vansker selv

Helsestasjonen er en sentral arena for forebygging og tidlig oppdagelse av psykiske vansker rundt svangerskapet og etter fødselen. Mellom 10 og 15 prosent av kvinner opplever depresjon eller angst i perioden under og etter graviditet (2).

Helsedirektoratets retningslinjer for svangerskaps- og barselomsorgen anbefaler systematiske samtaler om psykisk helse (3, 4). Helsedirektoratets retningslinjer for helsestasjon anbefaler i tillegg bruk av kartleggingsverktøy som Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (5).

«Mellom 10 og 15 prosent av kvinner opplever depresjon eller angst i perioden under og etter graviditet.»

Likevel viser studier at kvinner sjelden tar opp psykiske vansker på eget initiativ. Skam, ignorering av symptomer, kulturelle forventninger og mangel på kunnskap om barseldepresjon er kjente barrierer (6, 7).

For å undersøke om «God start – utvidet helsestasjon» treffer godt, gjennomførte vi en todelt spørreundersøkelse blant kvinner som hadde fulgt hele svangerskaps- og barselforløpet ved

helsestasjonen.

Kvinnene besvarte to spørreskjemaer

Validerte spørreskjemaer for vårt formål var ikke tilgjengelige. Skjemaene ble derfor utviklet i samarbeid med fire kvinner og en partner som hadde fått barn og mottatt det forsterkede lavterskeltilbudet høsten 2023. De ble bedt om å peke ut hvilke spørsmål de selv hadde ønsket å få.

Hver kvinne besvarte to anonyme spørreskjemaer: ett i svangerskapsuke 38 og ett da barnet var rundt seks måneder gammelt. Tre kvinner besvarte oppfølgingsskjemaet da barnet var ni–ti måneder.

Skjemaene besto av ja/nei-spørsmål, skala-spørsmål (1–5, der 1 = i liten grad og 5 = i stor grad) og åpne tekstfelt. Totalt ble 18 kvinner inkludert, og 16 besvarte begge skjemaene.

Datainnsamlingen strakte seg over to år

Datainnsamlingen startet i mars 2024, og siste respondent besvarte oppfølgingsskjemaet i mars 2026. Innsamlingen strakte seg over to år fordi oppfølgingsskjemaet først skulle fylles ut når barnet var rundt seks måneder gammelt. Noen kvinner mottok skjemaet senere enn planlagt på grunn av sykdom eller andre praktiske forhold.

For å sikre anonymitet fikk kvinnene utdelt papirskjemaer på helsestasjonen. De fylte ut skjemaene og leverte dem i nummererte konvolutter.

«Skjemaene ble kun tilbudt kvinner med kjent eller avdekket sårbarhet og behov for ekstra oppfølging.»

Skjemaene ble kun tilbudt kvinner med kjent eller avdekket sårbarhet og behov for ekstra oppfølging, en relativt liten gruppe blant gravide og barselkvinner. Samlet førte disse forholdene til at det tok to år å samle inn tilstrekkelig datamateriale for analyse.

Bearbeidingen av materialet ble gjort i to trinn. Først ble hver respondents to skjemaer lest manuelt for å danne et helhetlig inntrykk. Deretter ble de kvalitative og kvantitative dataene syntetisert med et generativt KI-verktøy (Cowork). Alle utdrag, sitater og syntesetekster ble manuelt kontrollert mot rådata av forfatterne, og alle sitater er anonymisert. Metoden ble vurdert av kommuneadvokaten.

Helsestasjonen bidro til trygghet i morsrollen

På spørsmål om helsestasjonen hadde bidratt til trygghet i morsrollen, oppga kvinnene en gjennomsnittsskår på 4,19 av 5 i barseltiden. Opplevelsen av å være forberedt på morsrollen

var stabilt høy gjennom hele undersøkelsesperioden (4,31 i svangerskapet og 4,28 i barseltiden). Det samme gjaldt opplevelsen av å mestre morsrollen (4,12 og 4,00).

15 av 16 kvinner oppga bekymringer i svangerskapet, mot 10 av 16 i barseltiden. Den gjennomsnittlige graden av bekymring sank fra 2,75 til 2,19. Bekymringene ble fanget opp under konsultasjonene hos 15 av 16 kvinner i svangerskapet og hos alle 14 som besvarte spørsmålet i barseltiden (to ubesvart). Sensitive temaer som ikke var tatt opp, ble rapportert av én kvinne i svangerskapet og tre i barseltiden.

12 av 16 kvinner fikk tilbud om henvisning i svangerskapet, og alle takket ja. I barseltiden fikk ni kvinner tilbud om henvisning, hvorav seks takket ja. Kvinnene vurderte hjelpen som nyttig, med en gjennomsnittsskår på 3,73 i svangerskapet og 4,17 i barseltiden. Fordelingen er vist i tabell 1 og 2.

Tabell 1. Fordeling av ja/nei-svar i svangerskap (sv.) og barsel (b.)

Spørsmål	Ja (sv.)	Nei (sv.)	Ja (b.)	Nei (b.)
Bekymring i perioden	15	1	10	6
Bekymringer fanget opp i konsultasjon	15	1	14	0
Sensitive temaer IKKE tatt opp	1	15	3	13
Tilbud om videre henvisning	12	1	9	4
Tatt imot hjelpen	12	1	6	3

Tabell 2. Skala-spørsmål (1–5): gjennomsnitt og endring

Skala-spørsmål (1–5)	Snitt svangerskap	Snitt barsel	Endring
Grad av bekymring	2,75 (n = 16)	2,19 (n = 16)	–0,56
Forberedt på morsrollen	4,31 (n = 16)	4,28 (n = 16)	–0,03
Mestrer morsrollen	4,12 (n = 16)	4,00 (n = 16)	–0,12
Hjelpen har hjulpet	3,73 (n = 13)	4,17 (n = 6)	+0,44
Helsestasjonen → trygghet	—	4,19 (n = 16)	—

Kvinnene beskrev tilbudet som trygt

I svangerskapet handlet bekymringene oftest om psykisk helse, frykt for ny barseldepresjon, høyrisikosvangerskap, partnerrelasjoner og økonomi. I barseltiden var bekymringene i større grad knyttet til søvn, ensomhet, isolasjon, depressive symptomer og tilknytning.

Begrunnelsene for at sensitive temaer ikke var tatt opp, var gjennomgående de samme: «for kort tid på konsultasjonene» og «vanskelig å starte uten konkrete spørsmål».

De tre kvinnene som takket nei til henvisning i barseltiden, oppga følgende begrunnelser: «føler meg ikke dårlig nok», «vanskelig å vite hva som er normalt», «redd for å bli avfeid» og «redd for hva man 'starter' med å røske opp i ting». Den mest brukte instansen utenfor det ordinære tilbudet var familieterapeuten tilknyttet helsestasjonen.

Tilbakemeldingene på tilbudet var gjennomgående positive. Kvinnene trakk særlig frem tryggheten, kompetansen og kontinuiteten hos jordmor og helsesykepleier. Én kvinne beskrev det som «en helt annen opplevelse enn sist, da det var nye mennesker hver eneste kontroll». Et konkret forbedringsforslag var å oppfordre fedre til å delta på ammekurs.

Kontinuitet skaper trygghet og åpenhet

Helsestasjonen oppleves som et trygt, kompetent og lett tilgjengelig tilbud av kvinnene som deltok, og de som tok imot hjelp, rapporterte høy nytte. At bekymringsnivået sank fra svangerskapet til barseltiden, samsvarer med antakelsen om at god ordinær oppfølging og lavterskeltilbud i seg selv er forebyggende (8).

Kontinuitet i omsorgen ser samtidig ut til å være avgjørende for at kvinnene skal tørre å åpne seg (6).

«Helsestasjonen oppleves som et trygt, kompetent og lett tilgjengelig tilbud av kvinnene som deltok, og de som tok imot hjelp, rapporterte høy nytte.»

Den viktigste forbedringsmuligheten ligger i hvordan sensitive temaer blir tatt opp. Antallet kvinner som oppga at slike temaer ikke ble snakket om, økte fra én til tre mellom de to målepunktene. Kvinnene begrunnet dette med blant annet for lite tid i konsultasjonene og at det var vanskelig å ta opp temaene uten konkrete spørsmål.

Litteraturen er entydig: Kvinner tar sjelden opp psykiske vansker uoppfordret, og en aktiv og åpen invitasjon fra fagperson øker rapporteringen betydelig (6, 9).

Helsestasjonen må fange opp de tause

Særlig urovekkende er gruppen som takker nei til henvisning fordi de ikke føler seg «dårlige nok». Rasjonalisering av egne følelser og behov, kombinert med manglende kunnskap om fødselsdepresjon, er en betydelig hindring for å oppsøke hjelp (7). Når dette kombineres med

usikkerhet om hva som er «normalt» og frykt for å bli avfeid, øker risikoen for at kvinnene forblir uten støtte (6, 7).

For helsestasjonen er dette en gruppe som krever særlig årvåkenhet – ikke fordi de ber om hjelp, men fordi de ikke gjør det.

Partnerrelasjoner fremstår som en større bekymring i barseltiden enn i svangerskapet. Forskning viser at partnerstøtte er en viktig beskyttelsesfaktor mot fødselsdepresjon (7, 10). Å inkludere partner i ammekurs eller parsamtaler kan derfor ha en forebyggende effekt som strekker seg langt utover selve aktiviteten.

Funnene peker på fire forbedringstiltak

Funnene gir grunnlag for fire grep i egen praksis. Kvinnene som uttrykker bekymringer knyttet til psykisk helse, parforhold eller mestring i svangerskapet, bør tilbys utvidet konsultasjonstid, mer enn de får i dag i barseltiden. De bør også få en aktiv invitasjon til å ta opp sensitive temaer, slik at terskelen for å snakke om dem blir lavere.

«Kvinnene bør også få en aktiv invitasjon til å ta opp sensitive temaer, slik at terskelen for å snakke om dem blir lavere.»

En universell samtale fire–seks uker etter fødselen kan gi «ikke dårlig nok»-gruppen mulighet til å overkomme egne barrierer og få innsikt i egen sårbarhet, slik at de blir mottakelige for å motta hjelp.

Et fjerde grep er mer systematisk involvering av partner, der man i større grad fanger opp strev hos partner og i parforholdet. Kontinuitet hos jordmor og helsesykepleier, samt videreutvikling av familieterapeuttilbudet, bør beskyttes ved videre prioritering.

Undersøkelsen har flere begrensninger

Utvalget var lite (n = 16), lokalt og basert på selvrapporing. Sosial ønskelighet kan ha påvirket svarene i positiv retning, og frafallet av to kvinner gjør det uvisst om disse hadde systematisk annerledes erfaringer. Spørsmål 9, om helsestasjonens bidrag til trygghet, ble bare stilt i barselskjemaet.

Bruk av et generativt KI-verktøy som analysestøtte krever at forfatterne kjenner datamaterialet godt og verifiserer alle utdrag manuelt. Dette ble gjort i denne undersøkelsen.

Funnene kan gi en pekepinn, men er ikke statistisk generaliserbare.

God start ga kvinnene økt trygghet

Helsestasjonen lykkes i stor grad med sine kjerneoppgaver: å skape trygghet, forberede kvinnene på morsrollen og tilby et lavterskeltilbud som oppleves nyttig. Kvinnene som deltok i

«God start – utvidet helsestasjon», rapporterte mindre bekymring i barseltiden enn i svangerskapet.

Samtidig viste undersøkelsen rom for forbedring. Mer konsultasjonstid i barseltiden, en aktiv invitasjon til å ta opp sensitive temaer, en universell samtale fire–seks uker etter fødselen og mer systematisk partnerinvolvering kan være enkle, men kraftfulle grep for å nå kvinner som ikke selv ber om hjelp.

Ved å dele erfaringene fra prosjektet med andre, både lokalt og nasjonalt, kan tilbudet bidra til økt faglig oppmerksomhet om barnets første 1000 dager. Brukermedvirkningen og den påfølgende analysen har gitt oss verdifull kunnskap om hvordan «God start – utvidet helsestasjon» kan videreutvikles.

Bruk av kunstig intelligens (KI)

Et generativt KI-verktøy (Cowork) ble brukt som analysestøtte for syntese av kvalitative og kvantitative data. Alle utdrag, sitater og syntesetekster er manuelt kontrollert mot rådata av forfatterne. KI-verktøyet er ikke oppført som forfatter, i tråd med Sykepleiens retningslinjer for bruk av kunstig intelligens.

Forfatterne opplyser at de jobber ved helsestasjonen som undersøkelsen er utført ved.



GOD START: Jordmødrene Elisabeth Lunde Aanerud og Hanne Kjersti Haugetuft (fra venstre) og helsesykepleier og teamleder Trude Nesse Ellingsen følger opp gravide og småbarnsfamilier gjennom «God start – utvidet helsestasjon» i Færder kommune. Tilbudet

omfatter blant annet ekstra samtaler, flere hjemmebesøk og tett samarbeid. *Foto: Kristin J. Kirsebom*

1. Meld. St. 28 (2024–2025). Tro på framtida – uansett bakgrunn [internett]. Oslo: Barne- og familiedepartementet; 2025 [hentet 10. juni 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20242025/id3105151/>
2. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. Tidsskr Nor Lægeforen. 2014;134(3):297–301. DOI: [10.4045/tidsskr.13.0068](https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0068)
3. Helsedirektoratet. Svangerskapsomsorgen. Nasjonal faglig retningslinje [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [oppdatert 26. juni 2024; hentet 10. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
4. Helsedirektoratet. Barselomsorgen (høringsutkast). Nasjonal faglig retningslinje [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 25. november 2025 [hentet 10. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen-horingsutkast>
5. Helsedirektoratet. Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonal faglig retningslinje [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [oppdatert 23. april 2025; hentet 13. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
6. Button S, Thornton A, Lee S, Shakespeare J, Ayers S. Seeking help for perinatal psychological distress: a meta-synthesis of women's experiences. Br J Gen Pract. 2017;67(663):e692–e699. DOI: [10.3399/bjgp17X692549](https://doi.org/10.3399/bjgp17X692549)
7. Silva S, Canavarro MC, Fonseca A. Why women do not seek professional help for anxiety and depression symptoms during pregnancy or throughout the postpartum period? Barriers and facilitators of the help-seeking process. Psychologist: Practice & Research Journal. 2018;1(1):48–58. DOI: [10.33525/pprj.v1i1.17](https://doi.org/10.33525/pprj.v1i1.17)
8. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.
9. Glavin K, Smith L, Sørsum R, Ellefsen B. Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one-year follow-up study. J Clin Nurs. 2010;19(21–22):3051–62. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2010.03332.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03332.x)
10. Pilkington PD, Milne LC, Cairns KE, Lewis J, Whelan TA. Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2015;178:165–80. DOI: [10.1016/j.jad.2015.02.023](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.023)