

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Foreldres psykiske helse: kartlegging og oppfølging ved norske helsestasjoner

Marit Müller De Bortoli

Forsker

Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Folkehelseinstituttet

Tonje Lervold

Helsesykepleier og rådgiver

Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Folkehelseinstituttet

Helene Saksvik Ringås

Jordmor og rådgiver

Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Folkehelseinstituttet

Hanne Nissen Bjørnsen

Avdelingsdirektør

Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Folkehelseinstituttet

Kirsti Riiser

Seniorforsker

Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Folkehelseinstituttet

Kristine Pape

Lege

Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Folkehelseinstituttet

Forebygging

Helsestasjon

Tverrsnittsstudie

Sykepleien Forskning 2026;21(110044):e-110048

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2026.110048](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2026.110048)

Bakgrunn: Foreldrenes psykiske helse i svangerskapet og småbarnsperioden er viktig for barnets utvikling. Depressive symptomer hos foreldrene kan ha negative konsekvenser for barnets emosjonelle og kognitive utvikling. Helsestasjonstjenesten er i en unik posisjon til å identifisere og følge opp psykiske helseutfordringer gjennom regelmessig kontakt med foreldre. Kunnskapen om hvordan slik kartlegging og oppfølging gjennomføres i Norge, er imidlertid begrenset, og forskning peker på variasjon i praksis.

Hensikt: Å undersøke hvordan norske helsestasjoner kartlegger og følger opp foreldres psykiske helseutfordringer etter fødsel.

Metode: I perioden april til juni 2025 gjennomførte Folkehelseinstituttet, ved Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (NASKO), en nasjonal kartlegging av universelle tiltak på helsestasjon 0–5 år, distribuert som et digitalt spørreskjema til ledere ved helsestasjoner i alle landets kommuner. Invitasjon ble sendt via e-post til 375 adresser, supplert med informasjon i nyhetsbrev og påminnelser per telefon. Det ble åpnet for flere svar fra kommuner med bydeler.

Resultat: Ledere fra 265 av Norges 357 kommuner svarte på spørreundersøkelsen (74 prosent). I tillegg ble 19 bydelssvar fra fem byer inkludert. Kommune- og bydelssvar ble analysert på lik linje, og totalt inngikk 284 svar i studien. Flertallet av lederne rapporterte bruk av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i den universelle kartleggingen av foreldres psykiske helse (82 prosent). Det forekom også andre praksiser, og 6 prosent oppga at de ikke kartlegger. Oppfølgingstilbudene varierte betydelig, der kommunale lavterskeltilbud, støttesamtaler og henvisning til fastlege var de hyppigst rapporterte tiltakene.

Konklusjon: Studien viser at ledere ved norske helsestasjoner i stor grad rapporterer bruk av EPDS for å kartlegge foreldres psykiske helseutfordringer, men at det forekommer en variasjon både i kartlegging og oppfølging. Funnene tyder på forskjeller som kan påvirke likeverdigheten i helsestasjonstjenestene.

Introduksjon

Foreldrenes psykiske helse i svangerskapet og småbarnsperioden har stor betydning for barnets utvikling (1). Svangerskaps- og fødselsdepresjon er en av de hyppigst forekommende psykiske lidelsene blant mødre i denne livsfasen, med en beregnet forekomst på 7–13 prosent blant mødre (2, 3), og forekommer også blant fedre og ikke-fødende partnere (4).

Depressive symptomer hos foreldrene kan gå ut over tilknytningen til barnet og sensitiviteten i omsorgen (1). For barnet kan dette påvirke den emosjonelle og kognitive utviklingen, noe som igjen kan få uheldige konsekvenser for den psykiske helsen og fungeringen både på kort og lang sikt (1, 5, 6).

Alvorlig depresjon hos mor kan medføre behov for akutt helsehjelp og være assosiert med økt selvmordsrisiko (7). Sammenhengen mellom foreldrenes psykiske helse og barnets helse og utvikling understreker betydningen av tidlig identifisering og oppfølging av psykiske helseutfordringer hos gravide og nybakte foreldre.

Svangerskapsomsorg, barselomsorg og helsestasjon 0–5 år tilbyr regelmessige konsultasjoner gjennom svangerskapet og frem til skolealder (8). Det er høy oppslutning om tilbudet, og helsestasjonstjenesten møter jevnlig tilnærmet alle barn som er bosatt i Norge (9).

Den kontinuerlige kontakten med gravide og småbarnsforeldre gjennom svangerskapet og barnets første leveår gir gode forutsetninger for å observere og identifisere endringer i

foreldrenes psykiske helse over tid (8, 10), og derfor er man i stor grad oppmerksom på dette i tjenesten (8, 11).

En måte å oppdage psykiske helseutfordringer på er gjennom systematisk kartlegging av foreldrenes psykiske helse. Kartlegging i helsetjenestene forstås som en systematisk innhenting av informasjon om personens helse, livssituasjon og behov for tjenester, der målet er å gi et grunnlag for å vurdere videre oppfølging og tiltak (12).

Et anerkjent og validert kartleggingsverktøy for depressive symptomer etter fødsel er Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (13, 14). Verktøyet består av ti spørsmål som brukes til å kartlegge symptomer på depresjon. Deretter følger en samtale om resultatene (15). EPDS brukes i universell kartlegging i land vi ofte sammenlikner oss med, som Finland og Sverige (16, 17).

I Norge har vi begrenset kunnskap om hvordan kartlegging og oppfølging av foreldres psykiske helse gjennomføres i helsestasjonstjenesten, og i hvilken grad praksisen varierer mellom kommuner. Samtidig har tidligere undersøkelser vist at det er betydelige forskjeller i ressurser og organisering av helsestasjonstjenesten (18, 19), noe som kan bidra til variasjon i tjenestetilbudet også når det gjelder kartlegging av psykiske helseutfordringer.

Helsesykepleiere rapporterer at tjenesten har gode forutsetninger for å forebygge og avdekke risiko og sårbarhet hos barn og familier (20), og foreldre oppgir generelt høy tilfredshet med tjenesten (21).

Imidlertid indikerer kvalitativ forskning basert på foreldres erfaringer at støtten de mottar, kan være implisitt og dermed vanskelig å gjenkjenne som foreldrestøtte (22). Det kan tyde på at støtte til foreldre, inkludert kartlegging og oppfølging av psykiske helseutfordringer, ikke alltid er tydelig eller systematisk i praksis.

Hensikten med studien

Studiens hensikt var å undersøke hvordan norske helsestasjoner kartlegger og følger opp foreldres psykiske helseutfordringer etter fødsel.

Metode

Populasjon og rekruttering

I perioden april til juni 2025 gjennomførte Folkehelseinstituttet (FHI) ved Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (NASKO) en spørreundersøkelse om utvalgte tilbud i helsestasjonstjenesten 0–5 år i alle landets kommuner. Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av den nettbaserte skjemaløsningen Nettskjema, som er utviklet og driftet av Universitetet i Oslo (23).

Ledere ved alle landets helsestasjoner ble invitert til å besvare spørreundersøkelsen og fikk tilsendt lenke til spørreskjemaet på e-post. E-postadressene ble hentet fra NASKO's liste over

ikke-personavhengige e-postadresser til helsestasjonstjenestene i kommuner og bydeler i Norge, totalt 375 e-postadresser. NASKO har kjennskap til at store norske byer kan ha ulik praksis mellom bydelene, og åpnet derfor for flere svar fra kommuner som er inndelt i bydeler.

I tillegg til henvendelser per e-post ble informasjon om og invitasjon til spørreundersøkelsen gitt i NASKOs nyhetsbrev fra april 2025.

Kommuner som ikke hadde svart innen fem uker, ble oppringt og fikk en påminnelse om spørreundersøkelsen.

Spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen hadde tittelen «2025 Kartlegging av universelle tiltak på helsestasjoner (0–5 år) blant ledere» og besto av 17 spørsmål om fire temaer: universell foreldreveiledning, språkkartlegging ved 2 og 4 år, kartlegging og oppfølging av foreldres psykiske helseutfordringer samt universelle tiltak for å forebygge vektavvik.

Spørreundersøkelsen innledet med bakgrunnsspørsmål: navn på respondent, navn på kommune eller bydel, tittel på stilling og utdanningsbakgrunn. Stillingstittel var et avkrysningssvar, mens utdanningsbakgrunn var både avkrysning og fritekstsvar. Dersom respondenten krysset av for «jeg er ikke leder» på spørsmålet om tittel på stilling, medførte det at spørreundersøkelsen automatisk ble avsluttet. Begrunnelsen for å innhente navn på respondenten og kommunenavn eller bydelsnavn var at man ville holde oversikt over hvilke kommuner eller bydeler som hadde svart.

I denne artikkelen presenterer vi svarene på de to spørsmålene knyttet til temaet kartlegging og oppfølging av foreldres psykiske helseutfordringer.

Spørsmålet «Hvordan kartlegges foresattes psykiske helse på helsestasjon?» hadde svaralternativene «EPDS», «annet» og «kartlegges ikke». Det var mulig å krysse av for flere svar. Ved valg av «annet» kunne respondentene utdype praksis gjennom et åpent fritekstsvar.

Spørsmålet «Hvordan følges foresatte opp dersom de har behov for ekstra oppfølging med tanke på psykisk helse?» ble besvart med fritekst.

For å sikre relevans og klarhet i spørreundersøkelsen ble spørsmålene pilottestet før utsendelse til lederne av helsestasjonstjenestene i kommunene. Denne utprøvingen omfattet til sammen 13 personer fra NASKOs praksisnære referansegruppe og ansatte i helsestasjonstjenesten. Pilottesting medførte mindre endringer, og den overordnede tilbakemeldingen var at spørsmålene var forståelige og ga mening.

Analyse

Avkrysningssvarene ble analysert kvantitativt med deskriptiv statistikk i SPSS versjon 31 (24), og resultatene presenteres som frekvenser og prosentfordelinger. Forskjeller mellom ikke-

respondenter og respondenter på kommunenivå ble analysert med khikvadrattest. Kommuner ble kategorisert i fylker, som igjen ble delt inn i seks landsdeler.

Vi analyserte fritekstsvarene ved å bruke kvalitativ direkte innholdsanalyse (25). Praksisnære deskriptive koder ble utviklet med utgangspunkt i kartleggingens formål. Deretter kvalitetssikret vi kodene gjennom innspill fra NASKOs referansegruppe, som besto av ansatte i helsestasjonstjenesten, for å sikre relevans og forståelighet i en tjenestekontekst.

Førsteforfatteren, som er forsker, og andreforfatteren, som er rådgiver med erfaring fra helsestasjonstjenesten, kodet materialet uavhengig av hverandre i det kvalitative analyseprogrammet NVivo (26). Uenigheter i kodingen ble diskutert til vi var enige, og ved behov ble sisteforfatteren, som er lege, involvert.

Alle fritekstsvarene ble samlet og kodet linje for linje. Kodingen ble brukt for å systematisere datamaterialet og muliggjorde en opptelling av forekomst i datamaterialet. Etter gjennomgangen av materialet organiserte vi kodene i overordnede kategorier. Resultatene ble tolket i lys av kartleggingens formål. Sitater ble identifisert fra fritekstsvarene for å illustrere kategoriene.

For spørsmålet som omhandlet kartlegging av foreldres psykiske helseutfordringer, ble fritekstsvarene som ble gitt for å utdype svaralternativet «annet», kodet og samlet i følgende kategorier: 1) samtale om psykisk helse i ordinær konsultasjon hvor intet spesifikt verktøy er nevnt, 2) nevner andre spesifikke kartleggingsverktøy eller metoder og 3) EPDS på indikasjon.

Disse kodene ble beholdt som kategorier. Hver bydel eller kommune kunne oppgi ulike måter å kartlegge psykiske helseutfordringer på. Derfor kunne hvert fritekstsvar på dette spørsmålet ha flere enheter og dermed kodes i flere kategorier.

For spørsmålet om hvordan foreldre følges opp ved behov for ekstra oppfølging, organiserte vi kodene i følgende kategorier: 1) *Lavterskeltilbud innen psykisk helse i kommunen* (for eksempel «rask psykisk helsehjelp», «familiehjelpen», «livskrisehjelp» og «mestringsenhet»), 2) *Henvisning til andre instanser* (som fastlege eller spesialisthelsetjenesten), 3) *Støttesamtaler på helsestasjonen* og 4) *Frivillig sektor* (tabell 1).

Tabell 1. Illustrasjon av prosessen fra koder til kategorier med illustrerende sitater

Kode	Kategori	Sitat
Lavterskeltilbud innen psykisk helse i kommunen	Lavterskeltilbud innen psykisk helse i kommunen	«Henviser forelderen med samtykke til kommunal psykisk samtale-tjeneste.»
Henvisning til psykiatrisk sykepleier eller helsearbeider		«Henviser videre til psykiatrisk sykepleier ved behov.»
Henvisning til psykolog i kommunen		«Henviser til kommunepsykolog.»
Henvisning til fastlege	Henvisning til andre instanser	«Oppfordrer til kontakt med fastlege.»
Henvisning til spesialisthelsetjenesten		«Samarbeider med BUP under svangerskapet eller i nyfødt-perioden.»
Samtaler med jordmor og helsesykepleier	Støttesamtaler på helsestasjonen	«Lavterskel støttesamtaler med helsesykepleier eller jordmor.»
Oppfølging av lege på helsestasjon		«Støttesamtaler med [...] lege på helsestasjon.»
Annet (for eksempel gruppe-tilbud, familievernkontor eller privat psykolog)	Annet	«Fem gratis psykologtimer gjennom [X] (kommunen har avtale om digital psykolog-tjeneste).»
Frivillig sektor	Frivillig sektor	

Forkortelse: BUP = Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

Hver bydel eller kommune kunne ha flere oppfølgingstiltak, og ett fritekstsvaret kunne derfor kodes i flere kategorier. Sitatene utdyper kategoriene og illustrerer både svar som gikk igjen, og kompleksiteten i fritekstsvarene (tabell 1).

Forskningsetikk

Spørreundersøkelsen ble lagt frem for Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og vurdert som ikke søknadspliktig. Studien ble vurdert av personvernombudet ved FHI og gjennomført i tråd med gjeldende retningslinjer for personvern og behandling av personopplysninger ved FHI. Vi brukte nettskjema til å hente inn svar, da dette ble vurdert som sikkert og i henhold til personvern. Svarene ble lagret og analysert i Tjenester for sensitive data (TSD) (27).

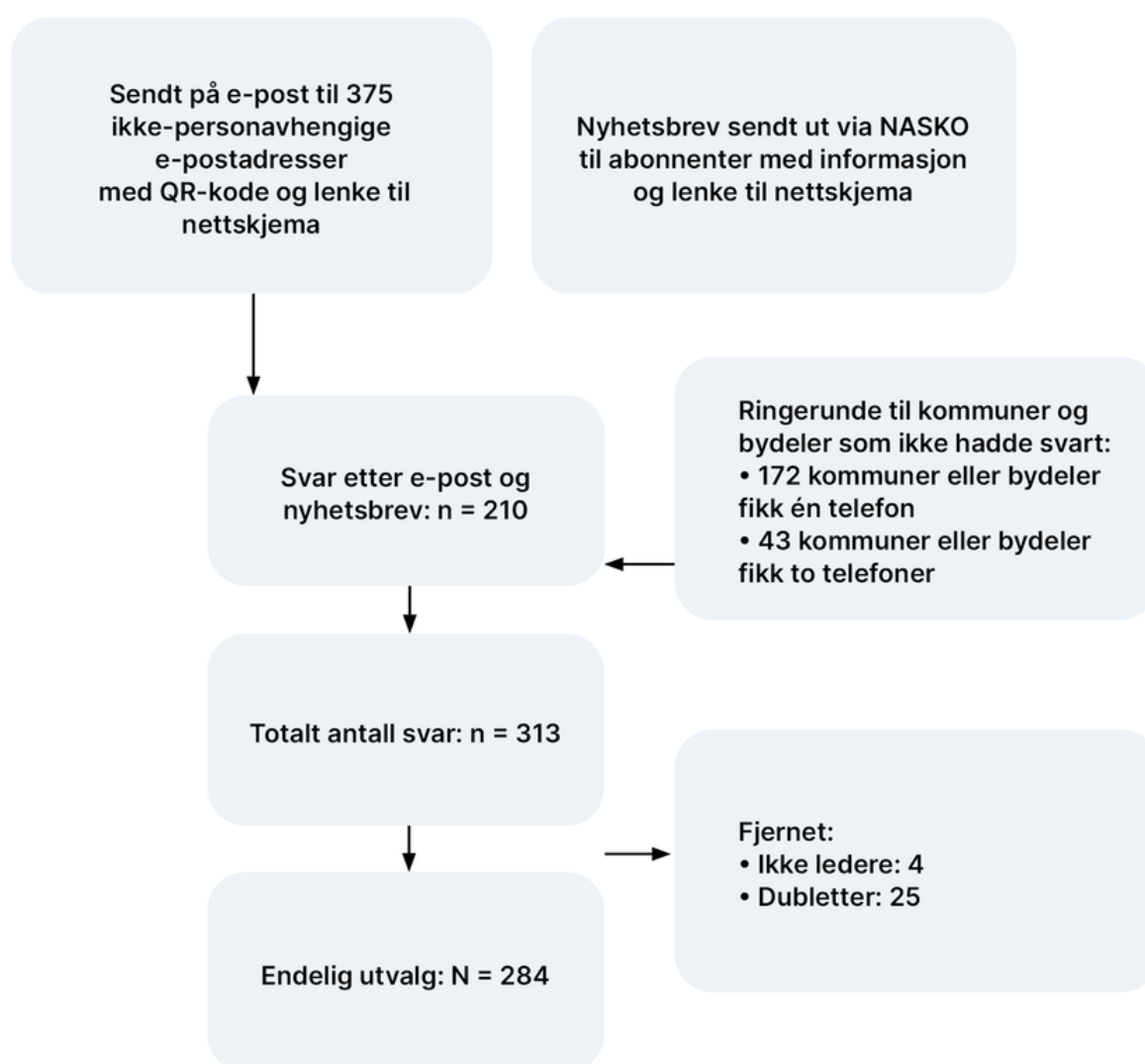
Respondentene ble informert om hensikt, deres rettigheter knyttet til personvern og datoen for sletting av data. Ved eventuelle spørsmål ble respondentene til førsteforfatteren og personvernombudet ved FHI. Respondentene som hadde svart innen 7. mai, ble automatisk med i trekning av to premier i form av dekning av reiseutgifter til NASKO's fagseminar i juni 2025.

Resultater

Det var 313 ledere som svarte på spørreundersøkelsen. Av disse ble 29 svar fjernet: fire fordi respondentene ikke var ledere, og 25 fordi det var kommet flere svar fra samme kommune eller bydel (figur 1).

Etter at datainnsamlingen var avsluttet den siste uken i juni 2025, oppdaget vi at tolv personer hadde sendt inn nettskjemaet flere ganger. For å rette opp i uoverensstemmelser i tidligere innsendte skjemaer ba vi disse personene sende inn en siste, korrigert versjon. For dubletter ble dermed siste innsendte svar analysert.

Figur 1. Flytskjema for utvalg



Ledere fra 265 av Norges 357 kommuner svarte (74 prosent). Fem byer oppga bydelssvar, til sammen 19 svar, med dekning fra 75 prosent til 100 prosent av bydelene i de respektive byene. Bydels- og kommunesvar ble analysert på lik linje, slik at totalt antall svar som inngår i denne studien, er 284 (figur 1).

Det var en statistisk signifikant sammenheng mellom respons og kommunestørrelse ($\chi^2 = 6,56$, $df = 2$, $p = 0,038$), hvor de minste kommunene hadde lavere respons (tabell 2). Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom respons og landsdelstilhørighet.

Tabell 2. Respondenter versus ikke-responderende

Kommunestørrelse	Respondenter (n = 265)	Ikke-responderende (n = 92)
< 5000 innbyggere	119	55
5001–19 999 innbyggere	93	21
> 20 000 innbyggere	53	16
Agder og Rogaland	36	11
Vestlandet (Vestland, Møre og Romsdal)	59	13
Trøndelag	25	13
Oslo og Akershus	13	9
Øvrige Østlandet (Innland, Buskerud, Telemark, Vestfold, Østfold)	73	26
Nord-Norge (Nordland, Troms, Finnmark)	59	20

Av de responderende lederne var 82 prosent helsesykepleier i lederstilling og 1 prosent jordmor i lederstilling. Videre oppga 17 prosent kun «leder» som stillingstittel. Av respondentene hadde 19 prosent master- eller doktorgrad, 78 prosent videreutdanning og 3 prosent bachelorgrad som høyeste fullførte utdanning.

Helsestasjonens kartlegging av foreldres psykiske helseutfordringer

På spørsmålet om hvordan foreldres psykiske helseutfordringer blir kartlagt, svarte 232 av 284 ledere (82 prosent) at EPDS blir benyttet for å kartlegge foreldres psykiske helse. Videre oppga 55 ledere (19 prosent) «annet» og utdypet med fritekstsvar, mens 18 ledere (6 prosent) oppga at det ikke kartlegges i deres helsestasjonstjeneste (tabell 3). Av de 55 lederne som krysset av for «annet», hadde 21 (38 prosent) også krysset av for «EPDS».

Tabell 3. Respons på avkrysningsspørsmål om hvordan foreldres psykiske helse kartlegges på helsestasjonen

Kartlegging av foreldres psykiske helse	Antall	Prosentandel (N = 284)*
EPDS	232	82 %
«Annet»	55	19 %
Kartlegges ikke	18	6 %

Forkortelse: EPDC = Edinburgh Postnatal Depression Scale

*Respondentene kunne velge mellom flere svaralternativer. Prosentene summerer derfor til mer enn 100.

Fritekstsvarene som utdypet kategorien *Annet*, ble kodet med til sammen 57 koder og kategorisert som «samtale om psykisk helse i ordinær konsultasjon hvor intet spesifikt verktøy er nevnt» (43 koder, 75 prosent), «nevner andre spesifikke kartleggingsverktøy eller metoder» (10 koder, 18 prosent) og «EPDS på indikasjon» (4 koder, 7 prosent).

En av respondentene beskrev hvordan psykiske helseutfordringer kartlegges gjennom samtaler slik: «Kartlegging skjer gjennom planlagte og metodiske samtaler med fokus på foresattes psykiske helse, kartlegging av mulige sårbarhetsfaktorer og refleksjon med de foresatte gjennom hele svangerskapet og i møte med helsesykepleier etter fødsel.»

Andre var mer spesifikke i beskrivelsen av verktøy: «'Annet' her er Whooley-spørsmål.» En tredje respondent svarte at de brukte EPDS, men bare på indikasjon: «EPDS brukes ikke hos alle. Mest der man mistenker nedstemthet, depresjon som kommer frem under samtalen.»

Helsestasjonens oppfølging av foreldres psykiske helseutfordringer ved oppdaget behov

På spørsmålet om hvordan foreldre følges opp dersom de har behov for ekstra oppfølging med tanke på psykiske helseutfordringer, var det to bydeler eller kommuner som oppga blankt svar på fritekstsvaret. Det vil si at datamaterialet består av 282 unike fritekstsvar.

Innholdet i fritekstsvarene ga opphav til 861 koder. Av disse tilhørte 333 koder (38 prosent) kategorien *Lavterskeltilbud innen psykisk helse i kommunen*. Blant slike helsetilbud gikk ofte «rask psykisk helsehjelp» og «lavterskeltilbud innen psykisk helsehjelp» igjen, samt at noen påpekte at tjenestene var samlokalisert med helsestasjonen.

I denne kategorien utgjorde 83 koder (10 prosent) «henvisning til psykolog i kommunen» og 37 koder (4 prosent) «henvisning til psykiatrisk sykepleier/helsearbeider». En av respondentene beskrev hvordan psykolog var tilknyttet helsestasjonen, slik: «Vi har også kommunepsykolog ansatt i helsestasjon som kan følge opp med samtaler.»

Videre tilhørte 274 koder (32 prosent) kategorien *Henvisning til andre instanser*. I denne kategorien utgjorde 183 koder (21 prosent) «henvisning til fastlege» og 91 koder (11 prosent) «henvisning til spesialisthelsetjenesten». Totalt 239 koder (28 prosent) av kodene tilhørte kategorien *Støttesamtaler på helsestasjon*, mens 15 koder (2 prosent) ble klassifisert som *Annet*. Ingen av lederne beskrev at de henviste til tilbud i regi av frivillig sektor.

Et stort flertall av respondentene beskrev at de har flere oppfølgingstilbud samtidig. Hele 206 av 282 (73 prosent) viste til at de har mer enn tre ulike tilbud. Flere påpekte at tilbudene inngår i en tiltakskjede som er tilpasset foreldrenes behov og ønsker samt alvorlighetsgraden.

En av respondentene beskrev hvordan tjenesten hun leder, har en rekke ulike tilbud til foreldre med psykiske helseutfordringer: «Støttesamtaler med jordmor, med helsesykepleier, 1–3 samtaler. Lavterskelsamtale med psykolog på helsestasjon.»

Hun viste også til hvordan de henviser videre ved behov: «Henviser til fastlege. Henviser til psykisk helsetjeneste i kommunen.» En annen respondent beskrev en tiltakskjede med tilhørende tilbud på denne måten:

«Egen tiltakskjede avhengig av hva som kommer frem i samtale og i skår [på EPDS]. Vi kan tilby støttesamtale, videre kan vi henviser til Barne- og familiesenteret, hvor det er familieterapeuter og psykologer. Vi har også akutt ambulant team fra spesialisthelsetjenesten som kan komme på hjemmebesøk. De kan ofte komme samme dag eller ettermiddag. Ellers er livskrisehjelp på legevakt en mulighet. Vi har psykisk helseteam i kommunen som vi også kan henviser til, men på grunn av ventetid og [manglende] kompetanse tilgjengelig blir det lite brukt. Vi kommuniserer med fastlege enten ved at forelderen selv tar kontakt, eller ved at vi kan hjelpe med det.»

Ikke alle kommuner har et like omfattende og variert tilbud til foreldre med behov for hjelp. En respondent skrev: «Vi tilbyr ekstra samtaler med helsesykepleier og henviser til psykisk helseteam om de trenger ytterligere hjelp.»

Diskusjon

NASKOs spørreundersøkelse om helsestasjonstjenestenes kartlegging og oppfølging av foreldres psykiske helseutfordringer fant at ledere av tjenestene rapporterer EPDS som et utbredt kartleggingsverktøy som brukes i den norske helsestasjonstjenesten. Funnene avdekker et bredt spekter av oppfølgingstilbud som omfatter ulike yrkesgrupper og ulike deler av helsetjenesten. Tilbudet ser ut til å variere betydelig mellom bydeler og kommuner.

Kartlegging av foreldres psykiske helseutfordringer i helsestasjonstjenesten

Enkelte ledere oppga at de brukte andre spesifikke verktøy, som Whooley-spørsmålene, for å kartlegge psykiske helseutfordringer. Whooley-spørsmålene, som består av to screeningspørsmål, har vist høy sensitivitet, men lavere spesifisitet og kan være et godt

alternativ i et første steg til å identifisere psykiske helseutfordringer, særlig depressive symptomer, hos foreldre (28, 29).

Variasjon og likeverdighet i oppfølgingen

I undersøkelsen vår rapporterte lederne i stor grad at tjenesten hadde et system for å følge opp foreldres psykiske helseutfordringer. Svarene tyder imidlertid på at det ikke finnes én entydig modell for hvordan kommunene organiserer dette arbeidet. Mange av svarene indikerer at oppfølgingen i stor grad skjer gjennom støttesamtaler på helsestasjon, og både henvisning til fastlege og oppfølging av kommunale lavterskeltilbud kom frem som viktige supplerende tiltak. Dette funnet understreker helsestasjonstjenestens sentrale rolle i kommunenes lavterskeltilbud innenfor psykisk helsearbeid og er i tråd med EPDS-metodikken (15).

Samtidig viser svarene at oppfølgingen ofte ikke begrenser seg til helsestasjonen, men involverer flere og ulike tjenestenivåer, blant annet kommunale lavterskeltilbud, fastlege og i noen tilfeller spesialisthelsetjenesten.

Funnene våre samsvarer med en nylig publisert rapport fra Barneombudet som forteller at helsesykepleiere i noen eller stor grad opplever at helsestasjonen har mulighet til å forebygge og avdekke risiko og sårbarhet hos barn og familier (20). Det helsesykepleiere oftest avdekker hos foreldre, er psykisk stress eller uhelse. Samtidig viser rapporten at helsesykepleiere sier at de har begrensede muligheter for å følge opp familier som har behov for det (20).

I spørreundersøkelsen vår oppga mange ledere at de kunne tilby mer enn tre ulike alternativer når de oppdaget at foreldre hadde psykiske helseutfordringer, og at både vurdering av alvorlighetsgrad og tiltakskjede var etablert. Forskjellen mellom funnene våre og Barneombudets rapport kan skyldes at vi spurte ledere, ikke helsepersonell på helsestasjonen, som er tette på familiene.

At ledere i kommunene beskriver en kombinasjon av tiltak på tvers av tjenester, peker mot en oppfølging som er både flerfaglig og tverrsektoriell. Oppfølging av personer med psykiske helseutfordringer i kommunene er blitt beskrevet som ivaretatt gjennom flere tjenester samtidig, blant annet helsestasjonen, fastlege, kommunale lavterskeltilbud og andre tjenester (30).

Dette funnet illustrerer en strukturell kompleksitet i tjenestene, som kan forstås som et samspill mellom ulike profesjoner, organisatoriske nivåer og tjenestetyper (31).

Oppfølgingen fremstår dermed som en prosess som forutsetter koordinering, vurdering av alvorlighetsgrad, kompetanse og tilpasning til tilgjengelige ressurser og lokale tjenestestrukturer. Foreldres erfaringer utgjør en viktig kunnskapskilde for å forstå hvordan tjenester faktisk oppleves og brukes. Når foreldres erfaringer i begrenset grad fanges opp, kan det bidra til et gap mellom tjenestenes intensjoner og deres faktiske relevans og tilgjengelighet for familiene de er ment å støtte. Tjenestene selv melder om behov for mer forskning på tiltak som ivaretar foreldres psykiske helse (32).

Variasjonen i tiltak kan på den ene siden gjenspeile lokale prioriteringer og en nødvendig fleksibilitet i møte med ulike behov i befolkningen. På den andre siden kan den også indikere strukturelle forskjeller mellom kommuner, blant annet når det gjelder tilgang på ressurser, kompetanse, kapasitet og etablerte samarbeidsstrukturer.

Fravær av tydelige nasjonale standarder for kartlegging eller oppfølgingsforløp kan dermed bidra til at oppfølgingen i større grad formes av lokale rammebetingelser. Det kan føre til forskjellig praksis og ulik tilgang til oppfølging. Et mer helhetlig system, hvor systematisk kartlegging av begge foreldres psykiske helse inngår som en del av retningslinjene for tjenesten og ansvars- og oppfølgingsforløpet er tydelig definert, kan bidra til å styrke kvaliteten på og likeverdigheten i tilbudet.

Metodiske begrensninger og styrker

Spørreundersøkelsen har flere begrensninger. Høy svarprosent og geografisk spredning øker sannsynligheten for at resultatene er representative for landet. Samtidig fant vi at ikke-respondentene i større grad kom fra små kommuner, noe som kan indikere en seleksjonsskjevhet (33). Dette innebærer at små kommuner er underrepresentert, og det reduserer generaliserbarheten til disse kommunene noe.

En ytterligere metodisk begrensning er at selv om spørsmålene ble pilottestet, kan det ikke utelukkes at respondentene har tolket dem ulikt, eller at spørsmålene ikke fullt ut har operasjonalisert de fenomenene de var ment å måle. Dette illustreres ved at det, i forbindelse med kvalitetssikringen av de endelige kodene gjennom innspill fra NASKOs referansegruppe, ble identifisert at «frivillig sektor» burde vært inkludert som en egen kategori.

At referansegruppen selv fremhever denne sektoren som en sentral samarbeidspartner, samtidig som den ikke rapporteres av respondentene, kan indikere at spørsmålsformuleringen ikke har synliggjort frivillig sektor som en relevant aktør i stor nok grad.

Denne spørreundersøkelsen bygger på ledernes beskrivelser av praksis for kartlegging og oppfølging av foreldres psykiske helseutfordringer ved helsestasjonen. Lederne ble imidlertid ikke spurt om hva som faktisk ble gjort i konsultasjonene på den enkelte helsestasjon, og vi mangler dermed informasjon om hvordan kartlegging av foreldres psykiske helseutfordringer faktisk gjennomføres, for eksempel med tanke på språktilpasning, tolk eller ulike skåringsgrenser. Denne faktoren kan ha betydning for både identifisering av risiko og sammenliknbarheten mellom helsestasjoner.

Manglende informasjon om disse forholdene gjør det også vanskelig å vurdere om kartleggingen gjennomføres på en god og likeverdig måte for alle foreldre. Dette er særlig relevant ettersom tidligere forskning har vist at foreldre med innvandrerbakgrunn i mindre grad enn majoritetsbefolkningen deltar i kartlegging av psykiske helseutfordringer etter fødsel (34), og at enkelte grupper i mindre grad når av slike kartleggingstilbud (35).

Vi har dermed ikke grunnlag for å vurdere hvilke tiltak kommunene har etablert for å sikre likeverdig kartlegging og oppfølging for foreldre med innvandrerbakgrunn. Det kan derfor ikke

utelukkes at variasjoner i hvordan kartleggingen tilrettelegges og gjennomføres, har betydning for i hvilken grad psykiske helseutfordringer identifiseres i denne gruppen.

Det understreker behovet for mer standardiserte retningslinjer for kartlegging av foreldres psykiske helseutfordringer, inkludert anbefalinger om tidspunkt for kartlegging, språktilpasninger, skåringsgrenser, oppfølging ved behov og kompetansekrav for helsepersonell som gjennomfører og følger opp kartleggingen.

Spørreundersøkelsen skilte ikke mellom oppfølging av mor og den ikke-fødende partneren. Studien gir derfor ikke grunnlag for å vurdere eventuelle forskjeller i kartleggings- og oppfølgingspraksis mellom disse gruppene.

Vi kan heller ikke uttale oss om hva kommuner som ikke har svart på spørreundersøkelsen, tilbyr av kartlegging og oppfølging. Dette er viktig informasjon som bør kartlegges i videre forskning og utviklingsarbeid.

Tittelen på spørreundersøkelsen var «2025 Kartlegging av universelle tiltak på helsestasjoner (0–5 år) blant ledere», noe som tilsier at vi etterspurte informasjon om universelle tiltak. Likevel kan vi ikke gi et entydig svar på om kartleggingen av EPDS skjer universelt eller på indikasjon, for vi har ikke direkte spurt om dette, og noen ledere svarte direkte at EPDS kun skjer på indikasjon.

Selv om fritekstsvarene på spørsmål om oppfølging gir innsikt i bredden av tiltak som tilbys i norske kommuner og bydeler, gir de mindre kunnskap om hvordan ulike tiltak inngår i sammenhengende oppfølgingsforløp, hvordan tverrsektorielle henvisninger foregår, og hvordan tjenestene samarbeider på tvers. Dette vil det være viktig å utforske videre.

Konklusjon

Studien viser at en stor andel ledere ved norske helsestasjoner rapporterer bruk av EPDS i helsestasjonstjenesten til å kartlegge foreldres psykiske helse, men også at kartlegging ikke foregår systematisk i alle helsestasjonstjenester. Det er stor variasjon i hvordan identifiserte behov følges opp, både når det gjelder innhold i, organisering av og samarbeid med andre tjenester.

Funnene tyder på at kartleggingspraksis i norsk helsestasjonstjeneste og foreldres tilgang til støtte og oppfølging av psykiske helseutfordringer varierer, noe som kan påvirke likeverdigheten i tjenestene. Det er derfor behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget for tydeligere nasjonale føringer og anbefalinger.

Takksigelser

Vi takker deltakerne i den endelige spørreundersøkelsen. Videre rettes en takk til NASKOs praksisnære referansegruppe og til ansatte i helsestasjonstjenesten utenfor referansegruppen for viktige bidrag i pilottestingen av spørreskjemaet og kvalitetssikringen av analysene. Vi takker også Boye Welde for bidrag i gjennomgangen av datamaterialet og metoden.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](#)



ETTER FØDSEL: Foreldres tilgang til støtte og oppfølging av psykiske helseutfordringer varierer mellom ulike kommuner og bydeler. Det kan påvirke likeverdigheten i tjenestene.

Illustrasjonsfoto: PeopleImages / Shutterstock / NTB

1. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014;384(9956):1800–19. DOI: [10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
2. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017;219:86–92. DOI: [10.1016/j.jad.2017.05.003](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003)
3. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):698–709. DOI: [10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f)
4. Smythe KL, Petersen I, Schartau P. Prevalence of perinatal depression and anxiety in both parents: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2022;5(6):e2218969. DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2022.18969](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.18969)
5. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry*. 2006;163(6):1001–8. DOI:

6. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(5):460–70. DOI: [10.1016/j.jaac.2011.02.001](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.02.001)
7. Hagatulah N, Bränn E, Oberg AS, Valdimarsdóttir UA, Shen Q, Lu D. Perinatal depression and risk of mortality: nationwide, register based study in Sweden. *BMJ*. 2024;384:e075462. DOI: [10.1136/bmj-2023-075462](https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075462)
8. Helsedirektoratet. Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom: nasjonal faglig retningslinje [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [hentet 26. februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
9. Statistisk sentralbyrå. Kommunehelsetenesta: tabell 4: aktivitet i helsestasjons- og skulehelsetenesta [internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2026 [hentet 29. september 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta>
10. Fostenes ML, Bondas T. Et helsefremmende perspektiv på foreldrenes psykiske helse for å forebygge omsorgssvikt hos barn: en kvalitativ studie om helsesykepleiere sine erfaringer. *Nord Tidsskr Helseforsk*. 2024;20(2). DOI: [10.7557/14.7261](https://doi.org/10.7557/14.7261)
11. Helsedirektoratet. Nytt liv og trygg barseltid for familien: nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2014 [hentet 26. februar 2025]. IS-2057. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
12. Helsedirektoratet. Kartlegging og helhetlige forløp [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2025 [hentet 26. februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helse-og-rusarbeid-for-voksne/kartlegging-og-helhetlige-forlop>
13. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Schei B, Opjordsmoen S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry*. 2001;55(2):113–7. DOI: [10.1080/08039480117684](https://doi.org/10.1080/08039480117684)
14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782–6. DOI: [10.1192/bjp.150.6.782](https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782)
15. Olavesen ES, Haug A, Lindberg A, Wickberg B. Edinburgh-metoden: personsentrerte støttesamtaler ved nedstemthet og depressive symptomer i perinatalperioden – en introduksjon for helsepersonell. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør; 2017.
16. Hakulinen T, Pakarinen A, Uotila-Laine H. Identifisering av depression under graviditeten och efter förlossningen: EPDS-blanketten [internett]. Helsinki: Duodecim; 2021 [hentet 26.

februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.terveysportti.fi/xmedia/nla/nla00002sv.pdf>

17. Fransson E. Screening med EPDS [internett]. Stockholm: Inera AB; 2024 [hentet 26. februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.rikshandboken-bhv.se/foraldraskapsstod/individuellt-foraldraskapsstod/screening-med-epds/>

18. Lassemo E, Melby L. Helseesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: status, utvikling og behov. Trondheim: Sintef Digital; 2020. Sintef-Rapport 2020:01346.

19. Helsedirektoratet. Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2022 [hentet 20. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arsverk-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

20. Barneombudet. Helsestasjon for de yngste: tidlig innsats starter her. Oslo: Barneombudet; 2025.

21. Kaiser S, Lillevik CC, Jakobsen K, Hansen MB, Martinussen M. Parent satisfaction with child health centres for children 0–5 years old in Norway: a cross-sectional study. Nord J Nurs Res. 2022;42(3):158–65. DOI: [10.1177/20571585211031133](https://doi.org/10.1177/20571585211031133)

22. Aastveit ET, Mjølstad BP. Navigating parenthood: a qualitative study of parental guidance and support in Norwegian child health clinics. Int J Qual Stud Health Well-being. 2026;21(1):2605632. DOI: [10.1080/17482631.2025.2605632](https://doi.org/10.1080/17482631.2025.2605632)

23. Universitetet i Oslo. Nettskjema [internett]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2021 [hentet 1. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://nettskjema.no/>

24. IBM Corp. IBM SPSS Statistics [programvare]. Versjon 31. Armonk, NY: IBM Corp.; 2025.

25. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277–88. DOI: [10.1177/1049732305276687](https://doi.org/10.1177/1049732305276687)

26. Lumivero. NVivo [programvare]. Versjon 15. Denver, CO: Lumivero; 2024.

27. Universitetet i Oslo. Tjenester for sensitive data (TSD) [internett]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2021 [hentet 29. september 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>

28. Rognmo K, Haga S, Garthus-Niegel S, Wang CEA, Eberhard-Gran M. Validity and accuracy of the Whooley questions to identify symptoms of depression in Norwegian postpartum women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2026;105(3):436–43. DOI: [10.1111/aogs.70152](https://doi.org/10.1111/aogs.70152)

29. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997;12(7):439–45. DOI: [10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x)

30. Statens helsetilsyn. Sammen om bedre oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten: andre halvårslige rapport med innsikter om varsler om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten [internett]. Oslo: Statens helsetilsyn; 2026 [hentet 30. september 2026]. Rapport fra Helsetilsynet 1/2026. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2026/sammen-om-bedre-oppfolging-av-alvorlige-hendelser-i-helse--og-omsorgstjenesten/>
31. Axelsson R, Axelsson SB. Integration and collaboration in public health: a conceptual framework. *Int J Health Plann Manage*. 2006;21(1):75–88. DOI: [10.1002/hpm.826](https://doi.org/10.1002/hpm.826)
32. Riiser K, Lervold T, Manvik MD, Høyland MM, Ringås HS, Holmen H, et al. Research priorities in Norwegian child and adolescent health promotion and preventive services: an adapted James Lind Alliance approach. *BMJ Open*. 2025;15(12):e101966. DOI: [10.1136/bmjopen-2025-101966](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-101966)
33. Galea S, Tracy M. Participation rates in epidemiologic studies. *Ann Epidemiol*. 2007;17(9):643–53. DOI: [10.1016/j.annepidem.2007.03.013](https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.03.013)
34. Marti-Castaner M, Hvidtfeldt C, Villadsen SF, Laursen B, Pedersen TP, Norredam M. Disparities in postpartum depression screening participation between immigrant and Danish-born women. *Eur J Public Health*. 2022;32(1):41–8. DOI: [10.1093/eurpub/ckab197](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab197)
35. Bränn E, Fransson E, Wikman A, Kollia N, Nguyen D, Lilliecreutz C, et al. Who do we miss when screening for postpartum depression? A population-based study in a Swedish region. *J Affect Disord*. 2021;287:165–73. DOI: [10.1016/j.jad.2021.03.013](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.013)