

Landsforeningen 1001 dager (2017) jobber med mental helse under graviditet og etter fødsel. Vi er den eneste og første brukerforeningen Norge. Feltet omtales internasjonalt som Perinatal Mental Helse (PMH) og dekker alt som påvirker den mentale helsen for hele familien fra forebygging til alvorlige lidelser. Vårt styre og fagråd jobber etter en kunnskapsbasert modell der forskning, klinikk og brukererfaring samarbeider på tvers.

Psykiske utfordringer er den vanligste komplikasjonen som oppstår som følge av en graviditet, fødsel og tiden etter. Til tross for dette mangler Norge egne retningslinjer, kompetansesenter og utdanningsmuligheter til helsepersonell (alle faggrupper). Feltet er et klassisk tverrfaglig felt, og er i mange land en egen sub-spesialitet under psykiatri og psykologi. For å kunne møte kvinner og familier på en god måte er det avgjørende at helsepersonell har kunnskap om både voksne og barn, og at tilbud er lett tilgjengelige. En gravid eller ny mor som strever psykisk, kan ikke vente på hjelp – sykdom i denne livsfasen utvikler seg raskt og ytterste konsekvens kan være selvdrap / drap.

Det er i dag godt dokumentert at de første 1001 (1000) dagene er kritiske for det ufødte / fødte barnet, men også for mor, partner og pårørende. Barnet er helt avhengig av å knytte seg til sine omsorgspersoner for å utvikle seg normalt fysisk og psykisk. Vi vet at rus i svangerskapet vil skade barnet, men få vet at stress i svangerskapet, over tid, også vil skade barnet i magen. Hjernen bygges i magen og formes av erfaringer utenpå, hjernen påvirker alt vi gjør og alt vi gjør påvirker hjernen. Vårt samarbeid med Hjernerådet og ny Hjernehelseterapi vil føre til at de første 1001 dagene for første gang, blir inkludert i en Norsk strategi med hjernen i fokus. Norge følger ikke WHO [sine anbefalinger](#) rettet mot denne målgruppen, per i dag.

## **Hovedforløp 1 – milde og kortvarige problemer**

### **Anbefaling:**

*«Tjenester i hovedforløp 1 bør tilbys de som henvender seg med milde og forventet kortvarige tilstander.»*

LF 1001 dager kommentar:

Det er en utfordring at det er stor variasjon mellom kommunene på tjenester på dette nivået for gravide og nye foreldre/familier. En annen utfordring er mangelfull kunnskap på psykiske vansker under graviditet og barseltid, og mangelfulle rutiner for å identifisere de som strever.

Lavterskeltilbud som «Stange hjelpen / Oslo hjelpen,» «Blues mothers,» «Barneblikk» og «Sammen på vei.» Hjemmebesøks tilbudet «Nye familier» bør bli nasjonalt.

- At helsesykepleiere og jordmødre får kompetanseheving på perinatal mental helse
- At fastleger øker fokus på psykiske utfordringer ved seks-ukers kontroll, samt andre kontroller
- At screening innføres, slik WHO anbefaler
- Opprettelse av et kompetansesenter
- At tilbud som startes må være kunnskapsbaserte og tenke på merkevarebygging slik at de lett er tilgjengelig på nett og kan i tillegg samarbeide interkommunalt.

«Regjeringen vil arbeide for at gravide med ekstra behov for oppfølging får et godt og tilpasset tilbud. For å utjevne helseforskjeller og bedre kvinne- og barnehelse, er det nødvendig med mer kunnskap, økt kompetanse og tilpassede tilbud i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. En offentlig styrt og finansiert helsetjeneste er avgjørende i kampen mot økte sosiale og geografiske forskjeller i helse. Innvandrere og familier utgjør en større andel familier med vedvarende lavinntekt.» (St. Melding, 9:2024)

## **I hovedforløp 2 - stabiliserende og lindrende behandling for psykisk helse- eller rusmiddelproblemene, og vurdere behov for samarbeid med spesialisthelsetjenesten**

I tillegg til samme utfordringer som nevnt i hovedforløp 1 (variasjon i tjenester og mangelfull kunnskap), så vil vi trekke frem behovet for at gravide og nye foreldre med moderat psykisk lidelse får rask hjelp. En gravid eller ny mamma kan ikke vente på hjelp, da hennes tilstand i ytterste konsekvens kan bidra til skjevutvikling hos barnet hennes, i tillegg til hennes egen lidelse. Kommunen må derfor være rustet til å sette inn tilstrekkelig tiltak raskt for denne gruppen.

Vi anbefaler:

- Samme anbefalinger som i hovedforløp 1
- Rask psykisk helsehjelp med PMH kompetanse
- Stepped care-modeller med gode overganger inn i spesialisthelsetjenesten ved behov

Vi viser til Stortingsmelding 9:2024, Nasjonal Helse- og samhandlingsplan.

«Selv om nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale faglige veiledere gir klare faglige føringer, påpeker Helsedirektoratet at det er uønsket variasjon i tilgjengelighet til tjenester som skal nå sårbare gravide, deres familier og nyfødte. Det er behov for tettere samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehus og tverrsektorielt samarbeid i kommunen. «Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler» skal bidra til god oppfølging av gravide som bruker rusmidler. Noen kommuner benytter tiltak for sårbare grupper som kan identifiseres i svangerskapet, f.eks. programmer som «Tidlig inn», «Sammen på vei» og «Nye familier». Noen sykehus har tjenester rettet mot gravide med psykiske helseutfordringer eller rusmiddelproblemer, som f.eks. «Ullevål-team» ved Oslo universitetssykehus som i 40 år har hatt tilbud til sårbare gravide, og «Barneblikk», som er et tilbud til gravide og småbarnsfamilier med rusmiddelproblemer eller psykiske vansker i samarbeid mellom sykehus og kommuner i Møre og Romsdal. Det er behov for å gjøre veiledere og retningslinjer bedre kjent, vektlegge sårbare gravide i helseutdanningene og øke kompetansen i helse- og omsorgstjenesten om kvinner og familier med særskilte behov. Se nærmere omtale av implementering av kunnskap i tjenesten i kapittel 6.»

## **I hovedforløp 3 - kommunen bør samarbeide med spesialisthelsetjenesten om oppfølging og behandling ved alvorlige og langvarige psykiske lidelser eller ruslidelser**

Ved alvorlig og/eller langvarig psykiske lidelser hos gravide og nye foreldre er det essensielt at tjenestene tar i mot/vurderer hele familien. Grunnet den tette sammenhengen mellom foreldres psykiske helse og barnets utvikling er det svært uheldig at voksne tjenester fraskriver seg ansvaret for barnet og motsatt. Hos denne gruppen er det et særlig behov for samarbeid på tvers av tjenester og tjenestenivåer.

Vi er ikke enige i Helsedirektoratets anbefaling iht Helse- og samhandlingsplanen:

«Stortinget har bedt regjeringen utrede behovet for behandlingssenter hvor mor kan være sammen med barnet ved alvorlig fødselsdepresjon. Helsedirektoratet har kartlagt tilbudene til gravide med fødselsdepresjon. Kartleggingen viser at det finnes universelle tilbud som helsestasjonsprogrammet for gravide, ulike forebyggings- og lavterskeltilbud i kommunene, og tjenestetilbud i kommunene og behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er en utfordring at tilbudene ikke er godt nok kjent, det er ulik kompetanse og uklare ansvarsforhold mellom de kommunale tilbudene og mellom de kommunale og spesialiserte tjenestene.» (St. Melding 9:2024)

Antallet kvinner med alvorlig fødselsdepresjon som krever sykehusinnleggelse er lavt, ifølge Helsedirektoratet. Vår erfaring er at få mødre ønsker å skilles fra sitt nyfødte barn og ønsker dermed ikke innleggelse. I Norge har vi kun to behandlingssentre der hele familien legges inn samtidig, disse er i Orkdal og i Mosjøen. Tilbudet i Mosjøen er nå i fare for å bli lagt ned, dette er et tilbud som sparer penger, er verdifullt for familier, er tverrfaglig og er kunnskapsbasert.

Vi støtter anbefalingen om å:

***Tilby psykisk helse- og rustjenestene som kunnskapsbaserte lavterskeltilbud, og ha lett tilgjengelig informasjon om tjenestetilbud***

Vår kommentar: Det er ikke gjort en god kartlegging av dagens tilbud i Norge. Tilbud varierer etter hvor du bor og de er vanskelige å finne. Skrive mer – utdype

Vi støtter anbefalingen:

***Kommunen og spesialisthelsetjenesten bør bruke helsefelleskapet med tilhørende samarbeidsstruktur til planlegging og utvikling av helhetlige behandlingsforløp***

Vår kommentar: Skrive mer – utdype kort  
Avslutningsvis mene noe om pakkeforløp ?