

Hjemmebesøk etter kan forebygge depre

Helsesøsters informasjon og støtte på hjemmebesøket kan bidra til å forebygge utvikling av depressive symptomer hos barselkvinner.



■ Kari Glavin, PhD, helsesøster, første-amanuensis, Høgskolen Diakonova, Oslo

Hjemmebesøk til foreldre med nyfødte barn har lang tradisjon for helsesøstre, og ifølge norske forskrifter skal dette helst tilbys innen to uker etter fødsel. En ny rapport fra Helsestilsynet (2012) viser imidlertid at svært mange familier med nyfødte ikke får hjemmebesøk fra helsestasjonen innen to uker etter hjemkomst. Dette til tross for at studier viser at mødre er mer tilfredse når det første møtet med helsesøster skjer på hjemmebesøk framfor et møte på helsestasjonen, og at helsesøstrene selv opplever at det gir et bedre grunnlag for den videre kontakten med familien (Hjälmhult 2009). Funn fra studien som presenteres i denne artikkelen viser at helsesøsters informasjon og støtte på hjemmebesøket også kan bidra til å forebygge utvikling av depressive symptomer hos barselkvinner.

Bakgrunn

En spesielt sårbar periode i kvinners liv er tiden omkring svangerskap og fødsel. Barseldepresjon hos kvinner oppstår oftest fire til seks uker etter fødsel og i internasjonale studier finner man at mellom 8 og 15 prosent av alle mødre rammes av en barseldepresjon (Buist et al. 2002, Gale & Harlow 2003, Wickberg & Hwang 2003). Fire norske studier viser en forekomst på mellom 8,9 og 16,5 prosent (Berle et al. 2003, Dørheim et al. 2009, Eberhard-Gran et al. 2001, Glavin et al. 2009). Det vil si at flere tusen norske kvinner rammes av denne tilstanden hvert år. Mange tilfeller av barsel-

eldepresjon blir heller ikke oppdaget (MacArthur et al. 2002). Samspeillet mellom foreldre og barn i barnets første levemåneder er av stor betydning for barnet, og en depresjon hos mor etter fødsel kan ha negative effekter på barnets utvikling. Dersom mors psykiske helseproblemer blir langvarige, kan det føre til mangelfull psykomotorisk og emosjonell utvikling hos barnet (Cooper & Murray 1998, Hay et al. 2001, Luoma et al. 2001, Wickberg & Hwang 2003). Det er derfor viktig at en barseldepresjon forebygges eller oppdages så tidlig som mulig. Helsesøster møter disse kvinnene, både på hjemmesøk og regelmessig på helsestasjonen, i løpet av barnets første leveår (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

Edinburgh-metoden er nå innført i cirka 150 norske kommuner og innebærer bruk av screeningsverktøyet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) omtrent seks uker etter fødsel. En viktig del av denne metoden er møtet med foreldrene på hjemmebesøket omkring to uker etter hjemkomst fra barselavdelingen. På hjemmebesøket får foreldrene støtte og skriftlig og muntlig informasjon om kvinners psykiske helse i forbindelse med fødsel og barseltid. Helsesøster tilbyr også familien å ta kontakt med helsestasjonen før den ordinære seksukersundersøkelsen (Erdal 2007, Glavin 2012).

Hensikt

Studiens hensikt var å undersøke forekomsten av depressive symptomer hos kvinner og om informasjon og støtte på hjemmebesøket to uker etter fødsel

fødsel sjon

reduerte forekomsten av depressive symptomer seks uker etter fødsel. Bærum og Asker ble brukt som henholdsvis intervensjons- og sammenlikningskommune (Erdal 2007, Glavin et al. 2009, Glavin 2010).

Metode

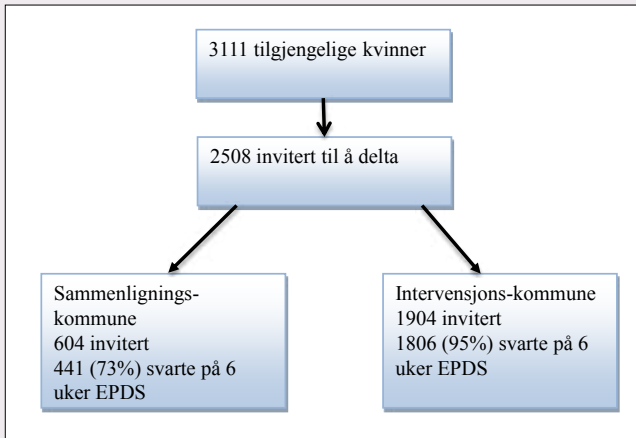
Intervensjon

På hjemmebesøket to uker etter fødsel fikk kvinnene i intervensjonskommunen en brosjyre og muntlig informasjon om psykiske reaksjoner i forbindelse med fødsel og barseltid. De fikk også invitasjon til å kontakte helsestasjonen før første avtale seks uker etter fødsel. Helsesøster oppfordret

«Flere tusen norske kvinner rammes av denne tilstanden hvert år.»

til at far skulle være til stede på hjemmebesøket. Helsesøster hadde fått fem dagers opplæring om psykiske reaksjoner i forbindelse med fødsel og barseltid, bruk av screeningsinstrumentet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) og lyttende og empatisk kommunikasjon (Glavin 2010). Kvinnene i sammenlikningskommunen fikk vanlig hjembesøk fra helsesøster uten det økte fokuset på psykiske reaksjoner i forbindelse med fødsel og barseltid.

RAMMER MANGE: Tiden rundt svangerskap og fødsel er en spesielt sårbar periode i kvinners liv. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



FIGUR 1: Studiepopulasjon.

Måleinstrument

Ved besøk på helsestasjonen seks uker etter fødsel fylte kvinnene i begge kommunene inn EPDS.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Cox et al. (1987) utviklet denne selvverurings-skalaen for å avdekke depressive symptomer blant kvinner som nettopp har født. Skjemaet er oversatt til flere språk. Det består av ti spørsmål, hver med fire svaralternativer, og det tar omtrent fem minutter å fylle ut. EPDS er lett å score, hvert spørsmål er rangert på en 4-punkts skala (fra 0 til 3) som gir en sum score på 0–30. En høyere score indikerer mer alvorlige symptomer. Skjemaet vurderer intensiteten av depressive symptomer som er til stede i de foregående syv dager. En score på 0–9 indikerer ingen risiko for at kvinnen har symptomer på bar-

og i epidemiologiske studier, og er generelt godt akseptert av kvinner (Cox et al. 1996, Segre et al. 2010). Selv om sensitivitet og spesifisitet varierer på tvers av språk og kulturer, har sensitiviteten og spesifisiteten av EPDS vært tilfredsstillende i flere studier (Cox & Holden 2003, Eberhard-Gran et al. 2001, Lanes et al. 2011, Wickberg & Hwang, 2003). Skjemaet er beskrevet som et pålitelig screenings-verktøy (Buist et al. 2002) og har blitt anbefalt for screening av barselkvinner (Georgiopoulos et al. 2001, Wickberg & Hwang 2003). Det er imidlertid viktig å være klar over at EPDS er et screeningsinstrument som indikerer mulig tilstedeværelse av depresjon og ikke et diagnostisk verktøy. Derfor krever bruk av EPDS en klinisk vurdering og en samtale med helsepersonell etter utfyllingen (Cox & Holden 2003). Ifølge Seeley (2001) er EPDS kun så god som den personen som bruker den. Depresjonsscreening må også kombineres med en behandlingsskjede og systematiske henvisningsrutiner (Cox & Holden 2003, Stewart et al. 2004).

Analyse

Databearbeiding og statistiske analyser ble gjort i SPSS 13,0 Illinois. P-verdier mindre enn 0,05 ble ansett som statistisk signifikant.

Etiske overveielser

Kvinnene i begge kommunene ble informert om studien på hjemmebesøket. De fikk ny informasjon og skrev under samtykkeskjema for seks ukers undersøkelse. Studien er godkjent i regional etisk komité. De som ikke deltok i studien var ikke ulike med hensyn til alder og paritet fra deltakerne.

Studiepopulasjon

Studiepopulasjonen var alle barselkvinner som fødte et levende barn i Asker og Bærum fra mai 2005 til desember 2006. Deltakere i studien var 2227 kvinner, 1790 fra intervensjonskommunen og 437 fra sammenlikningskommunen (Figur 1).

Kommunene

Kommunene var ikke signifikant forskjellige med hensyn til sosiale og økonomiske parametere, som arbeidsledighet, andel barn og unge, innvandrere og utdanningsnivå (Figur 2).

Resultater

Gjennomsnittsalder for kvinnene var 32,4 år (range 18–47). Gjennomsnittsalder for førstegangs fødende

«Med den korte liggetiden som er i barselavdelinger er hjemmebesøket ekstra viktig.»

seldepresjon. En score på 10–12 indikerer en større risiko for det, og en score på 13 eller mer indikerer en stor risiko for at kvinnen har symptomer på barseldepresjon (Cox & Holden, 2003; Lanes et al. 2011.). Uavhengig av scoren, må man være spesielt oppmerksom på positiv respons på spørsmål 10 som spør om kvinnen har hatt tanker for å skade seg selv. En positiv score på spørsmål 10 må tas på alvor og følges opp (Cox & Holden, 2003).

EPDS har blitt brukt både i kliniske settinger

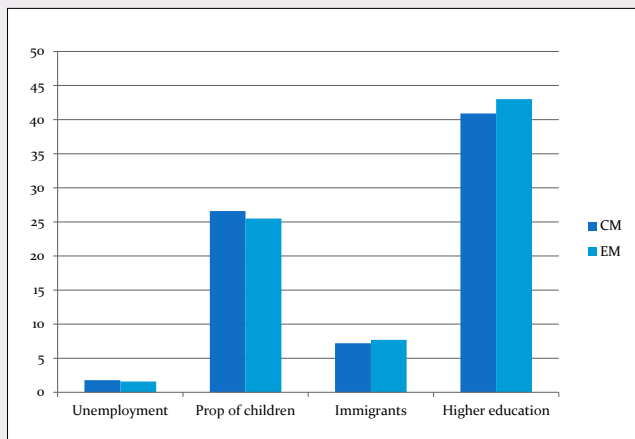
var 30,4 år (n = 901, range 18–43). Gjennomsnittsalder for flergangsfødende var 33,7 år (n = 1322, range 21–47). Med i studien var 39,6 prosent førstegangsfødende, 43,7 prosent som fikk sitt andre barn, 14,9 prosent som fikk sitt tredje barn og 1,8 prosent fikk sitt fjerde eller påfølgende barn (4-7) (Glavin et al. 2009).

Gjennomsnittlig EPDS score i begge grupper var 4,73 (range 0–25, n=2227). Forekomsten av depressive symptomer (EPDS \geq 10) var 10,1 prosent. Det var imidlertid en signifikant forskjell ($p < 0,01$) mellom kommunene med en forekomst på 14,4 prosent i sammenlikningskommunen og 9,0 prosent i intervensjonskommunen. Førstegangsfødende viste en høyere forekomst av depressive symptomer enn flergangsfødende, og kvinner på 36 år og over viste den høyeste forekomsten (Glavin et al. 2009).

Diskusjon

Forekomsten av depressive symptomer hos barselkvinner i denne studien var 10,1 prosent. Barseldepresjon er rapportert å være den hyppigste psykiske lidelse etter fødselen, og den gjennomsnittlige forekomsten i en metaanalyse av 59 studier ble anslått til være 13,0 prosent (O'Hara & Swain 1996). I tre andre norske studier ble forekomsten rapportert til å være henholdsvis 10,0 prosent (Berle et al. 2003), 8,9 prosent (Eberhard-Gran et al. 2001) og 16,5 prosent (Dørheim et al. 2009). Dette bekrefter at barseldepresjon hos kvinner er viktig å ta på alvor også i Norge. Helsesøster møter familiene tidlig både på hjembesøk og seinere på helsestasjonen, og bør ha kunnskap og kompetanse både til å informere og støtte kvinner med barseldepresjon. Helsesøster bør også ha kompetanse til å intervensjonere og henvise videre ved behov.

I den foreliggende studien hadde førstegangsfødende mødre en høyere forekomst av depressive symptomer enn flergangsfødende (Glavin et al. 2009). Dette er også funnet i tidligere studier (Cox et al. 1993, Eberhard-Gran et al. 2002, Wickberg & Hwang 2003). Når vi delte inn i aldersgrupper, var forskjellen imidlertid bare manifest for kvinner i alderen 36 år eller eldre. Flergangsfødende kvinner i alderen 29–35 år hadde den laveste forekomsten av depressive symptomer. Flere risikofaktorer for å utvikle en barseldepresjon har vært beskrevet i litteraturen, men å være en eldre førstegangsfødende har ikke tidligere vært framhevet som en risikofaktor (Agoub et al. 2005, Eberhard-Gran et al. 2002). Siden fødealderen er økende i Norge, er det viktig



FIGUR 2: Kommunene CM=sammenlikningskommune EM=intervensjonskommune.

at helsesøster er oppmerksom på disse kvinnene. Helsesøster er i kontakt med de aller fleste familier med små barn i Norge og kan tilby tidlig intervensjon på en ikke stigmatiserende måte.

I denne studien fant vi imidlertid også en statistisk signifikant forskjell av depressive symptomer mellom kommunene. Forskjellen i forekomsten kan ha ulike forklaringer. En forskjell i svarprosenten mellom de to kommunene (73 prosent i sammenlikningskommunen og 95 prosent i intervensjonskommunen) kan ha forårsaket denne skjevheten, men ingenting tilsier det, da det ikke var noen forskjell i gjennomsnittlig alder og paritet hos dem som deltok i studien fra dem som ikke deltok, og kommunene var like med hensyn til økonomiske og sosiale parametere.

En annen forklaring er informasjonen og det økte fokuset på kvinners psykiske helse som helsesøster hadde på hjemmebesøket. Helsesøstre i intervensjonskommunen hadde gjennomgått opplæring om barseldepresjon og hadde dermed mer kunnskap om tilstanden. Støtte til kvinnen, i tillegg til informasjon, brosjyre og invitasjon til å kontakte helsestasjonen før neste avtale, kan forklare den betydelige forskjellen som ble oppdaget mellom de to gruppene. Andre studier støtter denne forklaringen. Dennis og Creedy (2004) fant at hjemmebesøk etter fødselen av helsesøstre eller jordmor forebygger tilfeller av barseldepresjon hos kvinner. I en annen studie som undersøkte den forebyggende effekten av informasjon om barseldepresjon, ble kvinner sendt en brosjyre seks uker etter fødselen. Sammenliknet med dem som

ikke mottok brosjyren, hadde disse kvinnene betydelig lavere EPDS score tre måneder etter fødsel (Heh & Fu 2003). Morrell et al. (2009) rapporterte nedgang i depresjonsscore blant kvinner som fikk støtte fra helsesøstre i Storbritannia. En studie av Brugha et al. (2011), også i Storbritannia, viste at barseldepresjon hos kvinner kunne forebygges i et universelt program. Mødrene i intervensjonsgruppen som fikk støtte fra en trent helsesøster, viste færre depressive symptomer sammenliknet med kvinner i kontrollgruppen seks måneder seinere. Tilsvarende effekt er funnet i en norsk studie (Glavin et al. 2010). Flere tidligere studier indikerer at langvarig barseldepresjon kan forebygges med intervensjon fra primærhelsetjenesten (Chabrol et al. 2002, Elliot et al. 2000, Ray & Hodnett 2004).

Alle familier som får barn i Norge skal tilbys hjemmebesøk av helsesøster inne to uker etter

«Det har vært lite klinisk fokus på barseldepresjon i Norge.»

hjemkomst fra barsel (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Med den korte liggetiden som er i barselavdelinger i dag er dette hjemmebesøket ekstra viktig for å støtte den nye familien. Støtte og informasjon fra helsesøster på hjemmebesøket kan altså ha en forebyggende effekt på depressive symptomer hos barselkvinner. En depresjon hos mor kan ha stor innvirkning på barnet og barnets utvikling (Cooper & Murray 1998, Hay et al. 2001, Luoma et al. 2001). Det kan også gå ut over parforholdet (Dennis & Creedy 2004). Å forebygge en barseldepresjon har dermed ikke bare gevinst for kvinnen, men også for barnet og familien, og må anses som en svært viktig oppgave for helsesøster.

Hjemmebesøket kan også ha andre fordeler. Forskning viser at førstegangsfødende føler seg sikrere i foreldrerollen når de mottar hjemmebesøk fra helsesøster (Willson & Adolfsson 2011). Hjemmebesøk kan også gi nye foreldre støtte i forhold til utviklingen til en familie (Jansson et al. 2003). En studie av Iversen og Kjøllesdal (2011) viste at mødre forventet at helsesøster tok kontakt tidlig etter hjemkomsten fra sykehuset, og de ønsket at den samme helsesøsteren fulgte familien opp på helsestasjonen. Kvinnene mente relasjonen til helsesøster var det viktigste. Kvinnene ønsket å bli tatt på alvor, bli tatt vare på, bli sett og ha en helsesøster som var omsorgsfull og som hadde tid til dem. Kvin-

nene ønsket at helsesøster var mer tilgjengelig og at de hadde fått flere hjemmebesøk (Iversen & Kjøllesdal 2011). Forskning støtter også at helsesøsters tidlig intervensjon til familier har positiv effekt på fysisk helse, mental helse, utvikling og bruk av helsetjenester (Ciliska et al. 2001). Forskning fra USA viser at regelmessige hjemmebesøk til risikofamilier gjennom barnets to første år bidrar til å forebygge emosjonelle problemer, språkproblemer og psykiske problemer hos barn. Det forebygger også omsorgsviskt (Kitzman et al. 2000, Kitzman et al. 2010, Olds et al. 2002, Olds et al. 2007, Olds et al. 2010). Det er også dokumentasjon fra Storbritannia på at hjemmebesøk og identifikasjon og behandling av barseldepresjon kan ha positiv effekt på foreldrerollen og mor-barn interaksjon (Bull et al. 2004).

En undersøkelse av Økland og Hjämhult (2010) viser at norske helsesøstre mener det er et stort behov for hjemmebesøk til nye familier og at de er godt kvalifisert til å gjøre denne jobben. Undersøkelsen viste at foreldre med nyfødte i Bergen vanligvis mottar hjemmebesøk to uker etter fødsel, men på grunn av tidspress tilbød helsesøstrene noen ganger bare hjemmebesøk til førstegangsfødende. Undersøkelsen viser altså at helsesøstre ikke alltid tilbyr hjemmebesøk til familier med nyfødte barn selv om det er anbefalt i veilederen. Måten helsesøster presenterer tilbudet på kan også være avgjørende for om familien mottar tilbudet om hjemmebesøk. Hvis hjemmebesøket blir utelatt er det ikke nødvendigvis tidsbesparende, fordi foreldrene da ofte kommer hyppigere på helsestasjonen (Økland & Hjämhult 2010). Helsesøstrene i intervensjonskommunene i denne studien mente det endrete fokuset gjorde at hjemmebesøket ble mer meningsfylt, at det var viktig for foreldrene og at foreldrene opplevde at de fikk støtte og ble tatt vare på (Glavin et al. 2010a).

Svakheter ved studien

Det faktum at vi ikke brukte andre instrumenter enn EPDS for å identifisere depresjonssymptomer hos kvinnene kan være en begrensning i denne studien. EPDS er imidlertid et godt akseptert screeningsverktøy og et vanlig brukt instrument i prevalensstudier (Buist et al. 2002, Bugdayci et al. 2004, Dindar & Erdogan 2007). Den norske valideringsstudien beregnet sensitiviteten til å være 100 prosent og spesifisitet å være 87 prosent ved bruk av en cutoff på 10 (Eberhard-Gran et al. 2001). Dermed bør EPDS være godt egnet som et screeningsverktøy i en norsk setting.



MOR OG BARN: Samspillet mellom foreldre og barn i barnets første levemåner har stor betydning. Depresjon hos mor kan ha negative effekter. Helsesøster kan medvirke til at samspillet blir godt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



BRA FOR FAMILIEN: En depresjon hos mor kan gå ut over par forholdet. Å forebygge en barseldepresjon har dermed ikke bare gevinst for kvinnen, men også for barnet og familien. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Konklusjon

En liten forskjell i informasjon og tilbud på hjemmebesøket to uker etter fødselen var assosiert med en signifikant forskjell i forekomsten av depresjons-symptomer hos kvinnene i de to gruppene. Hvis opplæring av helsesøstre og informasjon til foreldrene på hjemmebesøket kan forebygge tilfeller av barseldepresjon, synes dette å være en god investering. Førstegangsfødende kvinner viste en høyere forekomst enn flergangsfødende, og førstegangsfødende mødre over 36 år var mest sårbare. Tatt

«Førstegangsfødende mødre over 36 år var mest sårbare.»

i betraktning at gjennomsnittsalderen til fødende øker i Norge, er det spesielt viktig for helsesøster å være oppmerksom på disse kvinnene.

Til tross for at barseldepresjon har vært forsket på lenge, har det inntil for få år siden vært lite klinisk fokus på barseldepresjon i Norge. Med en prevalens i Norge på minst 10 prosent og vissheten om at få av disse kvinnene blir oppdaget, bør barseldepresjon være av stor interesse for helsestasjonstjenesten. Resultatene fra den foreliggende studien og annen forskning om fordeler ved helsesøsters hjemmebesøk bør ha implikasjoner for ressursplanlegging og tilbud til barselkvinner i kommunen.

Denne studien var en del av et doktorgradsarbeid ved Universitetet i Oslo: Glavin K., Smith L. & Sørum R. (2009) Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 705–710. Studien hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten god hjelp fra helsesøstre i kommunene og prosjektleder/helsesøster Bodil Erdal. ■

Litteratur

- Agoub M., Moussaoui D., Battas O. (2005) Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health*, May;8(1):37-43.
- Berle JØ., Aarre TF., Mykletun A., Dahl AA. & 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, 151–156.
- Brugha TS., Morrell CJ., Slade P. & Walters SJ. (2011) Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychol Med*, 41(4), 739–48.
- Bugdayci R., Sasmaz CT., Tezcan H., Kurt AO. & Oner S. (2004). A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. *J Womens Health*, 13: 63–68.
- Buist AE., Barnett BE., Milgrom J., Pope S., Condon JT., Ellwood DA., Boyce PM., Austin MP. & Hayes BA. (2002) To screen or not to screen – that is the question in perinatal depression. *Medical Journal of Australia*, 177, 101–105.
- Bull J., McCormack G., Swann C. & Mulvihill C. (2004) Ante- and post-natal home visiting: a review of reviews. (1st ed). Health Development Agency, London.
- Chabrol H., Teissedre F., Saint-Jean M., Teisseyre N., Rogé B. & Mullet E. (2002) Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychological Medicine*, 32, 1039–1047.
- Ciliksa DK., Pinelli J., DiCenso A. & Cullum N. (2001) Resources to enhance evidence-based nursing practice. *AACN Clin Issues*, 12(4):520-8.

- Cooper PJ, & Murray L. (1998) Postnatal depression, clinical review. *British Medical Journal*, 316, 1884–1886.
- Cox JL, & Holden J. (2003) *Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. Gaskell. London.
- Cox JL, Chapman G, Murray D, & Jones P. (1996) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *Journal of Affective Disorders*, 39, 185–189.
- Cox JL, Holden J. & Sagovsky R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786.
- Cox JL, Murray D, & Chapman G. (1993) A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27–31.
- Dennis CL, & Creedy D. (2004) Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18, CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub2.
- Dindar I, Erdogan S. (2007) Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample. *Public Health Nursing*, 24: 176–83.
- Dørheim SK., Bondevik GT., Eberhard-Gran M. & Bjorvatn B. (2009) Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. *Sleep*, Jul;32(7):847-55.
- Eberhard-Gran M., Eskild A., Tambs K., Samuelsen SO. & Opjordsmoen S. (2002) Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 426–433.
- Eberhard-Gran M., Eskild A., Tambs K., Schei B. & Opjordsmoen S. (2001) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation in a Norwegian community sample. *Nordic Journal of Psychiatry* 55, 113–117.
- Elliott SA, Leverton TJ, Sanjack M, Turner H, Cowmeadow P, Hopkins J & Bushnell D. (2000) Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *The British Journal of Clinical Psychology*, 39, 223–241.
- Erdal B. (2007) Prosjekt, "Tilpasningsvansker og psykiske reaksjoner hos kvinner i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid", 2004–2006. Bærum kommune.
- Gale S. & Harlow BL. (2003) Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic and Obstetric Gynecology*, 24, 257–266.
- Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, & Yawn BP. (2001) Routine screening for Postpartum Depression. *Journal of Family Practice*, 50, 117–122.
- Glavin K. (2010) Women with postpartum depression – an early identification and intervention study. Faculty of Medicine. University of Oslo.
- Glavin K. (2012) Preventing and treating postpartum depression in women – a municipality model. *Journal of Research in Nursing*, 17(2), 142–156.
- Glavin K., Ellefsen B. & Erdal B. (2010a) Norwegian Public Health Nurses' Experience in Using a Screening Protocol for Postpartum Depression. *Public Health Nursing*, 27, 255–261.
- Glavin K., Smith L., & Sørum R. (2009) Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 705–710.
- Glavin K., Smith L., Sørum R. & Ellefsen B. (2010) Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one year follow up study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3051–62.
- Hay DF, Pawlby S., Sharp D., Asten P., Mills A. & Kumar R. (2001) Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 871–889.
- Heh SS. & Fu YY. (2003) Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 30–36.
- Helsetilsynet (2012) Styre for å styrke. Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten. Rapport fra Helsetilsynet 1/2012.
- Hjälmlund E. (2009) Skäl helsestøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien Forskning*, 4, 18–27.
- Iversen HH, & Kjøllesdal JG. (2011) Utvikling av metode for å måle erfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. PasOpp-rapport nr. 2–2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.
- Jansson A, Sivberg B., Wilde Larsson B. & Uden G. (2003) Hembesøk kan ge nyblivna föräldrar stöd at utvecklas som familj. Första mötet med barnhälsovården viktig för den fortsatta kontakten. *Läkartidningen*, 100 (15), 1348–50.
- Kitzman H., Olds DL., Sidoru K. et al. (2000) Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: A 3-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 283 (15), 1983–1989.
- Kitzman H., Olds DL., Cole RE. et al. (2010) Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(5):412-8.
- Lanes A., Kuk JL. & Tamim H. (2011) Prevalence and characteristics of Postpartum Depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, May 11.
- Luoma I, Tamminen T., Kaukonen P., Laippala P., Puura K., Salmelin R. & Almqvist F. (2001) Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, Dec;40 (12):1367-74.
- MacArthur C., Winter HR., Bick DE., Knowles H., Lilford R., Henderson C., Lancashire RJ., Braunholtz DA. & Gee H. (2002) Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 359, 378–385.
- Morrell CJ., Slade P., Warner R., Paley G., Dixon S., Walters SJ., Brughu T., Barkham M., Parry GJ. & Nicholl J. (2009) Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomized trial in primary care. *British Medical Journal*, 338, a3045.
- O'Hara MV. & Swain AM. (1996) Rates and risk of postnatal depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 274, 740–743.
- Økland T. & Hjälmlund E. (2010) Hjemmebesøk til familier med nyfødt barn. Rapport fra kartlegging av helsestøsters tilbud ved helsestasjoner i Bergen. Bergen kommune og Høgskolen i Bergen.
- Olds DL., Kitman H.J., Cole RE. et al. (2010) Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(5):419-24.
- Olds DL., Kitman H., Hanks CJ. et al. (2007) Effects of nurse home visiting on maternal child functioning: Age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 120(4), e832-e845.
- Olds DL., Robinson J., O'Brien R., Luckey DW., Pettitt LM., Henderson C.L., Rosanna K. Ng RK., Sheff K.L., Korfmacher J., Hlatt S. & Talmi A. (2002) Home Visiting by Paraprofessionals and by Nurses: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 110, 486–496.
- Ray KL. & Hodnett ED. (2004) Caregiver support for postpartum depression (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.
- Seeley S. (2001) Strengths and Limitations of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. In *Postnatal depression and maternal mental health: A public health priority*. Conference proceedings. Community Practitioners' and Health Visitors' Association. London.
- Segre LS., O'Hara MW., Arndt S. & Beck CT. (2010) Screening and counseling for postpartum depression by nurses: the women's views. *MCN Am J Matern Child Nurs*, Sep-Oct;35(5):280-5.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004) Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450.
- Stewart DE., Robertson E., Dennis CL. & Grace S. (2004) An evidence-based approach to post-partum depression. *World Psychiatry*, 2004 3, 97–98.
- Wickberg B. & Hwang CP. (2003) Post partum depression – nedstämthet och depression i samband med barnefödande. *Statens folkhälsoinstitut* 2003:59.
- Wilsson M. & Adolffson A. (2011) Mother's need of support and their expectations of the BVC nurse at the first home visit—an interview study. *Open Journal of Nursing*, 1, 51–58.