

Hvordan oppleves det for far når partneren har fødselsdepresjon?

De største utfordringene og hjelpsomme tiltak

Asta Hrund Gudmundsdottir



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2019

Hvordan oppleves det for far når partneren har fødselsdepresjon?

De største utfordringene og hjelpsomme tiltak

Skrevet av Asta Hrund Gudmundsdottir

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo, våren 2019.

© Asta Hrund Gudmundsdottir

2019

Hvordan oppleves det for far når partneren har fødselsdepresjon?

De største utfordringene og hjelpsomme tiltak

Asta Hrund Gudmundsdottir

<http://www.duo.uio.no/>

Sammendrag

Forfatter: Asta Hrund Gudmundsdottir

Tittel: Hvordan oppleves det for far når partneren har fødselsdepresjon? De største utfordringene og hjelpsomme tiltak

Hovedveileder: Filip Drozd

Biveileder: Vibeke Moe

Bakgrunn: Fødselsdepresjon er en av de vanligste komplikasjonene ved fødsel. Mye av forskningen om fødselsdepresjon handler om de negative påvirkningene depresjonen kan ha på mor og barn. Det foreligger derimot lite kunnskap om hvordan fødselsdepresjon hos mor påvirker far som partner og nærmeste pårørende. Det er viktig med en velfungerende far som kan støtte mor og ta godt vare på spedbarnet i den vanskelige perioden. Det er behov for mer kunnskap om fedrenes situasjon og opplevelser for å forstå hvordan en partner kan bistå best mulig når mor har fødselsdepresjon og hvordan helsesystemer kan tilpasse seg hele familiens behov.

Metode: Denne studien har undersøkt hva fedre opplevde som de største utfordringene og hva de opplevde som hjelpsomme tiltak i perioden når mor hadde fødselsdepresjon. Forfatteren utformet og gjennomførte studien i sin helhet. Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer ble anvendt for å samle inn data. Utvalget ble rekruttert ved hjelp av en psykolog som har jobbet mye med par der mor har hatt fødselsdepresjon, og ved hjelp av Landsforeningen 1001 dager. Utvalget besto av seks menn som alle har opplevd å være partner til en mor som har hatt fødselsdepresjon. Deltakerne bodde forskjellige steder i landet og tilhørte ulike helsestasjoner. Hver deltaker ble intervjuet individuelt om egne opplevelser og erfaringer av å ha en partner med fødselsdepresjon. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og ble transkribert i etterkant. Tematisk analyse ble benyttet for å analysere data.

Resultater: Analysen resulterte i tre hovedtemaer: 1: Fars opplevelse av mors fødselsdepresjon, 2: de største utfordringene og 3: hjelpsomme tiltak. Temaet om fars opplevelser ble delt i to undertemaer ut fra hvilke opplevelser som var de mest fremtredende. Det første undertemaet var at barseltiden ble mye vanskeligere enn forventet og det andre at partneren ikke var til å kjenne igjen. De to andre hovedtemaene, de største utfordringene og

hjelpsomme tiltak, ble begge delt i seks undertemaer. De største utfordringene fedrene opplevde var at de måtte ta alt ansvaret hjemme, det ble ubalanse i parforholdet og de måtte forholde seg til mye formaliteter knyttet til NAV. De manglet informasjon om fødselsdepresjon, opplevde å bli holdt utenfor i mors behandlingsprosess og noen opplevde lang ventetid for å få profesjonell hjelp for mor. Noe av det fedrene opplevde som mest hjelpsomt var muligheten til å være hjemme for å avlaste mor. Andre hjelpsomme tiltak var familie som kunne stille opp, støttende og forståelsesfullt helsepersonell, åpenhet og samtaletilbud for far.

Konklusjon: Hovedfunnene ble diskutert i lys av relevant teori og empiri knyttet til hvordan fødselsdepresjon kan påvirke fedre. Aktuelle implikasjoner for norske helsesystemer og hjelpeapparatet som jobber med familier rammet av fødselsdepresjon har blitt belyst. Det ble for eksempel fremhevet at samtidig som velfungerende og tilstedeværende fedre kan være blant de viktigste og mest hjelpsomme tiltakene i perioden når mor har fødselsdepresjon, opplever fedrene å mangle informasjon og bli holdt utenfor mors behandlingsprosess. Helsevesenet og andre støtteapparat som jobber med forebyggende tiltak og behandling av fødselsdepresjon bør revurdere hvordan fedre håndteres og inkluderes. Det bør sikres at fedrene får tilstrekkelig hjelp, informasjon og støttende tiltak når mor har fødselsdepresjon. I diskusjonsdelen har behovet for videre forskning også blitt fremhevet.

Forord

Hovedoppgaveskrivingen var en spennende, lærerik og krevende prosess. Sluttresultatet representerer innsats fra mange. Jeg vil først og fremst rette en stor takk til alle deltakerne som stilte opp på intervju og var villige til å dele personlige erfaringer fra en vanskelig periode i eget liv. Jeg beundrer dere, for styrken dere har vist i den vanskelige livssituasjonen dere har stått i, og er veldig rørt over de historiene dere har delt. Samtidig vil jeg takke deltakernes partnere som stilte seg positive til intervjuene.

Jeg vil takke mine veiledere, Filip Drozd og Vibeke Moe, for å ha tro på ideen og oppgaven fra starten av og for all hjelpen underveis. Takk til psykolog Gro Vatne Brean og Lena Engelsen hos Landsforeningen 1001 dager, som sikret en vellykket rekrutteringsprosess etter et nokså langvarig søk etter egnede deltakere.

I tillegg til faglig støtte har min kjære mann Reynir, stilt opp, heiet på meg og tilrettelagt for at jeg har kunnet fokusere på hovedoppgaveskrivingen og fullført studiene. Uten bistand fra min partner og hans tålmodighet hadde det blitt vanskelig å få hverdagen til å gå opp, med tre små barn hjemme, studier på fulltid og deltidsjobb på familievernkontor. Mine tre fantastiske barn har også fylt dagene med liv og glede og sørget for at jeg har tatt nødvendige pauser fra skrivingen underveis.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Hva er fødselsdepresjon?.....	2
1.2	Barseltårer.....	2
1.3	Fødselsdepresjon	3
1.4	Fødselspsykose	5
1.5	Bakgrunnen for denne studien.....	6
1.6	Forskningsspørsmålene	8
2	Metode.....	9
2.1	Design.....	9
2.2	Etiske betraktninger	9
2.3	Rekruttering	11
2.4	Utvalg	13
2.5	Datainnsamling – gjennomføring av intervjuene	14
2.6	Transkribering	15
2.7	Analyse	16
2.8	Reliabilitet og validitet	19
2.8.1	Reliabilitet	19
2.8.2	Validitet.....	20
3	Resultater.....	21
3.1	Fars opplevelse av mors fødselsdepresjon.....	22
3.1.1	Mye vanskeligere enn forventet	22
3.1.2	Partneren ikke til å kjenne igjen.....	24
3.2	De største utfordringene	25
3.2.1	Alt ansvaret hjemme på far	25
3.2.2	Pleieforhold fremfor et parforhold – en ubalanse i parforholdet	27
3.2.3	NAV vanskelige – hvorfor finnes ikke «den store røde knappen?»	28
3.2.4	Manglende informasjon.....	29
3.2.5	Utenforskap	31
3.2.6	Lang ventetid.....	33
3.3	Hjelpsomme tiltak.....	33
3.3.1	Far kunne være hjemme	34

3.3.2	Familie som stilte opp	34
3.3.3	Viktig helsepersonell.....	34
3.3.4	Samtaletilbud for far.....	35
3.3.5	Åpenhet	36
3.3.6	Velfungerende psykisk helsehjelp i Australia.....	37
4	Diskusjon.....	40
4.1	Hovedfunn	40
4.2	Temaer og teori.....	40
4.3	Begrensninger.....	41
4.3.1	Utvalg og representativitet	41
4.3.2	Fravær av kritisk subjektivitet.....	42
4.3.3	Er fedrenes vansker knyttet til fødselsdepresjonen eller overgangen til det å bli pappa?	42
4.4	Implikasjoner	43
4.4.1	Far må inkluderes i hele prosessen.....	43
4.4.2	Det er behov for mer informasjon	44
4.4.3	Det bør tilbys rask og effektiv helsehjelp tidlig, uavhengig av bosted	45
4.4.4	Utvikle «den store røde knappen».....	46
4.5	Videre forskning	46
5	Konklusjon	48
	Litteraturliste	49
	Vedlegg	53
	Vedlegg A: Godkjenning fra NSD	53
	Vedlegg B: Fremleggingsvurdering fra REK.....	56
	Vedlegg C: Informasjonsskriv til mor.....	58
	Vedlegg D: Forespørsel og samtykkeerklæring far.....	62

1 Innledning

Det foreligger lite kunnskap om hvordan menn opplever å ha en partner med fødselsdepresjon, og ikke minst hvordan de håndterer det (Letourneau, Duffett-Leger, Dennis, Stewart & Tryphonopoulos, 2011). Fødselsdepresjon er en depresjon mange lider av i forbindelse med fødsel og barselperiode. Den rammer rundt 10-15% av barselkvinner (Guintivano, Manuck & Meltzer-Brody, 2018). Det som gjør fødselsdepresjon spesielt vanskelig er at et spedbarn er involvert. Mye av forskningen som er gjort, omtaler de negative konsekvensene fødselsdepresjon kan ha på mor og barn. Depresjon hos foreldre, spesielt hos mødre, er en godt dokumentert risikofaktor for utviklingsvansker, atferdsforstyrrelser og emosjonelle lidelser hos barn og unge (Slinning, Holme & Valla, 2012). Forebygging, tidlig intervensjon, og god, rask og relevant oppfølging er viktig. En fødselsdepresjon hos mor påvirker hennes livskvalitet og evne til å ta vare på og danne sterke tilknytningsbånd til spedbarnet hennes (Field, 2010). Flere faktorer spiller inn når det gjelder i hvilken grad fødselsdepresjon bidrar til vansker hos barnet. De negative påvirkningene av morens fødselsdepresjon vil til en viss grad kunne kompenseres av en frisk og velfungerende far (Folkehelseinstituttet, 2017). Noe forskning tyder på at fedre har økt risiko for å selv utvikle depresjon når partneren har fødselsdepresjon (Goodman, 2004; Paulson & Bazemore, 2010). Det er en stor livsendring å bli pappa, uansett om det er for første gang eller om barneflokket blir større. Det er sannsynlig at mors fødselsdepresjon påvirker far i stor grad, som person og partner, i forbindelse med hans relasjon til barnet og i forhold til alle de oppgavene som må utføres hjemme når mor ikke klarer å ta godt vare på barnet og utføre andre daglige oppgaver. For mange kvinner som får en fødselsdepresjon viser det seg at denne har startet allerede i svangerskapet (Fredriksen, von Soest, Smith & Moe, 2017). En helt ny norsk studie peker på at hvis mor er deprimert like før fødsel påvirkes far slik at også han har en øket risiko for å bli deprimert rett etter fødsel (Fredriksen, von Soest, Smith & Moe, under utgivelse). Ifølge tidligere forskning har fedre opplevd at det har vært vanskelig å be om hjelp fra andre når mor har hatt fødselsdepresjon, de har manglet informasjon om og forståelse av fødselsdepresjon, og følt seg ekskludert fra behandlingsprosessen når de endelig har funnet hjelp for mor (Holford, Channon, Heron & Jones, 2018; Letourneau et al., 2011).

Formålet med studien: Formålet med denne studien har vært å øke kunnskap om vansker knyttet til det å være partner og nærmeste pårørende til en kvinne som har fødselsdepresjon, og belyse hvilke tiltak som kan være hjelpsomme i en vanskelig livssituasjon. Målet er at økt kunnskap rundt dette temaet vil kunne bidra til utvikling og forbedring av hjelpetilbudet til familier der mor har fødselsdepresjon eller andre psykiske vansker i forbindelse med fødsel. Det er viktig med tidlig intervensjon og å styrke det forebyggende arbeidet i primærhelsetjenesten. Siden hovedfokuset i forskning på fødselsdepresjon som regel omhandler mor, og forholdet mellom mor og barn, er målet med denne studien å både bidra til ny kunnskap og gi nye ideer til ytterligere forskning når det gjelder fars rolle der mor er deprimert i tiden rundt fødsel.

1.1 Hva er fødselsdepresjon?

Å få barn innebærer noen av de største livsendringene både kvinner og menn kan oppleve. Svangerskap og det første året etter fødsel er en sårbar periode for foreldrene. De første tre månedene etter fødsel har mor økt risiko for utvikling eller forverring av psykiske lidelser, som angst, depresjon og psykoser (Meltzer-Brody et al., 2018). Det er vanlig å dele spekteret av psykiske lidelser i forbindelse med fødsel, i tre hovedkategorier: barseltårer, fødselsdepresjon og fødselspsykose (Sriraman, Pham & Kumar, 2017). Andre psykiske lidelser kan også oppstå i barseltiden. I denne studien har fokuset først og fremst vært på fedrenes opplevelser av mødrenes fødselsdepresjon. Deltakerne representerte opplevelser og erfaringer fra alle tre hovedkategoriene. De beskrev perioder hos mødrene med barseltårer og eskalering til fødselsdepresjon. For en av deltakerne var mor rammet av fødselspsykose med tilhørende innleggelse på psykiatriske institusjoner.

1.2 Barseltårer

Det er viktig å skille mellom barseltårer og fødselsdepresjon. Barseltårer («maternity blues/baby blues») er en vanlig følelsesmessig tilstand som oppstår hos 50-80 prosent av alle nybakte mødre (Slinning et al., 2012). Mødre som har barseltårer kan ha symptomer som gråt uten grunn, irritabilitet, rastløshet og angst (Parekh, 2017). Antakeligvis på grunn av hormonelle faktorer og utmattelse etter fødselen (Slinning et al., 2012). Denne tilstanden kan vare i opptil to uker, og forsvinner som regel uten noen behov for behandling (Parekh, 2017).

Hvis denne tilstanden vedvarer, eller eskalerer, blir den ansett som en fødselsdepresjon (Meltzer-Brody et al., 2018).

1.3 Fødselsdepresjon

Fødselsdepresjon, også kalt barselsdepresjon eller postpartum depresjon, er en av de vanligste komplikasjonene ved fødsel (Guintivano, Manuck et al., 2018). Den forekommer hos 10-15% av barselkvinner ifølge internasjonale studier (Guintivano, Manuck et al., 2018). Norske studier viser samme tendens, der omtrent 9-16% av barselkvinner har moderate til høye symptomer på fødselsdepresjon (Berle, Aarre, Mykletun, Dahl & Holsten, 2003; Dørheim, Bondevik, Eberhard-Gran & Bjorvatn, 2009; Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen & Opjordsmoen, 2002; Glavin, Smith & Sørum, 2009). Grunnen til den store variasjonen er at ulike kriterier for fødselsdepresjon brukes i de forskjellige studiene. Når det gjelder det som i diagnostiske termer omtales som fødselsdepresjon, får mellom 5 og 8% av barselkvinner så mange og uttalte symptomer at det indikerer en klinisk depresjon («major depressive disorder»; MDD) (Eberhard-Gran et al., 2002; Glavin et al., 2009). Det betyr at årlig lider flere tusen kvinner i Norge av fødselsdepresjon, selv om ikke alle nødvendigvis oppfyller kriteriene for klinisk depresjon.

Fødselsdepresjon er en mer alvorlig og langvarig tilstand enn barseltårer. Depresjonen kan variere fra mindre plager som varer i noen uker, til alvorlig depresjon, noen ganger med psykotiske symptomer (Howard et al., 2014). Symptomer på fødselsdepresjon er de samme som ved klinisk depresjon. For eksempel manglende energi, tristhet, dårlig selvtillit, endring i matlyst, konsentrasjonsvansker, selvmordstanker og manglende interesse for ting som tidligere vekket glede (World Health Organization, 1993). Symptomene må ha vedvart i minst to uker for å oppfylle kriteriene for klinisk depresjon (World Health Organization, 1993). Barselkvinner med depresjon kan på grunn av tilstanden bli ufølsomme for barnets signaler og behov (Slinning et al., 2012). Noen plages av vonde tanker om å miste kontrollen og er redde for å skade seg selv og barnet sitt (Slinning et al., 2012). Angst er ofte en fremtredende del av symptombildet (Putnam et al., 2017). Mange opplever skam og sterk skyldfølelse når morslykken uteblir og de ikke har de forventede morsfølelsene overfor barnet sitt (Slinning et al., 2012). Skamfølelse med påfølgende isolasjon kan være opprettholdende faktorer for fødselsdepresjon, fordi moren ikke deler med noen hvordan hun egentlig har det og søker dermed ikke hjelp (Kristensen et al., 2015).

Det er vanlig å bruke The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for å måle depresjonssymptomer i forbindelse med svangerskap og fødsel (Slinning et al., 2012). EPDS er et kort selvrapporteringskjema som består av ti spørsmål og brukes av mange norske helsestasjoner for å kartlegge tegn på fødselsdepresjon i barselperioden fra om lag 6-8 uker etter fødselen (Slinning et al., 2012).

De som får fødselsdepresjon har ikke nødvendigvis noen historikk med tidligere psykiske lidelser. Likevel finnes det noen risikofaktorer slik som psykiske lidelser tidligere i livet, lav sosial støtte og vanskelige livshendelser, som øker risikoen for utvikling av fødselsdepresjoner, på tvers av kulturer og sosial status (Guintivano, Sullivan et al., 2018). Hendelser som er spesifikt forbundet med fødsel og barseltid, som ammeproblemer eller kvinnens opplevelse av lite støtte og nærhet fra partneren, har også vist seg å være viktige risikofaktorer for fødselsdepresjon (Eberhard-Gran et al., 2002; Logsdon & Usui, 2001).

Ifølge en nyere norsk studie (Fredriksen et al., 2017) følger fødselsdepresjon flere forskjellige forløp der den største andelen nybakte mødre med fødselsdepresjon opplever symptomer allerede når de er gravide. En annen studie viste at gravide som hadde en deprimerert partner under svangerskapet hadde mer alvorlige symptomer de første seks månedene etter fødsel (Paulson, Bazemore, Goodman & Leiferman, 2016).

Det er ikke kun mors fødselsdepresjon som kan ha negative konsekvenser for barnets utvikling. Fedre kan også få fødselsdepresjon. Fødselsdepresjon hos far kan ha negativ effekt på emosjonell utvikling og atferd hos barnet senere i livet, uavhengig av mors psykiske tilstand (Ramchandani, Stein, Evans & O'Connor, 2005). Ifølge en norsk studie fra 2015 (Skjothaug, Smith, Wentzel-Larsen & Moe) kan vanskelige barndomserfaringer være en risikofaktor for senere depresjon og angst hos vordende fedre under svangerskap. Samme studie anbefaler at helsepersonell retter mer oppmerksomhet mot fars psykiske helse under svangerskap for at hele familien skal motta optimal helsehjelp. Forekomsten av depresjon hos menn er høyere i barselperioden enn ellers i livet (Paulson & Bazemore, 2010). En dansk studie fra 2017 viste at rundt 8% av menn viste tegn på fødselsdepresjon, sammenlignet med rundt 11% av kvinner (Madsen, 2017). Ifølge samme studie er det mulig å oppdage fødselsdepresjon hos både mor og far allerede under svangerskapet. Studien konkluderer med at et viktig ledd i forebygging kan være å flytte kartleggingen, som mange helsestasjoner benytter seg av rundt 6-8 uker etter fødselen, til 3 måneder før fødselen. Kartleggingen ville da blitt en del av svangerskapsomsorgen. Det anbefales at både

vordende fedre og mødre mottar psykologbehandling straks etter kartleggingen dersom den viser tegn på depresjon (Madsen, 2017). Også andre studier påpeker betydningen av å kartlegge begge foreldre for depresjon allerede under svangerskapet, og fortsette med det i barselperioden for å kunne tilby best mulig hjelp så tidlig som mulig (Meltzer-Brody et al., 2018).

Fødselsdepresjon behandles som andre depresjoner, men behandling uten legemidler er viktigere enn ellers. Det skyldes behovet for å velge en behandling med minst mulig risiko for fosteret og spedbarnet som ammes (Parekh, 2017). Ifølge Helsedirektoratets (2017) anbefalinger i Norge, må det sørges for et individuelt tilrettelagt tilbud når psykiske vansker avdekkes under svangerskap eller etter fødsel. Tilbudet kan bestå av varierte tiltak som hjemmebesøk, familiestøtte, avlastning og psykologisk behandling. I noen tilfeller kan det imidlertid være behov for medikamentell behandling (Helsedirektoratet, 2017).

1.4 Fødselspsykose

Fødselspsykose, også kalt barselpsykose, er den mest alvorlige og minst forståtte psykiske lidelsen som kan oppstå i forbindelse med fødsel (Osborne, 2018). Den er mye sjeldnere enn fødselsdepresjon og forekommer kun etter 1-2 av 1000 fødsler (Parekh, 2017), oftest innen de første ukene etter fødsel (Sit, Rothschild & Wisner, 2006). Det som kjennetegner en fødselspsykose er bisarre tanker og/eller atferd, endringer i bevissthet og humørsvingninger som oppstår plutselig (Osborne, 2018). De bisarre tankene kan inneholde vrangforestillinger eller hallusinasjoner (Osborne, 2018). Vrangforestillingene dreier seg ofte om barnet, som for eksempel at barnet kommer til å bli skadet (Monzon, Lanza di Scalea & Pearlstein, 2014). Kvinnen kan bli desorientert, forvirret eller irritert og humøret kan preges av depresjon eller mani, eller en blanding av begge deler (Osborne, 2018). Fødselspsykose kan være livsfarlig for mor og barn og må derfor tas på alvor. Mor kan bli suicidal eller få alvorlige tanker om å skade seg selv eller barnet (Osborne, 2018). På grunn av alvorlighetsgraden er det viktig at mødre som har alvorlige psykiske lidelser etter fødsel blir spurt om tanker om å skade seg selv eller barnet, selv om det kan oppleves som stigmatiserende. Behandling av fødselspsykose krever ofte innleggelse på psykiatrisk institusjon og legemiddelbehandling (Sit et al., 2006). I noen tilfeller kan elektroshokkbehandling være aktuell (Sit et al., 2006).

En av de største risikofaktorene for å utvikle fødselspsykose er bipolar lidelse (Osborne, 2018). Likevel er det kun en tredjedel av kvinner som opplever fødselspsykose, som tidligere har hatt psykiske lidelser (Osborne, 2018). De fleste med denne lidelsen er førstegangsfødende, og nesten alle som får fødselspsykose har i forkant opplevd stor søvnmangel der de ikke klarer å sove selv når de har mulighet til det (Osborne, 2018). Fødselspsykose blir ofte etterfulgt av episoder med depresjoner (Blackmore et al., 2013). Rundt en fjerdedel av kvinner med fødselspsykose, som har mottatt farmakologisk behandling, har fortsatt symptomer ett år etter fødselen (Blackmore et al., 2013).

1.5 Bakgrunnen for denne studien

Det finnes allerede mye forskning om fødselsdepresjon, men hovedfokuset har som oftest vært på mor eller mor-barn relasjonen. Det virker derimot som om at oppmerksomheten rundt fedre og fedres psykiske helse øker. Et liv med små barn oppleves for de fleste foreldre som en krevende periode. I dagens norske samfunn er det stort fokus på likestilling og at far skal være en deltakende omsorgsperson for barnet, ta pappapermisjon og stille opp på hjemmebane (Næringslivets Hovedorganisasjon, 2018). Det kan bety at overgangen til å bli far har blitt enda større enn den var tidligere. Menn kan oppleve økende krysspress på å være gode forsørgere og gjøre det bra på arbeidsplassen, samtidig som de skal være gode fedre og partnere. Når flere tusen kvinner sliter med fødselsdepresjon i Norge hvert år, betyr det at tilnærmet like mange menn opplever å være nybakt far samtidig som partneren lider psykisk. Forskning tyder på at menn som har en partner med fødselsdepresjon, selv er i økt risiko for å oppleve psykiske problemer som depresjon og utmattelse (Roberts, Bushnell, Collings & Purdie, 2006). I en canadisk studie fra 2011 (Letourneau et al.) ble 11 menn intervjuet om deres erfaringer med partnerens fødselsdepresjon. De ble spurt om behov for støtte, hvor støtten kom fra og hva som hindret dem i å motta den hjelpen de trengte når mor hadde utfordringer som følge av fødselsdepresjonen. Flere av fedrene oppga at de hadde selv opplevd en rekke depressive symptomer i perioden mor hadde fødselsdepresjon. Noen opplevde angst, manglende tid og energi, irritasjoner, tristhet, endring i matlyst og tanker om å skade seg selv eller spedbarnet. Mange hadde utfordringer med å forstå hva som var galt med partneren og tenkte at mors atferd var koblet til at de hadde et nytt spedbarn hjemme, uten at de klarte å forstå alvoret eller hadde nok kunnskap om fødselsdepresjon. Når fedrene forsto at de måtte søke hjelp, var det for mange uklart hvor hjelpen var å finne. Flere opplevde

det som vanskelig å be om hjelp fra andre på grunn av stigma rundt lidelsen eller at de ikke ville være en byrde for andre. Det var viktig for mennene å få informasjon om fødselsdepresjon og tilgang til profesjonelle helsetjenester som kunne hjelpe. Mennene snakket om at når de endelig fant hjelp til moren, opplevde de selv å bli ignorert av helsepersonellet og ekskludert fra behandlingsprosessen. Når andre spurte fedrene om hvordan det gikk med mor og barnet, var det nesten ingen som spurte fedrene hvordan de selv hadde det i overgangen til å bli far. Mange følte derfor at de ikke hadde noen å snakke med om egne symptomer. En fjerdedel av fedrene beskrev depressive symptomer hos seg selv. Det stemmer med annen litteratur på området (Goodman, 2004; Pinheiro et al., 2006). En litteraturgjennomgang fra 2004 (Goodman) viste at en høyere andel fedre slet med fødselsdepresjon hvis mor også var deprimert, sammenlignet med menn som ikke hadde partner med fødselsdepresjon. Mors fødselsdepresjon viste seg å være den sterkeste prediktoren for fars fødselsdepresjon i barselperioden. Økt fokus fra helsepersonell på menns psykiske helse i tiden etter fødsel kan være av stor betydning for hele familien (Roberts et al., 2006). De negative konsekvensene av mors fødselsdepresjon for barnet er velkjent (Slinning et al., 2012). I slike tilfeller kan en velfungerende far være av stor betydning og til en viss grad kunne kompensere for de negative påvirkningene av morens depresjon (Folkehelseinstituttet, 2017). Hvis begge foreldrene har fødselsdepresjon samtidig, vil det kunne føre til mer alvorlige konsekvenser for barnets utvikling. At far er i økt fare for å selv utvikle depresjon når mor har fødselsdepresjon ser ikke ut til å gjelde kun i vestlige land. En brasiliansk studie (Pinheiro et al., 2006) fant også sammenheng mellom mors og fars fødselsdepresjon, noe som også ble påvist i den nye norske studien til Fredriksen og medarbeidere (Fredriksen, von Soest, Smith & Moe, under utgivelse).

Det har blitt forsket noe på hvordan fødselspsykose påvirker far som partner og hvor viktig hans rolle er som støtteperson for mor. I en studie fra 2018 (Holford et al.) ble åtte menn intervjuet om egne erfaringer med å ha en partner med fødselspsykose. For fedrene var fødselspsykosen en traumatisk opplevelse der de ble reddet for å miste både mor og barnet, og at familien ville gå i oppløsning. Mange beskrev en følelse av maktesløshet, manglende kontroll og usikkerhet. Ofte visste fedrene ikke hva som var galt, hvordan de kunne hjelpe mor eller om hun kom til å bli bedre. Noen fortalte at de følte seg ekskludert og ikke hørt av helsepersonell.

Ifølge ovennevnte forskningsresultatene har fedre behov for god informasjon om fødselsdepresjon, fødselspsykose og hvor de kan søke hjelp. Det kan oppleves som vanskelig for fedre å be om hjelp og de ønsker å bli mer inkludert i mors behandlingsprosess.

Forskningen trekker også frem betydningen av å rette blikket mot hvordan fedrene har det selv og hvordan hele familien kan få best mulig hjelp. Foreldrene skal fungere godt sammen, støtte hverandre og være gode omsorgspersoner.

Det trengs mer kunnskap om fedrenes situasjon og opplevelser for å få vite hvordan en far kan bistå best mulig når mor lider av fødselsdepresjon. Det handler om å identifisere de største og viktigste utfordringene og eventuelt hvordan støtteapparatet kan forbedres. Denne studien vil kunne bidra til mer kunnskap om hvordan fedre opplever å ha en partner med fødselsdepresjon, med fokus på hva som har vært vanskeligst og hva de erfarte som hjelpsomt.

1.6 Forskningsspørsmålene

For å utvide forståelsen av fedres opplevelse av å ha en partner med fødselsdepresjon, har to forskningsspørsmål blitt formulert for denne studien:

1. Hva opplever fedrene som de største utfordringene nå mor har fødselsdepresjon?
2. Hva opplever fedrene som hjelpsomme tiltak i perioden når mor har fødselsdepresjon?

2 Metode

2.1 Design

Det ble benyttet kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer for å besvare forskningsspørsmålene. Ved bruk av kvalitativt forskningsintervju forsøker en å forstå verden sett fra intervjupersonens side (Kvale & Brinkmann, 2017). Målet er å avdekke menneskers opplevelser og få frem betydningen av det de har erfart, fremfor kvantifiserbare resultater (Kvale & Brinkmann, 2017). Kvalitativ metode var velegnet for denne studien, der målet var å få frem fedrenes erfaringer og opplevelser.

Det eksisterte ingen ferdig intervjuguide som kunne benyttes ved gjennomføring av studien. Intervjuspørsmålene ble basert på faglitteratur fra tidligere forskning om hva som har blitt skrevet om mors fødselsdepresjon og fars opplevelser. Studien hadde også som mål å få mer kunnskap om bakgrunnen for fødselsdepresjonen før mor ble syk. Tidligere forskningsresultater tyder på at fødselsdepresjon ofte starter allerede under svangerskapet (Fredriksen et al., 2017). Fedrene ble derfor spurt om deres opplevelser av både svangerskapet og fødselen. Fedrene ble også spurt om hvilke forventninger de hadde til å bli far, for å se hvorvidt den første tiden med barnet ble annerledes enn de hadde forventet. Utover dette handlet intervjuspørsmålene først og fremst om hva fedrene opplevde som de største utfordringene og hva de erfarte som hjelpsomt når mor hadde fødselsdepresjon.

2.2 Etiske betraktninger

For å sikre ny kunnskap om hvordan situasjonen for nybakte foreldre kan forbedres, ble det besluttet å snakke med fedre om en livsperiode som har vært sår og vanskelig for dem selv og deres partner. Det innebar behov for å ta etiske hensyn i hele forskningsprosessen. Norsk senter for forskningsdata (NSD) vurderte at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket (se vedlegg A). I samråd med veiledere ble det i tillegg søkt om fremleggingsvurdering av prosjektet gjennom REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) (se vedlegg B). Komiteen vurderte at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde og kunne gjennomføres uten godkjenning av REK.

Mødrene som ble kontaktet i rekrutteringsprosessen fikk et eget informasjonsark om studien (se vedlegg C) før de tok stilling til hvorvidt fedrene skulle inviteres til deltakelse eller ikke. Grunnen til det var at fedrenes deltakelse ville innebære at det ble behandlet opplysninger om mødrene, blant annet helseopplysninger om deres fødselsdepresjon, implisitt gjennom fedrenes beskrivelser. Informasjonsarket til mødrene informerte blant annet om hva fars deltakelse ville innebære og mors rettigheter som tredjeperson. I samråd med veileder og NSD ble det bestemt at mødrene ikke måtte skrive under samtykke, for å unngå å samle inn direkte personidentifiserbare opplysninger som fullt navn, signatur og sted, når det ikke var nødvendig for å gjennomføre studien. Fedrene som deretter var interessert i å delta, fikk tilsendt forespørsel om deltakelse med studieinformasjon om hva deltakelse ville innebære (se vedlegg D). Alle fedrene signerte informert samtykke før intervjuet startet. Dermed visste alle hvilke temaer som kom til å bli tatt opp i intervjuet. Alle fikk tydelig beskjed om at deltakelse var frivillig, at all informasjon om dem ville bli behandlet konfidensielt og at de hadde mulighet til å trekke seg når som helst uten å oppgi noen grunn for det.

I selve intervjusituasjonen forsøkte jeg å være imøtekommende og vise empati. Før jeg satt i gang lydopptakeren påpekte jeg at det kunne oppleves som vanskelig for fedrene å snakke om det de har vært gjennom i forbindelse med mors fødselsdepresjon. Jeg formidlet at dette var intervjusituasjon som krevde at jeg måtte være så nøytral som mulig, men at jeg ville selvfølgelig bli rørt av de historiene de fortalte meg. Videre formidlet jeg at om de hadde vært i terapitime hos meg ville jeg selvsagt ha snakket mer og gitt mer tilbakemeldinger. Fedrene fikk mulighet til å ta nødvendige pauser underveis. Noen ganger trengte fedrene å hente seg inn etter å ha blitt satt ut, for eksempel når de begynte å gråte eller ble følelsesmessig aktivert på andre måter. Alle fikk mulighet til å snakke ut etter intervjuene om hvordan de hadde det og hvordan de opplevde å fortelle sine historier. Slik forsøkte jeg å være ivaretagende både før, under og etter intervjuene og samtidig forholde meg så nøytral som mulig som intervjuer.

For å sikre deltakernes konfidensialitet ble alle opplysninger som kom frem under intervjuet behandlet på egnet måte, uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. Navnet til fedrene kom kun frem på samtykkeskjemaene. De ble lagret i låst arkiv på Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Deltakerne ble bedt om å ikke nevne navn til partner, barn eller andre personer under intervjuet. Dersom det glapp, ble det redigert bort. Alle gjenkjennbare opplysninger som kom frem under intervjuet, slik som navn til far, partner eller barn, behandlingsinstitusjoner og steder, ble anonymisert under transkriberingen.

Intervjuene ble tatt opp med digital lydopptaker og lagret kryptert på Tjenester for Sensitive Data (TSD). Opptakene ble slettet ved prosjektslutt. TSD ble også brukt for å analysere dataene. Deltakerne hadde innsynsrett i de opplysningene som var registrert, i hele forskningsperioden. Ingen av deltakerne tok kontakt for å trekke seg fra studien eller be om innsyn. Det er ikke mulig å identifisere deltakerne i resultatene av studien og det benyttes fiktive navn på fedrene når de siteres.

Det ble gjort ett unntak for deltakeren som bodde i Australia ved at landet der hans familie bodde, når barnet ble født, ikke ble anonymisert i oppgaveteksten. Gjennom intervjuet med vedkommende far ble relativt store forskjeller mellom tilbudene i Norge og Australia belyst. Det trekkes frem i resultatdelen. Denne oppgaven handler ikke om forskjeller mellom det australske og norske helsevesenet, men det kom frem opplysninger om gode og nyttige tiltak i Australia som er relevante for å kunne besvare forskningsspørsmålene for denne oppgaven, og som må kontekstualiseres og kontrasteres. Ved bruk av kvalitativ metode er det viktig å sette funnene opp mot noe og få frem spenninger som ligger i datamaterialet, for at funnene skal kunne gi mening (Hallberg, 2006). Det er nyttig å lære om det som fungerer godt andre steder, for å kunne forbedre og videreutvikle gode hjelpetiltak og systemer i Norge. Derfor ble denne faren og hans partner kontaktet for å vurdere hvorvidt landet, og andre potensielt indirekte personidentifiserbare opplysninger, skulle anonymiseres eller ikke. De fikk begge lese gjennom relevante deler av oppgaven og komme med tilbakemeldinger før den ble levert inn. De samtykket begge skriftlig til at landet der de bodde tidligere ikke ble anonymisert.

2.3 Rekruttering

Deltakerne ble rekruttert ved hjelp av en psykolog som jobber mye med gravide og barselkvinner, og Landsforeningen 1001 dager. Psykologen har, gjennom sin private praksis, hatt mange par til behandling der kvinnen har tidligere hatt fødselsdepresjon. Landsforeningen 1001 dager ble etablert i 2018 og skal jobbe for økt åpenhet, bedre forebygging og behandling av psykiske helseproblemer i forbindelse med graviditet, fødsel og i to år etter fødsel (Landsforeningen 1001 dager, 2018). Psykologen tok kontakt med noen tidligere pasienter som var relevante for studien. Landsforeningen 1001 dager publiserte informasjon om studien med forespørsel om deltakelse i støttegruppen de har og senere på en annen side organisasjonen har på Facebook.

Personene som hjalp til med rekrutteringen ble orientert om inklusjonskriteriene, som besto av etterfølgende:

- a) Mor måtte ha kommet seg gjennom den vanskeligste fasen av fødselsdepresjonen.
- b) Mor kunne selv rapportere at hun hadde tidligere slitt med fødselsdepresjon, men det var ikke et krav at hun måtte ha hatt klinisk diagnose.
- c) Mor eller familien måtte ha mottatt noen form for hjelp for fødselsdepresjon. Enten fra det offentlige, privat, selvhjelpressurser, frivillig sektor eller fra familie/venner.
- d) Mor og far bodde sammen når mor fikk fødselsdepresjonen.
- e) Det hadde ikke gått for lang tid siden mor slet med fødselsdepresjonen (helst ikke mer enn 2-3 år), for at deltakerne fortsatt kunne huske godt den tiden når mor var syk.

Utgangspunktet for punkt (b) i inklusjonskriteriene var å ikke ha klinisk diagnose som et krav, grunnet frykt for at en slik begrensning ville gjøre rekrutteringen vanskeligere. Det ble derfor ikke innhentet noen direkte helseopplysninger som legejournaler eller lignende. Imidlertid var alle mødrene i denne studien, ifølge fedrenes beskrivelser, hardt rammet av depresjon. Derfor benyttes ordet «fødselsdepresjon» i denne oppgaven, fremfor å bare snakke om «depressive symptomer».

Eksklusjonskriteriene ble følgende: Mødre som hadde (a) en pågående depresjon, (b) ikke hadde mottatt noen form for hjelp eller behandling, (c) som ikke bodde sammen med barnefaren under fødselsdepresjonen og (d) hvor det har gått mer enn 4 år siden mor hadde fødselsdepresjonen.

De som oppfylte inklusjonskriteriene fikk invitasjon til å delta i studien inntil ønsket antall deltakere ble oppnådd. Fedrene ble rekruttert ved at mødrene videreformidlet informasjon om prosjektet til dem. Terapeuten som hjalp med rekrutteringen formidlet kun kontaktinformasjon (mannens fornavn og telefonnummer eller e-postadresse) til de som viste interesse for å delta. Noen ganger tok mor eller far direkte kontakt med meg ved interesse eller spørsmål rundt studien. Jeg ble også kontaktet av to personer som viste interesse, men som senere valgte å ikke delta. Den ene forklarte at det var for vanskelig for far å snakke om dette temaet. Den andre mottok studieinformasjon, men tok ikke kontakt igjen etter det.

Identiteten til de som ble forespurt forble ukjent for studiens forfatter frem til de viste interesse eller samtykket til deltakelse.

2.4 Utvalg

Utvalget besto av seks menn som alle var i 20- og 30-årene når mor fikk fødselsdepresjonen. Alle oppfylte inklusjonskriteriene for deltakelse. Deltakerne bodde forskjellige steder i landet: Tre på Østlandet, to i Nord-Norge og én på Sørlandet. Én av deltakerne bodde i Australia den første tiden etter at barnet ble født, men flyttet etter det til Norge. Hos tre av deltakerne fikk mor fødselsdepresjon i forbindelse med deres første barn, hvorav ett av tilfellene var tvillinger. To av mødrene var andregangs fødende når de fikk fødselsdepresjonen og én fikk fødselsdepresjon i forbindelse med parets tredje barn. Én av mødrene fikk fødselspsykose i tillegg til fødselsdepresjon.

Felles for alle deltakerne var at svangerskapene var planlagt og mennene fortsatt var gift eller samboere med mødrene på tidspunktet for intervjuet. To av mødrene hadde depressive symptomer etter tidligere fødsler, men hos begge var depresjonen mest uttalt etter at det yngste barnet ble født. Det ble derfor tatt utgangspunkt i den seneste fødselsdepresjonen under intervjuene.

Alle deltakerne gledet seg til å bli fedre, uavhengig om det var for første gang eller at de fikk sitt andre eller tredje barn. Flere av deltakerne hadde opplevd spontanabort tidligere og var redde for å miste barnet igjen. Noen ble gravide fort, andre måtte bruke lengre tid. En av deltakerne lyktes med å bli gravid først ved hjelp av kunstig befruktning etter mange år med prøving.

Noen av mødrene hadde et fint svangerskap uten komplikasjoner, mens andre slet med søvnproblemer, bekkenløsning og andre vansker. Hos enkelte startet tegnene på fødselsdepresjon allerede under svangerskapet, for eksempel ved at mor ikke hadde følelser for barnet hun bar på eller var veldig stresset på grunn av vanskelige livshendelser mens hun var gravid. Fødslene deltakerne opplevde varierte, alt fra vakre hjemmefødsler og vannfødsler til traumatisk hastekeisersnitt eller tvillingfødsel.

Mødrene hadde mange forskjellige symptomer på fødselsdepresjon. Alt fra konstant gråting til overdrevent pengebruk. Flere av mødrene hadde utfordringer med amming og opplevde

manglende mestringsfølelse når de ikke fikk det til. Alle deltakerne beskrev hvordan hele væremåten hos mødrene endret seg når de fikk fødselsdepresjon. Mødrene kunne blant annet bli aggressive og skape konflikter. Uansett hva fedrene gjorde så ble det feil, alt var umulig. Noen beskrev mødre som tidligere hadde vært aktive, men som hadde ekstremt lite energi i perioden med fødselsdepresjon og hadde utelukkende lyst til å være inne. Én deltaker beskrev hvordan det eneste mor klarte var å amme og stelle barnet, utover det satt hun i en stol og orket ingenting. Flere av mødrene var engstelige, for eksempel for å være alene med barnet eller redde for å bli forlatt av far. I ett tilfelle ville ikke mor holde barnet eller ha noe med barnet å gjøre. Noen av mødrene var suicidale deler av tiden de hadde fødselsdepresjon. Mødrenes fødselsdepresjon var i alle tilfeller langvarige, fra flere måneder til to-tre år.

2.5 Datainnsamling – gjennomføring av intervjuene

Alle seks intervjuene ble utført i perioden november 2018 til januar 2019. Når deltakerne hadde blitt rekruttert, tok de selv kontakt eller ble kontaktet av meg for å avtale sted og tid for intervjuet. Deltakerne ble intervjuet i lokaler tilhørende Universitetet i Oslo, på deltakers arbeidsplass eller over telefon.

Tre av intervjuene ble gjennomført ansikt-til-ansikt og de tre gjenstående over telefon. Hver deltaker ble kun intervjuet én gang, og ingen andre enn deltaker og forsker var tilstede under intervjuet. Intervjuenes varighet var fra rundt 30 til 88 minutter. Det ble gjort lydopptak av intervjuene. Deltakerne ble spurt om noen enkle bakgrunnsopplysninger slik som alder, sivilstatus, antall barn og i forbindelse med fødsel av hvilket barn mor fikk fødselsdepresjon. Ved datainnsamlingen ble det benyttet semistrukturerte intervjuer med følgende spørsmål:

1. Hvilke forventninger hadde du til å bli far?
2. Hvordan opplevde du svangerskapet og fødselen?
3. Hvordan oppdaget dere at mor hadde fødselsdepresjon?
4. Hva opplevde du som de største utfordringene?
 - a. Hvordan har fødselsdepresjonen påvirket deg som person?
 - b. Farsrollen - Hvordan har fødselsdepresjonen påvirket deg som nybakt pappa?
 - c. Parforholdet – Hvordan har fødselsdepresjonen påvirket deg som partner?

- d. Andre ting som var utfordrende i forbindelse med fødselsdepresjonen?
5. Hva opplevde du som hjelpsomme tiltak i perioden når mor hadde fødselsdepresjonen?
6. Hva kunne vært bedre i hjelpeapparatet?

Under hvert av de seks spørsmålene ble det stilt utdypende spørsmål når det var relevant. Noen ganger begynte deltakeren å svare på neste spørsmål uten behov for å stille det direkte, da flere av temaene var relatert til hverandre. Deltakerne ble bedt om å svare så åpent og ærlig som mulig om deres opplevelser og erfaringer knyttet til mors fødselsdepresjon. Det ble tatt notater underveis under intervjuene for å ha stikkord og oversikt over de viktigste punktene de nevnte rundt hvert av spørsmålene.

2.6 Transkribering

Datamaterialet besto av 5-6 timer med lydopptak som ble transkribert. Transkribering innebærer å klargjøre intervjumaterialet for analyse ved å oversette tale til skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann, 2017). Alle intervjuene ble transkribert så kort tid som mulig etter intervjutidspunktet. Transkriberingen ble gjort verbatim, det vil si ord-for-ord. I transkriberingen ble sterke stemningsuttrykk som gråt eller latter markert i parenteser. Mindre følelsesuttrykk som sukk, lett latter, tonefall, hosting og lignende ble utelatt. For å beskytte konfidensialiteten til både til deltakeren og til personene og institusjonene som ble nevnt i intervjuet, ble navn og steder anonymisert umiddelbart under transkribering. Et annet etisk hensyn som måtte tas ved transkribering, er at ordrett transkribert muntlig språk kan fremstå som usammenhengende og forvirret tale som kan indikere et svakt intellektuelt nivå (Kvale & Brinkmann, 2017). Uttalelsene ble derfor gjengitt på en mer sammenhengende måte, og unødvendige fyllord som for eksempel «altså», «liksom», «tja» ble fjernet. Selv om det ble forsøkt å transkribere så ordrett som mulig, var det viktigere å fokusere mer på hva som ble sagt og meningsdannelse enn hvordan det ble sagt. Det påvirket måten det ble transkribert på. Det var i noen tilfeller utfordringer med å forstå deler av det som ble sagt av deltakeren. Det gjaldt spesielt telefonsamtaler der deltaker snakket med dialekt. Det som var utydelig ble markert i parentes og gjennomgått spesielt grundig ved gjentatte avspillinger av samtalen i sin helhet etter transkribering.

2.7 Analyse

Tematisk analyse ble benyttet for å analysere dataene. Tematisk analyse er en metode for å systematisk analysere, organisere og rapportere informantenes meningsmønstre på tvers av et datasett (Braun & Clarke, 2012). Det er en nyttig metode for å få frem og gi mening til felles opplevelser og erfaringer hos de forskjellige informantene (Braun & Clarke, 2012). Derfor passet denne analysemetoden bra for denne studien der målet var å få tak i opplevelsene og erfaringene hos fedrene på tvers av datasettet. I analyseprosessen ble det tatt utgangspunkt i de seks faser som har blitt beskrevet av Braun og Clarke (2012).

Fase 1 – Bli kjent med data: Den første fasen går ut på å bli kjent med datamaterialet, for eksempel ved å lese transkripsjonene og lytte til lydopptakene. Jeg gjennomgikk denne fasen helt fra starten av datainnsamlingen fordi jeg tok alle intervjuene selv. Jeg fikk inntrykk av det fedrene prøvde å formidle allerede i selve intervjusituasjonen når jeg snakket med dem og hørte historiene de fortalte. Jeg tok notater underveis for å huske bedre det som kunne være relevant for studien. Det var også jeg selv som transkriberte intervjuene. Ved transkriberingen lyttet jeg til intervjuene flere ganger for å bli bedre kjent med datamaterialet, og fortsatte å notere det som vekket min oppmerksomhet og var relevant for problemstillingene. Jeg begynte å se sammenhenger på tvers av data, hva som var felles og hva som var forskjellig hos de ulike deltakerne. Når jeg var blitt godt kjent med datamaterialet og hadde begynt å se på dataene analytisk, startet kodingen.

Fase 2 – Generere koder: Koding er en systematisk prosess der koder blir avledet fra hele datasettet. Under kodingen leser forsker grundig gjennom hele transkripsjonen og legger til en kode som består av et ord eller en kort frase som beskriver noe fra teksten som oppfattes som viktig (Gale, Heath, Cameron, Rashid & Redwood, 2013). I tabell 1 vises eksempler på dette.

Tabell 1: Eksempler på koding

Deltaker	Tekstutdrag	Kode
Andreas	«Jeg kunne veldig lite om det her den gangen. Visste ikke egentlig noen ting. Vi har jo ikke snakket om dette her under svangerskapet. Vi har ikke, fokuset var bare på det motsatte. Altså glede og rosa skyer. Så det jeg prøvde på, prøvde å fokusere på, jeg ville bare snakke med henne. Jeg ville bare prøve å forstå hva er det her for noe».	Far visste veldig lite om fødselsdepresjon

Bjørn	<p>«Da burde vi selvfølgelig ha brukt morsmelkerstatning. Men det opplevde jeg som om det var et sånt steg som at det var ikke snakk om. Det var sånn at ingen av oss diskuterte det en gang, at vi skulle gjøre det lett for oss selv med morsmelkerstatning. Det var sånn juks fordi det skal man ikke gjøre, alt skal være naturlig. Uansett, dette var etterpåklokskap».</p> <p>«Så skulle jeg ønske at jeg visste om morsmelkerstatning. At jeg hadde hatt det i huset. Rett og slett tenkt på det. Man skulle få til det med amming. Det tror jeg. Det ville sikkert hjulpet oss å få søvn».</p>	For mye fokus på amming
Henrik	«Jeg synes det var vanskelig at ikke noen andre i familien skjønnte at når det er så alvorlig at jeg må være hjemme så lenge, det synes jeg var rart. At de ikke spurte en gang: «Hvordan går det med deg?» Eller et eller annet».	Andre i familien forsto ikke alvorret
Ole	«Det var at vi kunne få hjelp på et eller annet vis. Vi opplevde at ingen rundt kunne hjelpe oss, alle er så opptatte».	Far mest opptatt av å få hjelp
Henrik	<p>«I mellomtiden her så hadde jeg gått ut i sykemelding. Bare for å være hjemme og ha ungen. For jeg var redd for at det skulle skje noe. Ikke at hun kom til å gjøre noe. Men bare tanken på at ungen lå der og gråt i flere timer, det klarte jeg ikke».</p> <p>«Og så fikk jeg til slutt overført permisjonen over på meg. Så jeg var da hjemme i seks måneder. Mens mor var sykemeldt da. Og da ble det at vi var sammen som jeg tror hjalp mest sånn sett. At det ikke var så hardt da».</p>	Far tok over mors permisjon
Lars	«Jeg var ikke sint, jeg var bare veldig stresset».	Far veldig stresset
Bjørn	«Jeg tror, jeg leste et sted om folk eller noen som har opplevd store kriser, kan bli takknemlige på et eller annet vis da. Så jeg nyter hverdagen på en helt annen måte enn jeg gjorde før. Det er litt sånn, jeg har blitt litt mer sånn der selvtilfreds, er fornøyd med matpakka. Status quo».	Far har i etterkant blitt mer takknemlig og tilfreds med livet
Andreas	«Ja, det mener jeg at hun gjorde. Og at hun fikk via helsestasjon, at hun fylte ut et skjema. Egentlig ganske enkelt, her er du i faresone. Jeg tror det var det første steget i forhold til å kartlegge og diagnostisere».	Kartlegging på hjemmebesøk
Marius	«Når hun tok skrittet og har også fått god oppfølging av fastlegen. Absolutt. Så det har vært sånn, det har vært bra».	God fastlege
Henrik	«Det var bare så rart at ting skulle ta så lang tid før man fikk hjelp».	Lang ventetid

Ved bruk av tematisk analyse er det ikke nødvendig å kode hver eneste del av teksten, det viktigste er å kode alt som kan være relevant for å besvare forskningsspørsmålet (Braun &

Clarke, 2012). Ifølge Braun & Clarke (2012) er det viktig at kodingen er inkluderende, grundig gjennomført og systematisk. Dataprogrammet NVivo ble benyttet ved koding av datamaterialet i denne studien. Først brukte jeg auto-koding for å kode data ut ifra intervju spørsmålene, men oppdaget fort at det deltakerne svarte under hvert spørsmål ikke alltid passet kun for det spesifikke spørsmålet. Derfor gikk jeg også gjennom hvert enkelt intervju, uavhengig av intervju spørsmålene, og kodet datasettene i sin helhet i NVivo, et og et om gangen. Det var praktisk å bruke NVivo for å enkelt legge til tekst fra forskjellige deltakere under samme kode når det passet. Når alle datasettene var kodet begynte jeg å se mønstre av meninger på tvers av deltakerne. Da var det på tide å gå over til neste fase.

Fase 3 – Søke etter temaer: I denne fasen skiftet fokuset fra koder til temaer. Et tema identifiserer et bredere nivå av mening enn en kode. Det betyr at mange forskjellige koder samles for å skape et potensielt tema, selv om en omfattende kode også kan gjøres om til et tema (Braun & Clarke, 2012). I første del av denne prosessen gikk jeg gjennom alle kodene og identifiserte koder med lignende mening. Mønstre av meninger ble tydeligere og jeg kunne danne klynger med lignende koder. Temaene bør være forskjellige fra hverandre samtidig som det skal være en sammenheng mellom dem. Et viktig element når en begynner å utforske relasjonen mellom temaer, er å vurdere hvor godt de fungerer for å fortelle den samlede historien fra datamaterialet (Braun & Clarke, 2012). Jeg fant ut at det viktigste budskapet fra deltakerne kunne plasseres under tre forskjellige overordnede temaer som kunne bidra til å besvare problemstillingene. Jeg opprettet derfor tre nye temaer i NVivo med forskjellige overskrifter og plasserte relevante koder under hvert av disse. Noen av kodene passet ikke under noe tema og var ikke relevante for å svare på problemstillingene. De ble ekskludert fra videre analyse. Det var fortsatt mange forskjellige koder under hvert tema, og jeg begynte da å opprette undertemaer. Likheter mellom forskjellige utsagn ble brukt som grunnlag for undertemaene slik at de inneholdt kodet materiale med likt meningsinnhold. Når forskjellige undertemaer hadde ulikt meningsinnhold ble kontrastene brukt som viktig sammenligningsgrunnlag.

Fase 4 – Gjennomgå temaer: Den fjerde fasen handler først og fremst om kvalitetssjekk der utvikling at temaer blir vurdert i forhold til hele datasettet. Her kan det være nyttig å spørre seg selv om temaet forteller noe nyttig om datamaterialet og gir svar på problemstillingen. Videre kan det være lurt å stille seg spørsmål som: Er temaet virkelig et tema, eller kan det være bare en kode? Hva skal bli inkludert og ekskludert innen hvert tema? Finnes det nok

meningsfulle data som støtter under temaet? Er det er en sammenheng mellom temaene? (Braun & Clarke, 2012). I denne fasen var jeg litt usikker på om det ene hovedtemaet kunne bli en del av de to andre temaene. Etter diskusjon med hovedveileder ble det besluttet å beholde alle de tre temaene jeg hadde kommet frem til, fordi det ga en bredere forståelse enn hva kun to temaer ville gjort. Jeg jobbet videre med justeringer og omorganisering av undertemaene og noen nye undertemaer ble utformet.

Fase 5 – Definere og navngi temaer: Her er det viktig å kunne tydelig definere hva som er spesielt og unikt ved temaene og undertemaene en har kommet frem til i fase fire. En god måte å teste ut det på er å se om en kan beskrive innholdet i hvert tema med et par setninger (Braun & Clarke, 2012). En god tematisk analyse skal ha temaer som alle har et spesifikt fokus, som er relatert til hverandre uten å overlapse, og som direkte adresserer forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2012). Jeg hadde allerede begynt å definere og navngi hovedtemaer og undertemaer i tidligere faser, men brukte tid til å prøve ut og bestemme navn på undertemaene, noe jeg fortsatte å justere på samtidig som resultatdelen ble produsert.

Fase 6 – Skrive forskningsrapport: Den siste fasen innebærer å ferdigstille analysen ved å skrive en forskningsrapport. Her skal en forsøke å fortelle den kompliserte historien om datamaterialet på en måte som overbeviser leseren om verdien og gyldigheten av ens analyse (Braun & Clarke, 2012). Denne fasen vises i resultatdelen.

2.8 Reliabilitet og validitet

2.8.1 Reliabilitet

Reliabilitet har å gjøre med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. Det handler om hvorvidt et resultat kan reproduseres av andre forskere på andre tidspunkter og om intervjupersonen ville endret sitt svar hvis vedkommende ble intervjuet av en annen forsker (Kvale & Brinkmann, 2017). Måten jeg er som intervjuer er selvsagt farget av hvem jeg er som person, hva som interesserer meg og mine tidligere erfaringer, for eksempel gjennom psykologistudier, hovedpraksis og jobb på familievernkontor, og som mor og partner. En annen forsker ville ikke ha stilt de samme spørsmålene på akkurat samme måte. Likevel forsøkte jeg å være så nøytral som mulig som intervjuer, brukte intervjuguide og stilte åpne og relevante oppfølgingsspørsmål. Det er mulig at andre forskere ville ha fått frem andre

detaljer ved deltakernes svar, selv om hovedessensen kanskje ville vært den samme. Flere av spørsmålene i intervjuguiden er relatert, slik at deltakerne hadde mulighet til å utdype tidligere svar og det ble noen gjentakelser. Derfor har intervjuer flere steder mulighet til å stille relevante oppfølgingsspørsmål om temaer som går igjen. Mot slutten av intervjuene ble deltakerne alltid spurt om de hadde noe mer på hjertet, og om det var noe de hadde lyst til å fortelle om som ikke ble nevnt tidligere. Derfor tenker jeg at andre forskere ville hatt mange muligheter, gjennom intervjuene, til å få frem mye av den samme informasjonen jeg fikk. En svakhet med denne studien er at det ikke har vært utøvd noen form for kritisk subjektivitet. Jeg var alene om transkriberingen og alle stegene i analysen. Dermed har jeg ikke noe sammenligningsgrunnlag, slik jeg kunne hatt hvis det hadde vært flere som for eksempel transkriberte og kodet samme tekst for å sammenligne med i etterkant. Samtidig ble jeg veldig godt kjent med datamaterialet nettopp fordi jeg var gjennom alle stegene. Jeg brukte lang tid på å transkribere og kode, og lyttet til alle intervjuene mange ganger. Jeg forsøkte å være så nøyaktig som mulig i hele prosessen. Andre forskere vil helt sikkert ikke få nøyaktig samme resultater, og det kan heller ikke forventes ved bruk av kvalitativ metode. Samtidig tror jeg at resultatene er troverdige ut ifra det jeg ønsket å få frem, fedrenes opplevelser og erfaringer av mors fødselsdepresjon.

2.8.2 Validitet

Validitet dreier seg om studiens gyldighet, det vil si om studien har undersøkt det den var ment å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2017). For å finne ut en studies validitet bør forskningsprosedyrene være gjennomsiktige og resultatene åpenbare (Kvale & Brinkmann, 2017). I denne studien kan validiteten knyttes til hvorvidt undersøkelsen fører til vitenskapelige svar på forskningsspørsmålet. Jeg har forsøkt å fortelle grundig og detaljert om alle stegene i denne studien i metodedelens slik at leseren forstår hvordan jeg har kommet frem til resultatene, og at det vil være mulig for andre å replisere studien. Under intervjuene stilte jeg oppfølgingsspørsmål når dette var relevant for å forstå tydeligere deltakernes meninger og opplevelser. Jeg har forsøkt å fremstille resultatene tydelig ved å gi mange eksempler på utsagn fra deltakerne. Her har bruk av sitater vært viktig, for å vise konkrete eksempler av det som har blitt sagt. Jeg har både vist det som har vært felles for deltakerne og det de har hatt ulike opplevelser av, for å vise bredden i svarene.

3 Resultater

Hva er det deltakerne har fortalt om i intervjuene? Hvordan opplever menn å ha en partner som har fødselsdepresjon? Hva har vært de største utfordringene og hva erfarte fedrene som hjelpsomme tiltak? Det ble valgt ut tre hovedtemaer i analyseprosessen, som de fleste kodete utsagnene passet under (se Tabell 2). De viser hvilke mønstre som ble fremtredende i kodingsprosessen og bidro til å utvide forskningsspørsmålene. Det første temaet handler generelt om *fars opplevelser av mors fødselsdepresjon* og deles i to undertemaer: *Mye vanskeligere enn forventet* og *partneren ikke til å kjenne igjen*. De to andre hovedtemaene er mer spesifikke. Det ene dreier seg om *de største utfordringene* med seks undertemaer: *alt ansvaret hjemme på far*, *pleieforhold fremfor et parforhold – en ubalanse i parforholdet*, *NAV vanskelige – hvorfor finnes ikke «den store røde knappen»*, *manglende informasjon*, *utenforskap* og *lang ventetid*. Det siste hovedtemaet gjenspeiler hva fedrene opplevde som *hjelpsomme tiltak* og deles også i seks undertemaer: *Far kunne være hjemme*, *familie som stilte opp*, *viktig helsepersonell*, *samtaletilbud for far*, *åpenhet og velfungerende psykisk helsehjelp i Australia*.

Tabell 2: Oversikt over resultater

Hovedtema	Undertema
Fars opplevelse av mors fødselsdepresjon	Mye vanskeligere enn forventet Partneren ikke til å kjenne igjen
De største utfordringene	Alt ansvaret hjemme på far Pleieforhold fremfor et parforhold – en ubalanse i parforholdet NAV vanskelige – hvorfor finnes ikke «den store røde knappen» Manglende informasjon Utenforskap Lang ventetid

Hjelpsomme tiltak

Far kunne være hjemme

Familie som stilte opp

Viktig helsepersonell

Samtaletilbud for far

Åpenhet

Velfungerende psykisk helsehjelp i

Australia

Herunder vil hvert tema for seg presenteres med tilhørende undertema. Under alle temaer vises eksempler av relevante utsagn fra deltakerne, sammen med refleksjoner og tanker jeg har gjort meg, fra jeg møtte deltakerne under intervjuene til senere i analyseprosessen.

3.1 Fars opplevelse av mors fødselsdepresjon

Det som var mest fremtredende ved fedrenes generelle opplevelse av mors fødselsdepresjon var at de ikke var forberedt på at barseltiden kom til å bli så vanskelig og de hadde en opplevelse av å miste partneren sin når mor fikk fødselsdepresjonen.

3.1.1 Mye vanskeligere enn forventet

For alle deltakerne ble den første tiden etter at barnet kom mye vanskeligere enn de hadde regnet med. Alle fedrene ble mer hjemme sammenlignet med det de hadde planlagt, fordi behovet for å avlaste mor ble så stort. Fedrene måtte bytte jobb, sykemeldes eller ta over mors foreldrepermisjon. De hadde gledet seg til å bli fedre, men spedbarnstiden ble langt fra som forventet:

Fra en euforisk «vi har fått barn» til min partner på psykiatrisk, kan ikke snakke og ... Det var ganske hard overgang. (...) Det å dra hjem alene med ny, [en] ukes gammel baby. Hvordan holder man på med morsmelkerstatning? Det var brutalt da. (...) En ting er at hun er syk, for alle kan bli syke. Men dette var det verste mulige tidspunkt å bli syk på. Det der mor-barn, alle de tingene der. Jeg tenkte at jeg håper hun blir frisk fort. (Bjørn).

Det ble forventet at det skulle bli fantastisk og fint å få barn, men så ble det veldig vanskelig:

Det var egentlig at det var en jævla vanskelig start bare. Det har vel kanskje formet meg litt da. Herdet meg litt. Skjønte at det er hardt å få barn. Og det legger jeg ikke skjul på heller hvis vi snakker med folk som ikke har barn. At det er ikke dans på roser alltid. Ikke tro på alt du leser i hvert fall. (Henrik).

Andreas fortalte at han aksepterte relativt fort at mor hadde fødselsdepresjon og var fast bestemt på at dette skulle de klare og at han skulle gjøre alt som sto i hans makt for å hjelpe mor å føle samme glede som han over de barna de hadde fått. Det skulle vise seg å ikke bli så enkelt:

Jeg måtte bare klare meg selv, det her var bare situasjonen. Og det her var bare å finne styrke til å gå igjennom. Det må bare bli sånn at det er barna, først og fremst. Og det var masse samtaler. Hun trengte enormt med bekreftelse og vi måtte prate gjennom basale ting. Jeg måtte bygge opp selvtilliten hennes og hun trengte bekreftelse på alt [i] livet sitt. Samme bekreftelser måtte gjentas og bare bygge og bygge og bygge opp selvtilliten igjen. Altså hjelpe henne å stå i det der. Negative tanker fikk bare slå seg opp i hodet hennes og herje med henne rett og slett. Så det var jo godt å kunne få den friheten og ikke måtte gå på jobb. Det var jo ikke noe ferie for å si det sånn. Det var en utrolig tøff tid. Jeg tror den tøffeste tiden jeg noen gang har hatt. (Andreas).

Perioden når mor hadde utfordringer med fødselsdepresjon ble av mange beskrevet som den tøffeste tiden de noen gang har gått gjennom:

Jeg har fått forståelse som kanskje mange ikke kan og ikke har. Men i bunn og grunn sitter jeg igjen med opplevelse at det har vært tøft og hardt. Slitsomt og tungt. [...] Du må være forberedt på å bli så sliten som du aldri har vært i hele ditt liv. (Marius).

Flere av fedrene sa at når det var som verst, hadde de ikke mulighet til å ta innover seg hvordan de hadde det selv. Andreas beskrev hvordan han i ettertid opplevde sinne, uten å vite helt hvorfor. Dette ser ut til så skje etter hvert som han fikk en bedre forståelse for hvor vanskelig livssituasjon han og familien har vært utsatt for. Når det som skulle være en stor glede ble helt annerledes enn hva de hadde sett for seg:

Og så nå i ettertid tenker jeg egentlig, altså etter at det her var over, at depresjonen var over. Så tenkte jeg fy flate så skremmende det var, egentlig. Hvor

merkelig og hvor tilfeldig det der er. Så når situasjonen er over, det er først da at du kan sette deg ned. Da og husker jeg at jeg i en periode etter at vi var enige, både hun samboeren og helsepersonell og meg selv, at hun var ferdig med det der, så gikk jeg noen uker og jeg var sint. Uten at jeg på måte utagerte, men jeg følte meg sint. Uten at jeg egentlig kunne sette fingeren på hvorfor. Det var bare sånn generell sinnsstemning hvor jeg var sint. (Andreas).

3.1.2 Partneren ikke til å kjenne igjen

Alle fedrene hadde en slags opplevelse av å miste partneren sin i den perioden mor hadde fødselsdepresjonen. Mange opplevde stor usikkerhet og beskrev maktesløshet. De visste ikke om endringen i mors væremåte kom til å vedvare eller ikke. Noen tvilte på om de kunne i det hele tatt fortsette å være sammen. Hele væremåten hos mor endret seg når hun fikk fødselsdepresjon: «*Det var vel hele væremåten. Ble helt innelukket. Ville ikke ha noe kos. Ville ikke holde ungen. Bare sitte alene. Og ble fort sint da. Men gjorde aldri ungen noe. Ikke noe sånn, men bare veldig kort lunte på alt*» (Henrik).

Ja det var jo humør, atferd. Jeg kjente henne på måte ikke igjen. Det er liksom ikke den samme partneren som før. Det som fungerte før, det fungerte ikke nå. Du vet ikke hva du kan gjøre, hva som er rett, du forstår deg ikke på partneren din. Og man vet ikke om det kommer til å vedvare eller går det over. [...] Hun klarte ikke å være alene med ungen. Så da skjønnte jeg at dette her var jo veldig alvorlig. At hun måtte få hjelp. (Ole).

Marius ble også fortvilet over å føle at partneren ikke var den samme som før:

Det tøffeste var egentlig å plutselig føle at du nesten, du gjør jo alt du kan og så prøver å få det til å bli bedre. De var en stund du bare går rundt og lurere på hva er det du egentlig gjør? Du vet jo at du er glad i personen. Du vet jo at du vil ha den personen. Men den personen du er glad i, som du ser foran deg, er ikke der. Det er samme personen, men du har fått et helt annet reaksjonsmønster som kommer fram.

For Andreas så føltes det som om det var en annen person i huset:

Hun klarte å amme ungene sine. Hun klarte å stelle dem. Men det var alt hun klarte. Å gå fra å være en person med masse energi, med masse overskudd, med stålkontroll på hjemmet sitt og klarte å håndtere familie og venner og masse annet. Du så at det var en annen person som var i huset.

Fedrene fortalte at til tross for vanskene de opplevde, står de sterkere sammen som par nå enn før. Flere av dem trakk frem at de forstår godt at ikke alle klarer å holde sammen når de møter alle utfordringene som følge av fødselsdepresjon:

Det er en lengre periode hvor man ikke er kjæresten. Det var jo en stor utfordring. Ja, veldig vanskelig når det foregår. Jeg skjønner at det er mange parforhold som ryker når de opplever sånne ting. Det er nok ikke alle som er så tålmodige som meg. (Ole).

3.2 De største utfordringene

Fedrene opplevde mange utfordringer knyttet til å ha en partner med fødselsdepresjon. Fedrenes ansvar hjemme ble mye større enn det som var planlagt og det ble en ubalanse i parforholdet når mor ble hardt rammet av fødselsdepresjon. Samtidig som fedrene måtte ta vare på hjemmene, spedbarna og pleietrengende mødre, opplevdes alle formaliteter knyttet til vanskelig søknadsprosess hos NAV som en ekstra belastning. Ingen av fedrene hadde tilstrekkelig med informasjon om fødselsdepresjon. De opplevde å bli holdt utenfor i mødrenes behandlingsprosesser og etter at fødselsdepresjonene ble oppdaget var det noen som opplevde veldig lang ventetid etter egnet profesjonell hjelp.

3.2.1 Alt ansvaret hjemme på far

På grunn av mødrenes utfordringer med fødselsdepresjon fikk alle fedrene mye større ansvar hjemme enn hva de hadde forventet. Tre av fedrene beskrev hvordan de måtte gjøre alt husarbeid og foreldrearbeid fordi mor ikke orket å gjøre noe av det. To deltakere forklarte at de måtte ta hovedansvaret for barna blant annet for å prøve beskytte de mot mor som var i ubalanse og kunne bli lett sint og frustrert. Én deltaker måtte ta hovedansvaret for spedbarnet helt fra starten av på grunn av mors gjentatte innleggelse på psykiatrik.

For min del, jeg måtte jo ta et mye større ansvar enn det jeg hadde planlagt. Så jeg var jo fra tidlig fase den forelderen som fikset ting rundt oss, som sørget for at det her gikk rundt. Mor hun var tilstede og hjalp med barna men alt det andre var sterkt begrenset, hva hun foretok seg. Hun klarte det ikke. Alt fra husvask til praktiske gjøremål. Men også det med å komme i gang med barna i leken, og prate med de og gå tur og hele det her. Så komme i gang med foreldrejobb, rett og slett, jeg måtte dra det i gang. (Andreas).

Å være alene om ansvaret for barna og hjemmet i tillegg til fulltidsjobb, når mor var syk, ble for mye:

I den tiden var alt ansvaret på meg. Jeg måtte hente og levere barn i barnehagen. Jeg måtte ta oppvasken. Jeg måtte lage middag. Og klare å vaske noe tøy. Og så måtte jeg vaske huset og så måtte jeg vaske bilen, og så måtte jeg vaske ungene, og så måtte jeg vaske meg selv. Og da måtte jeg til slutt gå til legen og si «Du, jeg er nødt til å ha full jobb med det. Jeg klarer ikke dette her. Dette her går ikke. Jeg har ikke mer igjen. Nå har det blitt for mye. (Marius).

Fedrene opplevde at selv om de følte seg helt ferdig, så var det ikke noe rom for at de kunne ha det slik:

Jeg hadde ikke forventet å være hjemme og være mamma og pappa i 6 måneder. Men sånn ble det jo. (...) Det var bare det å klare alt hjemme. Å få ting til å gå rundt. Å stå opp og koke melk og være tilstede 24 timer i døgnet egentlig. Vi prøvde å dele opp ganske mye men det var ikke så lett, når hun ikke ville ha noe med ungen å gjøre i det hele tatt. [...] Jeg kan også innrømme at i starten så var jeg egentlig helt ferdig, jeg også. Men det var ikke noe rom for at jeg kunne være sliten eller satt ut eller noen ting. (Henrik).

Noen ganger fikk fedrene en følelse av manglende kontroll og ble fortvilet: «Litt mangel på kontroll over situasjonen. Man vet ikke hvilken ende man skal begynne i, hva man skal gjøre, hva som er rett og hva som ikke er rett» (Ole). Lars opplevde at stresset han kjente på når mor hadde fødselsdepresjonen, bidro til dårlige vaner som igjen førte til lavere selvfølelse: «Jeg var veldig stresset, la på en del ekstra kilo og drakk mye øl. Men ikke slik at det påvirket barna eller mitt samvær med barna eller noe sånt. Men ja, en del ekstrakilo, så det gikk utover selvtiliten».

3.2.2 Pleieforhold fremfor et parforhold – en ubalanse i parforholdet

Det ble store endringer i parforholdene. Alle fedrene hadde en opplevelse av ikke lenger være kjæreste med partneren på et visst tidspunkt: «*Det blir mer sånn pleieforhold fremfor et parforhold da. Det skaper utfordringer for å si det sånn. Men vi er heldigvis forbi det da*» (Marius). Det var krevende å ha en pleiepasient hjemme når fedrene i tillegg måtte ta hovedansvaret for barna og alle de praktiske oppgavene samtidig: «*Jeg følte noen ganger at jeg var alenepappa med to barn. Det var litt stygt sagt da. Men jeg måtte passe på partneren hele tiden. (...) Man var litt mer sykepleier enn partner*» (Bjørn). Det ble en ubalanse i parforholdet, når far opplevde mor som en pleiepasient:

Det er klart at du i den perioden som fødselsdepresjonen var, så var vi ikke par, vi var ikke kjærester. Vi var en nær venn og en pasient. Det var en ubalanse i parforholdet vårt. Det er vanskelig å sette seg inn i. En skikkelig ubalanse. Så den tiden der det var merkelig. [...] Og da sto jeg der med nyfødt baby og en pleiepasient. Det var resultatet for min del. (Andreas).

Videre fortalte Andreas at alt ansvaret han måtte ha overfor barna, ikke var det vanskeligste når mor var syk. Å ha en partner med fødselsdepresjon, en uventet pleiepasient, var den største utfordringen for han:

Det var egentlig ikke selve farsrollen som ble utfordrende. Det at jeg hadde en pleiepasient i tillegg. Jeg tok voksenoppgaver som pappa fra første dag. Lærte meg å, ja i det hele tatt, bare tok til meg det ansvaret. Prøvde å løse oppgaver så godt jeg kunne. Så tok jeg lærdom av det, så gjorde jeg på nytt igjen. Men så var det da at jeg hadde pleiepasient hjemme. Jeg kaller det for det fordi det var faktisk det det var. Og det gjorde jo belastninger ekstra vanskelige. Og det var en sånn pleiepasient som du overhodet ikke skulle sett for deg skulle være der. En pleiepasient, det var jo min halvdel, den jeg skulle dele det her med, den gleden og arbeidet. Jeg gjorde nok papparollen min med glede. Men klart jeg var jo sliten når man sov på spikeramme på natta og våknet for ingenting. Bekymret for en minste ting sånn som alle foreldre gjør. Men det var overkommelig det. Jeg brukte masse tid, jeg hadde jo masse tid, fikk jo fri fra jobben. Så tiden gikk jo til å være med familien. Det gikk seg til. Men det som gjorde, det som sugde kreftene mine, det var partneren med fødselsdepresjon. (Andreas).

3.2.3 NAV vanskelige – hvorfor finnes ikke «den store røde knappen?»

En utfordring som kom tydelig frem i intervjuene er alle formaliteten som far måtte ta seg av etter at mor fikk fødselsdepresjonen. For Lars, som hørte til det australske velferdssystemet den første tiden etter fødselen, var NAV ikke et relevant tema. Tre av de øvrige deltakerne trakk frem NAV som spesielt vanskelige. Planen var at mor skulle være i permisjon de første månedene etter fødsel og papirarbeidet og søknader til NAV ble fullført under svangerskapet. Når mor ble syk, og far måtte ta over permisjonen, opplevde fedrene at NAV-systemet ikke var tilrettelagt livssituasjonen deres. De beskrev en opplevelse av kaos og mange skjemaer frem og tilbake. I tillegg til å håndtere nyfødte barn og mødre med fødselsdepresjon opplevdes byråkratiet som en ekstra belastning på toppen av alt annet, istedenfor å være en hjelpende hånd i en vanskelig tid i livet:

Med all kritikk til NAV, papirmølla, den arrogansen. De forholder seg til et reglement som de tolker på sin måte og når vi ber om noe, eller å få registrert noe, det som man har krav på, så får man avslag. Så må man klage, så byttes det saksbehandler, så går det tid. Og alt skjedde i brevform med 2-3 ukers svarfrist. Horribel mølle å forholde seg til. Hadde ikke jeg vært der som er friskt menneske som visste hvordan man skal inn i det og forholde seg til å prate med offentlige instanser, så hadde hun [mor] gitt opp. Hun hadde gitt opp det der løpet for lenge siden. (...) Bare det med at hun skulle få en sykemelding når hun var i svangerskapspermisjon var et kjempeproblem å forholde seg til. Å få flytte permisjonen over til meg, og alle disse ytelsene. Alt var jo planlagt på forhånd. Vi hadde jo meldt inn og så skulle vi gjøre en endring på det der. Det var helt umulig at de skulle sette seg sånn på bakbeina for det. Det betyr at NAV, når du står der med din familie, og så har du nok med ditt, og så må du forholde det til en aktør som skal hjelpe deg og som ikke hjelper deg. Det er en ekstra belastning. (Andreas).

Fedrene sa de ønsket seg et enklere forhold til NAV. Bjørn etterspurte «den store røde knappen» som kunne ta seg av alle formaliteter når det blir bekreftet at mor er syk:

Jeg husker NAV var vanskelige. [...] Hvis man kan gjøre ting så enkelt som mulig for de pårørende, eller for fedrene da, det er mye man skal sette seg inn i. Bare det å ta en telefonsamtale er vanskelig når man har barn. Hjelpeapparatet er på

måte nok ikke helt tilpasset situasjonen. (...) Jeg tror «den store røde knappen» hvis den hadde liksom, sånn i ettertid. Den der «dunk», så kan man konsentrere seg om barnet og partneren. Ikke alle de andre. Fordi med en gang så blir det veldig mye sånne formaliteter som skal gjøres. (Bjørn).

3.2.4 Manglende informasjon

Alle fedrene trakk frem mangel på informasjon som en utfordring når mor fikk fødselsdepresjon. Det gjaldt både informasjon allerede under svangerskapet, og når mors fødselsdepresjon ble oppdaget. Ingen av fedrene hadde fått informasjon om fødselsdepresjon eller fødselspsykose under svangerskapet. De undret seg over hvorfor de ikke hadde fått mer informasjon:

Det å ha mer informasjon tidligere om hva som kan skje. Vite ting som kan skje når hun er gravid, hva man kan forvente. Hvem man kan søke hjelp hos. (...) Den tiden før man får barnet. Den verste tiden så har man ikke tid til sånt. Man hadde vært litt mer våken for dette, om man hadde fått informasjon før man fikk ungen. Så ja, jeg vet ikke om det er like lett rundt omkring. Men det burde vært en selvfølge. (...) Man må forstå at man faktisk har fødselsdepresjon, og hva fødselsdepresjon er. (Ole).

I Henrik sitt tilfelle var det tydelige faresignaler på at noe var galt hos mor allerede under svangerskapet. Når de tok det opp med jordmor fikk de som svar at alt ville bli bra med en gang de fikk barnet på fanget. Slik ble det absolutt ikke. Henrik irriterte seg over at faresignalene ikke ble tatt på alvor: «Det kom vel aldri noen informasjon om noen ting. (...) Det burde være mye mer informasjon før fødsel. Ikke en jordmor som sier at alt blir gull og grønne skoger når du får barnet på deg». På grunn av manglende informasjon var det ikke lett for fedrene å vite hvor de kunne søke hjelp når de skjønnte at noe var galt hos mor:

Det jeg synes var vanskelig, jeg følte ikke jeg hadde noen linje jeg kunne bruke, noen ting jeg kunne gjøre som kunne få hjelp til henne på en mer effektiv måte. Så jeg var helt avhengig av, jeg visste ikke om noen måte som jeg kunne få henne til å få hjelp. Bortsett fra å prøve å motivere hun. (Marius).

Flere av fedrene vektla at det hadde vært lettere å få hjelp tidligere hvis de hadde hatt nok informasjon om fødselsdepresjon:

Kanskje gitt meg informasjon om hva fødselsdepresjon er. Hva som på en måte er normalt. Hva som ikke er normalt. Hva som er mye, hva som er lite. Så kunne jeg selv sagt et eller annet. Da kunne de tenke «Ja her må vi ha litt ekstra oppfølging» eller noe sånt. Jeg er ikke tvil om at vi kunne ha fått hjelp før, så hadde det gått bedre. (Marius).

To av fedrene nevnte at de skulle ønske at det fantes et telefonnummer de kunne ha ringt for å få informasjon og hjelp når de skjønnte at noe var galt:

Jeg tror det hadde vært, det å ha et telefonnummer for liksom, «Hvis det er noe, ring meg på dette nummeret». Det hadde vært helt gull. Fordi da hadde man tatt den der: «Nå lurer jeg på om kona min er i ferd med å bli dårlig, kan du komme en tur?». For å få en second opinion. (Bjørn).

Fedrene opplevde manglende informasjon om fødselsdepresjon både før fødsel og når mor ble diagnostisert. Fire av fedrene savnet en samtale med lege eller jordmor for å få informasjon etter at fødselsdepresjonen ble oppdaget hos mor:

Når det er satt en diagnose, sånn som en fødselsdepresjon, det å få formidlet det her, for eksempel til partner. Få en samtale som forklarer hva er det her for noe. Hva er det vi står overfor her? Hva er tenkt forløp i dette her? Hva kan vi forvente? Hvor syk kan en person bli? Hva snakker vi om tidsaspekt? Hva er vanlig behandling? Noen gode råd på veien hjem. Hva slags samtaler tidlig, etter at diagnosen er satt. Alt dette her måtte jeg finne ut av selv. (Andreas).

Noen opplevde at det var vanskelig å snakke med folk om fødselsdepresjonen fordi de var sikre på at ingen kom til å forstå. Dette bidro til en følelse av ensomhet hos fedrene. Ifølge fedrene er det generelt lite kunnskap om fødselsdepresjon i samfunnet. Fødselsdepresjon er fortsatt et sårt og tabubelagt tema. Lars nevnte at han vegret seg for å snakke om fødselsdepresjon for å beskytte partneren. Han ville ikke at folk rundt dem skulle tro at mor hadde utfordringer fordi hun ikke klarte å håndtere tiden etter at barnet ble født:

Jeg antar jeg trakk meg litt tilbake også. Jeg trakk meg tilbake fra ... Jeg hadde venner og familie rundt meg som ville bistå, og jeg betrodde meg til noen av de nærmeste. Men følte at jeg ikke kunne betro meg til min familie i samme grad, fordi jeg forsøkte å beskytte min partner og hva hun gikk gjennom. Fordi de, jeg

vet ikke om de ville forstå. Jeg følte meg helt alene, for å være helt ærlig, og det var derfor jeg søkte kontakt med ulike mennesker og organisasjoner.

Når Lars følte at han ikke kunne snakke om fødselsdepresjonen med noen i sin omgangskrets, ble profesjonelle og organisasjoner viktige samtalepartnere. Dette belyses nærmere under hjelpsomme tiltak i Australia. Utover dette var Lars opptatt av at folk generelt må bli mer opplyst om fødselsdepresjon:

De trenger utdanning. Det ville vært bra. Mer informasjon og utdanning slik at folk kan forstå det. Fordi folk forstår det ikke og det gjør det også vanskelig for partneren, som igjen gjør det vanskelig for alle, at informasjonen ikke blir delt. Forståelse for hva det er og at det er noe. Det er ikke bare noen som ikke evner å klare seg selv. Det er helt ekte.

Ole beskrev også hvor ensomt det ble når han opplevde som vanskelig å forklare for andre at mor hadde fødselsdepresjon: «Ja, så blir man litt alene. Ikke så lett å forklare dette for folk. Man blir veldig alene».

3.2.5 Utenforskap

Fedrene opplevde på mange måter å bli holdt utenfor i systemet når det gjaldt mødrenes fødselsdepresjoner. De ga eksempler på å ikke bli hørt, å bli mistenkeliggjort, at de ikke fikk informasjon og at helsepersonell ikke innhentet informasjon fra far når de burde ha gjort det. Andreas beskrev opplevelsen av å bare være tilskuer under fødselen:

Det var litt sånn at du er en tilskuer når du kommer dit. Det er jo så tydelig som det går an. At det er barna som er første prioritet. Så er det mor. Og så er det ikke flere. Far hører nok ikke hjemme der. Det var i hvert fall den følelsen jeg fikk. Selv om alle var smilende. Egentlig også det fokuset de har, det gjennomsyrrer jo hele møtet med helsevesenet, altså med jordmor, lege, alle de besøkpunktene som vi hadde i forbindelse med svangerskapet og fødselen. Her er fokuset på barnet, først og fremst, og så er det mor. Og far oppe i det her, han er egentlig bare sjåfør.

Andreas ble aldri spurt av helsepersonell hvordan han hadde det når mor hadde utfordringer med fødselsdepresjon. Han fikk ingen tilbud om hjelp eller samtaler. Bjørn opplevde å ikke bli tatt på alvor når han prøvde å forklare for helsepersonell at mor oppførte seg rart, når hun

hadde en begynnende fødselspsykose: «Men de var bare sånn: «Hva tror du, hun er en nybakt mor liksom». Jeg skjønner det. Med en gang så havner man i den der nybakt foreldre «Å det er så vanskelig med barn», sånn sutre. Mens de bare så dumt på meg: «Selvfølgelig er mor trøtt og du er sliten»». En av fedrene opplevde å bli mistenkeliggjort av helsepersonell når hans intensjon var bare å være sammen med hans gravide partner som skulle få ekstra oppfølging mens hun gikk gravid: «Det er synd å si det, men jeg i forbindelse med fødsel så har jeg møtt jordmødre og helsepersonell, kvinnelig helsepersonell, der de fleste faktisk har fått et negativt bilde av meg som mann» (Marius). Han beskrev hvordan han skulle følge sin gravide partner til oppfølgingstimer, men ble sendt ut og mor spurt om far hadde gjort noe mot henne:

I hvert fall når hun gikk inn på en sjekk. Det første de gjorde var å bli kvitt meg for å spørre hun om jeg hadde gjort noe. Så tenker jeg hva med, hvorfor er jeg nødt til å ha gjort noe? Ja vel, ok greit, men hvorfor spør de om det først? Er det så unormalt at far vil være med på kontroll? De spurte ikke om hvorfor jeg var med på kontroll. Jeg fulgte henne for at hun ikke skulle være alene på sykehuset.

Det er en utfordring at helsesystemet er såpass avhengig av at mor er ærlig for at fødselsdepresjonen skal bli fanget opp slik at mor og familien får nødvendig hjelp og oppfølging. Mor er ikke alltid ærlig med legen eller jordmor om hvordan hun egentlig har det:

Mor ser det ikke selv, eller orker ikke, eller vil ikke. Det er litt sånn at vi er veldig avhengig av at mor er med, aksepterer og vil ha hjelp. (...) Informasjonen går til mor først har jeg innrykk av. (...) Jeg ble aldri spurt av legen noensinne. Jeg ble aldri spurt. Jeg fikk aldri prate alene med jordmoren presist og spurt hvordan jeg håndterte depresjonen, eller hva som skjedde, eller noe sånt. Hun ble spurt. Men hun var jo såpass ærlig noen ganger, altså med meg, at hun sa etter å ha vært hos legen og jeg spurte om hun hadde snakket om depresjonen, nei det hadde hun glemt eller det hadde hun ikke snakket noe om. «Men vet du hva med en oppfølgingstime i forbindelse med at du er i risikogruppe?» Nei det hadde hun glemt. Så den greia med at jeg står registrert som far. Jeg var med i den første timen. Jeg var med på fødselen. Jeg har vært med på oppfølging hos jordmor. Vi er gift/samboere. Jeg står som nærmeste pårørende. Hvorfor er det ingen som ringer til meg? Du står i en situasjon der du har ingen. Hva skal du gjøre ikke sant? (Marius).

Flere av fedrene mener at når mor får fødselsdepresjon og det oppdages i helsesystemet, så bør faren få oppfølgingssamtale alene. Både fordi faren trenger informasjon og råd for veien videre, og fordi han vet mye om situasjonen hjemme, som mor ikke nødvendigvis formidler selv til helsepersonell.

3.2.6 Lang ventetid

Alle fedrene som fikk oppfølging i Norge, med ett unntak, mener at det tok for lang tid å få egnet hjelp til å håndtere mors fødselsdepresjon: *«Det er klart at hun skulle gjerne ha kommet mye tidligere til profesjonell hjelp. Mye tidligere. Det skulle også ha vært lavterskeltilbud som var latente. Som kunne være sånt strakstiltak. Det hadde antakeligvis hjulpet»* (Andreas). I Andreas sitt tilfelle ble mors fødselsdepresjon fanget opp tidlig, men når hun ble henvist videre til profesjonell hjelp var ventelisten på rundt åtte måneder. I noen tilfeller var ikke bare ventelisten lang, men når mor endelig fikk hjelp var den ikke bra nok. Stadig utbytting av terapeuter ble nevnt som utfordrende, og det var eksempel på at mor var hos tre forskjellige psykologer i løpet av seks uker. Det gjorde det vanskelig for henne å åpne seg opp og bli trygg på terapeuten. Det var også eksempel på at terapeuten mor fikk, ikke var egnet for å hjelpe henne med fødselsdepresjonen:

Det som skjedde var at når hun først kom til timen, så var det en ung gutt, noen par og tjuve år, som startet med å si «Jeg har ikke barn jeg, så jeg vet ikke noe om [dette]». Og da mistet hun helt troen, og bare «Det er ikke noen vits». (Henrik).

Bjørn opplevde at det tok for lang tid å få mor innlagt og de ble flere ganger sendt frem og tilbake uten å få god hjelp. Noe Bjørn syntes var vanskelig å tenke tilbake på var om den siste innleggelsen til mor kunne vært unngått hvis de hadde fått riktig hjelp i tide.

3.3 Hjelpsomme tiltak

Hva fedrene erfarte som hjelpsomme tiltak varierte noe. Felles for alle var at det viktigste var å kunne være mer hjemme for å avlaste mor. De som hadde nær familie som kunne stille opp, for eksempel besteforeldre til å passe på barna, trakk det frem som hjelpsomt. Gode samtaler med helsepersonell, som tok situasjonen på alvor, opplevdes også som hjelpsomt uavhengig av om det var med fastlege, jordmor, helsesøster eller psykolog. De fedrene som fikk

santaletilbud selv, trakk det frem som hjelpsomt og betydningsfullt. De likte å bli hørt og å ha noen å snakke med om hvordan de hadde det selv.

3.3.1 Far kunne være hjemme

Alle fedrene fortalte at det var viktig å kunne være hjemme for å avlaste mødrene. De hadde ikke klart å jobbe utenfor hjemmet, i hvert fall ikke fulltid, samtidig som mødrene hadde store utfordringer med fødselsdepresjon. Ifølge Henrik var det dette som hjalp mest: *«Og så fikk jeg til slutt overført permisjonen over på meg. Så jeg var da hjemme i seks måneder. Mens mor var sykemeldt da. Og da ble det at vi var sammen som jeg tror hjalp mest sånn sett».*

3.3.2 Familie som stilte opp

Ikke alle hadde familie som stilte opp. Noen fortalte at alle var så opptatte med sitt eller at familien bodde langt unna. De som derimot hadde familie som stilte opp og avlastet med barna, trakk det frem som viktig hjelp. Litt alenetid eller tid sammen som par, ble av flere nevnt som viktig. Både for at far kunne slappe av og for foreldrene å ha rom for å snakke sammen i ro:

Den eneste gangen jeg kunne slappe av, det var hvis vi fikk noen til å ta barna en dag. Eller en helg. Og heldigvis har vi hatt besteforeldre som har stilt opp og passet barna. (...) Da fikk vi mulighet til å være litt alene, puste ut. Fordi da begynner hun [mor] å snakke om det og se at det er et problem. Så er det den der at du får litt tid alene. Det om det bare er en kveld eller om det er en dag der du kan sette deg ned og gå ut og spise middag. Liksom snakke litt. Det betyr så mye. (Marius).

3.3.3 Viktig helsepersonell

Hjelpsomt og forståelsesfullt helsepersonell ble trukket frem som viktig. Fastlegen til Henrik var oppmerksom og forsto at mor hadde problemer når hun hadde legekonsultasjon av barnet. Henrik likte veldig godt at fastlegen ringte for å fortelle at han måtte ta over permisjonen til mor fordi det ikke fungerte for henne å være alene hjemme med barnet. Legen spurte også hvordan det gikk med far. Lars fortalte at den eneste gode hjelpen de fikk i forbindelse med mors fødselsdepresjon, etter at de flyttet til Norge, var at de fikk en god fastlege som strakk

seg langt for å hjelpe dem. Når han ble spurt om partneren hans fikk god nok hjelp etter at de kom til Norge, svarte han: *«Ikke med en gang, men da hun endelig fant den rette fastlege, som forsto hva som foregikk. Det er en fastlege som er ganske vanskelig å finne. Den som står på hele veien for deg. Så vi var heldige»*.

Hjemmebesøk etter fødselen opplevdes som nyttig tilbud for kartleggingen av mors fødselsdepresjon. I Ole sitt tilfelle fikk de hjemmebesøk. Etter det tok det ikke lang tid før de fikk videre oppfølging og utvidet tilbud for mors fødselsdepresjon. Andreas fortalte også at hjemmebesøk var det første steget i forhold til å kartlegge og diagnostisere mors fødselsdepresjon. Hovedforskjellen mellom opplevelsene til de to fedrene er at Ole opplevde at de fikk velegnet hjelp raskt og det ble tatt hensyn til far. Andreas fortalte at det tok for lang tid før de fikk god nok oppfølging. Selv om hjemmebesøk er et nyttig tilbud for nybakte foreldre er det viktig at det faktisk avdekkes om noe er galt, og at videre oppfølging skjer raskt og av egnede profesjonelle.

Andreas fortalte at når mor endelig fikk komme til en god psykolog så gikk hun ukentlig til samtaler over en lengre periode. Han trakk frem at de samtalene mor hadde med psykologen, i tillegg til de samtalene de to hadde hjemme, var viktige for mor. Ole fortalte at mor fikk samtaler, en til to ganger i uken, om hva som kunne hjelpe henne. Marius fortalte om at når mor endelig kom til en psykolog var det veldig hjelpsomt å få komme til noen som tok hele situasjonen på alvor og så hva det handlet om.

3.3.4 Samtaletilbud for far

Ole trakk frem som hjelpsomt tiltak at han fikk samtaler med helsesøster. Han var den eneste norske deltakeren som selv fikk samtaletilbud av kommunen når mors fødselsdepresjon ble oppdaget:

Vi kontaktet helsesøster i kommunen som jeg vet at mor snakket med. Og hun snakket med meg også. Jeg hadde noen samtaler og fikk litt tips om hva jeg kunne bidra med. Ja sånne ting. Så hadde mor ukentlige samtaler med dem og så tok jeg meg av ungene. Så i lag så klarte vi å løse opp i det her.

I disse samtalene ble han også spurt om hvordan han hadde det selv: *«Ja det er rart det der holdt på å si. Det ble ikke bare fokus på mor» (Ole).*

Bjørn bestemte seg for å gå til psykolog etter siste gang hans partner var syk:

Så jeg gikk til psykolog egentlig for å prøve å gjøre det meste for å ikke havne i post traumatisk stress syndromet. Bare prate meg gjennom det. Det opplevde jeg som deilig. Ikke noe sånn, ikke noe familie. Man kunne rett og slett bare si det akkurat som man følte det. Til noen som satt og fikk betalt. Det var veldig deilig.

Marius fikk etter hvert bli med i psykologtime sammen med mor. Han sa at det var viktig å komme til en person som faktisk så på hele saken, ikke hørte kun mors ensidige versjon.

For Lars ble samtaler med psykolog viktig for å få anledning til å snakke åpent om hvordan han hadde det:

Fordi det var et nøytralt sted for meg der jeg kunne lufte noen av mine tanker. Men hadde jeg gjort det hjemme ville jeg bare bli angrepet. Jeg kunne ikke si noe som helst, men i det nøytrale rommet kunne jeg kommunisere, fordi når en lider av fødselsdepresjon så er du ikke i stand til å kommunisere. Eller i alle fall veldig dårlig. Og dårlig kommunikasjon virker ikke egentlig.

3.3.5 Åpenhet

Flere av fedrene syntes det var vanskelig å være åpne om mors fødselsdepresjon. De som derimot valgte å være åpne, opplevde det som hjelpsomt. Når mor var åpen om hvordan hun hadde det ble fødselsdepresjonen oppdaget tidligere enn hva som ellers hadde vært tilfellet:

Det som i vårt tilfelle, så var det vel egentlig at mor selv sa ifra. Og sa ifra at her er det noe som ikke stemmer. Hun evnet å se forbi at hun var fysisk sliten og at vi var foreldre og at hun hadde et ammeansvar, og snakket om hvordan hun følte seg. Og der var det noe som ikke stemte. Det var egentlig det første tegnet på at noe var galt. (...) Det var egentlig på det tidspunktet der, så hadde hun ikke sagt ifra så vet jeg ikke om jeg hadde oppdaget det med en gang. (...) Når hun sa ifra til meg så sa hun også ganske tydelig ifra til den helsestasjonen, eller til jordmoren. Og på den måten så ble det på en måte et steg videre ut fra det. (Andreas).

Andreas hadde forståelse for at det kan oppleves som vanskelig for folk å snakke åpent om fødselsdepresjon da det fortsatt er tabubelagt. Åpenhet var likevel viktig for han for å få så god hjelp som mulig:

For oss så fungerte jo åpenhet. Åpenhet, jeg skjønner at det er ikke for alle. For det er jo fortsatt tabubelagt, det er skambelagt, man snakker ikke om det. Men for oss så tror jeg det hjalp oss masse. Også i møte med helsevesenet. Alle som hun måtte forholde seg til bare tok til seg at hun hadde den diagnosen der, sånn at man kunne prøve å hjelpe så godt som mulig.

Videre fortalte Andreas at fordi de valgte å være åpne om depresjonen, overfor sine nærmeste og sin omgangskrets, fikk de mye forståelse og hjelp fra nettverket rundt:

Det som vi fikk mye goodwill på det var at mor heldigvis så var hun åpen om det her. Hun har ikke vært åpen om sånne her ting tidligere. Men når hun fikk depresjonen så bare bestemte hun at det her er ikke noe, altså egentlig før hun drøftet det med noen, så tenkte hun gjennom at det her vil hun bare fortelle folk rundt oss, familie, venner, arbeidsgiver. Alle bare vet om det. Og det her tror jeg tok veldig mye negativ luft. Altså vi fikk forståelse rundt oss. Vi fikk, kall det arbeidsro, altså folk sto på pinner for oss om vi ville det. Vi fikk hjelp til nesten hva som helst. Hvis det var ønskelig. Hadde vi ikke gjort det, så vet jeg ikke hvordan det hadde vært i forhold til omverden.

Andre fedre nevnte at det var godt å ha noen venner de kunne snakke med om hvordan de hadde det selv og være ærlige om livssituasjonen de var i.

3.3.6 Velfungerende psykisk helsehjelp i Australia

Den deltakeren som beskrev det mest velfungerende tilbudet av alle var uten tvil Lars, som fikk helsehjelp i Australia der familien bodde den første tiden etter at barnet ble født. Etter hans beskrivelser å dømme er helsehjelpen de fikk der, i forbindelse med mors fødselsdepresjon, helt enestående.

Tidlig oppfølging av lege

Lars fortalte at i Australia får alle tildelt en barnelege før fødsel og at legen hadde hyppig kontakt med dem. Han beskrev at de fikk god hjelp av legen, blant annet ved at far kunne ha en lav terskel for å ta kontakt:

Barnelegen var veldig viktig for oss, inkludert meg selv. Spesielt helt i starten. Jeg hadde egne timer bare for min egen del. Akkurat da det begynte å bli veldig intenst sa han "Hør nå her, hun har fødselsdepresjon". Du må passe på deg selv, sa han til meg, og du må gjøre sånn og sånn. Han ga meg informasjon om hvem jeg kunne kontakte.

Psykologhjelp lett tilgjengelig

Allerede før fødselen fikk Lars og hans partner også snakke med psykolog fordi de hadde andre utfordringer som gjorde dette til en vanskelig periode. Far som var dekket av det australske helsesystemet, fikk etter hvert ti frie konsultasjoner hos en psykolog. Hans partner fikk også benytte seg av psykologtimene, noen ganger sammen som par og andre ganger fikk hun snakke med psykologen alene. Lars beskrev viktigheten av at de fikk gå sammen noen ganger:

Jeg synes det er viktig at det ikke bare er en-til-en samtaler med en terapeut. Jeg synes det er viktig at paret går sammen også. Fordi du får økt forståelse for depresjonen og selv om de kanskje skjuler det er det fortsatt viktig at det kommer ut. Så det var veldig viktig.

Lars beskrev psykologens oppfølging som veldig god, og spesielt viktig at de også fikk gå i parterapi. De har til og med hatt Skype-samtaler med psykologen i Australia etter at de flyttet til Norge.

Hjelpetelefon for fødselsdepresjon

Som tidligere nevnt hadde Lars utfordringer med å snakke om mors fødselsdepresjon med som nærmeste familie. Derfor ble et imøtekommende og effektivt helsesystem viktig, der han hadde profesjonelle å snakke med. Noe av det viktigste Lars trakk frem som hjelpsomme tiltak er hjelpetelefonen i Australia, for de som har fødselsdepresjon og ikke minst de pårørende:

Å kunne ringe til støttetelefonen i Australia, når det gikk skikkelig dårlig. Fordi det er noe så privat at du ikke nødvendigvis vil involvere hvem som helst, i alle fall tenkte jeg slik, og selvfølgelig kan du ikke ringe til folk på alle døgnets tider. Men å kunne snakke med noen, jeg vet ikke hva jeg skal gjøre, jeg er helt lost. Hva faen kan jeg gjøre, jeg er ferdig. Og bare bli beroliget, og bare snakke for å roe ned, ikke sant. Å roe meg selv ned. Få tilbake det rette fokuset. Fordi når man håndterer fødselsdepresjon så vet du at noen er der ute. Du kan ikke alltid hjelpe, men du prøver alltid å hjelpe, men uansett hva du gjør, så virker det egentlig ikke. Så ja, bare å kunne snakke med noen. Og for dem å minne deg om hva som foregår. I utgangspunktet bare snakke med noen. Det var det beste for meg. (...). Ja, for å være helt ærlig så var det en livredder for meg.

Lars har en klar oppfordring til det norske helsevesenet: «Gjør mental helse mer tilgjengelig. Ja, det er enkelt. Ikke bare fødselsdepresjon, det er mental helse over hele linja. Det må løftes opp. Det er latterlig slik det er nå, etter min mening".

4 Diskusjon

4.1 Hovedfunn

Målet med denne studien var å innhente mer kunnskap om hvordan det oppleves for far når partneren har fødselsdepresjon. Ifølge resultatene fra denne studien ble den første tiden etter fødsel mye vanskeligere enn forventet for alle fedrene. De måtte gjøre praktiske oppgaver, ta vare på barnet og passe på mor som var pleietrengende i perioden med fødselsdepresjon. Fedrene opplevde utfordringer rundt alle formalitetene knyttet til NAV når mor ble sykemeldt og de skulle ta over mors foreldrepermisjon. Noe som var felles for alle deltakerne var mangel på informasjon om fødselsdepresjon og flere opplevde å bli holdt utenfor av hjelpeinstansene når mor endelig fikk hjelp. Det fedrene opplevde som mest hjelpsomt var å kunne være hjemme for å avlaste mor og ha tilgang til helsepersonell som både far og mor kunne snakke med. Det var store variasjoner i tilbudene familiene fikk avhengig av hvor de bodde når mor fikk fødselsdepresjonen. Flere av fedrene syntes det var vanskelig å snakke med andre om mors fødselsdepresjon, noe som tyder på at det fortsatt er et tabubelagt tema. De som derimot valgte å være åpne om det opplevde åpenheten som en lettelse, ble møtt med forståelse og fikk raskere hjelp.

4.2 Temaer og teori

Flere av temaene i resultatdelen kan sammenlignes med funn fra tidligere forskning på området. Fedrenes manglende kunnskap om fødselsdepresjon stemmer godt overens med tidligere forskningsresultater. Tidligere funn har beskrevet at fedrene hadde utfordringer med å forstå hva som var galt med partneren, manglet kunnskap og at de ikke visste hvor de kunne finne hjelp (Letourneau et al., 2011). Informasjonsmangel var noe alle fedrene i denne studien klaget på. De fikk ingen informasjon om fødselsdepresjon under svangerskapet, visste ikke hvor det var hjelp å finne og manglet profesjonelle råd og veiledning når mor ble diagnostisert.

Åpenhet versus stigma rundt mors fødselsdepresjon er et annet tema som går igjen. Ifølge funn fra tidligere forskning (Letourneau et al., 2011) opplever fedre det som vanskelig å be om hjelp fra andre, blant annet på grunn av stigma rundt lidelsen. Dette stemmer overens med beskrivelser fra fedrene i denne studien.

Mye av den tidligere forskningen om far og fødselsdepresjon handler om sammenhengen mellom mors og fars fødselsdepresjon, der funnene tyder på at fedre er i økt risiko for å selv utvikle depresjon når partneren har fødselsdepresjon (Goodman, 2004; Paulson & Bazemore, 2010; Roberts et al., 2006). Fedre i tidligere studier har beskrevet en rekke depressive symptomer som utmattelse, irritasjon, tristhet og endring i matlyst når mor har hatt fødselsdepresjon (Letourneau et al., 2011). I denne studien ble det ikke spurt spesifikt om fedrene selv hadde opplevd noen depressive symptomer når mor hadde fødselsdepresjonen. Likevel kom det frem beskrivelser fra flere av fedrene som kan tolkes som at de hadde noen tegn på depresjon. For eksempel beskrev fedrene hvordan de ble veldig stresset og aldri klarte å slappe av. De følte seg helt ferdige og utmattet, men samtidig uten rom for å ha det slik. En beskrev hvordan matlysten endret seg, han begynte å drikke mer og fikk dårligere selvfølelse. Vedkommende begynte også å trekke seg fra andre mennesker og opplevde ensomhet. En annen av fedrene opplevde sinne i etterkant, uten at han skjønnte helt hvorfor. Sett i sammenheng med funn fra tidligere forskning, kan disse og andre eksempler være tegn på at noen av fedrene kanskje var i ferd med å utvikle depresjon selv.

I samsvar med tidligere forskning (Holford et al., 2018; Letourneau et al., 2011), opplevde fedrene i denne studien på mange måter å bli holdt utenfor i mors behandlingsprosess. Fedrene nevnte mange eksempler på å ikke bli hørt og ikke bli tatt på alvor. Det var sjelden at noen spurte fedrene hvordan de selv hadde det. Alt fokuset var på mor og barn.

4.3 Begrensninger

4.3.1 Utvalg og representativitet

I rekrutteringsprosessen for denne studien var det mor som skulle samtykke at far fikk invitasjon til deltakelse. Det kan ha påvirket hvem som deltok. Alle fedrene som ble intervjuet er fortsatt sammen med mor. Denne studien dekker derfor ikke synspunktene til de som endte med samlivsbrudd eller har fått store vansker i etterkant. Studien handler derimot ikke om hvorvidt foreldrene fortsatt er sammen eller ikke. Det er ikke nødvendigvis slik at et annet utvalg ville gitt et annerledes utfall i jakten på tiltak som kan bedre situasjonen for familier som rammes av fødselsdepresjon.

I utvalget av deltakere varierte tilstanden hos mor fra fødselsdepresjon til full fødselspsykose der mor mistet språket, ble paranoid og hadde mange innleggelser på psykiatriske avdelinger. Intervjuene gir derfor innblikk i livene til familier som har hatt forskjellige utgangspunkt og utfordringer. Alle seks deltakere bodde forskjellige steder i landet når mor hadde fødselsdepresjonen og ingen tilhørte samme helsestasjon. Likevel beskrev alle fedrene mange av de samme utfordringene.

Utvalget i denne studien er lite da det kun består av seks deltakere. Det kan også anses å være skjevt da det kun inkluderer menn som det i etterkant har gått bra med og som fortsatt er sammen med sin partner. Likevel er det grunn til å tro at mange som har vært i lignende situasjon vil kunne kjenne seg igjen i deres fortellinger. Det kan være nyttig for blant annet helsepersonell å hente inspirasjon fra det som fremkommer i studien, som beskriver flere gjennomgående reaksjoner og erfaringer hos fedre når partneren har fødselsdepresjon. Denne studien kan i tillegg gi nye ideer til relevant forskning på området.

4.3.2 Fravær av kritisk subjektivitet

En svakhet med denne studien er at jeg var alene om transkriberingen og alle stegene i analysen. En fordel ved at jeg gjennomgikk alle stegene selv var at jeg ble godt kjent med datamaterialet og fikk et helhetsbilde. Likevel skulle det ideelt sett vært utøvd noen form for kritisk subjektivitet. Det hadde styrket analyseprosessen om det hadde vært flere som transkriberte og analyserte samme tekst for å sammenligne i etterkant.

4.3.3 Er fedrenes vansker knyttet til fødselsdepresjonen eller overgangen til det å bli pappa?

Før intervjuene ble gjennomført var jeg noe bekymret for om svarene ville oppriktig gjenspeile utfordringer knyttet til mors fødselsdepresjon, eller om det kom til å bli vanskelig å skille mellom hva som skyltes mors fødselsdepresjon og hva som skyltes overgangen til å få barn. Det kan være svært krevende å få barn også når begge foreldrene er friske. Etter å ha gjennomført intervjuene og analysert disse er jeg trygg på at spørsmålene var gode nok til å fange opp det som var formålet. Svarene virker å være sterkt knyttet til fødselsdepresjonen og ikke overgangen til å bli forelder eller få flere barn. Noe av utfordringene fedrene fortalte om i intervjuene kan selvsagt sees i lys av endringen til å bli far, men de viktigste temaene som kommer frem og går igjen er sterkt knyttet til mors fødselsdepresjon. For eksempel gjennom

beskrivelsene av følelsen av å miste partneren når mor fikk fødselsdepresjonen og ble pleietrengende, at far fikk alt ansvaret hjemme, manglende informasjon om fødselsdepresjon og å bli holdt utenfor i mors behandlingsprosess. Disse største utfordringene beskriver tydelig fedrenes erfaringer av mors fødselsdepresjon og ville stort sett ikke passet i tilfeller der mor er frisk.

4.4 Implikasjoner

Det er alltid noe i det norske hjelpeapparatet som kan bli bedre og håndtering av de som rammes av fødselsdepresjon er intet unntak. Nettopp derfor valgte jeg å intervju seks fedre som måtte håndtere et liv med både nytt barn og pleietrengende mor som ble rammet av fødselsdepresjon.

Samtalene avdekker en rekke muligheter for å bedre tilbudet for familier som rammes av fødselsdepresjon, samt andre mer omfattende tiltak. Mor, barn og helsevesenet kan ha god nytte av velfungerende fedre som står på dag og natt for å få hverdagen til å gå opp og hindre eskalering i depresjonen. De er helt sentrale deltakere i behandlingen av mors depresjon samtidig som de skal ta ivareta behovene til spedbarnet. Hva forventer vi av fedrene og hvordan skal vi legge til rette for at de skal kunne fungere optimalt?

4.4.1 Far må inkluderes i hele prosessen

I det moderne Norge er det økt fokus på likestilling (Næringslivets Hovedorganisasjon, 2018). Det gjelder lønn, arbeidsvilkår, seksuell trakassering, fordeling av permisjon og samfunnet forventer at begge partnere skal være mer likestilte i hjemmet og familielivet. Far sin oppgave er ikke først og fremst å være en forsørger for familien. Nå krever samfunnet at far skal være en aktiv deltaker hjemme og en god omsorgsperson for barna (Næringslivets Hovedorganisasjon, 2018). Kampen for et mer likestilt samfunn er tidkrevende arbeid og det finnes flere områder som bærer preg av fortidens tradisjoner. Økt fokus på likestilling i helsevesenet kan være både nyttig og fornuftig i behandlingen av fødselsdepresjon. Helsevesenet må ta høyde for at det er to personer som står bak et svangerskap og at de to har et felles ansvar for barnet. Det krever at helsevesenet tar hensyn til begge foreldre og har hele familien i fokus, ikke kun mor og barn slik det ofte kan oppfattes ifølge fedrene som er intervjuet. Fedrene kan være viktige ressurser eller de kan selv være i faresone for å få

depresjon når de opplever mange krav, mye motgang og er sårbare (Paulson & Bazemore, 2010).

Det er naturlig at barnet og mor som går gjennom svangerskapet, føder og eventuelt ammer, skal være helsevesenets førsteprioritet. Samtidig viser denne studien og tidligere forskning til at selv om far ikke gjennomgår alle de kroppslige endringene, er denne livsfasen en påkjenning for han. Dersom far skal fungere optimalt som den ressursen han kan være for behandlingen av mor med fødselsdepresjon, må helsepersonell unngå å utelukke fedre fra samtalene og behandlingen. Det er mange fedre som er med på svangerskapskontroll, er tilstede under fødselen og får permisjon fra jobb for å være hjemme de første 14 dagene etter fødsel. Det er viktig at helsepersonell snakker med fedrene og lytter til deres synspunkter, ønsker og bekymringer. Det er unødvendig og ressursløsende at fedre behandles som tilskuere eller mødrenes sjåfører til og fra avtalene med helsevesenet.

Når ikke alt er som det skal, kan helsepersonell være oppmerksomme på fedrenes potensiale som ressurs i behandlingen av fødselsdepresjon og ivaretagelse av barnas behov. Fedrene kan ha behov for både informasjon og veiledning. Det er ingen «ferie», som en av deltakerne uttrykte det, å ha hovedansvaret hjemme med et spedbarn og samtidig ta vare på en pleietrengende mor med alvorlig depresjon. Helsepersonell, som jobber med svangerskapsomsorg og hjemmebesøk etter fødsel, kan ha som mål å slippe til og involvere far for å dra nytte av hans opplevelser, også når alt er bra ifølge mor. En av deltakerne påpekte at systemet er veldig avhengig av at mor er ærlig om egen helsetilstand for å kunne fange opp at hun lider av depresjon. Det er mye skam forbundet med fødselsdepresjon (Slinning et al., 2012). Det kan være at mødrene ikke ønsker å bli oppdaget grunnet frykt for at andre skal tolke det som om de ikke er gode nok mødre, eller at de ikke er i stand til å håndtere livet med et eller flere barn. Det krever at far inkluderes på en riktig måte. Det er også viktig at fedrene har mulighet til å si ifra hvis de kjenner på symptomer på depresjon hos seg selv.

4.4.2 Det er behov for mer informasjon

I Norge får alle gravide det som kan beskrives som tett oppfølging med en rekke svangerskapskontroller. Mange foreldre går også på fødselsforberedende kurs. Derfor er det mange muligheter allerede før fødsel for å gi vordende foreldre grundig og relevant informasjon om hva fødselsdepresjon er, faresignaler og hvor man kan søke hjelp. Når mors

fødselsdepresjon fanges opp og det er en far inne i bildet, burde det være en selvfølge at helsepersonell har rutiner for å kontakte far og videreformidle informasjon, gi råd og tilby samtale enten med eller uten mor.

Mer informasjon om fødselsdepresjon til alle som venter barn kan gi økt oppmerksomhet rundt temaet, som potensielt kan resultere i redusert stigma rundt fødselsdepresjon. Mer åpenhet og dialog kan gjøre det lettere for kvinner å være ærlige og si ifra når de kjenner at de har det vanskelig, og for begge foreldrene å fortelle andre om situasjonen og be om hjelp.

4.4.3 Det bør tilbys rask og effektiv helsehjelp tidlig, uavhengig av bosted

Denne studien avdekker flere tilfeller der mors fødselsdepresjon i grunn oppdages av helsevesenet, men reaksjonsevnen er så treg at den profesjonelle hjelpen kommer først etter mange måneder. Det ble også beskrevet hvordan én mor måtte håndtere en rekke utskiftninger av terapeuter når ventetiden endelig var over, og én annen møtte en helt uegnet behandler. Av deltakerne i denne studien var det kun én som opplevde å få god og rask oppfølging hos kommunen. Vedkommende bor i en liten kommune i Nord-Norge.

Ifølge en nyere norsk studie (Drozd, Haga, Valla & Slinning, 2018) viste det seg at hele 35% av kvinner i høyrisikogruppe for å utvikle fødselsdepresjon, ikke mottok noen hjelp eller intervensjon mot depresjonen. Det kan muligens forklares ved at noen av de mottok allerede hjelp fra venner og familie, eller gikk til en annen behandler på grunn av tidligere psykiske lidelser. Ellers kan dette høye tallet bidra til å forklare hvorfor depressive symptomer vedvarer hos denne gruppen mødre (Drozd et al., 2018). Det er alvorlig hvis en stor andel av kvinner med fødselsdepresjon i Norge ikke fanges opp, eller ikke får rask og effektiv helsehjelp tidlig nok, når vi har tross alt Edinburgh-metoden som har vist seg nyttig for å kartlegge fødselsdepresjon (Glavin, Smith, Sørum & Ellefsen, 2010). Det samme gjelder programmet *Tidlig inn* som de fleste helsestasjoner er lært opp til å bruke. *Tidlig inn* er et opplæringsprogram som skal blant annet styrke kompetansen innen tidlig identifikasjon og intervensjon knyttet til blant annet psykisk helse hos gravide og småbarnsforeldre (Mathiesen & Skoland, 2016).

Alle gravide i Norge får tett oppfølging under svangerskap. Det er bygget opp et sterkt velferdssystem og det finnes metoder for å fange opp psykiske vansker hos gravide og

småbarnsforeldre. Selv om det er en korrekt situasjonsbeskrivelse er det fortsatt mange som enten ikke fanges opp eller får hjelpen for sent. Det hadde vært nyttig å undersøke nærmere hva som hindrer helsepersonell i å oppdage og følge opp fødselsdepresjon hos foreldre, og om helsepersonells oppfatning av hvordan fedre behandles er i overenstemmelse med fedrenes egne beskrivelser.

4.4.4 Utvikle «den store røde knappen»

Når mor får fødselsdepresjon og far må ta over mors permisjon bør de offentlige systemene ha rutiner for å håndtere det. Mange rammes av fødselsdepresjon, en tilstand der tid er sentralt. Alt som gjør det enklere for far å håndtere den nye situasjonen med syk partner og spedbarn hjemme, kan være av stor betydning for hele familien. Det er sannsynlig at mange har opplevd NAV som vanskelig å forholde seg til. Heldigvis jobbes det stadig med forbedringer (Aars, 2015). Resultatrapport fra Evaluering av NAV-reformen (Aars, 2015), viser bedring i relasjonen mellom NAV brukere og arbeids- og velferdsetaten. Ifølge rapporten viste kvalitative studier og klager fra brukerne likevel noen problematiske relasjoner mellom brukerne og etaten. Brukerne rapporterte blant annet at de møtte en fragmentert forvaltning og ikke fikk god nok oppfølging (Aars, 2015). Videre viste resultatene fra evalueringen at NAV-reformen har vært krevende og at det vil ta tid før de ønskede effektene oppnås.

4.5 Videre forskning

Det bør forskes videre på hvordan fedre generelt opplever å bli ivaretatt under svangerskap, fødsel og barsel, helt uavhengig av om mor har fødselsdepresjon eller ikke. Resultatene fra denne studien viser at en del fedre føler seg ekskludert av hjelpeapparatet i tiden rundt svangerskap og fødsel.

Så vidt jeg kjenner til eksisterer ingen komplett oversikt over hvordan de ulike kommunene i Norge håndterer svangerskapsomsorg og oppfølging av fødselsdepresjon hos mor. Det er klare anbefalinger fra Helsedirektoratet, men det virker som den reelle praksisen hos de ulike kommunene og helsestasjonene varierer veldig. Det hadde vært interessant å studere disse forskjellene og hva som kjennetegner de kommunene som tilbyr god og adekvat oppfølging.

Etter det jeg kjenner til er dette den første norske studien som handler om hva fedre opplever som de største utfordringene og hjelpsomme tiltak når partneren har fødselsdepresjon. Det er behov for mer forskning på området og kanskje spesielt viktig når vi ser at helsevesenet ikke utnytter det faktum at fedre, i et mer likestilt samfunn, er mer tilstede og forventer å bli både sett og tatt på alvor når de forsøker å delta mer aktivt under svangerskap og i barseltiden. Fedrene både kan og ønsker å være en del av behandlingen når deres partner lider av fødselsdepresjon, men det trengs flere råd til hvordan helsevesenet i praksis kan tilpasse seg fremtidens likestilte Norge.

5 Konklusjon

Det er vanskelig for fedre å håndtere situasjonen som oppstår når mor får fødselsdepresjon. I samsvar med tidligere forskning opplevde fedrene i denne studien at de manglet informasjon og opplevde å bli holdt utenfor i mors behandlingsprosess. Denne studien viser at det er mye riktig som gjøres, men samtidig er det et forbedringspotensial. Det er tegn på at systemet overser en svært sentral og nyttig ressurs: fedrene. Studien viser hvordan velfungerende og mer tilstedeværende fedre kan være blant de viktigste og mest hjelpsomme tiltakene i perioden når mor har fødselsdepresjon. Dersom fedrene er gode omsorgspersoner for barna, kan det kompensere for uheldig påvirkning grunnet mors fødselsdepresjon (Folkehelseinstituttet, 2017). Ifølge tidligere forskning har menn, som har partnere med fødselsdepresjon, selv økt risiko for å utvikle depresjon (Goodman, 2004; Paulson & Bazemore, 2010). Det bør være tilstrekkelig grunnlag for å igangsette en bredere vurdering av hvordan helsesystemet håndterer fedrene og sikre at de får tilstrekkelig med hjelp og støttende tiltak. Innsatsen kan tross alt forebygge en eskalering av problemer for familien, som igjen vil spare samfunnet for store beløp og avlaste et allerede overfylt helsevesen med til tider altfor lange ventelister.

Litteraturliste

- Aars, J. (2015). *Resultatrapport fra Evaluering av NAV-reformen (EVA-NAV)*. Hentet fra https://www.forskningsradet.no/prognett-eva-nav/Sentrale_dokumenter/1224698458209
- Berle, J. Ø., Aarre, T. F., Mykletun, A., Dahl, A. A. & Holsten, F. (2003). Screening for postnatal depression: Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76(1–3), 151–156. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00082-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00082-4)
- Blackmore, E. R., Rubinow, D. R., O'Connor, T. G., Liu, X., Tang, W., Craddock, N. & Jones, I. (2013). Reproductive outcomes and risk of subsequent illness in women diagnosed with postpartum psychosis. *Bipolar Disorders*, 15(4), 394–404. <https://doi.org/10.1111/bdi.12071>
- Braun, V. & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. I H. Cooper (Red.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (s. 57-71). Washington, DC: American Psychological Association
- Dørheim, S. K., Bondevik, G. T., Eberhard-Gran, M. & Bjorvatn, B. (2009). Sleep and Depression in Postpartum Women: A Population-Based Study. *Sleep*, 32(7), 847-855.
- Drozd, F., Haga, S. M., Valla, L. & Slinning, K. (2018). Latent trajectory classes of postpartum depressive symptoms: A regional population-based longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 241, 29–36. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.07.081>
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O. & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(6), 426–433. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02408.x>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior & Development*, 33(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Folkehelseinstituttet. (2017, 09. oktober). Fakta om fødselsdepresjon. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/gravide-og-fodende-kvinnens-helse/depresjon-i-forbindelse-med-fodsel/>
- Fredriksen, E., von Soest, T., Smith, L. & Moe, V. (2017). Patterns of pregnancy and postpartum depressive symptoms: Latent class trajectories and predictors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(2), 173–183. <https://doi.org/10.1037/abn0000246>
- Fredriksen, E., von Soest, T., Smith, L. & Moe, V. (under utgivelse). Depressive Symptom Contagion in the Transition to Parenthood: Interparental Processes and the Role of

Partner-Related Attachment. *Journal of Abnormal Child Psychology*.

- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S. & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, *13*(117). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>
- Glavin, K., Smith, L. & Sørum, R. (2009). Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *23*(4), 705–710. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00667.x>
- Glavin, K., Smith, L., Sørum, R. & Ellefsen, B. (2010). Redesigning community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women - a one-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(21–22), 3051–3062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03332.x>
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, *45*(1), 26–35. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x>
- Guintivano, J., Manuck, T. & Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *61*(2), 591-603. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000368>
- Guintivano, J., Sullivan, P. F., Stuebe, A. M., Penders, T., Thorp, J., Rubinow, D. R. & Meltzer-Brody, S. (2018). Adverse life events, psychiatric history, and biological predictors of postpartum depression in an ethnically diverse sample of postpartum women. *Psychological Medicine*, *48*(7), 1190–1200. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002641>
- Hallberg, L. R-M. (2006). The “core category” of grounded theory: Making constant comparisons. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *1*(3), 141–148. <https://doi.org/10.1080/17482620600858399>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Svangerskapsomsorgen.pdf>
- Holford, N., Channon, S., Heron, J. & Jones, I. (2018). The impact of postpartum psychosis on partners. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *18*(414). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2055-z>
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A. & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, *384*(9956), 1775–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- Kristensen, K. V., Dalseth, A. K., Moldestad, L., Wallan, S., Lorem, G., Jentoft, G. & Wang, C. E. A. (2015). Blues Mothers: Et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *52*(5), 405–412.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Dimograf: Gyldendal Akademisk.
- Landsforeningen 1001 dager. (2018). Om oss. Hentet 29. mars 2019 fra <https://www.landsforeningen1001dager.no/om-oss/>
- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Dennis, C. L., Stewart, M. & Tryphonopoulos, P. D. (2011). Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(1), 41–47. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01627.x>
- Logsdon, M. C. & Usui, W. (2001). Psychosocial Predictors of Postpartum Depression in Diverse Groups of Women. *Western Journal of Nursing Research*, 23(6), 563-574. <https://doi.org/10.1177/019394590102300603>
- Madsen, S. A. (2017). *Tidlig opsporing af fødselsdepression hos vordenende mødre og fædre - ved graviditetsundersøgelser hos praktiserende læge*. Hentet fra <https://www.rigshospitalet.dk/presse-og-nyt/nyheder/nyheder/Documents/JMC - dokumenter til nyheder/Screening for fødselsdepression under graviditet RESULTATER.pdf>
- Mathiesen, I. H. & Skoland, K. (2016). *Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn - hva har skjedd i kommunene?* (Rapport IRIS - 2016/054). Hentet fra <http://www.forebygging.no/Global/Oppdatert%20rapport%20om%20tidlig%20inn%20fra%20Iris.pdf>
- Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Hoinkman, S. & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.22>
- Monzon, C., Lanza di Scalea, T. & Pearlstein, T. (2014). Postpartum Psychosis: Updates and Clinical Issues. *Psychiatric Times*, 31(1). Hentet fra <https://www.psychiatrictimes.com/special-reports/postpartum-psychosis-updates-and-clinical-issues>
- Næringslivets Hovedorganisasjon. (2018). *Likestilling* (Verden og oss - Næringslivets perspektivmelding 2018). Hentet fra https://www.nho.no/siteassets/publikasjoner/naringslivets-perspektivmelding/pdf-er-sept18/nho_perspektivmeldingen_4_likestilling.pdf
- Osborne, L. M. (2018). Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(3), 455–468. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.04.005>
- Parekh, R. (2017, mars). What Is Postpartum Depression? Depression During Pregnancy and after Childbirth. Hentet fra <https://www.psychiatry.org/patients-families/postpartum-depression/what-is-postpartum-depression>

- Paulson, J. F. & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression. *JAMA*, *303*(19), 1961-1969. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Paulson, J. F., Bazemore, S. D., Goodman, J. H. & Leiferman, J. A. (2016). The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, *19*(4), 655–663. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0598-4>
- Pinheiro, R. T., Magalhaes, P. V. S., Horta, B. L., Pinheiro, K. A. T., Silva, R. A. & Pinto, R. H. (2006). Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brazil. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 230–232. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00708.x>
- Putnam, K. T., Wilcox, M., Robertson-Blackmore, E., Sharkey, K., Bergink, V., Munk-Olsen, T., ... Meltzer-Brody, S. (2017). Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: analysis of data from an international consortium. *The Lancet Psychiatry*, *4*(6), 477–485.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J. & O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, *365*(9478), 2201–2205. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66778-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66778-5)
- Roberts, S. L., Bushnell, J. A., Collings, S. C. & Purdie, G. L. (2006). Psychological Health of Men with Partners who have Post-Partum Depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(8), 704–711. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01871.x>
- Sit, D., Rothschild, A. J. & Wisner, K. L. (2006). A Review of Postpartum Psychosis. *Journal of Women's Health*, *15*(4), 352-368. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.352>
- Skjothaug, T., Smith, L., Wentzel-Larsen, T. & Moe, V. (2015). Prospective fathers' adverse childhood experiences, pregnancy-related anxiety, and depression during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, *36*(1), 104–113. <https://doi.org/10.1002/imhj.21485>
- Slinning, K., Holme, H. & Valla, L. (2012). Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *49*(1), 69–73.
- Sriraman, N. K., Pham, D.-Q. & Kumar, R. (2017). Postpartum Depression: What Do Pediatricians Need to Know? *Pediatrics in Review*, *38*(12), 541–551. <https://doi.org/10.1542/pir.2015-0133>
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic criteria for research*. Genève: World Health Organization.

Vedlegg

Vedlegg A: Godkjenning fra NSD

Hvordan oppleves det for far når partneren har fødselsdepresjon?

Referanse: 764928

NSD Personvern

18.10.2018 09:14

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 764928 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 18.10.2018 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier personopplysninger frem til 30.04.2019.

LOVLIG GRUNNLAG FOR UTVALGET

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

LOVLIG GRUNNLAG FOR TREDJEPERSONER

Det behandles enkelte opplysninger om tredjepersoner. NSD vurderer at den planlagte behandling av personopplysninger er lovlig fordi:

- det er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse
- formålet er knyttet til vitenskapelig forskning

- samfunnets interesse i at behandlingen finner sted klart overstiger ulempene for den enkelte
- det iverksettes nødvendige tiltak (garantier) for å sikre de registrertes rettigheter og friheter
- forsker har oppfylt den særskilte rådføringsplikten

Tredjepersoner er utvalgets partner/ekspartner som har slitt med fødselsdepresjon. Det gis informasjon til tredjepersoner om forskningsprosjektet i forkant av rekruttering av utvalget. Dersom tredjeperson ønsker at partner/ekspartner skal delta i prosjektet, videreformidler hun forespørsel om deltakelse til fedrene.

NSD finner at behandlingen om tredjeperson har hjemmelsgrunnlag i personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav j, jf. personopplysningsloven § 9.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD finner at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15-20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet.

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

TREDJEPERSONERS RETTIGHETER

Tredjepersoner vil ha følgende rettigheter i prosjektet: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og protest (art. 21). Rettighetene etter art. 15-19 og 21 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Universitetet i Oslo og Regionscenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør er felles behandlingsansvarlig institusjon. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til felles behandlingsansvar, jf. personvernforordningen art. 26.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lise Aasen Haveraaen.

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg B: Fremleggingsvurdering fra REK

Vår [ref.nr.:](#) 2018/1729 A

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering mottatt 13.09.2018 angående prosjektet «Hvordan oppleves det for far når partneren har fødselsdepresjon?».

Fremleggingsvurderingen er vurdert av komiteens leder i REK.

De skal forsøke å belyse hvordan fedre har opplevd at deres kvinnelige partner hadde fødselsdepresjon. Oppgaven vil konsentrere seg om to hovedfokus, hva fedre opplevde som det mest utfordrende og hvilke tiltak de erfarte som hjelpsomme.

Oppgaven vil konsentrere seg om to hovedfokus:

1. Hva fedre opplevde som det mest utfordrende
2. Hvilke tiltak de erfarte som hjelpsomme.

Prosjektleder vil besvare problemstillingen ved bruk av kvalitativ metode. Planen er å intervju minst 7 menn som har partner/ekspartner som har slitt med fødselsdepresjon.

Etter REKs vurdering faller prosjektet, slik det er beskrevet, utenfor virkeområdet til helseforskningsloven. Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, i loven definert som forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger, som har formål å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4a. Formålet er avgjørende, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter/sårbare grupper eller benytter helseopplysninger.

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vi gjør oppmerksom på at vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende jf. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen
Elin Evju Sagbakken
Seniorrådgiver og Komitésekretær

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845502

Regional komité for medisinsk og helsefaglig

forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)
<http://helseforskning.etikkom.no>



Vedlegg C: Informasjonsskriv til mor

Informasjonsskriv om forskningsprosjektet

”Hvordan oppleves det for far når partneren har fødselsdepresjon?”

Du får dette informasjonsskrivet fordi du og din partner/ekspartner passer under kriteriene for deltakelse i denne studien. Vi ønsker at du leser nøye gjennom dette skrivet og tar stilling til om far skal inviteres til deltakelse eller ikke.

Formål

Denne studien er et forskningsprosjekt der målet er å skaffe informasjon fra minst syv menn om egne opplevelser rundt å ha en partner som sliter med fødselsdepresjon. Det finnes en del forskning og kunnskap om hvordan fødselsdepresjon påvirker mor og barn, men lite om hvordan den påvirker far som pårørende. Hovedfokuset i studien blir på hva menn opplever som mest utfordrende og mest hjelpsomt i forbindelse med mors fødselsdepresjon. Hensikten med studien er å øke kunnskap om vansker knyttet til det å være partner og nærmeste pårørende til en kvinne som sliter med fødselsdepresjon, hvordan det kan påvirke farsrollen, parforholdet og familielivet, og hva kan være hjelpsomt i en så vanskelig livssituasjon. Vi håper at økt kunnskap rundt dette vil kunne bidra til utvikling og forbedring av hjelpetilbudet til familier der mor sliter med fødselsdepresjon.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Studien gjennomføres av psykologstudent Asta Hrund Gudmundsdottir, i forbindelse med hennes hovedoppgave ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Prosjektet har delt behandlingsansvar da det gjennomføres under ekstern veiledning av Filip Drozd, forsker ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) og biveiledning av Vibeke Moe, førstemanuensis ved Klinikk for barn og familier, Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo.

Hvorfor får dere spørsmål om å delta?

Du får forespørselen om deltakelse av terapeuten fordi du og din partner/ekspartner passer til prosjektets formål. I denne studien er utvalget trukket ved hjelp av terapeuter som har klienter som passer under kriteriene for deltakelse. Det blir forsøkt å finne deltakere der mannen har partner/ekspartner som har tidligere slitt med fødselsdepresjon etter fødsel av barn de fikk sammen. Mor må ha kommet seg gjennom den vanskeligste fasen av fødselsdepresjonen, uten at det har gått for lang tid siden hun var syk. Mor må selv kunne rapportere at hun sleit med fødselsdepresjon, men det er ikke et krav at hun må ha hatt klinisk diagnose. Mor eller familien må ha mottatt noen form for hjelp for fødselsdepresjon. Enten fra det offentlige, privat, selvhjelpressurser, frivillig sektor eller fra familie/venner. Et annet kriterium vil være at mor og far bodde sammen når mor fikk fødselsdepresjonen. Mor må ha fått tilstrekkelig informasjon om denne studien på forhånd og ta stilling til hvorvidt far skal inviteres til deltakelse.

De som passer under disse kriteriene får invitasjon til å delta i studien inntil ønsket antall deltakere har blitt oppnådd. Fedrene blir rekruttert ved at mødrene videreformidler informasjon om prosjektet til dem. Terapeuten vil kun formidle kontaktinformasjon (mannens fornavn og telefonnummer eller e-postadresse) om de som er interessert i å delta. Vi vil ikke kjenne til identiteten til de som forespørres før de eventuelt viser interesse/samtykker til deltakelse.

Hva innebærer deres deltakelse?

Dersom du ønsker at dere deltar i dette prosjektet ber vi deg om å videreformidle informasjon om prosjektet til far. Vi har egen forespørsel med samtykkeerklæring som fedrene må lese gjennom og skrive under hvis de samtykker deltakelse. Dersom mannen er villig til å delta, blir han kontaktet for avtale om intervju. Intervjuet vil ta omtrent 60 minutter og det tas lydopptak. Han vil bli stilt spørsmål om blant annet svangerskapet og fødselen, om forventningene til å bli far, hva han opplevde som de største utfordringene rundt din fødselsdepresjon, og hva han opplevde som hjelpsomme tiltak. Det vil også bli spurt om noen enkle bakgrunnsopplysninger på intervjuet, slik som fars alder og sivilstatus, antall barn, i forbindelse med hvilket barn du fikk fødselsdepresjon, hvor gammelt barnet er nå og om graviditeten var planlagt eller ikke. Gjennom intervjuet vil det komme frem informasjon om deg som tredjepart gjennom fars beskrivelser.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet og det er du som avgjør om far skal inviteres til deltakelse eller ikke. Hvis far inviteres og velger å delta, kan han når som helst trekke sitt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om dere vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for dere hvis dere ikke vil delta eller hvis far senere velger å trekke seg. Dette prosjektet har ingenting å gjøre med terapien dere eventuelt får og vil ikke påvirke videre tilbud eller behandling.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker deres opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om dere til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Kun studenten og veiledere har tilgang til datamaterialet. Alle opplysninger om dere vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. Informasjon om din fødselsdepresjon skal kun registreres implisitt gjennom utvalget av fedre. Fokuset i oppgaven blir på mannens opplevelser og erfaringer. Fedrene blir opplyst om og minnet på at de ikke skal bruke navn eller annen identifiserbar informasjon om deg eller andre tredjepersoner i intervjuet. Dersom det glipper noen steder, vil det anonymiseres i tekst og erstattes med bippe-lyd i lydfilen.

Tjenester for Sensitive Data (TSD) vil benyttes for å kryptere, lagre og behandle datamaterialet. Navnet og kontaktopplysningene til mannen vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Materialet fra studien vil bli publisert som en hovedoppgave og blir tilgjengelig på Universitetsbiblioteket i Oslo. Det er også mulig at prosjektdeltakerne kommer til å forsøke å få publisert resultatene i et fagtidsskrift. Det vil ikke være mulig å identifisere dere i resultatene av studien når disse publiseres, eller å endre opplysninger som allerede er inngått i publikasjoner.

Hva skjer med opplysningene om dere når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes når hovedoppgaven innleveres i april 2019. Alle opplysningene skal anonymiseres og lydopptaket vil slettes senest ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

Du som tredjeperson har rett til å protestere mot at far deltar i dette forskningsprosjektet.

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- å be om innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg,
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Ønsker du å ta i bruk noen av disse rettighetene kan du henvende deg til studenten eller veiledere (se kontaktinformasjon nedenfor).

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på at prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger med grunnlag i at oppgaven er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning (jf. art. 9 nr. 2 bokstav j).

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte Asta Hrund Gudmundsdottir på tlf. 41 20 05 22 eller e-post astahrund1988@gmail.com, eller kontakte Filip Drozd på tlf. 22 58 60 00 eller e-post filip.drozd@r-bup.no.

Personvernombudet ved UiO, Maren Magnus Voll, kan nås på e-post personvernombud@uio.no.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, kan nås på e-post personverntjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Håper vi hører fra dere!

Asta Hrund Gudmundsdottir
Psykologstudent

Universitetet i Oslo

Filip Drozd

Forsker og veileder

Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), Helseregion Øst og Sør

Vibeke Moe

Førstemanuensis og biveileder

Universitetet i Oslo

Vedlegg D: Forespørsel og samtykkeerklæring far

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Hvordan oppleves det for far når partneren har fødselsdepresjon?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få kunnskap om hvordan menn opplever å ha en partner som sliter med fødselsdepresjon. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Denne studien er et forskningsprosjekt der vi vil forsøke å innhente informasjon fra minst syv deltakere om egne opplevelser rundt å ha en partner som sliter med fødselsdepresjon. Det finnes en del forskning og kunnskap om hvordan fødselsdepresjon påvirker mor og barn, men lite om hvordan den påvirker far som pårørende. Hovedfokuset i studien blir på hva menn opplever som mest utfordrende og mest hjelpsomt i forbindelse med mors fødselsdepresjon. Hensikten med studien er å øke kunnskap om vansker knyttet til det å være partner og nærmeste pårørende til en kvinne som sliter med fødselsdepresjon, hvordan det kan påvirke farsrollen, parforholdet og familielivet, og hva kan være hjelpsomt i en så vanskelig livssituasjon. Vi håper at økt kunnskap rundt dette vil kunne bidra til utvikling og forbedring av hjelpetilbudet til familier der mor sliter med fødselsdepresjon.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Studien gjennomføres av psykologstudent Asta Hrud Gudmundsdottir, i forbindelse med hennes hovedoppgave ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Prosjektet har delt behandlingsansvar da det gjennomføres under ekstern veiledning av Filip Drozd, forsker ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) og biveiledning av Vibeke Moe, førstemanuensis ved Klinikk for barn og familier, Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I denne studien er utvalget trukket ved hjelp av terapeuter som har klienter som passer under kriteriene for deltakelse. Det blir forsøkt å finne deltakere der mannen har partner/ekspartner som har tidligere slitt med fødselsdepresjon etter fødsel av barn de fikk sammen. Mor må ha kommet seg gjennom den vanskeligste fasen av fødselsdepresjonen, uten at det har gått for lang tid siden hun var syk. Mor må selv kunne rapportere at hun sleit med fødselsdepresjon, men det er ikke et krav at hun må ha hatt klinisk diagnose. Mor eller familien må ha mottatt noen form for hjelp for fødselsdepresjon. Enten fra det offentlige, privat, selvhjelpressurser, frivillig sektor eller fra familie/venner. Et annet kriterium vil være at mor og far bodde sammen når mor fikk fødselsdepresjonen. Mor må ha fått tilstrekkelig informasjon om denne studien på forhånd og ta stilling til hvorvidt far skal inviteres til deltakelse.

De som passer under disse kriteriene får invitasjon til å delta i studien inntil ønsket antall deltakere har blitt oppnådd. Din partners/deres terapeut vil kun formidle kontaktinformasjon (fornavn og telefonnummer eller e-postadresse) om de som er interessert i å delta. Vi vil ikke kjenne til identiteten til de som forespørres før de eventuelt viser interesse/samtykker til deltakelse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du er villig til å delta, vil du bli kontaktet for avtale om intervju. Intervjuet vil ta omtrent 60 minutter og det tas lydopptak. Du vil bli stilt spørsmål om blant annet svangerskapet og fødselen, om forventningene til å bli far, hva du opplevde som de største utfordringene rundt partners fødselsdepresjon, og hva du opplevde som hjelpsomme tiltak. Det vil også bli spurt om noen enkle bakgrunnsopplysninger slik som alder og sivilstatus, på intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dette prosjektet har ingenting å gjøre med terapien du eventuelt får og vil ikke påvirke videre tilbud eller behandling.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Kun studenten og veiledere har tilgang til datamaterialet. Alle opplysninger om deg vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. Tjenester for Sensitive Data (TSD) vil benyttes for å kryptere, lagre og behandle datamaterialet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Du har innsynsrett i de opplysninger som er registrert om deg i hele forskningsperioden, og har mulighet til å korrigere eventuelle feil i det som har blitt registrert. Materialet fra studien vil bli publisert som en hovedoppgave og blir tilgjengelig på Universitetsbiblioteket i Oslo. Det er også mulig at prosjektdeltakerne kommer til å forsøke å få publisert resultatene i et fagtidsskrift. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres, eller å endre opplysninger som allerede er inngått i publikasjoner.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes når hovedoppgaven innleveres i april 2019. Alle opplysningene skal anonymiseres og lydopptaket vil slettes senest ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg,
- å få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og

- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte Asta Hrund Gudmundsdottir på tlf. 41 20 05 22 eller e-post astahrund1988@gmail.com, eller kontakte Filip Drozd på tlf. 22 58 60 00 eller e-post filip.drozd@r-bup.no.

Personvernombudet ved UiO, Maren Magnus Voll, kan nås på e-post personvernombud@uio.no.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, kan nås på e-post personverntjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Dersom du ønsker å delta, vennligst fyll ut vedlagte samtykkeerklæring og ta denne med til intervjuet. Håper vi hører fra deg!

Asta Hrund Gudmundsdottir

Psykologstudent

Universitetet i Oslo

Filip Drozd

Forsker og veileder

Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), Helseregion Øst og Sør

Vibeke Moe

Førstemanuensis og biveileder

Universitetet i Oslo

Samtykkeerklæring

Jeg samtykker å bli intervjuet av psykologstudent Asta Hrund Gudmundsdottir om mine erfaringer og opplevelser av å ha en partner som sliter med fødselsdepresjon.

Jeg har mottatt og lest skriftlig forespørsel om deltakelse med informasjon om forskningsprosjektet «Hvordan oppleves det for far når partneren sliter med fødselsdepresjon?».

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. ved utgangen av april 2019.

Jeg er informert om at min deltakelse er frivillig, at jeg kan trekke meg når som helst, og at opplysningene jeg gir i intervjuet vil bli behandlet konfidensielt.

.....

.....

Signatur (prosjektdeltaker)

Dato