

Þverfagleg geðheilbrigðisþjónusta fyrir verðandi eða nýorðnar mæður og fjölskyldur þeirra

Innleiðing á Heilbrigðisstofnun Suðurlands

Anna Guðríður Gunnarsdóttir

Almenn heilsa og félagslegur og tilfinningalegur aðbúnaður kvenna á meðgöngu og á fyrstu mánuðum eftir fæðingu getur haft áhrif á þroska barnsins. Ómeðhöndlað þunglyndi kvenna á meðgöngu og eftir fæðingu hefur áhrif á þroska ákveðinna heilastöðva barnsins og getur hægt á vitsmunalegum þroska þess og aukið líkur á þunglyndi seinna á lífsleiðinni. Sýnt hefur verið fram á að áföll og óuppgerðar tilfinningar hjá verðandi móður og föður eða erfið kjör í uppeldi, svo sem vanræksla eða ofbeldi, séu miklir áhættuþættir sem hindra eðlileg tengsl foreldra og barns og geta valdið varanlegu tilfinningalegu eða líkamlegu heilsutjóni fyrir barnið ef ekkert er að gert (Landlæknisembættið, 2013).

Víða erlendis eru dæmi um að fyrirbyggjandi vinna og snemmtæk íhlutun í bernsku styrki geðheilbrigði barnsins síðar á ævinni (Daly og Bray, 2015; Eckenrode o.fl., 2010; Glover, 2014). Hafa breskir stjórnáamenn meðal annars brugðist við þessu með því að gera með sér þverpólítískan sáttmála sem nefnist „Fyrsti 1001 dagurinn“ um að byggja upp þjónustu fyrir þennan hóp sem nær frá grunnþjónustu að sjúkrahúsþjónustu (The 1001 critical days, nóv. 2015).

Hér á landi er einnig vitundarvakning sem birtist til dæmis í undirmarkmiðum þingsályktunar um stefnu og aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum til fjögurra ára. Þar er lagt til að þjónusta við sjúklinga, sem glíma við geðrænan vanda, sé samþætt og samfelld og að uppeldisskilyrði barna stuðli að vellíðan þeirra. Aðgerðir, sem m.a. eru settar fram til að ná þessum markmiðum, eru að auka geðræna þjónustu innan heilsugæslunnar, stuðningur verði aukinn við börn sem eiga foreldra með geðvanda og sett verið á fót geðheilsuteymi í samstarfi heilbrigðisþjónustu og sveitarfélaga (Þingskjal 1217, 2015–2016).

Geðheilbrigðiseftirlit hér á landi fyrir verðandi og nýorðnar mæður

Í mæðraeftirliti, heimavitjunum og hefðbundnu ungbarnaeftirliti gefst tækifæri til að meta tilfinningalegt ástand og þarfir fjölskyldna. Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður eru því í góðri stöðu til þess að meta hvort andleg vanlíðan sé til staðar þar sem þessar stéttir sinna fjölskyldunni á meðgöngu og fyrstu mánuðunum eftir fæðingu barnsins (Hildur Sigurðardóttir, 2014; Landlæknisembættið, 2013; Lowdermilk o.fl., 2012). Allar ljósmæður og hjúkrunarfræðingar, sem starfa í mæðra- og ung- og smábarnavernd, þurfa að hafa þekkingu á einkennum andlegrar vanlíðanar auk þess að vita hvaða úrræði eru í boði. En í erlendum rannsóknum hefur komið fram að heilbrigðisstarfsmönnum finnst þá vanta þjálfun og þekkingu auk þess sem skortur sé á samfellu í þjónustu og stoðþjónustu (Boots Family Trust, 2013).

Samkvæmt rannsóknum þjást 9 til 20% kvenna af miklum þunglyndiseinkennum á meðgöngu og 12 til 13% þjást af kvíðaeinkennum auk þess sem margar konur finna fyrir hvoru tveggja (Byrn og Penckofer, 2015; NICE, 2014). Í greiningu á áhættuþáttum hjá verðandi mæðrum á starfssvæði Heilsugæslu Akureyrar höfðu um 30–40% þörf fyrir aukinn stuðning, áfallaúrvinnslu eða önnur meðferðarúrræði (Anna Karólína Stefánsdóttir o.fl., 2000). Hægt hefur verið að sýna fram á að ef þjónusta hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra með sértæka viðbótarmenntun í greiningu og meðferð geðvandamála er í boði dragi slíkt marktækt úr andlegri vanlíðan verðandi og nýorðinna mæðra (Marga Thome o.fl., 2011; Glavin o.fl., 2010). Þannig reyndust fjögur meðferðarsamtöl í heimavitjun út frá hugmyndafræði fjölskylduhjúkrunar

nægja meirihluta verðandi foreldra (60%) með geðheilsuvanda til að ná tökum á vandanum (Thome og Arnardóttir, 2013).

Staða geðheilbrigðiseftirlits fyrir verðandi og nýorðnar mæður á Selfossi

Á Heilbrigðisstofnun Suðurlands (HSU) hefur ekkert formlegt þverfaglegt samstarf verið né samræming á vinnulagi eða verkferlar til, til að halda utan um verðandi og nýorðnar mæður í vanda og fjölskyldur þeirra. Rúmlega 107 börn fæddust á Árborgarsvæðinu árið 2015 en það þýðir að um 30–40 fjölskyldur höfðu þörf fyrir frekari stuðning, áfallaúrvinnslu eða önnur meðferðarúrræði ef rannsókn Önnu Karólínu Stefánsdóttur og féлага (2000) er höfð til viðmiðunar. Ljósmaður í mæðra-vernd og hjúkrunarfræðingar í ung- og smábarnavernd á Selfossi hafa fundið fyrir fjölgun mæðra sem stríða við andlega vanlíðan á meðgöngu og eftir fæðingu. Vandí þessara kvenna og fjölskyldna þeirra hefur oft verið flókinn og margþættur, meðferðarleiðir verið óljósar og úrræði fá auk þess sem utanumhald og skráning hefur ekki verið markviss.

Þegar velferðarráðuneytið auglýsti haustið 2015 eftir umsóknum um styrki til gæðaverkefna með áherslu á verkefni sem miða að því að efla þverfaglegt samstarf í heilbrigðisþjónustu var ákveðið á HSU að sækja um styrk til að koma þessum málum í ákveðinn farveg. Í mars 2016 fékk síðan HSU úthlutað gæðastyrk til innleiðingar þverfaglegs samstarfs í geðheilbrigðisþjónustu Heilbrigðisstofnunar Suðurlands fyrir verðandi eða nýorðnar mæður og fjölskyldur þeirra.

Tilgangur gæðaverkefnisins og framkvæmd

Tilgangur gæðaverkefnisins er að auka þverfaglegt samstarf milli fagaðila og gera þjónustuna markvissari með því að skipuleggja ákveðið vinnulag og semja vinnuleiðbeiningar. Í byrjun mars 2016 hófst vinna við gæðaverkefnið þegar verkefnastjóri ung- og smábarnavernd, ljósmóðir og geðhjúkrunarfræðingur HSU hittust og fóru yfir þáverandi vinnulag fyrir viðkvæmar verðandi og nýorðnar mæður og fjölskyldur þeirra í mæðra-vernd og ung- og smábarnavernd. Búnar voru til vinnuleiðbeiningar og verkferlar til að greina þær mæður og fjöl-

skyldur sem þurftu aukna þjónustu. Ákveðið verklag var skipulagt og lagað að starfsemi HSU (sjá mynd 1 og mynd 2) auk þess sem fylgt var vinnuleiðbeiningum landlæknis og viðurkenndum matskvörðum til að koma í veg fyrir og greina líkamleg og andleg frávik hjá mæðrum á meðgöngutímnum og eftir fæðingu barns. Viðmið verðandi tilvísanir í önnur úrræði, svo sem í Miðstöð foreldra og barna, í FMB-teymi Landspítalans, og á göngu-deild geðdeildar Landspítalans voru síðan notuð ef vísa þurfti konum í önnur úrræði.

Þegar vinnuleiðbeiningarnar voru nánast fullgerðar var haldinn fundur með ljósmæðrum og farið yfir hvernig leggja skyldi fyrir áhættumat í fyrstu mæðraskoðun og hvernig staðið yrði að skimun með kvarða við 16 vikur eða síðar ef þess þyrfti. Einnig var farið yfir vinnulag og skráningu á fundi með hjúkrunarfræðingum í ung- og smábarnavernd á heilsugæslu Selfoss. Að lokum var skráning í SÖGU-kerfinu samræmd þegar búíð var að fara yfir sniðmót, skráningu og útbúa flýtluggaskráningarform fyrir ljósmæður og hjúkrunarfræðinga.

Samstarf var hafið við Önnu Maríu Jónsdóttur, geðlækni Miðstöðvar foreldra og barna, um skipulag lyfjameðferðar, val á fyrstu lyfjum á meðgöngu og við brjóstagjöf. Auk þess kom Anna María um vorið og fræddi heimilislækna HSU, ljósmæður í mæðraeftirliti og hjúkrunarfræðinga í ung- og smábarnavernd um þennan skjólstæðingahóp, geðlyf og úrræði í boði.

Um miðjan september hittust ábyrgðarmaður gæðaverkefnisins, ljósmæður og lækna heilsugæslu Selfoss til að fara yfir hvernig gengið hefði að koma gæðaverkefninu af stað og hvað mætti betur fara í samstarfinu. Í lok árs 2016 voru svo töluleg gögn tekin saman, s.s. fjöldi kvenna sem greindist með áhættuþætti samkvæmt skimun, fjöldi kvenna með andlega vanlíðan samkvæmt mælitækjum og þau úrræði sem konum og fjölskyldum þeirra var beint í.

Fagaðilar sem tóku þátt í gæðaverkefninu

Ábyrgðamaður gæðaverkefnisins var Anna Guðríður Gunnarsdóttir, MSc-hjúkrunarfræðingur og verkefnastjóri ung- og smábarnaverndar heilsugæslu Selfoss. Aðrir fagaðilar eru Arndís Mogensen, ljósmóðir við Heilbrigðisstofnun Suðurlands, sem einnig er með sérmenntun í hugrænni atferl-

Vinnuleiðbeiningar mæðraverndar

Fyrsta mæðraskoðun

ÁHÆTTUMAT fyrir allar konur

- Líkamlegir sjúkdómar/heilsufar
- Misnotkun lyfja/áfengis/vímuefna
- Erfiðar félagslegar aðstæður s.s. fátækt, atvinnumissir, ótryggt leiguhúsnæði
- Áföll/erfiðar uppeldisaðstæður
- Andlega vanlíðan
- Ofbeldi, andl., líkaml., kynferðisl.

Áhættuþættir ekki til staðar

Áhættuþættir til staðar

16 vikna mæðraskoðun

SKIMUN

- DASS-kvarðinn
- Skimun f. heimilisofbeldi

Áhættuþættir ekki til staðar

Áhættuþættir til staðar

AUKINN STUÐNINGUR

- þéttari eftirfylgd/símtöl hjá sínum ljósmæðrum
- lengri skoðunartími
- mat á sálrænni líðan/DASS
- viðeigandi tilvísun

Líðan óstöðug

Líðan stöðug

DASS - hópur
Nánari eftirfylgd

OBS - hópur

- fyrri saga
- á lyfjum
- er í úrræði hjá geðlækni/sálfræðingi félagsráðgjafa

ÚRRÆÐI

- Eftirfylgd/símtöl hjá Arndísi
- Viðtal við heimilislækni
- Lyf
- Dröfn geðhjúkrunarfræðingur
- Miðstöð foreldra og barna
- Göngudeild geðdeildar: mat
- FMB-teymi
- Félagsþjónusta sveitafélaga
- NFLÍ

REGLULEGT ENDURMAT

Áframhaldandi mæðraskoðun

Mynd 1. Vinnuleiðbeiningar mæðraverndar

Vinnuleiðbeiningar ungbarnaverndar

Fyrsta heimavitjun

ÁHÆTTUMAT frá ljósmæðrum skoðað

- Líkamlegir sjúkdómar/heilsufar
- Misnotkun lyfja/áfengis/vímuefna
- Erfiðar félagslegar aðstæður s.s. fátækt, atvinnumissir, ótryggt leiguhúsnæði
- Áföll/erfiðar uppeldisaðstæður
- Andleg vanlíðan
- Ofbeldi, andl., líkaml., kynferðisl.

Áhættuþættir ekki til staðar

Áhættuþættir til staðar

9 vikna ungbarnaskoðun

SKIMUN

- EPDS-kvarðinn

Áhættuþættir ekki til staðar

Áhættuþættir til staðar

AUKINN STUÐNINGUR

- þéttari eftirfylgd/símtöl hjá sínum hjúkrunarfræðingi
- lengri skoðunartími
- mat á sálrænni líðan/DASS
- viðeigandi tilvísun

Líðan óstöðug

Líðan stöðug

EPDS/DASS - hópur
Nánari eftirfylgd

OBS - hópur

- fyrri saga
- á lyfjum
- er í úrræði hjá geðlækni/sálfræðingi / félagsráðgjafa

ÚRRÆÐI

- Eftirfylgd/símtöl hjá Önnu G
- Viðtal við heimilislækni
- Lyf
- Dröfn geðhjúkrunarfræðingur
- Miðstöð foreldra og barna
- Göngudeild geðdeildar: mat
- FMB-teymi
- Félagsþjónusta sveitafélaga
- NFLÍ

REGLULEGT ENDURMAT

Hefðbundið ungbarnaeftirlit

Mynd 2. Vinnuleiðbeiningar ungbarnaverndar

ismeðferð; heimilislæknar og ljósmæður Heilbrigðisstofnunar Suðurlands; hjúkrunarfræðingar ung- og smábarnaverndar heilsugæslu Selfoss; Dröfn Kristmundsdóttir, geðhjúkrunarfræðingur Heilbrigðisstofnunar Suðurlands, og Anna María Jónsdóttir, geðlæknir Miðstöðvar foreldra og barna.

Niðurstöður úr mæðraeftirliti

Formleg skimun hófst í júní 2016 í mæðraeftirlitinu. Lögð var áhersla á það í vinnuleiðbeiningum að hægt væri að leggja skimunarlista fyrir konur hvenær sem væri á meðgöngunni fyndu þær fyrir vanlíðan, en ekki eingöngu á 16 viku. Í lok desember höfðu 38 konur svarað DASS-listanum. 23 (61%) konur voru skimaðar fyrir 20. viku, 10 (26%) konur í 20.–30. viku, 3 (8%) konur í 30.–40. viku og 2 (5%) konur voru skimaðar eftir fæðingu í sængurlegunni. 12 konur (32%) mældust með alvarleg eða mjög alvarleg þunglyndis-, kvíða- eða streitueinkenni, 9 (23%) mældust með væg eða miðlungsalvarleg einkenni og 17 konur (45%) mældust alveg eðlilegar.

Þegar skimunin var gerð voru 9 konur á geðlyfjum, eða 23%, en 14 konur voru með geðgreiningu (kvíða/þunglyndi/PTSD/ADHD), eða 37%. Mjög misjafnt var hvort konurnar voru komnar í meðferð þegar DASS-listinn var lagður fyrir eða voru að bíða eftir þjónustu, annars var sett upp þjónustuáætlun í kjölfar skimunar. Oft voru fleiri en eitt úrræði notuð í einu.

Niðurstöður úr ung- og smábarnavernd

Þar sem EPDS-listinn er lagður fyrir allar konur í ung- og smábarnavernd var hægt að taka saman töluleg gögn fyrir allt árið 2016. Af 95 konum reyndust 69 með jákvætt áhættumat samkvæmt vinnuleiðbeiningum ungbarnaverndar, eða tæplega 73% af þeim sem heilsugæsla Selfoss sinnti. Af þeim þurftu um 44% kvennanna einungis hefðbundna ung- og smábarnavernd en um 57% þurftu nánari eftirfylgd og úrræði.

Við fyrstu skimun með EPDS-þunglyndiskvarðanum mældust 17 af 95 konum, eða um 18%, með yfir 12 stig, auk tæplega 13% sem mældust með 9–11 stig. Samkvæmt leiðbeiningum landlæknis þurfa því rúmlega 30% kvenna nánari eftirfylgd. Þegar allt árið 2016 er skoðað mældust

rúmlega 27% kvenna yfir 12 stigum á EPDS, auk þess að tæplega 15% mældust með 9–11 stig.

Af 69 konum með jákvætt áhættumat reyndust 36, eða ríflega helmingur, fá 9 eða fleiri stig í EPDS-þunglyndisskimuninni og notuðu 37, eða tæp 54%, geðlyf eða voru settar á geðlyf við eftirfylgd. DASS-listinn var ekki markvisst notaður síðasta ár (2016) þannig að niðurstöður úr þeim mælingum eru ekki notaðar. Mjög misjafnt var hvort konurnar voru komnar í einhvers konar meðferð þegar EPDS-listinn var lagður fyrir eða voru að bíða eftir þjónustu. Ef svo var ekki var sett upp þjónustuáætlun í kjölfar skimunar. Oft voru fleiri en eitt úrræði notuð í einu. Þegar farið var yfir skráningu reyndust einungis 35 konur hafa fengið greininguna „Möguleiki á betra sálarlegu jafnvægi“ en það stafar væntanlega af því að ekki var byrjað markvisst að nota þessa greiningu fyrir konur sem þurftu eftirfylgd frá okkur fyrr en um sumarið.

Niðurstöður úr geðhjúkrun

Í lok ársins höfðu 15 konur verið í viðtölum hjá geðhjúkrunarfræðingi HSU, þar af höfðu fjórar verið bæði í viðtölum á meðgöngu og eftir fæðingu. Misjafnt var hversu oft og hversu þétt konurnar komu, allt eftir líðan og umfangi vanda þeirra.

Umræður og mat á gæðaverkefninu

Fjöldi kvenna, sem glíma við andlega vanlíðan og fjölþættan vanda á starfssvæði heilsugæslu Selfoss, kom ljósmæðrum í mæðravernd og hjúkrunarfræðingum í ungbarnavernd töluvert á óvart. Áður hafði þetta bara verið tilfinning en nú höfum við gögn í höndum sem staðfesta þessa tilfinningu. Ljóst er að með tilkomu þessa breytta vinnulags er haldið betur utan um þessar viðkvæmu verðandi og nýorðnu mæður og börn þeirra. Skráningin er nú markvissari á líðan mæðranna, tengiliðum þeirra og tilvísunum í úrræði auk þess sem skráning í SÖGU-kerfið er núna samræmd.

Með aukinni vitund allra fagaðila um umfang vandans hefur verið unnið að breyttu vinnulagi. Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður vita nú hvaða leiðir eru í boði með tilkomu vinnuleiðbeininga og hvert ber að leita. Heimilislæknar hafa opnað möguleika fyrir ljósmæður og hjúkrunarfræðinga til að bóka skynditíma auk þess sem visst vinnulag

hefur verið mótað við tilvísanir til geðhjúkrunarfræðings HSU. Þannig hefur samstarfið milli faghópa HSU aukist og orðið markvissara. Gott samstarf hefur myndast við Önnu Maríu Jónsdóttur geðlækni sem veitt hefur okkur ráðgjöf og leiðbeiningar. Auk þess handleiddi hún verkefnisstjóra ungbarnaverndar og ljósmóður í mæðraeftirlitinu einu sinni í mánuði fram til vors 2017.

Skráning hjá ljósmæðrum hófst ekki fyrr en í byrjun sumars og ljóst er að þar sem afleysingafólkið var ekki eins vel inni í verkefninu og það fastráðna, hefur skráningu eitthvað orðið ábótavant. Sumarið hafði einnig áhrif á skráningu í ung- og smábarnaverndinni þar sem hjúkrunarfræðingar í afleysingum voru ekki heldur vel inni í verkefninu og vinnuálagið jókst þegar vana starfsfólkið fór í sumarfrí. Þá var notkun DASS-listanna ekki nægilega markviss og þarf að bæta úr því á nýju ári. Ekki hefur enn verið hægt að leggja mat á hvort tilvísunum hefur fækkað á Landspítalann né hvort líðan mæðra og fjölskyldna þeirra hafi batnað við þetta fyrirkomulag. Gæðaverkefnið er enn í gangi en verið að endurbæta verklag og eftir að koma á fastmótuðu samstarfi við félagsþjónustu sveitarfélagsins varðandi þátt þess og þjónustu fyrir þessa skjólstæðinga.

Framtíðarsýn geðheilbrigðisþjónustu á Suðurlandi

Afar mikilvægt er að við setjum á okkur sömu gleraugun og séum með sama vinnulag þegar við sinnum viðkvæmum verðandi og nýorðnum mæðrum og fjölskyldum þeirra. Vinnuramminn þarf að vera sá sami um starfið okkar auk þess sem æskilegt er að aðrar starfstöðvar innan HSU taki upp sama vinnulag með stuðningi og leiðsögn okkar hér á Selfossi. Samkvæmt rannsóknunum er hægt að bæta líðan um 60% kvenna, sem glíma við andlega vanlíðan á meðgöngu eða eftir fæðingu, með fjórum löngum viðtölum aukalega í heilsugæslunni. Þá er nauðsynlegt að hafa aðgang að heimilislækni sem hefur áhuga og er vel inni í áhættuþáttum og lyfjagjöf þessa viðkvæma hóps.

Ákjósanlegt væri að hér yrði stofnað þverfaglegt geðheilsuteymi. Í því gætu verið sálfræðingur, geðhjúkrunarfræðingur, tveir heilsugæsluhjúkrunarfræðingar, tvær ljósmæður og heimilislæknir sem öll hefðu áhuga á þessum málaflokk. Mikilvægt væri að teymið hefði aðgang að geðlækni til ráðgjafar varðandi lyf, meðferð og stuðning við

meðferðaraðila í u.þ.b. 1–2 tíma á viku. Teymið gæti sinnt miklum meirihluta þessara kvenna en talið er að um 20% kvennanna þyrftu sérhæfðari þjónustu og lengri eftirfylgd, svo sem hjá Miðstöð foreldra og barna, FMB-teyminu eða inni á geðdeild.

Ljóst er að þörfin fyrir þessa þjónustu er mikil en framhaldið ræðst að miklu leyti af tíma starfsmanna teymisins og fjármagni. Því er nauðsynlegt að HSU sækji aukið fjármagn til stjórnvalda til að sinna áfram þessari þjónustu og bæta hana.

Lokaorð

Stöðugt verður ljósara mikilvægi þess að gripið sé tímanlega til forvarna á sviði geðverndar, að sú þjónustan sé samfelld og persónuleg og veitt í heimabyggð. Með gagnreyndri þekkingu og bættu vinnulagi í heilsugæslunni hafa íslenskar og erlendar rannsóknir sýnt að marktækt megi draga úr vanlíðan kvenna á meðgöngu og eftir barnsburð auk þess sem öryggi og gæði þjónustunnar aukast. Þetta gæðaverkefni er vonandi eingöngu byrjunin á verkefni sem mikilvægt er að vaxi og dafni í heimabyggð þannig að samstarfið við fagaðila og stofnanir verði enn markvissara og úrræðin fleiri á sviði geðverndar.

Heimildaskrá

- Anna Karólína Stefánsdóttir, Hjálmar Freysteinnsson, Hulda Guðmundsdóttir, Björg Bjarnadóttir, Guðfinna Nývarðsdóttir, Magnús Skúlason, Pétur Pétursson, Sigfríður Inga Karlsdóttir og Sigmundur Sigfússon (2000). *Nýja barnið: Þróunarverkefni Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri*. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Boots Family Trust (2013). *Perinatal mental health experiences of women and health professionals*. Sótt 20. ágúst á https://www.tommys.org/sites/default/files/Perinatal_Mental_Health_Experiences%20of%20women.pdf.
- Byrn, M., og Penckofer, S. (2015). The relationship between gestational diabetes and antenatal depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44, 246-255.
- Daly, M., og Bray, R. (2015). Parenting support in England: The bedding down of a new policy. *Social Policy and Society*, 14 (4), 633-644.
- Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D.W., Henderson, C.R. yngri, Cole, R., Kitzman, H., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., Powers, J., og Olds, D. (2010). Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 164 (1), 9-15.
- Glavin, K., Smith, L., Sorum, R., og Ellefsen, B. (2010). Supportive counselling by public health nurses for women

- with postpartum depression. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (6), 1317–1327.
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome: What needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28 (1), 25–35.
- Hildur Sigurðardóttir (2014). *Faglegar leiðbeiningar fyrir heimaþjónustu ljósmæðra*. Endurskoðuð útgáfa. Reykjavík: Embætti landlæknis. Sótt 14. apríl 2017 á [http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item23146/Fagl leiðbeinheima_ljosmaedur_2014_heildarskjal.pdf](http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item23146/Fagl%20leiðbeinheima_ljosmaedur_2014_heildarskjal.pdf).
- Landlæknisembættið (2013). *Ung- og smábarnavernd: Leiðbeiningar um heilsuvernd barna 0–5 ára*. Reykjavík: Landlæknisembættið og Heilsugæslan.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K., og Alden, K.R. (2012). *Maternity & Women's Health Care* (10. útgáfa). St. Louis: Elsevier, Mosby.
- Marga Thome, Brynja Örlygsdóttir og Bjarki Þór Elvarsson (2011). Evaluation of the clinical effect of an on-line course for community nurses on post-partum emotional distress: A community-based longitudinal time-series quasi-experiment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (3), 494-504.
- NICE (2014). CG192. *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance*. London: NICE.
- The 1001 critical days. The importance of the conception to age two period (nóv. 2015). Sótt 20. ágúst á http://www.1001criticaldays.co.uk/sites/default/files/1001%20days_Nov15%20%2800000002%29.pdf.
- Thome, M., og Arnardóttir, S.B. (2013). Evaluation of a family nursing intervention for distressed pregnant women and their partners: A single group before and after study. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (4), 805-816.
- Þingskjal 1217 (2015–2016). Þingsályktun um stefnu og aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum til fjögurra ára. *Alþingistíðindi A-deild mál*, 338. Sótt 20. ágúst 2017 á <http://www.althingi.is/altext/145/s/1217.html>.