



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for Folkehelsefag

”Da Lykkeliten kom til verden”

En litteraturstudie av effekt av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i kombinasjon med støttesamtaler (Edinburghmetoden), og om denne metoden er en faglig og etisk forsvarlig metode for helsesøstre til å identifisere og forebygge fødselsdepresjon hos nybakte mødre.

A literature study of the efficacy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in combination with supportive counseling (the Edinburgh method), and if this method is a professional and ethical justifiable method for public health nurses to identify and prevent postpartum depression in new mothers.

Kandidatnummer: 448

Fordypningsoppgave ved helsesøsterutdanningen, 4HFORD1

Helsesøsterutdanningen, kull HELSØ 2014, Høgskolen i Hedmark, 2016

Veileder: Cecilie Dangmann

Antall ord: 5499

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Lykkeliten

Tekst og Melodi: Frimann Clasen

*Da "Lykkeliten" kom til verden,
var alle himlens stjerner tent,
de blinket: "lykke til på ferden"
som til en gammel, god bekjent!
Og sommernatten var så stille,
men både trær og blomster små,
de sto og blunket til den lille,
som i sin lyse vugge lå.*

Wærum (2001, s. 489).

Sammendrag

Bakgrunn: Depressive symptomer i barselperioden rammer mellom 10 og 15 % av nybakte mødre (Folkehelseinstituttet, 2014). En depresjon i barselperioden kan ha uheldige konsekvenser både for mors helse og barnets utvikling. Tidlig intervensjon i form av identifisering og forebygging av fødselsdepresjon kan dermed være av stor betydning for å snu en slik uheldig utvikling (Glavin, 2007). Screeningverktøyet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) anvendes i flere land for fange opp kvinner med fødselsdepresjon, og Edinburghmetoden, EPDS med påfølgende støttesamtaler med helsesøster, er også implementert ved om lag en tredjedel av helsestasjonene i Norge (Helsedirektoratet, 2014). Bruk av EPDS som screening av barseldepresjon anbefales ikke i følge Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014), da det trengs ytterligere kunnskap om effekter av bruk av EPDS og Edinburghmetoden.

Hensikt: Hensikten med denne fordypningsoppgaven, er å søke systematisk etter forskning som undersøker effekten av Edinburghmetoden, og om metoden er et hensiktsmessig og forsvarlig metode for helsesøstre til å identifisere og forebygge fødselsdepresjon hos nybakte mødre.

Problemstilling: ”Er Edinburghmetoden en virksom og forsvarlig metode for helsesøstre for å identifisere og forebygge fødselsdepresjon hos nybakte mødre?”

Metode: Litteraturstudie. Det ble foretatt systematiske søk i databasene McMaster Plus, Cochrane Library, Kunnskapssenteret, SveMed+, PubMed, Cinahl og PsychInfo i april 2016.

Resultat: Hovedfunnene viser at EPDS er godt egnet til å avdekke fødselsdepresjon, men også at metoden identifiserer et høyt antall falsk positive deprimerte. Helsesøstre som fikk opplæring i Edinburghmetoden, identifiserte langt flere mødre med fødselsdepresjon, og gjennom støttesamtaler viste metoden seg som effektiv for å forebygge fødselsdepresjon også i et langtidsperspektiv.

Konklusjon: Helsesøstre har mulighet til å identifisere og forebygge fødselsdepresjon hos nybakte mødre. Edinburghmetoden kan være en hensiktsmessig og forsvarlig metode for helsesøstre å oppdage og forebygge fødselsdepresjon, men mer forskning trengs. Ikke minst må det bli faglig enighet om hvilke metoder som skal anvendes i dette arbeidet, da dagens praksis rundt bruk av Edinburghmetoden og retningslinjer utfordrer krav til kunnskapsbasert praksis.

Nøkkelord: Helsesøster, barselkvinner, fødselsdepresjon, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Edinburghmetoden, screening, støttesamtaler.

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag	3
1. Introduksjon	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Presentasjon og presisering av problemstilling	7
1.3 Hensikt og avgrensning av oppgaven	7
2. Bakgrunn.....	9
2.1 Psykisk helse i forbindelse med fødsel og barseltid.....	9
2.2 Fødselsdepresjon	9
2.3 Risikofaktorer for å utvikle fødselsdepresjon.....	9
2.4 Konsekvenser av fødselsdepresjon for spedbarnet	10
2.5 Nasjonale anbefalinger og retningslinjer	10
2.6 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) og Edinburghmetoden	10
2.7 Helsestasjonstjenesten og helsesøsters rolle i det forebyggende arbeidet i møte med nybakte mødre med barseldepresjon	11
3. Metode	13
3.1 Litteraturstudie	13
3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode.....	13
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.4 Beskrivelse av søkeprosessen.....	14
4. Resultat.....	17
4.1 Effektstudier av EPDS og Edinburghmetoden i helsestasjonstjenesten	17
4.2 Helsesøstres erfaringer med bruk av EPDS.....	18
4.3 EPDS anbefales ikke som nasjonal screening for fødselsdepresjon	18
5. Diskusjon.....	20

5.1 Edinburghmetoden som virksom metode for helsesøstre til å identifisere og forebygge fødselsdepresjon hos nybakte mødre	20
5.2 EPDS som inngangsport til å snakke om psykisk helse	21
5.3. Implementering av Edinburghmetoden på tross av nasjonale retningslinjers anbefalinger, og etiske utfordringer rundt dette	22
5.4 Diskusjon av metode og etiske vurderinger	23
6. Konklusjon	24
Litteraturliste	25

Vedlegg 1: Privat mailkorrespondanse med Helsedirektoratet

Vedlegg 2: Emneord/ søkeord til litteratursøket

Vedlegg 3: Oversikt over søkehistorikk

Vedlegg 4: Flytskjema for litteratursøket

Vedlegg 5: Oppsummering av inkluderte artikler

Vedlegg 6: Kvalitetsvurdering av de inkluderte artiklene

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tittelen på denne oppgaven, "*Da Lykkeliten kom til verden*", henspiller på de forventningene mange har av tiden etter en fødsel som den lykkeligste perioden i livet. For mange nybakte mødre blir det ikke helt slik. Tiden etter en fødsel er en risikoperiode for kvinners psykiske helse, og en depresjon i denne livsfasen kan få store konsekvenser dersom kvinnen ikke blir fulgt opp. En fødselsdepresjon kan for kvinnens del føre til forverring av psykisk helse, og det kan påvirke omsorgsevnen ovenfor spedbarnet, andre barn i familien og forholdet til partneren (Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud, 2014). Det er altså av mange grunner svært viktig å oppdage og hjelpe kvinner med fødselsdepresjon. Folkehelseinstituttet (2014) anslår forekomsten av depresjon i barselperioden til å ligge et sted mellom 10 og 15 prosent.

Psykisk helse hos nybakte mødre anbefales tatt opp som et eget tema i helsestasjonsprogrammet, både på hjemmebesøket og på barnets 6-ukerskontroll (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). I følge Helsedirektoratet (2014), har om lag en tredjedel av landets kommuner iverksatt opplæring og bruk av screeningverktøyet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), kombinert med støttesamtaler med helsesøster for oppfølging ved fødselsdepresjon. EPDS utgjør sammen med støttesamtalene Edinburghmetoden (Glavin, 2016).

Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014) anbefaler ikke bruk av screening med EPDS på det nåværende tidspunkt, da det trengs mere kunnskap om effekten av bruken av denne metoden. Retningslinjen viser til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, som i 2013 konkluderte med at ikke anbefaler EPDS som nasjonal screening (Helsedirektoratet, 2014). Bakgrunnen for konklusjonen til prioriteringsrådet var at EPDS ikke innfrir kriteriene for screening fra Verdens helseorganisasjon (WHO), samt at metoden var ikke var presis nok. Prioriteringsrådet viser også til at kunnskapsgrunnlaget for Edinburghmetoden er usikkert, og derfor ikke anbefaler metoden som nasjonalt tilbud (Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, 2013).

Helsedirektoratet har etter vedtaket i prioriteringsrådet ønsket å vurdere bruken av EPDS kombinert med kliniske samtaler. Helsedirektoratet sendte derfor i mars 2015 ut invitasjon til høring vedrørende bruk av EPDS og Edinburghmetoden til relevante instanser, før Helsedirektoratet konkluderer i saken og sender dette videre til landets kommuner (Helsedirektoratet, 2015). Pr. 09.05.2016 er det fremdeles ikke konkludert i denne saken, og den er fortsatt under utredning (Mailkorrespondanse med Helsedirektoratet, vedlegg 1).

1.2 Presentasjon og presisering av problemstilling

Det at så mange som en tredel av norske kommuner har innført opplæring og bruk av EPDS i form av Edinburghmetoden i helsestasjonstjenesten, uten at Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014), anbefaler dette tiltaket, vekket dette min nysgjerrighet til å finne forskning rundt bruk av EPDS og Edinburghmetoden, og ikke minst om Edinburghmetoden er virksom og forsvarlig metode for helsesøstre å anvende i møte med nybakte mødre med eller som står i fare for å få en fødselsdepresjon. Med dette som utgangspunkt har jeg formulert følgende problemstilling:

”Er Edinburghmetoden en virksom og forsvarlig metode for helsesøstre for å identifisere og forebygge fødselsdepresjon hos nybakte mødre?”

Med virksom mener jeg om metoden er effektiv, og med forsvarlig mener jeg om metoden er faglig og etisk forsvarlig i forhold til krav om faglig og etisk forsvarlighet i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011), samt opp mot helsestasjonens forankring i kunnskapsbasert praksis (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Jeg retter problemstillingen opp mot helsesøstres forebyggende funksjon, med tidlig identifisering av behov og risikofaktorer for å kunne igangsette tidlig intervensjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

1.3 Hensikt og avgrensning av oppgaven

Hensikten med denne fordypningsoppgaven, som er et litteraturstudie, er å søke systematisk etter hovedsakelig kvantitativ forskning som undersøker effekten av Edinburghmetoden, altså om EPDS i kombinasjon med støttesamtaler er et effektivt verktøy for helsesøstre til å identifisere og forebygge fødselsdepresjon. Videre ønsket jeg å søke etter kunnskap om helsesøstres erfaringer ved bruk av EPDS til å identifisere kvinner med fødselsdepresjon, da jeg mener en eller flere slike kvalitative undersøkelser fra et helsesøsterperspektiv ville bidra

til å styrke oppgaven ved å belyse problemstillingen fra flere sider. Jeg har rettet problemstillingen mot barselkvinner generelt.

Barseltiden er et begrep som i de fleste kulturer regnes som de første seks ukene etter fødsel, som innebærer den ofte sårbare perioden og tiden det tar for kvinnekroppen å tilpasse seg etter svangerskap og fødsel (Helsedirektoratet, 2014). En fødselsdepresjon kan oppstå gjennom hele det første året etter fødsel (Glavin, 2016), og jeg vil derfor ta utgangspunkt i hele det første året etter fødsel når jeg omtaler barselperiode, barseltid, barselkvinner og nybakte mødre. Ytterligere begrepsavklaringer omtales i oppgavens del 2.

2. Bakgrunn

2.1. Psykisk helse i forbindelse med fødsel og barseltid

Helse handler i like stor grad som menneskets velbefinnende som fravær av sykdom, og er i følge WHO en ressurs for menneskets dagligliv. Helse kan forstås som et positivt begrep, der det vektlegges både sosiale og personlige ressurser og fysisk aktivitet (WHO 1986, referert i Tveiten, 2007). Psykisk helse omhandler evne til å mestre følelser, atferd, tanker og dagliglivets krav, og er avgjørende for livskvalitet og mellommenneskelige relasjoner (Major et al., 2011). Det er godt dokumentert at tiden etter en fødsel er en risikoperiode for kvinners psykiske helse (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Det er gjort studier som viser at det er en dobling av risiko for bruk av psykisk helsehjelp i de første tre månedene etter en fødsel enn ett år senere, og en omkring tredoblet risiko for å rammes av en depresjon i løpet av de fem første månedene etter en fødsel (Slinning & Eberhard-Gran, 2010).

2.2. Fødselsdepresjon

En fødselsdepresjon (også kalt barseldepresjon eller postpartum depresjon) inntreffer etter fødselen (postpartum), og kan variere i alvorlighetsgrad. En fødselsdepresjon har de samme symptomene som ved annen depresjon, men det kliniske bildet kan være preget av omstendighetene. En kvinne med fødselsdepresjon kan bli likegyldig til å amme og stelle barnet sitt, hun kan bli mer ufølsom for barnets signaler og behov, og hun kan være plaget med tanker som å miste kontrollen og komme til å skade seg selv eller barnet. I tillegg opplever mange som er rammet av en slik depresjon skam og skyldfølelse for ikke å ha de forventede morsfølelsene ovenfor barnet sitt. (Slinning & Eberhard-Gran, 2010)

2.3 Risikofaktorer for å utvikle fødselsdepresjon

Hos de fleste som diagnostiseres med depresjon i barseltiden, foreligger det depressive symptomer på forhånd, eller de oppstår kort tid etter fødselen. Andre risikofaktorer er tidligere klinisk depresjon, traumatiske og stressende hendelser, fravær av nettverksstøtte, konflikter i parforhold, aleneansvar for barnet, uventet/ ikke planlagt graviditet, dårlig selvfølelse, fremmedspråklighet og økonomiske problemer (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

2.4 Konsekvenser av fødselsdepresjon for spedbarnet

En av begrunnelsene for at man bør ha fokus på depresjon hos gravide og kvinner som har født, er konsekvensene en depresjon kan ha for spedbarnet. Årsaken til dette er at mødre med en depresjon kan ha redusert kapasitet til adekvat samspill med barnet. Når mor er preget av depressive symptomer, kan hun ha vanskeligheter med å fange opp barnets signaler, fortolke dem på en hensiktsmessig måte og gi et adekvat tilsvarende i samspill med barnet sitt. I denne perioden der barnet er som mest sårbar og avhengig av sin omsorgsperson, har en manglende sensitivitet hos foreldrene størst skadepotensiale. En alvorlig konsekvens av samspillsvansker kan være at barnets tilknytning blir skadelidende, og tilknytningen til et barn utgjør et viktig fundament for barnets videre utvikling og helse (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

2.5 Nasjonale anbefalinger og retningslinjer

I de nasjonale retningslinjene for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009) anbefales det at primærhelsetjenesten og helsestasjoner bør ha rutiner for å identifisere og følge opp depresjon i svangerskap og fødsel, samt ressurser og faglig kompetanse til å følge opp der depresjon fanges opp. Retningslinjen spesifiserer imidlertid ikke hvordan dette skal gjøres i praksis.

Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014) viser til de ovennevnte anbefalingene fra Helsedirektoratet (2009) i forhold til diagnostisering og behandling av fødselsdepresjon. Når det gjelder screening for barseldepresjon, viser retningslinjene til innstillingen til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, som har vurdert om screening med EPDS skal bli et nasjonalt tilbud, noe som ikke ble anbefalt på det nåværende tidspunkt.

2.6 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) og Edinburghmetoden

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), er et screeningverktøy som er utarbeidet for å oppdage depressive symptomer hos barselkvinner. Den er utarbeidet av den britiske psykiateren John Cox og hans kollegaer. Den er oversatt til over 60 språk, og er EPDS validert for norske forhold (Eberhard Gran & Slinning, 2007). EPDS består av et spørreskjema, der mødrene fyller ut sine opplevelser av opplevd nedstemthet og depresjon

de siste syv dagene, etterfulgt av en samtale med helsesøster. Utfallet av screeningen vil indikere om det er behov for oppfølging (Cox, Holden & Henshaw, 2014).

Mange norske kommuner har innført screening for barseldepresjon hos nybakte mødre på barnets 6-ukerskontroll, ved hjelp av EPDS i kombinasjon med oppfølging med støttesamtaler med helsesøster, og denne metoden utgjør Edinburghmetoden. (Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud, 2014). Edinburghmetoden innebærer at helsesøstre systematisk bruker EPDS hos nybakte mødre, og følger opp med støttesamtaler hos de kvinnene som har milde til moderate plager. Metoden skal forebygge depresjon hos mødre, ved å lette depresjonssymptomer og redusere varigheten av fødselsdepresjonen (Ungsinn, 2013).

Helsedirektoratet har to satsninger som involverer bruk av EPDS i kombinasjon med klinisk samtale: Helsedirektoratet og Barne- ungdoms- og familiedirektoratets opplæringsprogram ”Tidlig inn”, som tilbyr hovedsakelig helsesøstre, men også jordmødre, opplæring i bruk av EPDS sammen med støttesamtaler i kommunenes arbeid med psykisk helse hos gravide og kvinner med små barn. Videre har Helsedirektoratet satsing via Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør, som tilbyr helsesøstre opplæring og bistand til implementering av Edinburghmetoden i norske kommuner (Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør, 2015).

2.7 Helsestasjonstjenesten og helsesøsters rolle i det forebyggende arbeidet i møte med nybakte mødre med fødselsdepresjon

Helsestasjonens posisjon i Norge med nærmere 100% oppslutning, gjør at helsesøstre har en unik mulighet til å identifisere risiko i familier. Helsesøstre har også en viktig rolle i å forebygge og iverksette tidlige tiltak (Helsetilsynet, 2014). Helsesøstre møter barselkvinner tidlig via barnets helsekontroller, og er den yrkesgruppen som har en reell mulighet til å identifisere kvinner med fødselsdepresjon på et tidlig tidspunkt, og som videre har mulighet til tidlig intervensjon (Glavin, 2007).

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal jobbe for å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos barn og ungdom i alderen 0-20 år og blivende foreldre. (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Det forebyggende helsearbeidet kan deles inn i primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende arbeid. Mens primærforebyggende arbeid som retter seg mot alle, som vaksinerer, er målet i det sekundærforebyggende arbeidet å oppdage problem, skade eller sykdom tidlig, for å hindre

mulig videreutvikling. Det tertiærforebyggende arbeidet består i å hindre forverring av eksisterende problemer der sykdom allerede foreligger (Sosial-og helsedirektoratet, 2004). I helsesøsters arbeid med nybakte mødre med eller i risiko for fødselsdepresjon, innebærer da dette primært sekundærforebyggende arbeid, ved å identifisere behov og risikofaktorer på et tidlig tidspunkt, for å kunne igangsette adekvate tiltak til beste for mor og barn.

Edinburghmetoden innebærer systematisk screening for fødselsdepresjon hos nybakte mødre (Eberhard Gran & Slinning, 2007). Screening er standardiserte helseundersøkelser rettet mot hele befolkningsgrupper. Formålet med screening i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er tidlig diagnostisering og mulighet for tidlig intervensjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Helsemyndighetene stiller strenge kriterier for bruk av metoder for screening, og tilgjengelige metoder kan dermed bli forkastet (Glavin, 2007). Screening som metode er omdiskutert, med utfordringer som falsk positive og falsk negative resultat (Glavin, 2007). Helsestasjonstjenesten skal være forankret i kunnskapsbasert praksis (Sosial- og helsedirektoratet, 2004), noe som også er i tråd med Yrkesetiske retningslinjers krav om faglig og etisk forsvarlig yrkesutøvelse (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Helsesøster må derfor i sitt møte med nybakte mødre med fødselsdepresjon, vite at metodene hun anvender er kunnskapsbasert forankret.

3. Metode

3.1 Litteraturstudie

For å få svar på min problemstilling, har jeg valgt litteraturstudie som metode i denne fordypningsoppgaven. I følge Dalland (2012) baserer den litterære oppgaven seg på eksisterende kunnskap, og at det er viktig å redegjøre for framgangsmåte i søket samt kriteriene man har valgt i utvelgelsen av litteraturen man inkluderer. Jeg kommer således til å redegjøre for søkeprosessen jeg har foretatt i oppgavens del 3.4.

Dette litteraturstudiet bygger på systematiske søk etter eksisterende vitenskapelig litteratur om helsesøstres bruk av EPDS og Edinburghmetoden i forhold til nybakte mødre med fødselsdepresjon. Helsesøstre skal i sin yrkesutøvelse jobbe kunnskapsbasert, og forskningsbasert kunnskap er sentralt i dette arbeidet (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Ved å bruke litteraturstudie som metode gir det en god mulighet til å få oversikt over et aktuelt forskningsfelt og eventuelle mangler i forskningsfeltet (Dalland, 2012).

3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

Kvantitativ og kvalitativ forskning settes i metodebeskrivelser ofte opp mot hverandre, ved å omtale målet med forskningen som presentasjon av bredde og omfang versus dybde og innsikt innen et gitt forskningsområde (Thornquist, 2007). Kvantitative metoder benyttes for å beskrive forekomst (prevalens) og fordeling av en faktor, og for å finne sammenheng mellom ett eller flere begreper og variabler (Nordtvedt et al. 2012) Kvalitative metoder bygger på teorier om fenomenologi og hermeneutikk, altså om menneskelig erfaring og om fortolkning (Malterud, 2011). Siden jeg ville finne effektstudier av EPDS og Edinburghmetoden, ønsket jeg hovedsakelig artikler med kvantitativt design. Jeg ønsket imidlertid også å søke etter artikler av kvalitativt design for å undersøke om hvordan helsesøstre erfarte å bruke Edinburghmetoden. Ved å inkludere både kvalitative og kvantitative studier vil dette da kunne belyse problemstillingen min fra forskjellige perspektiver. Kvalitative og kvantitative metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse tematikken (Dalland, 2012).

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å unngå systematiske feil i utvelgelsen av artikler, er det viktig å ha klare inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette vil bidra til å kunne finne studier som best svarer på problemstillingen (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015a). Inklusjons- og eksklusjonskriteriene har jeg presentert i følgende tabell:

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artiklene skal være publisert i 2005-2016	Artikler publisert før 2005
Artiklene skulle være publisert på engelsk eller et skandinavisk språk	Andre språk
Artikler fra Europa	Artikler fra andre verdensdeler
Kvantitative og kvalitative studier	
Artikler av høy eller middels kvalitet	Artikler av lav kvalitet
Artikler fra peer-reviewed tidsskrifter	Artikler fra ikke peer-reviewed tidsskrifter
Artiklenes relevans skulle være overførbare til norske forhold.	
Kvantitative effektstudier av EPDS og Edinburghmetoden, samt kvalitative studier som omhandler helsesøstres erfaringer med EPDS og Edinburghmetoden	Artikler som omhandler annen type screening og behandling for fødselsdepresjon, som medikamentell behandling.
Kunnskapsopsummeringer om EPDS i kombinasjon med støttesamtaler eller kliniske samtaler (Edinburghmetoden)	

3.4 Beskrivelse av søkeprosessen

For å kunne identifisere relevant forskning, er det viktig å gjennomføre et godt litteratursøk. Et godt utført litteratursøk finner systematiske oversikter og enkeltstudier som samsvarer med de valgte inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og irrelevante studier ekskluderes. Et godt litteratursøk styrker også litteraturstudiets validitet (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015a).

Med utgangspunkt i problemstillingen i 1.2, fant jeg ved å benytte PICO foruten å klargjøre hva jeg ønsket å finne ut av i forhold til problemstillingen, relevante søkeord. Ved å bruke PICO, struktureres spørsmålene på en hensiktsmessig måte (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012). For å finne engelske søkeord, brukte jeg SveMed+, og med veiledning fra bibliotekar ved Hiim fant jeg engelske Mesh-termer og Cinahl-headings. Søkeordene framgår av vedlegg 2. For å utvide søket har innenfor samme kategori i søket kombinert søkeordene med OR og tilslutt avgrenset søket med å kombinere søkeordene i de ulike kategoriene med AND (Nortvedt et al, 2012). For å få svar på spørsmålet mitt om norske helsesøstres erfaring rundt bruken av EPDS, så meg tidlig nødt til å skille ut dette i et eget søk, da jeg oppdaget at jeg mistet mange verdifulle treff på effekter av EPDS om jeg hadde hatt med ”public health nurse” i det første søket mitt rundt EPDS og barseldepresjon.

For å finne anerkjente databaser som er tilpasset den forskningen jeg søker etter, har jeg benyttet meg av veiledning med bibliotekar ved Høgskolen i Hedmark. Jeg har foretatt systematiske søk etter vitenskapelige artikler i april 2016, i databasene McMaster Plus, SveMed+, Cochrane, PubMed, Cinahl, PsychInfo og Kunnskapssenteret. Søkehistorikken er presentert i vedlegg 3. For å sile ut de artiklene som var relevante og ikke relevante, har jeg lest overskrifter, og deretter lest abstrakt der overskriften indikerte at dette var av interesse for min problemstilling, før jeg leste hele artikkelen i fulltekst, der tittel og abstrakt viste relevans for min problemstilling. I de databasene jeg hadde over 100 treff, har jeg lest overskrifter på de 100 første treffene. Jeg har i tillegg til litteratursøket funnet relevant bakgrunns litteratur ved å gå igjennom referanselister i aktuelle artikler innen temaene fødselsdepresjon, EPDS og Edinburghmetoden. Prosessen med utvelgelse av artikler har jeg illustrert i flytskjema for søkeprosessen i vedlegg 4. Flytskjemaet har jeg utarbeidet etter inspirasjon fra tidligere eksamensoppgaver ved Høgskolen i Hedmark.

Foruten å ha søkt etter forskning i anerkjente databaser, har jeg kritisk vurdert de inkluderte artiklenes kvalitet, validitet og reliabilitet ved hjelp av Kunnskapssenterets sjekklistor for vurdering av forskningsartikler (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015b). All forskning må forholde seg til etiske prinsipper, og forskningsetiske retningslinjer er vedtatt av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. Disse prinsippene, går kort fortalt ut på at forskeren må ta hensyn til informantens rett til autonomi, privatliv, samt forskerens ansvar for å unngå skade (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010). Jeg har dermed også vektlagt forskningsetiske hensyn i utvelgelsen av artiklene. Jeg har valgt å presentere kvalitetsvurderingen av artiklene, samt forskningsetiske vurderinger, i

en matrise, se vedlegg 6. Matrisen jeg har benyttet er inspirert av matrise hentet fra Centre for Reviews and Dissemination (2009) og samsvarer godt med punktene i kunnskapssenterets sjekklister. På bakgrunn av litteratursøket, har jeg valgt å inkludere seks artikler i fordypningsoppgaven. Disse artiklene ble valgt ut som mest hensiktsmessige for å svare på min problemstilling, på bakgrunn av relevans, kvalitet, validitet og reliabilitet, samt inklusjons- og eksklusjonskriteriene jeg skisserte i oppgavens del 3.3.

4. Resultat

Malterud (2011) sier at analysen av funnene skal bygge bro mellom rådata og de endelige resultatene. Dette gjøres ved at jeg organiserer, tolker og sammenfatter funnene. På bakgrunn av dette har jeg funnet det hensiktsmessig å presentere funnene fra de inkluderte artiklene etter litteratursøket i tre kategorier: 1. Effektstudier av EPDS og Edinburghmetoden i helsestasjonstjenesten 2. Helsesøstres erfaringer ved bruk av EPDS. 3. EPDS anbefales ikke som nasjonal screening for fødselsdepresjon. Oppsummert data omkring de inkluderte artiklene presenteres i vedlegg 5. Kvalitetsvurdering av artiklene fremgår av vedlegg 6.

4.1 Effektstudier av EPDS og Edinburghmetoden i helsestasjonstjenesten

I en norsk kvantitativ studie utført av Glavin, Smith, Sørums & Ellefsen (2010a), redegjøres det for opplæringen av helsesøstre i forhold til temaet fødselsdepresjon. Studien er gjennomført i to store norske kommuner, en intervensjonskommune og en kontrollkommune. I intervensjonskommunen fikk helsesøstrene grundig opplæring i bruk av Edinburghmetoden, mødrene ble screenet for fødselsdepresjon ved hjelp av EPDS, og oppfølging med støttesamtaler ved behov. I kontrollkommunen fikk ikke helsesøstrene økt sin kompetanse, og mødrene ble tilbudt det ordinære helsestasjonsprogrammet. Resultatene i denne studien viste signifikante forskjeller i depresjonsscoren hos deltakerne i de to kommunene, og viste at depresjonsscoren sank betydelig hos mødrene i intervensjonsgruppen sammenlignet med mødrene i kontrollgruppen. Kontrollgruppen ble for øvrig også screenet for fødselsdepresjon ved bruk av EPDS, men uten oppfølging av helsesøstre som var opplært i bruk av EPDS og Edinburghmetoden.

En oppfølgingsstudie av studien til Glavin et al. (2010a), er foretatt i det kvantitative studiet til Glavin, Smith, Sørums & Ellefsen (2010b). Her var hensikten med studien å undersøke effekten av det nye oppfølgingsprogrammet for å forebygge og behandle fødselsdepresjon som var igangsatt i intervensjonskommunen det vises til i studiet til Glavin et al. (2010a). I denne studien fant man at det nye programmet for forebygging og behandling av fødselsdepresjon ga en signifikant lavere EPDS-score både ved seks uker, tre, seks og tolv måneder etter fødsel. På bakgrunn av funnene i denne studien, anbefales det at en barselomsorg med opplæring av helsepersonell med styrket fokus på psykisk helse og støtte til foreldre er en god tilnærming for å håndtere fødselsdepresjon.

Morell et al. (2009) ser på effekten av Edinburghmetoden. Dette er kvantitativ studie med nærmere 4000 britiske kvinner som deltakere. Her ble det undersøkt effekten av at barselkvinner mottok omsorg fra helsesøstre som hadde fått opplæring i å identifisere symptomer på fødselsdepresjon samt støttesamtaler versus de kvinnene som ikke hadde fått samme oppfølging, men standard program for barselomsorgen. Resultatet i studien viser at opplæring av helsesøstre til å identifisere symptomer på fødselsdepresjon ved hjelp av EPDS, samt støttesamtaler, viste seg klinisk effektivt ved både seks og tolv måneder etter fødsel, sammenlignet med standard program for forebygging og behandling av fødselsdepresjon. Studien viser at Edinburghmetoden reduserer forekomsten av depressive symptomer blant barselkvinner fra 10 til 6 prosent ved 4-6 måneder etter fødsel.

4.2 Helsesøstres erfaringer med bruk av EPDS

I en kvalitativ studie av Glavin, Ellefsen & Erdal (2010c) med 11 helsesøstre som deltakere, ble det undersøkt hvordan helsesøstre erfarte å bruke EPDS i screening for fødselsdepresjon i en stor norsk kommune. De intervjuede helsesøstrene i denne studien rapporterte at de opplevde EPDS som et nyttig redskap og opplevde at de oppdaget flere med barseldepresjon ved bruk av dette screeningverktøyet enn uten. I studien kommer det fram at de intervjuede helsesøstrene opplevde at den opplæringen med EPDS de fikk i forkant av praktiseringen var av høy kvalitet og i stor grad nyttig og relevant når de utførte screening ved hjelp av EPDS. De opplevde at opplæringen økte deres kompetanse, virket oppmuntrende og gjorde det lettere å prate om vanskelige temaer med mødre de møtte på helsestasjonen. De opplevde bruk av EPDS som en døråpner til samtaler med mødre. Det ble lettere å snakke om og større åpenhet om psykiske problemer.

4.3 EPDS anbefales ikke som nasjonal screening for fødselsdepresjon

I en rapport fra Kunnskapsenteret, har Larun, Fønhus, Håvelsrud, Brurberg & Reinar, (2013) undersøkt om det er hensiktsmessig å innføre screening kombinert med oppfølgingstiltak for forekomst av symptomer på depresjon hos kvinner i svangerskapet eller barselperioden. Rapporten inneholder oppsummert forskning, og det ble funnet at EPDS, ble brukt i nesten alle de inkluderte studiene i oppsummeringen, både om nøyaktighet og effekt. Hovedfunnene i rapporten viser at 93% av barselkvinnene med en klinisk depresjon ble identifisert ved bruk av EPDS, og at 78 % av de som ikke har en klinisk depresjon blir korrekt klassifisert som friske. Screening med EPDS feilidentifiserer dermed over 20 % av

de friske kvinnene til å komme i gruppen ”falsk positiv” og ble dermed klassifisert som å være i risiko for å utvikle depresjon eller mulig depressive.

Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud (2014) har utarbeidet en kunnskapsoppsummering av hvordan man bør håndtere barseldepresjon, med spesiell vekt på nytten av screening. I arbeidet med kunnskapsoppsummeringen var det foretatt litteratursøk i PubMed, Psychinfo, Cochrane nasjonale, og internasjonale retningslinjer, og resultatet av litteratursøket viste til at i flere internasjonale studier er det vist positiv effekt av Edinburgh-metoden, og screening for barseldepresjon er anbefalt i flere land. De sier videre at om metoden skal være etisk og faglig forsvarlig, må helsepersonell som benytter seg av metoden gjennomgå grundig opplæring i både tema og hva screening innebærer.

5. Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg drøfte funnene i kapittel 4 opp mot bakgrunn og problemstilling. Diskusjonen er tematisert i tre hovedtemaer som skal speile funnene i kapittel 4.

5.1 Edinburghmetoden som virksom metode for helsesøstre til å identifisere og forebygge fødselsdepresjon hos nybakte mødre

I både nasjonale retningslinjer for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014), og de nasjonale retningslinjene for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009) anbefales det at primærhelsetjenesten og helsestasjoner bør ha rutiner og kompetanse for å identifisere og følge opp depresjon i svangerskap og etter fødsel, uten at det spesifiseres hvilke verktøy og metoder som bør anvendes i dette arbeidet.

Samtlige av de inkluderte artiklene jeg fant etter litteratursøket, indikerte at EPDS kan være et effektivt verktøy for å oppdage fødselsdepresjon, og at sammen med støttesamtalene, kan Edinburghmetoden være et virksomt tiltak for helsesøstre til å forebygge fødselsdepresjon hos nybakte mødre. På den annen side, fant man i internasjonale studier at bruk av EPDS feilidentifiserte så mange som over 20 % av de friske mødrene som mulig depressive, altså såkalte falsk positive (Larun et al. 2013). Det høye prevalensen av feilidentifiserte, må sies å være en etisk utfordring med tanke på å implementere denne screeningmetoden. Kunnskapsoppsummeringen til Eberhard-Gran, Slinning og Rognerud (2014), peker også på det høye antallet falsk positive ved bruk av EPDS i internasjonale studier. Ser vi disse funnene opp mot helsesøsters funksjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2004), der helsesøstre skal jobbe helsefremmende og forebyggende, og identifisere risikofaktorer for barnets utvikling på et tidlig tidspunkt og sette inn tiltak, indikerer funnene flere etiske utfordringer. Ved å feilidentifisere friske kvinner som mulig depressive, vil bruk av EPDS kunne bidra til å sykeliggjøre en sårbar periode for barselkvinnen. Dette vil også være i strid med Yrkesetiske retningslinjers krav om etisk og faglig forsvarlighet i utøvelse av sykepleiefaget (Norsk Sykepleierforbund, 2011)

På den annen side, skal helsesøstre kunne identifisere risikofaktorer (se kapittel 2.3) på et tidlig tidspunkt for å sette inn hensiktsmessige tiltak (Glavin, 2007). Utfordringen blir derfor

å finne en modell for å identifisere, behandle og forebygge fødselsdepresjon, som er forankret i kunnskapsbasert praksis.

I studiene til Glavin et al. (2010a, 2010b) argumenteres det for implementering av Edinburghmetoden på bakgrunn signifikante forskjeller av forekomst av fødselsdepresjon med bruk versus ikke bruk av Edinburghmetoden utført av helsesøsterpersonell i to norske kommuner. Den forebyggende effekten i et langtidsperspektiv ble også undersøkt i studien til Glavin et al. (2010b), og man fant betydelig lavere EPDS-score helt opptil tolv måneder etter fødsel der mødrene hadde fått oppfølging fra helsesøstre i form av Edinburghmetoden. Disse funnene gjenspeiles også i studien til Morell et al. (2009), der forekomsten av fødselsdepresjon var redusert også ved tolv måneder etter fødsel der nybakte mødre med fødselsdepresjon hadde blitt fulgt opp av helsesøstre som hadde fått opplæring i Edinburghmetoden. Det kan derfor se ut til at ved å øke helsesøstres kompetanse, kan dette bidra til en bedre oppfølging av nybakte mødre med fødselsdepresjon, og vil sette helsesøstre i stand til å identifisere risiko og hindre negativ utvikling, når vi ser dette opp forebyggende arbeid i helsestasjonstjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

5.2 EPDS som inngangsport til å snakke om psykisk helse

Studien til Glavin et al. (2010c), indikerer at screening med EPDS har ført til økt bevissthet blant helsesøstrene om barseldepresjon og mors psykiske helse. Helsesøstrene i denne studien mente kartleggingsverktøyet EPDS fungerte godt for å identifisere barseldepresjon. De mente bruk av EPDS økte fokuset på mors psykiske helse, og brukte spørsmålene i EPDS-skjemaene som utgangspunkt til å samtale om psykisk helse hos mødrene. Det ble spesielt trukket fram som positivt i studien at bruk av EPDS, gjorde det enklere å snakke om psykisk helse. De rapporterte også at kommunikasjonen med mødrene ble bedre og nærere, og det ble også en større åpenhet om psykiske helseplager. Man kan allikevel stille seg spørsmålet; må man virkelig ha et skjema for å tørre å snakke om psykisk helse og uhelse? Funnene til Glavin et al. (2010c), kan indikere at helsesøstrene i studien brukte screeningverktøyet EPDS til noe mer en det det i utgangspunktet var beregnet for, nemlig som en døråpner til å prate om psykisk helse. Griper vi da etter EPDS som verktøy fordi det legitimerer å snakke om et vanskelig tema? Uansett metode som benyttes, skal vi jobbe kunnskapsbasert, i tråd med Yrkesetiske retningslinjers krav om faglig og etisk forsvarlig yrkesutøvelse (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

5.3 Implementering av Edinburghmetoden på tross av nasjonale retningslinjers anbefalinger, og etiske utfordringer rundt dette

Studiene til Glavin et al. (2010a, 2010b, 2010c) argumenterer for implementering av Edinburghmetoden i helsestasjonstjenesten. Studiene er riktignok foretatt før Nasjonalt prioriteringsråd for helsetjenesten (2013) gikk ut med sine motanbefalinger vedrørende EPDS og Edinburghmetoden, samt retningslinjene for barselomsorgen (2014) som støtter seg på prioriteringsrådets anbefalinger. Man kan stille spørsmål ved at 1/3 av helsestasjonene i Norge har implementert Edinburghmetoden, selv om den ikke anbefalt i nasjonale retningslinjer. Griper vi for raskt etter verktøy uten å være sikre på at det hensiktsmessig? Er vi usikre på egen kompetanse, eller mangler vi rett og slett kompetanse? I studiene til Glavin et al. (2010a, 2010b, 2010c), hadde helsesøstrene fått økt sin kompetanse innen temaet fødselsdepresjon. Helsesøstrene i studien til Glavin et al. (2010c) rapporterte at barselkvinnene ga tilbakemelding om at de opplevde bedre informasjon, ivaretagelse og mulighet for åpenhet, der helsesøstrene hadde fått opplæring i bruk av Edinburghmetoden. Betydningen av helsesøsters kompetanse, med grundig opplæring i bruk av Edinburghmetoden, understrekes også i studien til Eberhard-Gran, Slinning og Rognerud (2014) som vesentlig for at metoden skal være etisk og faglig forsvarlig.

En fødselsdepresjon er potensielt skadelig for barns utvikling (se kapittel 2.4), og det er viktig med tidlig intervensjon, noe også Eberhard-Gran, Slinning og Rognerud (2014) påpeker i sin kunnskapsoppsummering. Dette speiles også i helsestasjonstjenestens forebyggende rolle, ved avdekking av risikofaktorer og tidlig intervensjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Selv om intensjonene er gode, ved at man vil forebygge alvorlig depresjon i en sårbar periode, er det et tankekors at helsesøstre anvender metoden uten at retningslinjene anbefaler dette. Det er likevel et stort dilemma at det skal finnes rutiner for å identifisere og følge opp fødselsdepresjon i helsestasjonstjenesten (Helsedirektoratet, 2009), uten at det er beskrevet nærmere hvilke metoder som skal anvendes. Dette i seg selv tenker jeg krever videre forskning på hvordan vi som helsesøstre kan jobbe forebyggende i møte med nybakte mødre med fødselsdepresjon.

Helsemyndighetenes strenge kriterier for screening (Glavin, 2007), kan føre til at ulike metoder for å bedre folkehelsen ikke kan tas i bruk. Når Helsedirektoratet (2014) ikke

anbefaler EPDS og Edinburghmetoden, er det en utfordring at det ikke anbefales alternative metoder for å identifisere og forebygge fødselsdepresjon. Helsestasjonstjenesten mangler da godkjente metoder i verktøykassen for å tilfredsstille krav fra Helsedirektoratet (2009) om å ha rutiner for identifisering og oppfølging ved fødselsdepresjon.

Helsedirektoratet har fremdeles satsinger som omfatter bruk av EPDS omtalt i kapittel 2.6, der helsesøstre får opplæring i Edinburghmetoden. Helsedirektoratets konklusjon vedrørende bruk av EPDS og Edinburghmetoden, som er under utredning pr.09.05.2016 (vedlegg1), vil være av betydning for hvordan helsesøstre kan hjelpe nybakte mødre med fødselsdepresjon. Dagens situasjon, der praksis og retningslinjer avviker i et slikt omfang som at 1/3 av kommunene anvender Edinburghmetoden på tross av motanbefalingene i retningslinjene, er en ikke holdbar situasjon, er i konflikt med Yrkesetiske retningslinjers krav til kunnskapsbasert praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011).

5.4 Diskusjon av metode og etiske vurderinger

Jeg vurderer at litteraturstudie har vært en nyttig og hensiktsmessig metode for å få svar på min problemstilling. Kvaliteten på de inkluderte artiklene har jeg vurdert som gode. Det er imidlertid begrenset forskning på Edinburghmetoden i Norge, og studiene til Glavin (2010,a,2010b) er de eneste studiene jeg fant som tar for seg effekt av metoden i Norge. For å få et mest mulig helhetlig svar på problemstillingen, trengs det også som Glavin, (2010,c) påpeker, at det må forskes mer på mødrenes subjektive erfaringer med tiltaket. Forskningen jeg fant er således mangelfull når det gjelder brukerperspektivet i kunnskapsbasert praksis (Nordtvedt et al. 2012).

Denne fordypningsoppgaven innebærer litteratursøk etter forskning i anerkjente databaser der artiklene allerede er minimum fagfellevurderte. Artiklene vil dermed være kvalitetssikret av flere eksperter på fagfeltet (Nordtvedt et al. 2012). I alle de inkluderte artiklene er det gjort etiske overveielser ved metodene som er benyttet i forskningen. Jeg har i tillegg kvalitetsvurdert artiklene ut fra blant annet Kunnskapscenterets sjekklister (se vedlegg 6). Således kan jeg ikke se noen etiske betenkeligheter omkring metoden jeg har anvendt i denne fordypningsoppgaven. I tråd med Høgskolen i Hedmarks retningslinjer for eksamensoppgaver har jeg benyttet meg av APA-standard i kildehenvisningene, og utviser således redelighet i forhold til opphavspersoners forskningsarbeid.

6.0 Konklusjon

Tittelen på denne oppgaven, ”*Da Lykkeliten kom til verden*”, henspiller til at det å få barn for de aller fleste forbindes med positive forventninger og lykke. For mange nybakte mødre preges også den første tiden etter fødselen av psykiske plager som kan påvirke både egen helse og spedbarnets trivsel og utvikling. Det er derfor av stor betydning at fødselsdepresjon avdekkes så tidlig som mulig, slik at den enkelte kan få tilpasset hjelp og støtte. Helsesøstre har gjennom sitt møte med de nybakte mødre en reell mulighet til å oppdage og hjelpe kvinner som har eller står i fare for å utvikle fødselsdepresjon.

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse problemstillingen ”Er Edinburghmetoden en virksom og forsvarlig metode for helsesøstre for å identifisere og forebygge fødselsdepresjon hos nybakte mødre?” Forskningen jeg har inkludert peker mot at Edinburghmetoden er en virksom metode til både å identifisere og forebygge fødselsdepresjon, også i et langtidsperspektiv, men at det er et stort dilemma at det i flere av studiene ble avdekket en høy andel falsk positivt deprimerte. Studiene peker også på at det trengs mer kunnskap om effekt av EPDS og Edinburgh-metoden før metoden kan anbefales nasjonalt. Slik retningslinjene for barselomsorgen er i dag (Helsedirektoratet, 2009, Helsedirektoratet, 2014) der det vises til at helsestasjonstjenesten skal ha rutiner og metoder for hvordan barseldepresjon skal avdekkes og behandles uten at dette spesifiseres nærmere, samtidig med at retningslinjene (Helsedirektoratet, 2014) viser til at bruk av EPDS og Edinburghmetoden ikke anbefales på det nåværende tidspunkt, setter helsesøstre i et faglig og etisk dilemma for å ivareta nybakte mødre med fødselsdepresjon. Et paradoks, er at Helsedirektoratet har egne satsningsområder med opplæring av helsesøstre i bruk av Edinburghmetoden på tross av Helsedirektoratets motanbefalinger (Helsedirektoratet, 2014). Det at Edinburghmetoden allikevel anvendes av så mange som ved en tredjedel av norske helsestasjoner, vitner om at det må bli faglig enighet om hvilke metoder som skal anvendes, og Helsedirektoratets konklusjon etter høring (Helsedirektoratet, 2015, vedlegg 1) vil få direkte konsekvenser for praksis. Uansett utfall av konklusjonen til Helsedirektoratet etter høring vedrørende bruk av Edinburghmetoden, må metoden anvendes til det den er ment for. Helsesøstre kan ikke gripe ukritisk etter et verktøy for å tørre å ta opp et vanskelig tema. Vi som helsesøstre må være klar over kunnskapsgrunnlaget for metoden, og utvise etisk forsvarlighet jamfør yrkesetiske retningslinjer krav om å jobbe kunnskapsbasert.

Litteraturliste

Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *Systematic Reviews: CRD`s guidance for undertaking systematic reviews in health care*. Lokalisert 27.04.2016, på <http://york.ac.uk/inst/crd/SysRev/!SSL!/WebHelp/SysRev3.htm>

Cox, J., Holden, J. & Henshaw, C. (2014). *Perinatal Mental Health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual. 2nd edition*. London: The Royal College of psychiatrists.

Dalland, O. (2012). *Metode- og oppgaveskriving for studenter*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Eberhard-Gran M., Slinning K. & Rognerud M. (2014). *Screening for postnatal depression - a summary of current knowledge*. Tidsskrift for den norske legeförening 2014; 134:297-301. Lokalisert 28.10.2015 på <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.13.0068>

Eberhard-Gran M. & Slinning K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Folkehelseinstituttet (2014). *Depressive symptomer forekommer hos 10-15 prosent av alle nybakte mødre*. Lokalisert 01.10.2015 på <http://www.fhi.no/artikler/?id=109100>

Glavin, K. (2016). Barseldepresjon. En kommunal modell for forebygging, identifisering og behandling. I H. Holme, E. Olavesen, L. Valla & M. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten* (s. 401-412). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Glavin K. (2007). Screening og strukturerte kartleggingsinstrumenter. I K. Glavin, S. Helseth & L. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling* (s. 105-116). Oslo: Akribe.

Glavin, K; Ellefsen, B; Erdal B. (2010a). *Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression*. Journal of Advanced Nursing, 66(6),s.1317-1327. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05263.x.

Glavin, K; Ellefsen, B; Erdal B. (2010b). *Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women- a one-year follow-up study*. Journal of Clinical Nursing, 19(20-21), s. 3051-3062. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03332.x.

Glavin, K; Ellefsen, B; Erdal B. (2010c). *Norwegian public health nurses` experience using a screening protocol for postpartum depression*. Public Health Nursing 27(3): 255-262. doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00851.x.

Helsedirektoratet (2015). *Invitasjon til høring. Helsedirektoratets vurdering av bruk av Edinburgh Postnatal depression Scale (EPDS) i kombinasjon med klinisk samtale som del av psykisk helsehjelp til gravide og spedbarnsfamilier*. Lokalisert 29.04.2016 på [http://legeforeningen.no/PageFiles/210338/Invitasjon%20til%20h%C3%B8ring%20fra%20Helsedirektoratet%20-%20Helsedirektoratets%20vurdering%20av%20bruk%20av%20Edinburgh%20Postnatal%20Depression%20Scale%20\(EPDS\)%20i%20kombinasjon%20med%20klinisk%20samtale%20som%20del%20av%20psykisk%20helsehjelp%20til%20gravide%20og%20spedbarnsfamilier.pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/210338/Invitasjon%20til%20h%C3%B8ring%20fra%20Helsedirektoratet%20-%20Helsedirektoratets%20vurdering%20av%20bruk%20av%20Edinburgh%20Postnatal%20Depression%20Scale%20(EPDS)%20i%20kombinasjon%20med%20klinisk%20samtale%20som%20del%20av%20psykisk%20helsehjelp%20til%20gravide%20og%20spedbarnsfamilier.pdf).

Helsedirektoratet (2014). *Nasjonalt faglig retningslinje for barselomsorgen - Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Lokalisert 01.10.2015 på <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien>

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonalt faglig retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten, IS-1561*. Lokalisert 01.10.2015 på <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primar-og-spesialisthelsetjenesten>

Helsetilsynet (2014). *Rapport fra Helsetilsynet: Helsestasjonen-hjelp i rett tid?* Lokalisert 15.04.2016 på http://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport4_2014.pdf

Johannessen, A., Tufte, P. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Kvarme, L. (2007). Forebyggende og helsefremmende arbeid. I K. Glavin, S. Helseth & L. Kvarme (Red). *Fra tanke til handling* (s. 28-34). Oslo: Akribe.

-
- Larun, L., Fønhus, M.S., Håvelsrud, K., Brurberg, K.G. & Reinart L.M. (2013). *Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Lokalisert 28.10.2015 på <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/depresjonsscreening-av-gravide-og-barselkvinner?language=english>
- Major, E., Dalgard, O., Mathisen, K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. 2011. *Bedre føre var. Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morrell, C.J., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S.J. & Nicholl, J. (2009). Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *British Medical Journal* 2009; 338: a3045. Lokalisert 28.10.2015 på <http://www.ncbi.nih.gov.ezproxy.hihm.no/pmc/articles/PMC2628298/>
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2015a). *Slik oppsummerer vi forskning*. Lokalisert 01.10.2015 på http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/_attachment/167644?_ts=152c562b3f4
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2015b). *Sjekklistene for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert 01.10.2015 på <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistene-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten (2013). *Depresjonsscreening av kvinner ved svangerskap og barsel*. Lokalisert 01.10.2016 på <http://www.kvalitetogprioritering.no/saker/depresjonsscreening-av-kvinner-ved-svangerskap-og-barsel>
- Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (2015). *Helsedirektoratets vurdering av bruk av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i kombinasjon med klinisk samtale som del av psykisk helsehjelp til gravide og spedbarnsfamilier*. Lokalisert 09.05.2016 på

[http://www.rbup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/EPDSinnspillfraRBUP.pdf/\\$file/EPDSinns
pillfraRBUP.pdf](http://www.rbup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/EPDSinnspillfraRBUP.pdf/$file/EPDSinns
pillfraRBUP.pdf)

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler* (3.utg). Lokalisert 15.04.2016 på https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. & Reinart, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Slinning, K. & Eberhard-Gran M. (2010). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I V. Moe, K. Slinning & M. Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns helse* (s. 323-346). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. April 2003*. IS-1154.

Thornquist, E. (2007). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Oslo: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2007). Ulike tilnæringsmetoder i praksis. Veiledning. I K. Glavin, S. Helseth & L. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling* (s.173-191). Oslo: Akribe.

Ungsinn (2013). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket Edinburgh-metoden*. Lokalisert 01.04.2016 på https://www.ungsinn.no/post_tiltak/edinburgh-metoden/

Wærum, K. (Red.). (2001). *Den store boka II. 365 Godnatt-historier*. Oslo: Aschehoug.

Vedlegg 1

Privat mailkorrespondanse med Helsedirektoratet:

Videresendt melding:

Fra: Anette Mjelde <Anette.Mjelde@helsedir.no>

Emne: SV: Bruk av EPDS i kombinasjon med klinisk samtale

Dato: 9. mai 2016 kl. 13.47.56 CEST

Til: xxx

Hei

Saken er fortsatt til behandling. Vi vil informere om våre anbefalinger så fort saken ferdigbehandlet.

Mvh

Anette Mjelde

Sendt fra min Samsung-enhet

----- Opprinnelig melding -----

Fra: xxx

Dato: 09.05.2016 10:46 (GMT+01:00)

Til: Anette Mjelde <Anette.Mjelde@helsedir.no>

Emne: Bruk av EPDS i kombinasjon med klinisk samtale

Hei. Mitt navn er xxxxxxxxxxxxxxxx, og jeg er student ved helsesøsterutdanningen ved Høgskolen i Hedmark. Jeg jobber med fordypningsoppgaven som siste innspurt av studiet, hvor jeg har valgt å fordype meg i bruk av EPDS og støttesamtaler som psykisk helsehjelp til nybakte mødre med fødselsdepresjon. Jeg har gjort meg kjent med Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenestens vedtak fra 11.2.2013 vedrørende bruk av EPDS. Grunnen til denne henvendelsen er en invitasjon til høring fra Helsedirektoratet, med referanse 13/4741, vedrørende bruk av EPDS, som jeg kom over på internett. Så der at Gun-Mette Røsand var kontaktperson, og at innspillene var ønsket innen 27.04.2015 før Helsedirektoratet konkluderte og sendte dette videre til kommunene og relevante aktører. Mitt spørsmål er da om det er konkludert i denne saken og evt. konklusjon, eller om saken fremdeles er til vurdering. Sendte først denne forespørselen til din kollega Gun Mette Røsand 29 april 2016, men grunnet uteblitt svar, kontaktet jeg Avd. for psykisk helse og rus i Helsedirektoratet i dag, og fikk oppgitt at Røsnes hadde sluttet i stillingen og at jeg kunne henvende meg til deg. Har siden jeg sendte den første e-posten kommet over skriv fra både RBUP og legeföreningen om Helsedirektoratets vurdering av bruk av EPDS, som kan se ut som det er forfattet etter invitasjon til høring er sendt ut, men hverken dato eller kontaktpersoner i Helsedirektoratet har underskrevet brevet. Svaret fra deg er av stor interesse både for meg og for hele studentkullet som jeg skal presentere det seneste innen anbefalinger innen dette temaet for. På forhånd tusen takk for svar. Med vennlig hilsen xxxxxxxxxxxxxxxx.

Vedlegg 2

Emneord / søkeord til litteratursøket:

Engelske emneord	Engelske MeSH-termer	Cinahl-headings
"Postpartum depression," "Postnatal depression"	"Depression, postpartum"	"Depression, postpartum"
"Edinburgh Postnatal Depression Scale", "EPDS"	Det eksisterer ingen MeSH-term, så det er søkt med de engelske emneordene "EPDS" og "Edinburgh Postnatal Depression Scale" i Cochrane, SveMed+ og PubMed.	"Edinburgh Postnatal Depression Scale"
"Public health nurse"	"Nurses, Public Health"	"Community health nurse"

Vedlegg 3

Oversikt over søkehistorikk:

Dato	Database	Søkeord	Antall treff	Relevante treff ut fra tittel og/eller leste abstracts	Antall artikler lest i fulltekst	Antall inkluderte artikler (evt. referanse)
01.04.2016	McMaster Plus	"Edinburgh Postnatal Depression Scale", OR "EPDS" AND "Depression, postpartum" OR "Postpartum depression," OR "Postnatal depression"	19 i oppsummerte oversikter, 32 systematiske oversikter og 42 enkeltstudier	2	2	0
01.04.2016	McMaster Plus	"Edinburgh Postnatal Depression Scale", OR "EPDS" AND "Depression, postpartum" OR "Postpartum depression," OR "Postnatal depression" AND "Public health nurse*" OR "Nurses,public health"	1 i oppsummerte oversikter, 33 systematiske oversikter og 47 enkeltstudier	0	0	0
01.04.2016	Cochrane	"Edinburgh Postnatal	177	3	3	0

	Library	Depression Scale", OR "EPDS" AND "Depression, postpartum" OR "Postpartum depression," OR "Postnatal depression"				
01.04.2016	Cochrane Library	"Edinburgh Postnatal Depression Scale", OR "EPDS" AND "Depression, postpartum" OR "Postpartum depression," OR "Postnatal depression" AND "Public health nurse*" OR "Nurses,public health"	1	0	0	0
01.04.2016	Kunnskaps-senteret	"Edinburgh Postnatal Depression Scale", OR "EPDS" AND "Depression, postpartum" OR "Postpartum depression," OR "Postnatal depression"	3	3	1	1: Larun, Fønhus, Håvelsrud & Bruberg (2013)
01.04.2016	Kunnskaps-senteret	"Edinburgh Postnatal Depression	0	0	0	0

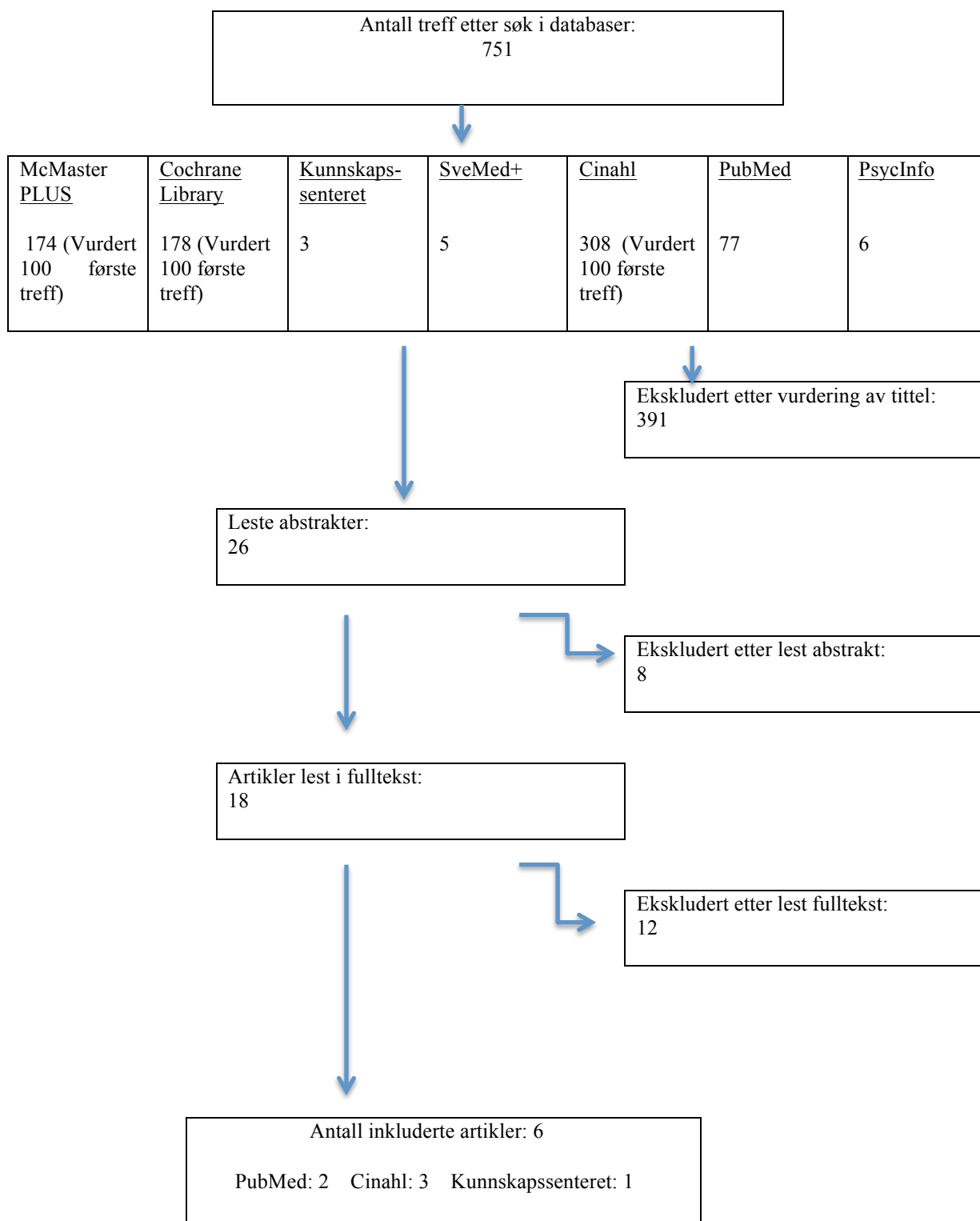
		Scale", OR "EPDS" AND "Depression, postpartum" OR "Postpartum depression," OR "Postnatal depression" AND "public health nurse*" OR "Nurses,public health"				
01.04.2016	SveMed+	"Edinburgh Postnatal Depression Scale", OR "EPDS" AND "Depression, postpartum"	5	5	5	0
01.04.2016	SveMed+	"Edinburgh Postnatal Depression Scale", OR "EPDS" AND "Depression, postpartum" AND "Nurses,Public Health"	0	0	0	0
01.04.2016	Cinahl	"Edinburgh Postnatal Depression Scale", AND "Depression, postpartum"	274	0	0	0
01.04.2016	Cinahl	"Edinburgh Postnatal	34	5	3	3:

		Depression Scale”, AND ”Depression, postpartum” AND ”community health nursing”				Glavin et al. (2010a, 2010b, 2010c)
01.04.2016	PubMed	”Edinburgh Postnatal Depression Scale”, OR ”EPDS” AND ”Depression, postpartum”	21	5	3	2: Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud, (2014) & Morell et al. (2013)
	PubMed	”Edinburgh Postnatal Depression Scale”, OR ”EPDS” AND ”Depression, postpartum” AND ”Nurses,public health” OR ”Public health nurse”	56	3	1	0
	PsychInfo	”Edinburgh Postnatal Depression Scale”, OR ”EPDS” AND ”Depression, postpartum” OR ”Postpartum depression,” OR ”Postnatal	6	0	0	0

		depression”				
	PsychInfo	”Edinburgh Postnatal Depression Scale”, OR ”EPDS” AND ”Depression, postpartum” OR ”Postpartum depression,” OR ”Postnatal depression” AND ”Public health nurse*” OR ”Nurses,public health”	0	0	0	0

Vedlegg 4

Flytdiagram for litteratursøket:



Vedlegg 5

Oppsummering av inkluderte artikler:

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Konsekvenser for praksis
Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud (2014). <i>Screening for postnatal depression--a summary of current knowledge</i>	Hensikten var å finne oppsummert kunnskap om hvordan man bør håndtere barseldepresjon, med spesiell vekt på nytten av screening.	Kunnskapsoppsummering. Det ble foretatt litteratursøk fra 2002-2013 i PubMed, Psycinfo, Cochrane nasjonale, og internasjonale retningslinjer.	Det vises til at litteratursøket fant internasjonale studier der er det vist positiv effekt av Edinburgh-metoden, og at screening for barseldepresjon er anbefalt i flere land.	Screening for barseldepresjon kan være et hensiktsmessig tiltak, men det trengs mer kunnskap om effekt av Edinburgh-modellen og andre oppfølgingsmodeller i Norge. samt enighet om grensen for positiv test, før et slikt tiltak kan anbefales.
Larun, Fønhus, Håvelsrud, Brurberg & Reinart (2013). <i>Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner.</i>	Systematisk oversikt fra Kunnskapssenteret, hvor det er undersøkt om det er hensiktsmessig å innføre screening i svangerskap- og barselperioden. Denne rapporten viser til oppsummert forskning på nøyaktighet og effekt ved bruk av screeningtester, som EPDS.	Kunnskapsoppsummering. Litteratursøk i mars 2012 i Medline, Embase, Psycinfo, Amed, Cinahl og Cochrane Library.	Oversikten viser at EPDS er det mest brukte screeningsverktøyet i studier av nøyaktighet og effekt, og 93% av barselkvinnene med symptomer på klinisk depresjon ble identifisert ved bruk av EPDS.	Det er viktig å oppdage og behandle depresjon hos småbarnsmødre fordi depresjon hos mor under svangerskapet eller i barseltiden kan ha langvarige negative konsekvenser for barnets utvikling. Risikoen for uheldige effekter ved screening må balanseres opp mot risikoen for å overse en depresjon og de konsekvenser det kan ha for mor og barn. På bakgrunn av funnene i kunnskapsoppsummeringen kan derfor screening EPDS ikke anbefales.
Morrell et al.(2009). <i>Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women:</i>	En studie som underbygger den nytteeffekten av Edinburgh-metoden som også er funnet i tidligere studier som det vises til i artikkelen.	Kvantitativ studie. En randomisert, kontrollert studie med nærmere 4 000 britiske kvinner	Opplæring av helsesøstre til å identifisere symptomer ved hjelp av EPDS, samt støttesamtaler, viste seg klinisk effektivt ved både seks og tolv måneder etter fødsel,	Oversikten viser at screening etter fødsel kombinert med ulike oppfølgings tiltak reduserer forekomsten av depressive symptomer blant barselkvinner fra 10 til 6 prosent ved 4 – 6 måneder etter fødsel.

<i>pragmatic cluster randomised trial in primary care.</i>			sammenlignet med standard behandling for forebygging og behandling av barseldepresjon.	
Glavin , Smith, Sørum, Ellefsen (2010a) : Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression.	Hensikten med studien var å undersøke effekten av støttesamtaler utført av helsesøstre i behandlingen av fødselsdepresjon, i en kommune der helsesøstre hadde fått opplæring i fødselsdepresjon og bruk av EPDS og støttesamtaler-Edinburghmetoden.	Kvantitativt studie, der studiepopulasjonen bestod av 228 barselkvinner i to store kommuner i Norge; 164 i intervensjonskommunen og 64 i sammenligningskommunen og	Depresjons-scoren sank signifikant både ved seks og tolv måneder etter fødsel i inervasjonsgruppen der helsesøstre hadde fått opplæring i håndtering av fødselsdepresjon med EPDS og støttesamtaler, i forhold til i sammenligningsgruppen	Støttesamtaler utført av helsesøstre er en effektiv behandlingsmetode for fødselsdepresjon. Ytterligere undersøkelser er derimot nødvendig for å undersøke mødrenes evaluering av behandlingen og vurdere metoder som brukes for behandling av fødselsdepresjon.
Glavin , Smith, Sørum, Ellefsen (2010b) : Redesigned community care to prevent and treat postpartum depression in women - a one-year follow-up study.	Hensikten med studien var å undersøke effekten av oppfølgingsprogrammet, med bruk av EPDS og støttesamtaler i en stor norsk kommune der helsesøstre hadde fått opplæring i denne metoden-Edinburghmetoden.	Kvantitativt studie, der studiepopulasjonen bestod av 2247 barselkvinner i to store kommuner i Norge: 1806 kvinner i intervensjonskommunen der Edinburghmetoden var implementert, og 441 i sammenligningskommunen.	Studiet viser at oppfølgingsprogrammet med EPDS og støttesamtaler i forebygging og behandling av fødselsdepresjon, gir en signifikant lavere EPDS-score både ved seks uker, tre, seks og tolv måneder etter fødsel.	Det foreslås en barselomsorg med opplæring av helsepersonell med økt fokus på psykisk helse, og at helsesøstre er i en god posisjon til å identifisere, behandle og evt henvise kvinner med fødselsdepresjon videre.
Glavin, Ellefsen & Erdal (2010c). <i>Norwegian public health nurses` experience using a screening protocol for postpartum depression</i>	Det ble undersøkt hvordan helsesøstre erfarte å bruke EPDS i screening i en stor norsk kommune	Kvalitativ studie, med dybdeintervju av 11 helsesøstre som deltakere.	De intervjuede helsesøstre følte at treningen de hadde med å bruke EPDS gjorde dem mer sikre i å støtte mødre med psykiske plager etter fødsel, og de mente de oppdaget flere tilfeller av barseldepresjon ved bruk av EPDS enn de gjorde før uten bruk av screeningverktøy.	Studien anbefaler retningslinjer for fremtidige opplæringsprogrammer og implementering av screening. Det er påkrevd ytterligere undersøkelser for å undersøke hvordan mødre opplever å bli screenet samt å evaluere metoder brukt til identifisering av fødselsdepresjon i primærhelsetjenesten.

Vedlegg 6

Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler:

Forfattere, årstall, land	Forskningsbakgrunn, hensikt og teoretisk rammeverk: Bakgrunnens aktualitet og beskrivelse av studiens hensikt / definisjon av begreper / forskningsspørsmål	Forskningsdesign (beskrivelse av metode og utvalg)/ datainnsamling, / analysemetode	Forsknings validitet og etikk: Beskrivelse av validitet, /reliabilitet/ forskningsetikk	Resultater (forskningsspørsmål er besvart)/ resultatene er sammenlignbare med tidligere forskning/ studiens begrensninger er beskrevet/ konklusjonen er logisk/ ytterligere forskningsbehov er beskrevet
Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud, (2014). Norge	+/+/+	+/+/+	+/+/+	+/+/+/+
Larun, Fønhus, Håvelsrud, Brurberg & Reinart (2013). Norge	+/+/+	+/+/+	+/+/+	+/+/+/+
Morrell et al., (2009). England	+/+/+	+/+/+	+/+/+	+/+/+/+
Glavin, Smith, Sørum, Ellefsen (2010a). Norge	+/+/+	+/+/+	+/+/+	+/+/+/+
Glavin, Smith, Sørum, Ellefsen (2010b). Norge	+/+/+	+/+/+	+/+/+	+/+/+/+
Glavin, Ellefsen & Erdal (2010c). Norge	+/+/+	+/+/+	+/+/+	+/+/+/+

Kilde inspirasjon til matrise: Centre for Reviews and Dissemination, (2009).