



# GIR BEDRE FØDSELSOMSORG

**Effektiv.** Edinburgh-metoden identifiserer depresjon og reduserer depresjonssymptomer før og etter fødsel.

**EVALUERING:**

Artikkelen bygger på  
**50 % praksis**  
 50 % teori



**DOI NUMMER:**

10.4220/sykepleiens.2014.0181



**Hanne Holme,**  
 Helseøster og seksjonsleder, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, RBUP Øst og Sør

**F**lere norske kommuner har fokusert på psykisk helsehjelp til gravide og barselkvinner som trenger ekstra støtte og oppfølging. For alle som arbeider med implementering av nye arbeidsmetoder, er de ansattes tilbakemeldinger helt sentrale. I denne artikkelen blir erfaringene fra en stor kommune presentert.



**Rakel Aasheim Greve,**  
 Undervisnings- og fagkoordinator, RKBU Vest

**HELSEFREMMENDE.** Helsestasjonene i Norge har et godt utgangspunkt for å kunne jobbe direkte helsefremmende og sykdomsforebyggende rettet mot dem som ikke er i noen umiddelbar risiko for depresjoner. Mer spesifikk innsats på ulike nivåer kan rettes mot de foreldre som trenger det. Til tross for at helsestasjonene møter tilnærmet alle nybakte foreldre, har tradisjonelt svært få kvinner med fødselsdepresjoner blitt identifisert og fått hjelp. Studier har vist at færre enn hver tredje barseldepresjon oppdages (1–3).



**Marit Bergum Hansen,**  
 Avdelingssjef, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, RBUP Øst og Sør

**DEPRESJONER.** Norske undersøkelser har vist at 10–15 prosent av kvinner har symptomer på nedstemthet og depresjon de første månedene etter en fødsel, omtrent 5 prosent av disse utvikler alvorlige depresjoner. Man anslår at en tredjedel av depresjonene oppstår i svangerskapet (2–5). I tillegg til de

moderate og alvorlige symptomene har også en del kvinner mildere symptomer, noe forskningsprosjektene tradisjonelt har fokusert mindre på. Depresjoner i denne fasen av livet utgjør uansett et alvorlig helseproblem, både for den det gjelder og for parforholdet. Ikke minst er det veldokumentert at depresjon hos mor kan ha innvirkning på barnets trivsel og utvikling. (6,7). Hovedutfordringen ligger i at sped- og småbarn trenger omsorgspersoner som er psykisk tilgjengelige og sensitive overfor barnets signaler og behov.

**EDINBURGH-METODEN.** Flere norske helsestasjoner, deriblant Sandnes kommune, har innført Edinburgh-metoden i perioden 2011/2012. Implementering og evaluering er gjennomført i samarbeid med Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse (RBUP Øst og Sør). Edinburgh-metoden er en strukturert tilnæringsmetode der kvinner først fyller ut kartleggingsverktøyet The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), og deretter har en umiddelbar samtale med jordmor eller helseøster om egen psykisk helse. Den umiddelbare samtalen om psykisk helse tar utgangspunkt i kvinnens besvarelse i EPDS-skjemaet (8). Edinburgh-metoden ble tatt i bruk i Sandnes for å

styrke det forebyggende arbeidet i primærhelsetjenesten. Metoden vil kunne hindre at mange utvikler langvarige og alvorlige depresjoner, gjennom at kvinner identifiseres tidlig (9). Ved å bruke metoden ønsket kommunen å tilby tilpasset hjelp så tidlig som mulig. Evalueringen består av innsamlet datamateriale forut for implementering av Edinburgh-metoden, en elektronisk og anonym evaluering besvart av helseøstre og jordmødre i kommunen og konkrete oppfølgingstall i rapport via helsestasjonsledelsen ett år etterpå.

**SANDNES.** Sandnes kommune tok i bruk Edinburgh-metoden i 2010. Kommunen hadde 66 245 innbyggere per 1. januar 2011, derav 6 075 barn under fem år. Helsestasjonstjenesten når ut til nær sagt alle disse barna i Sandnes. Kommunen har gjennomført en enkel, prospektiv kartlegging av hvilken oppfølging helseøstre og jordmødre har gitt kvinner og familier i ett år før Edinburgh-metoden ble tatt i bruk. Jordmødre, helseøstre og en psykolog har fulgt en firedagers opplæring i oppstarten, samt at de har hatt veiledning hver fjerde til sjette uke i ett år. Opplæringen ble avsluttet med en felles oppfølgings- og erfaringsdag ett år etterpå. Kursevaluering er gjennomført etter den første firedagers-opplæringen.

Fakta ●●●

**Hovedbudskap**

Symptomer på nedstemthet og depresjon er viktig å identifisere hos gravide og nybakte foreldre, både av hensyn til barnets utvikling, av hensyn til den voksne og av hensyn til parforholdet. Edinburgh-metoden bidrar til å sikre helsefremmende og forebyggende innsats på et veldig lavt behandlingsnivå når det benyttes i helsestasjonene. Denne artikkelen viser hvordan systematisk innsats ved bruk av metoden innvirker på oppfølgingen som gis av jordmødre og helseøstre i Sandnes kommune.

**Nøkkelord**

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Svangerskap
- Nyfødt
- Depresjon
- Helseøster
- Jordmor

Edinburgh-metoden benyttes i møte med alle kvinner i Sandnes, ofte både i svangerskapsuke 26–30 og på seksukerskonsultasjonen i helsestasjonen. Helsesøstre og jordmødrene i Sandnes har ført statistikk knyttet til Edinburgh-metoden og oppfølging av kvinner fra implementeringstidspunktet og ett år frem i tid. I tillegg ble det gjennomført en anonym evaluering ett år etter implementeringen. Spørsmålene omhandlet i hovedsak hvilke erfaringer helsesøstre og jordmødrene har med metoden. Herunder inngår både egen opplevelse, opplevde brukererfaringer og spørsmål knyttet til rammene for bruk av metoden.

**EVALUERING.** Evalueringen etter ett år ble sendt ut per e-post til alle helsesøstre og jordmødre i kommunen, totalt 34 stykker. Svarprosenten er på 86 prosent. Evalueringen er formet som utsagn hvor respondentene tar stilling til om det stemmer veldig godt, stemmer godt, verken eller, stemmer ikke noe særlig og stemmer ikke i det hele tatt. 75 prosent av respondentene har deltatt på fire dagers opplæring forut for implementeringen, 21 prosent har ikke deltatt. Evalueringen viser at alle helsesøstre og jordmødre, med unntak av to, bruker metoden som planlagt i svangerskapsuke 26–30 og ved seksukerskonsultasjonen. Helsesøstre og jordmødrene oppgir svært ulik konsultasjonstid, fra 10–20 minutter og opptil 60 minutter. I helsestasjonen har helsesøstre og jordmødre tradisjonelt avsatt ulik tid til rutinemessige konsultasjoner. Jordmødre benytter rutinemessig fra 30–60 minutter, mens de fleste helsesøstre har 20–30 minutter til sine konsultasjoner i helsestasjonene.

**FORNØYDE.** Samtlige helsesøstre og jordmødre svarer at de opplever Edinburgh-metoden som meningsfull i helsestasjonsarbeidet. Alle respondentene opplever at EPDS-skjemaet fungerer som en døråpner til en samtale om psykisk helse, og 67 prosent mener at støttesamtaler er en metode som har

beriket yrkesutøvelsen. De aller fleste er fornøyd med egen arbeidssituasjon når det gjelder tidsbruk og arbeidskrav. Kun to personer svarer at de er lite tilfreds med tiden de har til rådighet og at arbeidskravene er for store. Nitti prosent av jordmødre og helsesøstre rapporterer at kvinnene synes det er greit å fylle ut skjemaet, mens 10 prosent svarer verken eller. Det er ingen ansatte som har fått negative tilbakemeldinger fra kvinnene.

**STYRKET DIALOG.** Et sentralt element ved å bruke Edinburgh-metoden er å styrke kvinnens deltakelse i dialogen. Bruk av selvutfyllings-skjema som EPDS antas å gi en mental forberedelse til hva som skal skje i konsultasjonen. Nesten nitti prosent av helsesøstre og jordmødre erfarer at bruken av EPDS styrker kvinnens aktive deltakelse. Ingen av respondentene er uenige i dette uttagnet. Det viser seg at Edinburgh-metoden, etter de ansattes vurdering, styrker barselkvinner brukermidvirkning på egen helse, tross for at tidligere har vært lite påaktet.

I Sandnes oppgir alle, bortsett fra to, at de mottar regelmessig veiledning. Alle som har deltatt i veiledning opplyser å ha blitt hørt, forstått og respektert av veileder. Kursevalueringen fra opplæringen viser at også veileder deltok i de felles opplæringsdagene. Veiledningen oppleves i sin helhet som nyttig for omtrent seksti prosent.

**EFFEKT.** Kartleggingen som ble foretatt før implementering av Edinburgh-metoden (N=16) viste at de aktuelle helsesøstre og jordmødrene til sammen hadde møtt 725 kvinner (prospektiv kartlegging, sett ett år tilbake i tid). Av disse 725 hadde 11 prosent av kvinnene hatt symptomer på nedstemthet og depresjon i forbindelse med svangerskap og barseltid, og 9 prosent av disse fikk

ekstra oppfølging i helsestasjonen før innføring av Edinburgh-metoden. Kartleggingen har ikke skilt mellom svangerskaps- eller barseltid.

Oppfølgingstall fra helsestasjonsledelsen i Sandnes viser at 143 kvinner har fått oppfølging fra jordmor

## «En tredjedel av depresjonene oppstår i svangerskapet.»

i svangerskapet, hvorav 17 prosent får tilbud om ekstra oppfølging. Etter fødsel fulgte helsestasjonen 457 kvinner, 16 prosent fikk tilbud om ekstra oppfølging. Imidlertid takker en del kvinner nei til ekstra oppfølging. Jordmødrene følger opp 12 prosent av det totale antallet kvinner, mens helsesøstre følger opp 7 prosent kvinner. Av dem som ble tilbudt ekstra oppfølging etter fødsel (N=74) har totalt 65 prosent takket nei. I svangerskapet takker 24 prosent nei. Gjennomsnittlig får disse kvinnene 1,4 ekstra samtaler i svangerskapet, 2,2 samtaler etter fødsel. Henvisninger videre i tiltaksnettverket utgjør 2 prosent i svangerskapet og 4 prosent etter fødsel. Samtlige helsesøstre og jordmødre i Sandnes kommune ønsker å fortsette å bruke Edinburgh-metoden i sin oppfølging av foreldre, til tross for at enkelte synes metoden krever mye ressurser i det daglige.

**DISKUSJON.** Screening for barseldepresjon kan være et hensiktsmessig tiltak, men Eberhard-Gran og kollegaer (4) skriver i sin kunn-

skapsoppsumming at flere studier trengs for å måle effekten av slike tiltak. I faglige retningslinjer for både svangerskapsoppfølging og oppfølging i helsestasjonene framkommer at kommunene har et ansvar for å sørge for å identifisere og tilby effektiv og tilpasset hjelp til barselkvinner som strever, og at kvinnens psykiske helse skal være et tema i de ulike konsultasjoner i helsestasjonens oppfølging av små barn (10–12). Edinburgh-metoden er en metode som identifiserer depresjon og reduserer depresjonsymptomer blant barselkvinner, og er også en viktig del av opplæringen «Tidlig Inn» som tilbys kommuner i et nasjonalt program initiert av Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (13). Edinburgh-metoden er også implementert i mange av landets kommuner etter bestemte kriterier i samarbeid med Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, RBUP Øst og Sør (14).

**BETYDNING.** Som nevnt innledningsvis identifiseres for få kvinner med fødselsdepresjoner opp i hjelpeapparatet (1–3). Tidligere undersøkelser (15) og også vår evaluering, viser at flere kvinner med depresjon blir identifisert ved bruk av Edinburgh-metoden. I Sandnes økte dette fra 11 til 16–17 prosent etter innføringen. Imidlertid takker relativt mange kvinner nei til videre oppfølging med støttesamtaler, spesielt etter fødselen. Årsaken til det kommer ikke frem i evalueringen, men muntlige tilbakemeldinger fra helsesøstre tilsier at kvinnene takker nei ettersom de uansett skal tilbake til helsestasjonen etter kort tid innenfor det «faste» programmet, og derav ikke føler behov for noen ekstra timeavtale i





mellomtiden. I praksis løses dette ved at kvinnen får tilbud om å kontakte helsesøster utenom avtalene dersom hun ombestemmer seg, og videre oppfølging avtales og eventuelt planlegges ved neste møte noen uker senere. En hypotese er også at den umiddelbare samtalen etter utfylling av EPDS-skjemaet avdekker falske positive funn, og at noen av de kvinner som takker nei til ekstra oppfølging egentlig ikke har symptomer på nedstemthet eller depresjon. Uansett årsak styrker funnet i evalueringen vår antakelsen om at den umiddelbare samtalen som inngår i Edinburgh-metoden har enormt stor betydning. Både for å sortere ut eventuelle falske positive funn og også for å tydeliggjøre for kvinnen at helsestasjonen er et egnet sted å få videre hjelp dersom hun senere måtte ønske det.

**POSITIVT.** Et svært positivt funn er at metoden fører til mer aktiv deltakelse fra kvinnen, og således økes barselkvinneres brukermedvirkning i helsestasjonene. Brukermedvirkning er et uttalt politisk mål som formuleres i mange førende dokumenter fra aktuelle departement og direktorat. Funnet styrkes av at ingen rapporterer at kvinner har hatt negative opplevelser knyttet til Edinburgh-metoden. Andre studier korresponderer med dette, hvor det ikke er funnet fysiske og sosiale utfall hos mor, eller negative eller uønskete effekter av screening og oppfølging av mor, barn eller familie (16).

**STØTTESAMTALER.** Innføring av Edinburgh-metoden i Sandnes har også ført til at mange av helsesøstrene og jordmødrene tilbyr støttesamtaler som ekstra oppfølging til kvinner som ønsker og trenger det. Støttesamtaler er en metode som vektlegger en empatisk lyttende og støttende holdning i samtalen, framfor å gi råd. Når så mange som 92 prosent fra Sandnes-undersøkelsen rapporterer at støttesamtaler er en berikelse i yrkesutøvelsen, og at den oppleves nyttig og meningsfull, tenker vi oss at dette

oppleves som en viktig oppgave i det daglige. I tillegg til å berike den ansatte viser også undersøkelser at denne typen oppfølgingsprogram har god effekt for den kvinnen det gjelder (17, 18). Dette gir en forebyggende effekt på ulike former for utvikling- og atferdsmessige vansker hos små barn, selv om det fortsatt er begrenset kunnskap om varigheten av de positive effektene ved ulike intervensjonstiltak. Et viktig moment er også at symptomer på nedstemthet hos kvinner, uten at det nødvendigvis oppfyller formel-

## «Samtlige helsesøstre og jordmødre svarer at de opplever Edinburgh-metoden som meningsfull.»

le kriterier for en diagnose, kan ha store innvirkninger på funksjonsnivået i den daglige omsorgsutøvelsen for barnet. Skotheim og kollegaer (19) viser at også subkliniske depresjoner kan påvirke samspillet mellom mor og barn.

Det er derfor grunn til å anta at oppfølging gjennom støttesamtaler både er berikende for helsearbeideren og at samtidig sikrer kostnadseffektiv både helsefremmende og forebyggende innsats på et veldig lavt behandlingsnivå.

**KONKLUSJON.** Edinburgh-metoden bidrar til å sikre helsefremmende og forebyggende innsats på et veldig lavt behandlingsnivå, og anses kostnadseffektivt på alle mulige måter. Samfunnmessig vil det på sikt også ha stor betydning at disse kvinnene som gruppe fanges opp og får behandling, både for den voksne det gjelder, parforholdet, og ikke minst for det lille barnet som trenger sensitive og tilgjengelige voksne i denne første og viktige fasen av livet. Det er også viktig å

holde fast ved en universell forebyggende tilnærming der den som møter kvinnen tilbyr støttesamtaler ved lette og moderate plager. Helsestasjonene anses å være en riktig arena for denne typen arbeid. ●

### REFERANSER:

- Eberhard-Gran M, Slinning K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2007.
- Glavin K, Smith L, Sorum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009; 23: 705–10.
- Coates AO, Schaefer CA, Alexander JL. Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *J Behav Health Serv Res* 2004; 31: 117–33.
- Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 297–301.
- Berle JØ, Aarre TF, Mykletun A, et al. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord* 2003; 76: 151–6.
- Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short and long term effect of psychological treatment of post-partum depression. I: Impact of maternal mood. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 412–9.
- Hammen C. Risk and protective factors for children of depressed parents. I: Luthar SS, red. Resilience and vulnerability: Adaption in the Context of Childhood Adversities. New York: Cambridge University Press, 2003: 50–75.
- Cox J, Holden JM. *Perinatal Mental Health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell, 2003.
- Slinning K, Holme H, Valla L. (2012). Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 2012; 49: 69–73.
- Nasjonal retningslinje for svangerskapsomsorgen. IS-1179. Oslo: Helsedirektoratet, 2005.
- Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. IS 1154. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
- Nasjonale faglige retningslinjer. Nytt liv og trygg tid for familien. Retningslinje for barselomsorgen. IS-2057. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
- Tidlig intervensjon. <http://tidligintervensjon.no/Tema/Gravide/Helse/Hva-gjor-jeg/Opplæringsprogrammet> (Hentet 18.07.14.)
- Holme H, Slinning K, Hansen M, Haug A. Implementeringsarbeid på tvers av kommunegrensar, forvaltningsnivå og faggrupper. I: Moe, Slinning, Hansen, red. *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* Oslo: Gyldendal akademisk, 2010: 545–59.
- Glavin K, Ellefsen B, Erdal B. Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. *Public Health Nursing* 2010; 27: 255–262.
- Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner. Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 1–2013. Systematisk oversikt. Oslo: Kunnskapscenteret, 2013.
- Glavin K, Smith L, Sorum R, Ellefsen B. (2010). Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *Journal of Advanced Nursing* 2010; 66: 1317–27.
- Morrell, J.C., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S.J., Brugh, T., Barkham, M., Parry, G.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. *BMJ*, 2009, 338:a3045.
- Skotheim S, Braarud HC, Høie K et al. Subclinical levels of maternal depression and infant sensitivity to social contingency. *Infant Behav Dev* 2013; 36: 419–26.

### FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til [torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)