



Hanne Holme
Helsesøster/
opplæringsleder



Kari Slinning
dr. psychol/ forsker



Marit Bergum Hansen
cand.polit/avdelingsjef

Alle tre jobber i Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse.

Fanger opp depri

Flere kvinner som sliter med depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel blir identifisert ved hjelp av kartleggingsverktøy.

Kunnskapsgrunnlaget for god praksis i helsetjenestene har blitt løftet frem som et viktig tema de siste 10–15 årene. Begreper som evidens, kunnskapsbasert praksis og praksisnær forskning peker på behovet for en større kvalitetssikring av møtet mellom fagpersoner i helsetjenesten og brukerne. Helsetjenesten bør ha rutiner for å identifisere risikofaktorer i og rundt den enkelte familie, i tillegg til forhold knyttet til hvert enkelt barn. Disse rutinene bør være forskningsbaserte og praktisk gjennomførbare i den vanlige hverdagen i tjenestene, samt at de bør holde faglig og etisk forsvarlig standard.

Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse bistår kommuner over hele landet med implementeringsarbeid knyttet til kartleggingsverktøy, basert på utviklingen av og erfaringene fra modellen OSS (Oppdage-Støtte-Samarbeide). I denne artikkelen vil vi redegjøre for hvordan vi har arbeidet systematisk med implementering av den såkalte Edinburgh-metoden i en rekke kommuner.

Psykiske reaksjoner

Norske undersøkelser tyder på at 10–15 prosent kvinner har moderate til alvorlige symptomer på nedstemthet og depresjon de første månedene etter en fødsel (1,2,3,4). En rekke studier tyder på at forekomsten er like høy under graviditet (5). Ubehandlet depresjon øker risikoen for utvikling av mer alvorlig depressiv lidelse og tilbakevendende depressive episoder. Depresjoner i denne perioden utgjør et alvorlig helseproblem. Og vi vet at sped- og småbarns tidlige erfaringer har betydning for videre utvikling. Dette tilsier at man bør gjøre en stor innsats for å forebygge psykiske plager i denne perioden av livet.

Van Doesum (6) har dokumentert at tidlig intervensjon overfor deprimerte mødre gir god effekt mot tilknytningsforstyrrelser. Jo lenger mødrene er deprimerte eller har relasjonelle vansker med sine små barn, jo større er sjansen for ulike former for atferdsvansker hos barna og fysiologiske forandringer i hjernen. Hammen (7) har vist at barn av deprimerte mødre selv har større risiko for å bli deprimerte (20–45 prosent av barn til pasienter som var innlagt i psykiatrisk sykehus hadde selv en klinisk depresjon). Andre problemer som rapporteres er oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet, sosioemjonelle vansker, språkforstyrrelser og kognitive vansker (prospektive studier) (8). Årsakene er sammensatte og tilskrives så vel genetiske og neurofysiologiske forhold som forstyrrelser i mor-barnsamspelet og generell svekket omsorgskompetanse hos omsorgspersonene (9).

Tidlig intervensjon

Svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten følger i stor grad

Nasjonale faglige anbefalinger som gis ut av Helsedirektoratet (10,11). Disse anbefaler at både jordmor og helsesøster inkluderer den voksnes psykiske helse som eget tema i flere av konsultasjonene. Undersøkelser har vist at svært få kvinner med fødselsdepresjoner fanges opp i hjelpeapparatet, til tross for at nesten alle av disse tar imot tilbud om oppfølging gjennom svangerskapet og i helsestasjonen etter at barnet er født. (3,12). Tidlig identifisering av mødre med symptomer på nedstemthet og fødselsdepresjon kombinert med et oppfølgingsprogram i form av støttesamtaler har vist seg å ha positiv effekt på kvinnens depresjonssymptomer (13,14).

OSS i Glåmdal

I det følgende beskriver vi hvordan arbeidet med innføring av EPDS og støttesamtaler i helsestasjonene er gjort systematisk under oppbygging av et modelldistrikt, OSS i Glåmdal, i perioden 2007–2009.

Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ble opprettet høsten 2006, med finansiering fra Helsedirektoratet, Barne- og likestillingsdepartementet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Blant prioriterte oppgaver er utprøving og implementering av kartleggings- og utredningsverktøy, behandlingsmetoder og tverrsektorielle samarbeidsmodeller basert på forskningsresultater og systematiske kliniske erfaringer. Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse samarbeider spesifikt med kommuner som ønsker å styrke sin innsats på sped- og småbarnsfeltet, og søker å påvirke kommunene til å starte slik satsing allerede fra svangerskapet.

Implementeringsarbeid

Spedbarnsnettverket innledet i 2007 et interkommunalt samarbeid på tvers av forvaltningsnivå og faggrupper, OSS i Glåmdal. Kommunene Kongsvinger, Eidskog, Nord-Odal, Sør-Odal, Åsnes og Grue gikk sammen med BUP Kongsvinger, DPS Kongsvinger, Familievernkontoret i Kongsvinger og Glåmdal pedagogisk-psykologisk senter i en gjensidig forpliktende avtale over to år. Målsettingen var å fange opp flere barn i risiko så tidlig som mulig, og tilby rask, effektiv og mest mulig «sømløs» behandling og oppfølging.

Statistisk sentralbyrå utfører tverrsnittundersøkelser av befolkningen i Norge hvert år. Tall fra Styringshjulet (15) viser at de seks nevnte kommunene samlet har høyere levekårsproblemer enn lands- og fylkesnivå (8,7 mens landsgjennomsnittet er 5,5 i 2007). Tallene viser stigende tendens de senere år, og det er lite tegn til bedring. Regionen har et stort antall uføretrygdede, høy

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Helsestasjon
- ▶ Depresjon
- ▶ Svangerskap
- ▶ Fødsel



merte

andel barn med barnevernstiltak, lavt utdanningsnivå, høyt antall enslige forsørgere og mange barn har spesialpedagogiske tiltak i barne- og ungdomsskolene. Felles for kommunene er at de har dårlig kommuneøkonomi og over tid har hatt lite økonomiske ressurser til forebyggende helsearbeid.

Kartlegging

Sosioøkonomiske forhold og risiko for depresjon er knyttet sammen. I miljøer med store sosioøkonomiske belastninger er forekomsten av depresjon høyere. Ut ifra levekårsproblematikken i denne regionen antas det at prevalensen på fødselsdepresjoner ligger høyere enn i landet for øvrig.

Kommunene ble selv bedt om å fortelle «hvor skoen trykket». Spedbarnsnettverket har hele tiden hatt koordinator- og prosjektlederfunksjonen, samt at faglige beslutninger har vært drøftet i en ressursgruppe bestående av ledende fagfolk innenfor områdene kvinne- og familiehelse, sped- og småbarns psykiske helse og implementering. Kommunene ønsket et verktøy for å fange opp barn i risiko så tidlig som mulig, og i første omgang ble derfor kartleggingsverktøyet EDPS valgt ut som en del av intervensjonen. I senere faser har også kartleggingsverktøyet Ages & Stages Questionnaires (ASQ) (16) blitt tatt i bruk i noen utvalgte barnehager.

Spedbarnsnettverk

Spedbarnsnettverket har benyttet implementeringsforskning, innovasjonsteori og ulike teorier om voksenlæring for å gjøre implementeringsarbeidet både faglig og etisk forsvarlig i tråd med WHO's retningslinjer for innføring av screening og for å få samarbeidet til å vedvare etter prosjektets slutt. Implementering kan defineres som «de handlinger som er knyttet til innføring av ny kunnskap. Handlingene har en definert start og inneholder et uttalt mål for hva som søkes oppnådd (her: bedre praksis og bedre utbytte for bruker) og det skal være en evaluering av måloppnåelsen» (17). Innovasjonsbegrepet knytter seg til måten en idé spres ut i en gruppe på (18). Evaluering inngår som en del av implementeringsarbeidet.

Implementeringsarbeidet i OSS i Glåmdal og den teoretiske forankringen er grunnlaget for at spedbarnsnettverket nå samarbeider med et stort antall norske kommuner og gir anbefalinger og støtte for videre implementering av ulike kartleggingsverktøy.

EPDS

Psykiateren John Cox og hans kollegaer har utviklet kartleggingsverktøyet EPDS (The Edinburgh Postnatal Depression Scale) for å identifisere barselkvinner med risiko for depresjon. Kvinnen



selv gir et bilde på egen psykisk tilstand siste sju dager ut fra avkryssninger på EPDS-skjemaets ti punkter. Kartleggingsverktøyet er oversatt til en rekke språk, og er validert for norske forhold. I dag brukes EPDS også overfor gravide og menn. EPDS er utviklet for bruk av helsepersonell. EPDS brukes ikke til å diagnostisere fødselsdepresjon, men gjennom opplæring og trening kan den enkelte helsearbeider oppdage, støtte og eventuelt viderehenvise kvinner med risiko for å utvikle fødselsdepresjon. (2,3,12,19,20).

Cox og Holden (21) anbefaler alltid at utfylling av EPDS-skjemaet umiddelbart etterfølges av en samtale med helsearbeideren som er trent i bruk av denne metoden, som vi kaller Edinburgh-metoden. På denne måten får helsesøster eller jordmor en dialog med kvinnen om hennes psykiske helse og nærmere innsyn i om dette dreier seg om faktisk risiko for fødselsdepresjon eller andre forhold. Som eksempel kan uvanlig mange oppnå høye skår (det vil si høy risiko for depresjon) dersom man kartlegger symptomer tett opp under jul eller før en barnedåp når stressnivået er spesielt høyt hos mange. Den påfølgende samtalen hvor svarene utdypes gir muligheter for å avdekke denne type falske positive tilfeller. Dette bidrar til at falske positive ikke tar opp ekstra kapasitet i

BØR FØLGES OPP: Depresjon i forbindelse med graviditet og fødsel kan få alvorlige konsekvenser for barnet. (Kvinnen på bildet har ingenting med innholdet i artikkelen å gjøre.) Arkivfoto: Marit Fonn



helsevesenet. På den annen side erfarer helsesøstre og jordmødre som benytter Edinburgh-metoden at enkelte lettere kommer frem med andre forhold som bekymrer og påvirker den psykiske helse-tilstanden til kvinnen, det være seg angstproblematikk, problemer med rusmidler eller tidligere traumer som seksuelle overgrep og vold. Eberhard-Gran og Slinning har utarbeidet en bok om depresjon og nedstemthet i forbindelse med fødsel, der de også beskriver anbefalinger for bruk av metoden (12).

Støttegrupper

For optimal implementering med nødvendige tilpasninger til de lokale forholdene ble det opprettet tverrfaglige arbeidsgrupper i hver av de seks kommunene. De fleste kommunene har hatt følgende deltakere representert: jordmor, helsesøster, psykiatrisk sykepleier, barnevernspedagog og barnehagerepresentant.

Svært få kvinner med fødselsdepresjoner fanges opp i hjelpeapparatet.

En av kommunene har også involvert ruskonsulent. Som følge av at dette var et samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene ble det også opprettet en drøftingsgruppegruppe som jobbet mellom første- og andrelinjetjenestene, bestående av kommunale representanter, BUP sped- og småbarnsteam, DPS-representanter og Familievernkontorets representant. I tillegg ble det opprettet en interkommunal styringsgruppe med beslutningsmyndighet. Rådmennene i hver av kommunene valgte ut disse representantene, samt at avdelingsjefer i andrelinjetjenestene var representert.

Gjennom disse ulike gruppene kunne vi legge til rette for det som i organisasjonsteorien kalles å sikre både «top-down-perspek-

tivet» og «bottom-up-perspektivet» i implementeringsprosessen. Dette innebærer en større sannsynlighet for at tverrfaglige samarbeidsmodeller blir mer enn et toårig prosjekt ettersom både ledere og utøvere kan være med å påvirke planarbeidet og prosessene i den grad de selv ønsker.

Systematisering av tiltaksnettverket

Arbeidsgruppene i hver av kommunene startet med å lage en oversikt over aktører som kunne tenkes å bli involvert i pasientforløpet til en kvinne med fødselsdepresjon eller i oppfølgingen av hennes familie. Deretter startet omfattende informasjonsarbeid til lederne i hver av disse enhetene. Hver av lederne ble bedt om å velge ut to personer som kunne fungere som nøkkelpersoner, det vil si at de var kontaktpersoner og hadde et hovedansvar for å bistå når hjelp og støtte ble etterspurt i deres enhet. Ut ifra innovasjonsteori ble det vektlagt at nøkkelpersonene skulle ha gode samarbeidsevner og gjerne også være rollemodeller i eget fagmiljø, ettersom slike faktorer kan ha stor betydning for videre implementeringsarbeid.

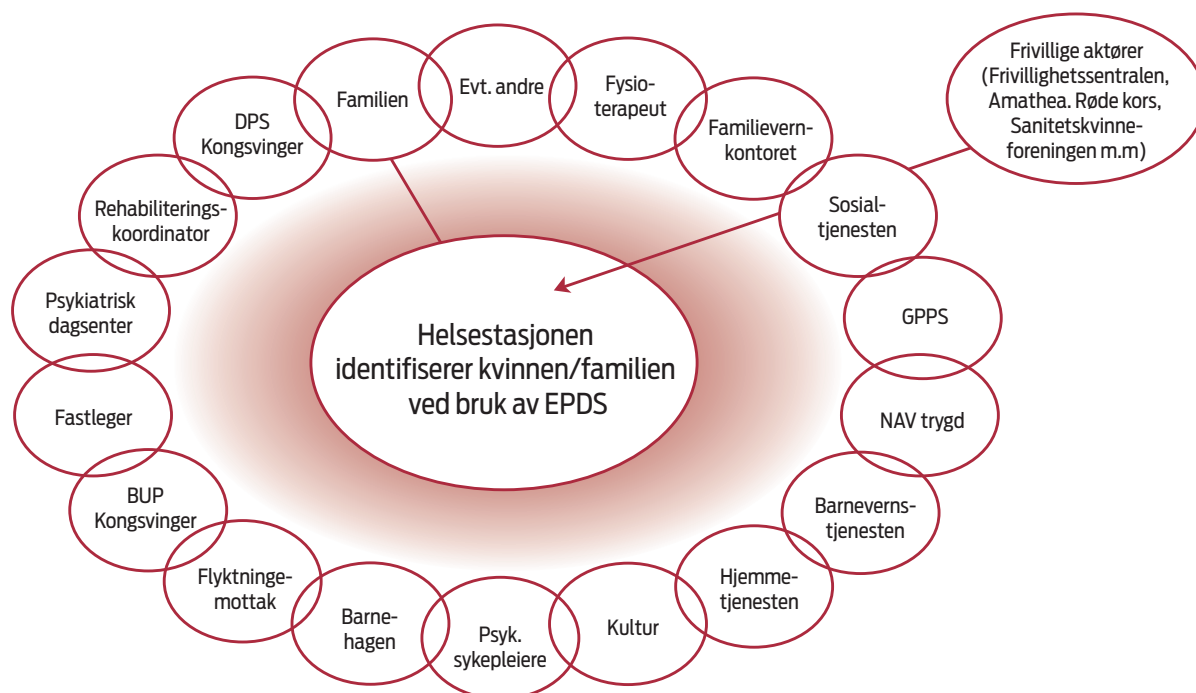
Nøkkelpersonsystemet fungerer på den måten at alle involverte har en oversikt over hvem disse personene er, med navn, telefonnummer og e-postadresser. På den måten oppnår man et mest mulig «sømløst» tiltaksnettverk. Alle nøkkelpersoner deltok i videre kompetanseheving. Dette ble gjort for å sikre en felles kunnskapsplattform for alle involverte. På den måten får alle en felles forståelse for arbeidet og vet hvor viktig det er for spedbarnet at mor og/eller familien får hjelp så raskt som mulig.

Kompetansehevingsprogram

Ansatte i Spedbarnsnettverket har gjennom flere år utviklet et kompetansehevingsprogram om temaet psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid. Kompetansehevingsprogrammet anbefales til kommuner som ønsker å ta i bruk Edinburgh-metoden.

Enheter og aktører med utvalgte nøkkelpersoner

To representanter fra hver



Opplæringen strekker seg over fire dager og følges opp av veiledning hver fjerde til sjettede uke. Første opplæringsdag er rettet mot alle involverte nøkkelpersoner og omhandler psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid. Dag to og tre er beregnet på helsesøstre og jordmødre, eventuelt andre som ønsker å lære seg praktisk bruk av Edinburgh-metoden. Opplæringens siste dag gjennomføres tre–fire måneder etter at metoden er tatt i bruk, og følger opp de erfaringene helsesøstrene og jordmødrene har hatt så langt. I tillegg inkluderes familiens helhetsperspektiv.

Vi anbefaler at de som skal benytte Edinburgh-metoden og gjennomføre støttesamtaler i helsestasjonen går jevnlig til veiledning. Forskning viser at deltakelse på kurs alene gir cirka 30 prosent endring i praksis, mens kurs kombinert med veiledning og helst coaching gir opp mot 95 prosent endring i praksis (22).

Evaluerings

I forkant av implementering av Edinburgh-metoden i Kongsvinger-regionen gjennomførte spedbarnsnettverket en kartlegging blant helsesøstre og jordmødre for å få oversikt over hvor mange kvinner som fikk ekstra oppfølging på grunn av psykiske vansker. Alle har ført oversikt over antallet kvinner de har kartlagt ved hjelp av metoden, noen bakgrunnsvariabler og hvilken type oppfølging kvinnen har fått. Ett år etter oppstart deltok helsesøstrene og jordmødrene i regionen i fokusgruppe-intervjuer for å få frem erfaringene med implementeringsprosessen, endringene i praksis og eventuelle forbedringer de ønsket i forhold til OSS-modellen.

Det er planlagt videre evaluering, og inntrykket så langt er at de involverte helsesøstrene og jordmødrene opplever bruk av Edinburgh-metoden og oppfølgingsamtaler som nyttig og meningsfylt. Det tidsmessige aspektet (at metoden ville kreve for mye tid) var et viktig tema i planleggingsfasen, men har etter hvert vist seg mindre viktig. Helsesøstre og jordmødre bruker i utgangspunktet en del tid på kvinner i målgruppen, men systematisering av arbeidet synes å bidra til at arbeidet struktureres på en annen måte. Flere sier de «kommer raskere til poenget», og at bruk av EPDS fungerer som en døråpner til en god samtale. Ettersom det fungerer som en døråpner kommer samtaler ofte inn på også andre temaer enn nedstemthet og depresjoner.

OSS i Glåmdal har så langt vist seg å være et vellykket samarbeid, og satsingen vil fortsette ved at barnehagepersonale og helsestasjonene skal samarbeide med pedagogisk-psykologisk tjeneste om bruk kartleggingsverktøyet Ages and stages questionnaire (ASQ) i 2009. Psykologstilling opprettes til bruk på tvers av kommunene

etter finansiering fra Helsedirektoratet. Økt lavterskelterapeutisk kompetanse i førstelinjetjenestene vil trolig også bidra til at andrelinjetjenestene får god kapasitet til å jobbe med større, komplekse saker og derav gi mest mulig effektiv hjelp til de familier som trenger dette.

Oppsummering

Det er godt epidemiologisk grunnlag for å innføre EPDS og støttesamtaler for å gi hjelp og støtte til kvinner i risiko for å utvikle depresjon i perioden rundt fødsel. Dette bør innføres som en del av helseamtalen. Barnets første leveår er av sentral betydning for senere utvikling og forholdene må legges til rette for at foreldre og barn får en god start sammen.

Helsepersonell finner sjelden frem til kvinner som er nedstemte eller har symptomer på fødselsdepresjoner. I utredningsserien «kvalitetsforbedringer i psykisk helsevern» har Statens helsetilsyn beskrevet når det er nødvendig med kvalitetsforbedringer. Der defineres at det finnes grunnlag for intervensjoner og utviklingsarbeid når vi står overfor viktige, vanskelige og vanlige problemstillinger (23). Vi mener derfor at det er grunnlag for å bygge opp behandlingsskjeder i første- og andrelinjetjenesten for å kunne sikre tidligst mulig oppfølging av nettopp disse kvinnene.

Når det gjelder helsetjenestens kapasitet vil ressursituasjonen i svangerskapsomsorgen og helsestasjonsvirksomheten måtte vurderes før innføring av kartleggingsverktøyet. Imidlertid beskriver nasjonale anbefalinger at både helsesøstre og jordmødre skal tematisere foreldrenes psykiske helse i konsultasjonene (10,11). Innføring og bruk av kartleggingsverktøyet EPDS kan derfor anses som et verktøy som kvalitetssikrer anbefalingene disse og også nyere styringsdokumenter gir (24). Utredning og eventuell diagnostisering av kvinner med fødselsdepresjoner bør fortsatt gjøres av den enkeltes fastlege eller av spesialisthelsetjenesten (for eksempel DPS). Videre oppfølging i tiltakskjeden må sikres før innføring av EPDS og kan gjøres systematisk gjennom tilsvarende modeller som er brukt i OSS i Glåmdal. Indikasjonene for videre oppfølging vurderes alltid sammen med den enkelte kvinne.

Bruk av EPDS bidrar til å identifisere flere risikoutsatte kvinner enn det som gjøres i dag, når man benytter det overfor alle kvinner i svangerskaps- og barseltid. Medfølgende samtale etterpå gir helsearbeideren et godt verktøy for nærmere vurdering og tidlig intervensjon i de tilfeller der dette synes nødvendig. Vi mener også at bruk av Edinburgh-metoden på denne måten vil kvalitetssikre konsultasjonene i helsestasjonen slik at Helsedirektoratets anbefalinger følges, samt at prinsippet om brukermedvirkning ivaretas. ■■■

LITTERATUR

1. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106: 426–433.
2. Berle JØ. The Pregnancy and Postpartum Periods: Studies of foetal growth, anxiety, and depression. The degree Doctor Medicinæ (Dr.med.). University of Bergen: Norway, 2005.
3. Glavin K, Smith L, Sørum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of caring science*. 2009; 23(4): 705–710.
4. Dørheim SK. Depression and sleep in the postnatal period: a study in Nepal and Norway. Universitetet i Bergen: Bergen, 2009.
5. Brooks J, Nathan E, Speelman C, Swalm D, Jacques A, Doherty D. Tailoring screening protocols for perinatal depression: prevalence of high risk across obstetric services in Western Australia. *Arch Womens Ment Health* 2009;12:105–112.
6. van Doesum K, Hosman CMH, Riksen-Walraven MJ. A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant mental Health Journal* 2005; 26(2): 157–176.
7. Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1: 293–319
8. Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romanuk H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post partum depression: 2: Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 420–427.
9. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999;106:458–90.
10. Sosial- og helsedirektoratet (2004). Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. IS 1154.
11. Sosial- og helsedirektoratet (2005). Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Nasjonale faglige retningslinjer, IS 1179.
12. Eberhard-Gran, M og Slinning, K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. *Folkhelsetilstutttet*, 2007.
13. Morrell JC, Slade P, Warner R, Paley G, Dixon S, Walters SJ, Brugh A, Barkham M, Parry GJ, Nicholl J. 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.
14. Wickberg B, Hwang P. Consoling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders* 1996; 39: 209–216.
15. [http://www.ssb.no/emner/03/hjulet/\(15.03.2010\)](http://www.ssb.no/emner/03/hjulet/(15.03.2010))
16. Bricker D, Squires J, with Mounts L, Potter L, Nickel R, Twombly E, Farrell J. Ages and stages questionnaires (ASQ): A parent-completed child-monitoring system (2nd ed.). Baltimore: Paul Brookes, 1999.
17. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
18. Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 4th Ed. New York: Free press, 1995.
19. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Schei B, Opjordsmoen S. The Edinburgh Postnatal Depression scale: validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry* 2001; 55:113–117.
20. Eberhard-Gran, M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001; 104: 243–249.
21. Cox J, Holden JM, Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 782–786.
22. Joyce B, Showers B. *Student Achievement Through Staff Development*. Alexandria VA USA: Longman Inc., 2002.
23. Statens helsetilsyn. *Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern. Prossforbedring i klinisk virksomhet. Utredningsserie 1:2001*.
24. NOU 2009:22. *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet