

Rutinemessig kartlegging av fødselsdepresjon setter psykisk helse på dagsordenen

Eva Langvik

Førsteamanuensis

Institutt for psykologi, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Cathrine Hystad Håberg

Psykolog

Trondheim

Helene Høve Storholt

Psykolog

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs hospital

Fødselsdepresjon

Helsesykepleier

EPDS

Sykepleien Forskning 2020 15 (81060) (e-81060)

DOI: 10.4220/Sykepleienf.2020.81060

Sammendrag

Bakgrunn: Dette forskningsprosjektet ble utarbeidet med bakgrunn i implementeringen av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) som rutine i plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Trondheim kommune.

Hensikt: Vi gjennomførte intervjuer med åtte helsesykepleiere for å undersøke hvordan de opplever å bruke EPDS som verktøy for å kartlegge fødselsdepresjon hos nybakte mødre.

Metode: Kvalitativ tilnærming og tematisk analyse ble benyttet.

Resultat: I analyseprosessen identifiserte vi fire sentrale temaer: opplevelsen av at «kartlegging setter mors psykiske helse på dagsordenen», at det skjer en «ufarliggjøring gjennom at 'alle får det', at «EPDS fanger opp det magefølelsen ikke gjør», og at «klinisk skjønn brukes som et viktig tilleggsverktøy» i EPDS-kartleggingen.

Konklusjon: Funnene fra denne studien støtter tidligere forskning i at EPDS er et verdifullt verktøy i arbeidet med å kartlegge fødselsdepresjon, og at obligatorisk kartlegging bidrar til at det blir lettere å ta opp temaer knyttet til mental helse. Videre påpeker denne studien hvor viktig det er at helsesykepleierne bruker klinisk skjønn i arbeidet med å kartlegge fødselsdepresjon.

Depressive symptomer forekommer hos 10–15 prosent av mødre i barselperioden (1, 2) og omtales som barseldepresjon eller fødselsdepresjon (3). Fødselsdepresjon skilles fra *barseltårer*, som er så utbredt at det anses som en normaltilstand.

Dersom en slik normaltilstand er særlig kraftig og ikke går over med det første, bør helsepersonell være på vakt. I slike tilfeller vil det ofte være helsesykepleiere eller jordmødre på helsestasjonen som vil oppdage dette, da sykehusopphold etter fødselen gjerne er korte (4).

Det vil være viktig å oppdage en fødselsdepresjon så fort som mulig for at kvinnen kan få hjelp tidlig. Dersom den ikke oppdages, kan den forverres og vare lengre, og den kan få store konsekvenser for mor selv, for barnet og en eventuell partner (1).

Fødselsdepresjon hos mødre vil kunne påvirke samspillet mellom mor og barn (5), og den er knyttet til utålmodighet, fiendtlighet og lav sensitivitet (6). Fødselsdepresjon er videre en risikofaktor for atferdsproblemer, emosjonelle problemer, kognitive problemer, dårligere fysisk helse samt språklige og sosiale utfordringer hos barna (7–9).

Klinisk skjønn

Klinisk skjønn innenfor sykepleie er knyttet til det faglige, men også til det allmenne skjønn, altså den tause kunnskapen og klokskapen som benyttes i arbeidshverdagen (10).

De siste årene har mer oppmerksomhet på bruken av standardiserte kartleggingsverktøy i helsevesenet skjøvet klinisk skjønn ut over sidelinjen (11). Skard (11) hevder at standardiserte verktøy er introdusert for å forhindre feildiagnostikk, men dersom de brukes feil, kan de føre til både overbehandling og feilbehandling.

Forskning har derimot vist at erfarne klinikere i noe mindre grad forholder seg til skåren slike standardiserte verktøy gir, og at de i større grad gjør en helhetlig og kompleks skjønnsmessig vurdering av pasienten (12).

Problemstillinger knyttet til psykisk helse er ikke direkte verifiserbare, og det er derfor nødvendig at helsepersonell bruker klinisk skjønn og magefølelse (11).

I en gjennomgang av studier som tar for seg identifisering av psykiske problemer i forbindelse med svangerskap, er både intuisjon og kartleggingsverktøy trukket frem som viktige ressurser (13).

Kartlegging av fødselsdepresjon

Jordmødre og helsesykepleiere benytter flere ulike metoder i arbeidet sitt med mental helse etter fødsel. Selv om kartleggingsverktøy ofte er med på å lette dette arbeidet, fungerer andre faktorer som barrierer, slik som tidspress, manglende trening og henvisningsmuligheter (13).

I tillegg til arbeidspress og manglende kunnskap om fødselsdepresjon er også frykt for å fornærme eller skape ubehag for mødrene en viktig barriere (14). Internasjonalt uttrykkes det bekymring for rutinemessig kartlegging da det er vanskelig å vurdere de positive helsegevinstene samt fare for å feilaktig kategorisere kvinner som deprimerte (15).

Norske studier av helsesykepleiere har funnet at bruk av kartleggingsverktøy bidrar til høyere jobbtilfredshet og mer profesjonell trygghet, og til en lavere terskel for å søke hjelp (16). Det finnes flere instrumenter for å kartlegge fødselsdepresjon. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) er det mest brukte verktøyet på verdensbasis (18).

Edinburgh Postnatal Depression Scale

EPDS er et selvrapporteringskjema som består av ti korte påstander med fire svaralternativer, der den nybakte moren skal velge hvilket av svarene som stemmer best overens med hvordan hun har hatt det de siste sju dagene (17).

Kartleggingen, sammen med en etterfølgende støttesamtale, er kjent som Edinburgh-metoden. EPDS ble i sin tid utviklet for at helsepersonell uten spesialkompetanse i psykiske lidelser skulle kunne kartlegge depressive symptomer hos mødre (3).

Kartleggingsverktøyet tar ikke for seg kroppslige plager som vil være vanlig ved depresjon, slik som endringer i søvn, appetitt, seksuell lyst, tretthet og lav energi (1). Det skyldes at slike symptomer kan være et resultat av fødselen og det å ha fått omsorgsansvaret for et nyfødt barn.

EPDS er et validert instrument som er lett å bruke, og som derfor vil kunne være nyttig til å kartlegge depresjon (18, 19). Den totale skåren varierer fra 0–30, og i henhold til EPDS-manualen (3) skal alle som skårer over tolv, følges opp.

Norske studier har vist at en grenseverdi på ti fanger opp alle som er deprimerte, men at det også blir en betydelig del falske positive, altså at man fanger opp dem som ikke er deprimerte (18). En totrinnskartlegging, der to målinger og et intervju avgjør om det skal henvises videre, er blitt foreslått som en metode for å fange opp de som faktisk trenger hjelp, mer presist (20).

 **«Siden tidlige intervensjoner er mest effektive, vil det være viktig å fange opp nedstemthet hos mødre så raskt som mulig.»**

EPDS er ikke et diagnostisk verktøy, og ved høye skårer skal det henvises til videre utredning, som oftest via fastlegen. På tross av diskusjoner om grenseverdier er det stor enighet om at støttesamtalen i etterkant av kartleggingen er avgjørende for hva som skal gjøres videre (21, 22).

Konsekvensene av en fødselsdepresjon kan bli svært alvorlige og gå ut over barnas sosiale og emosjonelle utvikling, men kan reduseres ved behandling (4, 23). Siden tidlige intervensjoner er mest effektive, vil det være viktig å fange opp nedstemthet hos mødre så raskt som mulig.

Hensikten med studien

I Trondheim kommune ble EPDS etablert som rutine ved seksukerskontroll og nedfelt i Plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Trondheim kommune 2015–2018, og evaluering av bruken av kartleggingsverktøyet er et av tiltakene skissert i planen for 2019–2022 (24).

Hensikten med studien vår var å undersøke hvordan helsesykepleiere opplever å bruke EPDS som et universelt kartleggingsverktøy.

Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer påpeker at det bør være rutiner for å kartlegge fødselsdepresjon (25), men det er i dag ingen universell kartlegging i Norge. Det er heller ikke spesifisert hvordan kartleggingen bør foregå.

Tidlig kartlegging er viktig for å forhindre negative konsekvenser hos mor og barn (1) og i ytterste konsekvens forebygge selvmord (26). Nytteverdien ved å bruke EPDS er avhengig av at fagpersonen er komfortabel med å kartlegge depressive symptomer på denne måten (22).

Denne studien ønsker å utdype hvordan det oppleves å benytte verktøyet som et ledd i obligatorisk kartlegging av fødselsdepresjon.

Metode

Design og utvalg

Studien har en kvalitativ tilnærming med semistrukturerte intervjuer.

Utvalget besto av åtte helsesykepleiere, der flertallet hadde flere års erfaring med å kartlegge fødselsdepresjon. Erfaring med å bruke EPDS var et inklusjonskriterium, og alle informantene hadde fått opplæring i å bruke instrumentet.

Det var stor variasjon i hvor lenge de hadde jobbet som helsesykepleier. En hadde jobbet i underkant av tre år, mens den med lengst erfaring hadde nærmere 40 års erfaring.

Datainnsamling

Rekrutteringen foregikk i samarbeid med Trondheim kommune gjennom en kontaktperson som delte informasjon om prosjektet til enhetslederne og faglederne i fire bydeler. Vi fikk navn på helsesykepleiere som kunne tenke seg å delta.

Disse ble kontaktet og fikk tilsendt informasjonsskriv, og to helsesykepleiere fra hver av de fire bydelene ble intervjuet i løpet av høsten 2017. I forkant av intervjuene diskuterte vi hvordan vi best mulig kunne håndtere vår egen forforståelse for temaet mental helse for å unngå å stille ledende spørsmål.

Intervjuguiden hadde overordnede spørsmål i tillegg til flere utdypende oppfølgingsspørsmål: «Kan du fortelle meg litt om hvordan du arbeider med kartlegging av nedstemthet hos nye mødre?», «hvordan opplever du det er å gjøre en slik kartlegging?» og «kan du gi et eksempel på en situasjon [...]».

Vi la vekt på å få frem størst mulig variasjon knyttet til både positive og negative erfaringer med kartlegging. Intervjuet ble tatt opp på diktafon, og det ble transkribert til skriftlig form ord for ord (verbatim). Andre- og tredjeforfatterne utførte intervjuene og transkripsjonene, mens alle tre forfatterne deltok i analysene.

Etiske overveielser

Studien ble meldt inn til og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (prosjektnummer 54814). Vi fjernet direkte identifiserende informasjon fra transkripsjonene og fulgte retningslinjene for oppbevaring og sletting av informasjon. Samtykkeerklæringer ble innhentet skriftlig.

Vi understreket både i informasjonsskriv som ble sendt på e-post, og på det fysiske møtet i forbindelse med intervjuet at det var frivillig å delta, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Videre opplyste vi om at det ikke ville være mulig å trekke samtykket etter at anonymiseringsprosessen var avsluttet.

Analyse

Tematisk analyse ble benyttet for å analysere datamaterialet. Det er seks steg i tematisk analyse (27), der det første gikk ut på å gjøre seg godt kjent med datamaterialet ved hjelp av grundig gjennomlesning av alle intervjuene flere ganger. Steg to besto av innledende koding, der tekstsegmenter ble gitt merkelapper.

I steg tre søkte vi etter temaer ved å gjennomgå kodene fra steg to. Tabell 1 viser et utdrag av analysene. I steg fire evaluerte vi temaene for å undersøke om de måtte deles opp, slås sammen eller forkastes. I det femte steget identifiserte vi essensen av hva hvert tema omhandlet, mens det siste steget var rapportskrivningen (27).

Tabell 1. Analyseprosessen

Transkripsjon	Innledende kode	Tema
Det er lettere å komme inn på tema når du på en måte har den der agendaen om at dette her er noe vi gjør til alle [...] Så det kom vel før også, men kanskje ikke så systematisk.	Enklere når det er noe som gjøres hos alle	Ufarliggjøring
Jeg lar meg bli overrasket noen ganger. Tenker at det er ikke fordi jeg føler meg naiv eller trangsynt, men jeg tenker at jøss, her var det litt annerledes enn hva jeg hadde en følelse av.	Uventet resultat	Fanger opp det magesfølelsen ikke gjør

Temaene som kom frem i analysen, var følgende:

- Kartlegging setter mors psykiske helse på dagsordenen

- Ufarliggjøring gjennom at «alle får det»
- Fanger opp det magesfølelsen ikke gjør
- Klinisk skjønn som et tilleggsverktøy

Resultater

I presentasjonen av resultatene fra analysen har vi navngitt de ulike helsesykepleierne med pseudonym for økt transparens.

Kartlegging setter mors psykiske helse på dagsordenen

Samtlige informanter syntes implementeringen av kartleggingsverktøyet EPDS hadde rammet inn og gjort det lettere å ta opp temaer knyttet til mors psykiske helse, både som et stoppested i løpet av møtene med den nybakte mammaen, og som et dybdedykk i mors psykiske helse.

Følgende sitat beskriver opplevelsen av at EPDS setter mors psykiske helse på dagsordenen:

«Det kan jo være ting både helsestasjonslegen og helsesøster [helsesykepleier] overser som kommer frem i det der materialet [EPDS]. Pluss at det gjør det [...] setter det på dagsordenen det at det prates om psykisk helse.» (Klara)

Flere påpekte at EPDS setter en ramme for samtalen, at man holder seg til temaet og sikrer at psykisk helse ikke blir glemt. EPDS skaper et rom for uforstyrret oppmerksomhet på mors psykiske helse, uavhengig av barnets utslett og eventuelle vaksiner.



«Kartleggingen gjør moren bevisst på at helsestasjonen bryr seg om mors psykiske helse.»

Ved at psykisk helse settes på dagsordenen, og at helsesykepleieren får komme på banen tidligere i forløpet, opplevde helsesykepleierne at de i større grad kom i posisjon til å forebygge nedstemthet:

«Jeg tenker kanskje det å, å bare sette ord på det og prate om det, at det kan være en bra ting, da. Om det forebygger eller ikke, men [...] I hvert fall at det skal være lett å ta det opp da. At det ikke skal være en sånn terskel, at nei, vi snakker ikke om sånne ting for dette her handler kanskje bare om meg.» (Agnes)

Kartleggingen gjør moren bevisst på at helsestasjonen bryr seg om mors psykiske helse, og at denne omsorgen kan bidra til at moren kanskje får en lavere terskel for å be om hjelp:

«Jo altså jo, på en måte så åpner du opp for ting. Det tror jeg kan være nyttig at mor ser at ei helsesøster [helsesykepleier] kan åpne opp for å være litt opptatt av hvordan jeg har det. At det er lettere å komme tilbake siden og ta opp ting. For det er nok mange som ikke vet hva vi står for på helsestasjonen. Det er bare barnet. Og når vi da også er opptatt av helsen til mor også, og far. At det har mye å si, det tror jeg.» (Anna)

Ufarliggjøring gjennom at «alle får det»

Majoriteten trakk frem fordelene ved at kartleggingen var forankret i helsesykepleiernes arbeidsoppgaver, og at det derfor ble enklere å presentere temaet psykisk helse for mor.

At de samme spørsmålene skal stilles til alle, gjorde at det opplevdes mindre utfordrende i samtalsituasjonen: «Jeg synes det er fint at det er noe sånn helt standard som alle skal igjennom på alle språk.» (Fredrikke)

Den klare forventningen til at helsesykepleieren skal sette av tid til å kartlegge, gjorde at rammene rundt kartleggingen ble strukturert, og det opplevdes trygt at dette var et fast innslag som alle skulle gjennom:

«Og så tror jeg jo det at sånn veldig tydelig føring på når vi skal ta opp ting, gjør at det blir gjort, så når vi holder fast ved psykisk helse på seksukerskontrollen, at det ikke bare er et spørsmål som skal ligge ved bestandig, for da kanskje det fort drukner i brukerens ønsker.» (Louise)

Terskelen for å bringe temaet på bane ble lavere siden alle mødrene skulle kartlegges, og derfor klarte de å fange opp flere. Det at terskelen ble lavere, belyses i følgende sitat:

«Det er lettere å komme inn på tema når du på en måte har den der agendaen om at dette her er noe vi gjør til alle [...]. Så det kom vel før også, men kanskje ikke så systematisk. Da var det mer at vi, hvis du så noe du stusset på. Mens nå er det jo på en måte litt mer systematikk, for du prater med alle om det da.» (Ellinor)

Fanger opp det magesfølelsen ikke gjør

Flere hadde en opplevelse av at implementeringen av EPDS har ført til en erkjennelse av at magesfølelsen og klinisk skjønn er et viktig aspekt ved jobben, men at magesfølelsen i enkelte situasjoner ikke er tilstrekkelig.

Flere påpekte at man ikke nødvendigvis klarer å avdekke nedstemthet og depresjon i samtaler med mor, og at EPDS kan være et godt hjelpemiddel.

Tidligere vurderte de om de skulle kartlegge nedstemthet basert på hvilken magesfølelse de satt med i samtalen med mor, men at de nå etter at EPDS ble innført, kartla alle for nedstemthet, uansett.



«Mange tematiserte også tilfeller der de hadde opplevd at magesfølelsen sviktet, og at kartleggingen ved hjelp av EPDS hadde vært essensiell.»

Dette sitatet fra en erfaren helsesykepleier beskriver godt hvordan hun opplevde at magesfølelse og sansing ikke alltid er nok til å avdekke nedstemthet hos mor:

«Jeg lar meg bli overrasket noen ganger. Tenker at det er ikke fordi jeg føler meg naiv eller trangsynt, men jeg tenker at jøss, her var det litt annerledes enn hva jeg hadde en følelse av. Og det å kanskje bli litt bevisst, det at det kanskje ikke er like lett å se alltid, og det er ikke alltid vi kan se igjennom alle, kan jo ikke skjønne alle, og vi har veldig ulike uttrykksmåter, så det er ikke sikkert jeg catcher dem. Så jeg tenker at det [EPDS] kan jo være med og hjelpe oss litt på det.» (Louise)

Mange tematiserte også tilfeller der de hadde opplevd at magesfølelsen sviktet, og at kartleggingen ved hjelp av EPDS hadde vært essensiell. Da en av helsesykepleierne fikk spørsmål om å gi et eksempel på en slik situasjon, beskrev hun følgende:

«Hun smilte og [...] du ser jo veldig ofte, sant, om folk har det greit eller ikke. Så, og da ble jeg veldig overrasket, og den hadde gått helt forbi meg altså, hadde jeg ikke tatt EPDS der, så hadde jeg tenkt at du har det fint, og dere har det fint, og her er det bare velstand.» (Inger)

En annen helsesykepleier beskrev også opplevelser med at sin egen magesfølelse hadde sviktet, og at hun uten EPDS ikke ville klart å avdekke nedstemthet eller depresjon hos mor:

«Jeg har vel tenkt et par ganger at [...] jeg har fått litt sånn hakeslepp. Å! Når vi har fylt ut sånn skjema, EPDS-skjema. Fordi jeg har da tenkt at her sitter det en mor som er blid, smilende og har det veldig tilsynelatende [...] ingenting. Og så har de fylt ut skjemaet og så sitter jeg med et hakeslepp. Oi, du har det ikke noe bra. Sånn at det har vært et hjelpemiddel. Kanskje det også har vært lettere for dem selv å krysse ut enn å si det.» (Anna)

Klinisk skjønn som et tilleggsverktøy

Felles for informantene var deres opplevelse av at de kan «føle det på seg», eller se på mor når hun ikke har det bra, og at denne magefølelsen i stor grad hadde preget hvordan de la opp samtalen rundt kartleggingen. Flere trakk frem situasjoner der resultatet fra EPDS hadde vist at mor ikke var nedstemt, men at magefølelsen sa det motsatte:

«Man hører litt hvor de ligger hen, og da kan det jo være sånn at de har skåret lavt, men likevel så har du jo oppfattet, kanskje før, eller etterpå, at de har, at du tenker at her er det noe annet. Det er ikke helt greit selv om de har skåret lavt, sant.» (Dagny)

Etter at moren har fylt ut EPDS-skjema, er det helsesykepleierens oppgave å vurdere oppfølging. I slike sammenhenger brukte de ofte magefølelsen eller klinisk skjønn:

«Selv om de skårer lavt også, så kan man jo gjennom samtale se at det er litt tyngre materie, altså du, det kan jo slå begge veier. At du kan tenke at ja, men det her er jo ikke så alvorlig, at det her har en enkel forklaring. Men så kan du jo ha de som skårer kanskje ikke så mye, men når du går gjennom, så blir du litt bekymret likevel.» (Ellinor)

Felles for de fleste helsesykepleierne var at de ikke fulgte grenseverdiene slavisk, men at vurderingen om videre oppfølging og tiltak også var basert på magefølelse og klinisk skjønn.

Diskusjon

Det kan være flere årsaker til at det er utfordrende å ta opp temaet psykisk helse overfor nybakte mødre. Arbeidspress og tidsmangel er viktige barrierer (13), mens andre vegrer seg for å ta opp temaet (14).

Helsesykepleierne i denne studien opplever at de gjennom rutinemessig kartlegging med EPDS kommer i en bedre posisjon til å ivareta mødrenes psykiske helse, og dermed bidra til å forebygge en negativ utvikling hos barnet.

Fordelene med å bruke EPDS som ble identifisert i denne studien, samsvarer med andre studier, som fant at bruk av EPDS bidrar til å fokusere på mors mentale helse og interaksjon med barnet og gir større bevissthet blant foreldrene om at helsestasjonen også ivaretar foreldrene, ikke bare barnet (16).

Helsepersonell er redde for å fornærme noen

Helsesykepleiere opplevde en ufarliggjøring gjennom at «alle får det», og at det derfor blir enklere å tematisere psykisk helse med mor. Det at helsepersonell er redde for å fornærme eller skape ubehag hos moren, er ofte en barriere mot å ta opp et tema knyttet til mental helse (14).

En universell kartlegging av alle mødre ser ut til å redusere den barrieren for informantene. Den universelle kartleggingen gir tydelige forventninger knyttet til arbeidsoppgavene deres, som igjen fører til at rammen rundt kartleggingen blir strukturert.

Universell kartlegging vil kunne være med på å styrke kartleggingen og føre til at flere mødre med depresjonssymptomer fanges opp tidlig. Morens utfordringer blir mer synlige for henne når hun selv må besvare skjemaet, og kartleggingen gjør moren bevisst på at helsestasjonen er interessert i hennes psykiske helse.

Denne bevisstheten kan føre til at hun får en lavere terskel for å be om hjelp. Også andre studier har lagt vekt på at terskelen for å be om hjelp ved rutinemessig kartlegging med EPDS, blir lavere (16), og lavere terskel for å be om hjelp vil være verdifullt da mødre ofte opplever det som skamfullt å være nedstemt i barseltiden (1).

Friske kan bli kategorisert som deprimerte

Rutinemessig kartlegging kan potensielt ha negative sider, blant annet ved at man risikerer å kategorisere friske mødre som deprimerte (15).

Samtlige helsesykepleiere i studien oppgir at de har en opplevelse av at de kan se det på moren når hun ikke har det bra, og at klinisk skjønn er avgjørende for hvordan de velger å ivareta mors psykiske helse.

En del av helsesykepleierne gir eksempler på situasjoner der EPDS har gitt en lav sumskår, men at de likevel har opplevd moren som nedstemt.

Helsesykepleiernes praksis samsvarer med forskning som påpeker at kartleggingen av nedstemthet ikke er en oppgave med en klar definert fasit, og at depresjon, som alle andre psykiske lidelser, ikke er en direkte verifiserbar lidelse som utelukkende kan måles ved hjelp av et standardisert verktøy som EPDS (11).

For å forhindre feilbehandling og unødvendig ressursbruk er det viktig at verdien av helsesykepleiernes kliniske skjønn trekkes frem. På den andre siden er magefølelsen og klinisk skjønn ikke alltid tilstrekkelig, og i slike situasjoner er EPDS et godt og viktig verktøy.

Samtalen med mor etter skåring er viktig

Informantene trakk frem at de etter EPDS-kartleggingen har en samtale der de går gjennom skårene med mor, og at denne samtalen etterpå er essensiell. Disse funnene understøttes av forskning som påpeker at det er viktig at det som kommer frem i samtalen etter kartleggingen, er med på å avgjøre hva som skal skje videre (3, 18).

Helsesykepleiernes opplevelser av at samtalen i etterkant er svært viktig, underbygges av forskning som peker på at EPDS kun gir en indikasjon på depressive symptomer, og at støttesamtalen er essensiell for å vurdere hvorvidt resultatene tilsier en fødselsdepresjon (22).

Cox (22) vektlegger at det er viktig at de som bruker verktøyet, er komfortable med å bruke det. Obligatorisk kartlegging innebærer at ekstra arbeidsoppgaver kommer i tillegg til andre oppgaver i en travel arbeidshverdag.



«Informantene hadde ingen negative erfaringer fra arbeidet med kartleggingen.»

Felles for helsesykepleierne i studien er deres opplevelse av at EPDS er et godt verktøy som gjør det lettere å bringe inn temaer knyttet til mors psykiske helse. Dette funnet samsvarer med andre studier (19), selv om vi hadde forventet at det også ville være negative opplevelser knyttet til for eksempel tidspress (13).

Informantene hadde ingen negative erfaringer fra arbeidet med kartleggingen. Tilstrekkelig opplæring er avgjørende for en vellykket innføring av rutinemessig kartlegging (16). Alle informantene hadde fått opplæring, noe som kan bidra til å forklare fraværet av negative erfaringer.

Opplevelsen av at EPDS gir tydelige rammer, og at verktøyet gir en god struktur for kartleggingen av mors psykiske helse, er et sentralt funn i studien. Innvendinger mot rutinemessig kartlegging av fødselsdepresjon vektlegger ofte uenigheter omkring cutoff-skårer og faren for feilaktig å kategorisere noen som deprimert (15, 20).

Funnene fra denne studien tyder på at helsesykepleiernes bruk av klinisk skjønn er viktig i situasjoner der instrumentet ikke fanger opp depresjon hos moren, og at rutinemessig kartlegging ved hjelp av Edinburgh-metoden bidrar til større oppmerksomhet på mental helse ut over selve kartleggingen av depresjon.

Metodediskusjon

Siden vi med vår psykologiske bakgrunn har en grunnholdning om at det er svært viktig å fokusere på fødselsdepresjon, diskuterte vi i forkant av intervjuene hvordan våre oppfatninger av tematikken, altså forforståelsen, kunne påvirke resultatene.

Under intervjuene spurte vi derfor om negative opplevelser knyttet til kartleggingen og søkte aktivt i analysene for å finne eksempler som gikk imot resultatene. En gjennomføring av et semistrukturert intervju vil ikke være ufeilbarlig. Flere feilkilder, som for eksempel et ønske om å framstille seg positivt, er til stede.

Kun åtte helsesykepleiere ble intervjuet, og vi kan ikke utelukke at et større utvalg ville gitt større variasjon i opplevelsene deres. At kartleggingen er universell og nedfelt i planen for kommunen, kan ha påvirket resultatene, og kommunens deltakelse i rekrutteringen kan ha gjort at informantene ikke følte de hadde tilstrekkelig konfidensialitet.

På tross av begrensningene ser vi at funnene samsvarer meget godt med liknende studier gjort på EPDS i Norge (19), noe som støtter opp om gyldigheten av studien.

Konklusjon

Helsesykepleierne opplevde at EPDS var en god ramme for å kartlegge fødselsdepresjon, men også for å sette søkelyset på mors psykiske helse generelt.

Innføring av obligatorisk kartlegging har gjort at de i større grad kan basere sine vurderinger på mer enn bare klinisk skjønn, noe som bidrar til at de identifiserer flere som har behov for hjelp.

Samtidig har funnene belyst at det er viktig at helsesykepleiere ikke frigjør seg fra magefølelsen og klinisk skjønn, da EPDS ikke alltid evner å avdekke alle tilfeller av nedstemthet hos mødre. Rutinemessig kartlegging med EPDS ser ut til å redusere barrierer mot å ta opp temaer knyttet til mental helse for helsesykepleierne.

Referanser

1. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2014;3:297–301.
2. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996;8(1):37–54.
3. Cox J, Holden J, Henshaw C. Perinatal mental health: the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual. 2. utg. London: Royal College of Psychiatrist Publications; 2014.
4. Slinning K, Eberhard-Gran M. Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I: Moe V, Slinning K, Hansen MB, red. Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010. s. 323–46.
5. Eberhard-Gran M, Slinning K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2007.
6. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2000;20(5):561–92.

7. Junge C, Garthus-Niegel S, Slinning K, Polte C, Simonsen TB, Eberhard-Gran M. The impact of perinatal depression on children's social-emotional development: a longitudinal study. *Maternal and Child Health Journal*. 2017;21(3):607-15.
8. Liu Y, Kaaya S, Chai J, McCoy D, Surkan P, Black M, et al. Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2017;47(4):680-9.
9. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2011;14(1):1-27.
10. Dāvøy GM. Skjønn er evident. *Klinisk Sygepleje*. 2007;21(3):21-8.
11. Skard HK. Et vitenskapelig skjønn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2017;54(3):294-300.
12. Eells TD, Lombart KG, Kendjelic EM, Turner LC, Lucas CP. The quality of psychotherapy case formulations: a comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005;73(4):579.
13. Noonan M, Galvin R, Doody O, Jomeen J. A qualitative meta-synthesis: public health nurses role in the identification and management of perinatal mental health problems. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73(3):545-57.
14. Higgins A, Downes C, Monahan M, Gill A, Lamb SA, Carroll M. Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period: the mind mothers study. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(9-10):1872-83.
15. Harris L. Screening for perinatal depression: a missed opportunity. *The Lancet*. 2016;387(10018):505.
16. Vik K, Aass IM, Willumsen AB, Hafting M. «It's about focusing on the mother's mental health»: screening for postnatal depression seen from the health visitors' perspective – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2009;37(3):239-45.

17. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150(6):782-6.
18. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Schei B, Opjordsmoen S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2001;55(2):113-7.
19. Glavin K, Ellefsen B, Erdal B. Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. 2010;27(3):255-62.
20. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for postnatal depression – a summary of current knowledge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2014;134(3):297-301.
21. Ben-David V, Jonson-Reid M, Tompkins R. Addressing the missing part of evidence-based practice: the importance of respecting clinical judgment in the process of adopting a new screening tool for postpartum depression. *Issues in Mental Health Nursing*. 2017;38(12):989-95. DOI: [10.1080/01612840.2017.1347221](https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1347221)
22. Cox J. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a ten point 'survival analysis'. *Archives of Women's Mental Health*. 2017;20(6):789-90.
23. Cuijpers P, Weitz E, Karyotaki E, Garber J, Andersson G. The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2015;24(2):237-45.
24. Trondheim kommune. Temaplan. Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Trondheim kommune 2019-2022. Tilgjengelig fra: <https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/04-helse-og-velferd/jordmor/temaplan---svangerskaps--fodsels--og-barselomsorgen-i-trondheim-kommune-2019---2022.pdf> (nedlastet 23.04.2020).

25. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1561. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/e-d0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aaod6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20spesialisthelsetjenesten.pdf (nedlastet 16.04.2020).
26. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*. 2005;8(2):77–87.
27. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101.
28. Brennan PA, Hammen C, Andersen MJ, Bor W, Najman JM, Williams GM. Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*. 2000;36(6):759.
29. Netsi E, Pearson R, Murray L, Cooper P, Craske M, Stein A. The long term course of persistent and severe postnatal depression and its impact on child development. *JAMA Psychiatry*. 2017;75(3):247–53.
30. Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A, Spieker SJ, Mohan R, Blessing JS. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*. 2004;16(2):231–52.