

Forord

I avslutningen av denne lærerike prosessen er det et knippe mennesker som fortjener en stor takk. Først og fremst må vi få takke vår kunnskapsrike veileder Eva Langvik som med sine konkrete tilbakemeldinger og gode refleksjoner har gitt oss uvurderlig hjelp og veiledning i denne prosessen. Takk for at du har bidratt med kreative innspill og for at du har vært tilgjengelig for oss i veiskiller og teoretiske vurderinger.

Det å undersøke hvordan helsesøstre jobber med kartlegging av nedstemthet har vært en tidkrevende, men utrolig givende oppgave. Vi har selv samlet inn data, gjennomført analysen og utviklet problemstilling. Vi har utfordret oss selv og beveget oss ut i ukjent farvann. I den sammenheng vil vi gjerne takke Elisabeth Andrea, Martin André, Viktoria og Kim som har vært vår trofaste heilagjeng på hjemmebane.

En stor takk rettes selvfølgelig også til alle våre informanter som i en travel arbeidshverdag har tatt seg tid til å møte oss og la seg intervju. Vi ønsker også å takke Trondheim kommune som fra første stund var positive til prosjektet vårt.

Cathrine Hystad Håberg og Helene Høve Storholt

Trondheim, april 2018

Sammendrag

Dette prosjektet ble utarbeidet med bakgrunn i de negative konsekvensene av en uoppdaget barseldepresjon og Trondheim kommunes implementering av *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) som rutine i sin plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Det ble gjennomført intervjuer med åtte helsesøstre for å undersøke hvordan de opplever å bruke EPDS som verktøy i kartleggingen av nedstemthet hos nybakte mødre. Intervjuene resulterte i et rikt datamateriale. Tematisk analyse ble anvendt på datamaterialet, dette førte frem til fem sentrale funn. Disse fem funnene var helsesøstrenes opplevelse av at EPDS setter mors psykiske helse på dagsordenen, at det skjer en ufarliggjøring gjennom at ”alle får det”, at EPDS fanger opp det magefølelsen ikke gjør, at magefølelsen brukes som et tilleggsverktøy i EPDS-kartleggingen og vurdering av cut-off, og at kartleggingen bevisstgjør både mor og helsesøster. Disse resultatene kan bidra til en forståelse av EPDS som et verdifullt verktøy i forebygging av vansker hos både mor og barn.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Forord | 1 |
| Sammendrag..... | 3 |
| Innledning..... | 7 |
| Helsestasjonen..... | 7 |
| Barseldepresjon | 7 |
| Symptomer og forekomst..... | 7 |
| Konsekvenser av barseldepresjon | 8 |
| Behandling av barseldepresjon | 9 |
| Tidlig kartlegging..... | 10 |
| Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)..... | 10 |
| Forskning på EPDS | 11 |
| Klinisk skjønn og magefølelse | 15 |
| Bakgrunn, hensikt og forskningsspørsmål..... | 15 |
| Metode..... | 17 |
| Utvalg og rekrutteringsprosedyre..... | 17 |
| Valg av metode og gjennomføring av analyse..... | 17 |
| Intervjuer | 17 |
| Transkripsjon..... | 18 |
| Tematisk analyse..... | 18 |
| Etiske vurderinger og godkjenninger | 19 |
| Resultater..... | 21 |
| EPDS setter mors psykiske helse på dagsordenen..... | 21 |
| Ufarliggjøring gjennom at «alle får det»..... | 23 |
| EPDS fanger opp det magefølelsen ikke gjør..... | 24 |
| Magefølelsen som et tilleggsverktøy i EPDS-kartlegging og cut-off..... | 26 |
| Kartleggingen bevisstgjør både mor og helsesøster | 28 |
| Diskusjon | 31 |
| Den forebyggende verdien av kartleggingen med EPDS | 31 |
| Magefølelse og klinisk skjønn..... | 32 |
| Validitet | 33 |
| Styrker og begrensninger..... | 35 |
| Hvorfor bare positive opplevelser med bruk av EPDS? | 35 |

| | |
|--|-----------|
| Avslutning | 37 |
| Referanser | 39 |
| Vedlegg | 45 |
| Vedlegg 1 - Informasjonsskriv | 45 |
| Vedlegg 2 – Samtykkeskjema | 47 |
| Vedlegg 3 – Godkjenning fra NSD | 48 |
| Vedlegg 4 – Intervjuguide | 50 |

Innledning

Helsestasjonen

Etter at den første ”helsestasjonen” ble åpnet i Paris i 1882 spredte ideen seg til andre land (Heian, 1994). Denne første ”helsestasjonen” lyktes nemlig med å forebygge spedbarnsdødeligheten ved å lære mødre om god hygiene og viktigheten av amming. I Norge ble de første helsestasjonene opprettet tidlig på 1900-tallet, disse skulle bistå mødre med amming. I 1914 ble den første kommunale helsestasjonen startet opp, mens de fleste helsestasjoner fremdeles var drevet av private organisasjoner (Heian, 1994).

I dag er helsestasjons- og skolehelsetjenesten en offentlig lovpålagt tjeneste som skal ivareta den fysiske og psykiske helse og gi et helsefremmende og forebyggende tilbud (Davidsen, 2014). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal i et tverrfaglig samarbeid bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen, fremme barns og ungdoms lærings- og utviklingsmiljø og bidra til å legge til rette for godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen. Tjenesten skal også bistå gravide som går til kontroll i tilknytning til helsestasjon under svangerskapet og i barseltiden. Videre er formålet med tjenesten å bidra til en mer helsefremmende livsstil i målgruppene.* (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2003). Helsestasjonens tilbud til gravide skal omfatte helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging og henvisning ved behov, i tillegg til opplysningsvirksomhet og samlivs- og foreldreveiledning (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2003). Helsestasjonens tilbud er gratis, og ettersom foreldre plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll (Pasient- og brukerrettingsloven - pbrl, 2001), vil de aller fleste foreldre og barn være i kontakt med helsestasjonen.

Barseldepresjon

Symptomer og forekomst. Det er ikke vesentlig forskjell på en depresjon som oppstår i forbindelse med en fødsel sammenlignet med en depresjon som oppstår under andre omstendigheter. En depresjon som opptrer i barselperioden kalles derimot barseldepresjon eller fødselsdepresjon (Cox, Holden & Henshaw, 2014). Barseldepresjon kan variere i alvorlighetsgrad fra mild til alvorlig, og tilstanden må oppfylle kriteriene for diagnosen *depressiv episode* som finnes i ICD-10. Selv om en barseldepresjon kan ha de samme symptomene som andre depresjoner, vil omstendighetene kunne påvirke depresjonens

kliniske bilde. Mor kan eksempelvis oppleve likegyldighet når det kommer til amming og stell av barnet, i tillegg til å bli mindre sensitiv for barnets signaler og behov (Slinning & Eberhard-Gran, 2010). Depressive symptomer forekommer hos 10-15 % av mødre i barselperioden (Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud, 2014; O'hara & Swain, 1996).

Barseldepresjon skilles fra *barseltårer*, som er så utbredt at det blir anses som en normaltstand. Barseltårer vil hos omtrent 50-80 % av kvinner kunne opptre i løpet av den første uken etter fødselen. Mødrene vil oppleve at de lett blir beveget og at de gråter lett. Dersom en slik normaltstand er særlig kraftig og ikke går over med det første, bør helsepersonell være på vakt. I slike tilfeller vil det ofte være helsesøster gjennom helsestasjonen som vil oppdage dette, da sykehusopphold etter fødselen gjerne er korte (Slinning & Eberhard-Gran, 2010).

Konsekvenser av barseldepresjon. Det vil være viktig å oppdage en barseldepresjon så fort som mulig for at kvinnen tidlig kan få hjelp. Dersom den ikke oppdages kan den forverres, vare lengre og den kan få store konsekvenser for mor selv, barn og eventuelle partnere (Eberhard-Gran et al., 2014). Selvmord er årsaken bak opp mot 20 % av dødsfallene etter en fødsel, og er dermed den nest vanligste årsaken til dødsfall etter fødsel (Lindahl, Pearson & Colpe, 2005).

Barseldepresjon hos mødre vil kunne påvirke samspillet mellom mor og barn (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). En metaanalytisk review av 46 studier fant at depressive symptomer hos mor økte sannsynligheten for negativ foreldreatferd som utålmodighet, fiendtlighet, lav sensitivitet og generelt negative interaksjoner mellom mor-barn (Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000).

Det er godt dokumentert at barseldepresjon hos mor er en risikofaktor for ulike former for vansker hos barnet, slik som atferdsproblemer, emosjonelle problemer, kognitive problemer, dårligere fysisk helse, samt språklige og sosiale vansker hos barn (González et al., 2017; Goodman et al., 2011; Junge et al., 2017; Liu et al., 2017; Rahman, Iqbal, Bunn, Lovel & Harrington, 2004).

I tillegg til disse studiene finnes det også litteratur som har undersøkt longitudinelle assosiasjoner mellom depresjon hos mor og barnets utvikling (Brennan et al., 2000; Cornish et al., 2005; Netsi et al., 2017). Netsi et al. (2017) finner i sin studie, med et stort utvalg, sammenheng mellom vedvarende og alvorlig barseldepresjon hos mor og økt risiko for uhenksomme utfall hos barns utvikling. Disse utfallene hos barn omhandlet økt sannsynlighet for atferdsproblemer hos barn ved 3,5 års alder, lavere matematikkarakter ved

16 års alder og større sannsynlighet for depresjon ved 18 års alder. Vanskene man ser hos barnet vil altså kunne variere med barnets alder og faktorer ved mors depresjon slik som varighet og alvorlighetsgrad (Campbell et al., 2004).

Behandling av barseldepresjon. En barseldepresjon vil ikke være svært ulik en vanlig depresjon. Dermed kan en depresjon under graviditet og i forbindelse med fødsel i utgangspunktet behandles slik en depresjon vanligvis ville blitt behandlet. Det vil derimot være et større fokus på bruk av ikke-medikamentell behandling som støttesamtaler, psykoterapi og andre psykososiale intervensjoner (Slinning & Eberhard-Gran, 2010). En review som undersøkte effektene av psykososiale og psykologiske intervensjoner sammenlignet med det vanlige tilbudet som gis etter en fødsel for å redusere depressive symptomer, fant at en hvilken som helst psykososial eller psykologisk intervensjon var assosiert med reduksjon av sannsynligheten for nedstemthet etter fødselen (Dennis & Hodnett, 2007). Det vil være forskjell på hvilken type intervensjon som vil passe avhengig av alvorlighetsgraden på depresjonen. Enkle tiltak som innebærer jevnlig forutsigbar kontakt med en person som bryr seg og er omsorgsfull vil kunne hjelpe kvinner som opplever barseltiden som tung. Det er også funnet at støttesamtaler har god effekt ved milde til moderate plager (Slinning & Eberhard-Gran, 2010). I en studie fra Canada fikk mødre med høy identifisert sannsynlighet for barseldepresjon telefonbaserte støttesamtaler to uker etter fødselen (Dennis et al., 2009). Disse telefonbaserte støttesamtalene viste seg å kunne være effektive i forebyggingen av barseldepresjon hos disse kvinnene. Dersom det er snakk om alvorlige depresjoner der kvinnen ikke kan ta vare på seg selv og barnet, og strever med alvorlige selvmordstanker, vil medikamentell behandling kunne være nødvendig i tillegg til samtalebehandling (Slinning & Eberhard-Gran, 2010).

Cuijpers, Weitz, Karyotaki, Garber og Andersson (2015) fant i sin metaanalyse at psykoterapi hadde sammenheng med lavere nivå av depresjon hos mor, samt bedre foreldrefunksjon og forbedret mental helse hos barnet. En annen undersøkelse fant derimot at effektiv behandling av mors barseldepresjon ikke hadde sammenheng med færre internaliserende og eksternaliserende vansker hos barnet (Forman et al., 2007). Forman et al. (2007) og Goodman og Garber (2017) foreslår at behandlingen av barseldepresjon hos mødre består både av intervensjoner som reduserer mors depresjon i tillegg til intervensjoner rettet mot foreldreatferd.

Tidlig kartlegging. De negative konsekvensene som kan følge av en barseldepresjon vil være grunn til å motivere at depresjonstilstander oppdages tidlig. Ved tilfeller av alvorlig depresjon vil det sjelden være krevende å avdekke at kvinnen har behov for hjelp, samtidig kan det i andre tilfeller være vanskelig, både for helsepersonell og for nærmeste familie, å oppdage at mor strever med depresjonssymptomer (Eberhard-Gran et al., 2014). Dette kan være fordi kvinnen ofte vil kunne være skamfull over at hun er nedstemt og ikke kjenner på en sterk morsfølelse. I slike tilfeller vil det være gunstig med gode kartleggingsverktøy (Eberhard-Gran et al., 2014).

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

EPDS er et verktøy for kartlegging av nedstemthet etter fødsel, og er på verdensbasis den mest brukte screeningen for fødselsdepresjon (Bina & Harrington, 2016). Verktøyet er oversatt til over 60 språk og brukes både i kliniske sammenhenger og i forskning (Cox, 2017). EPDS ble i sin tid utviklet for at helsepersonell uten spesialkompetanse på psykiske lidelser skulle kunne kartlegge kvinner som ikke nødvendigvis selv rapporterte nedstemthet i samtaler (Cox et al., 2014). I Norge brukes EPDS ved helsestasjoner for å kunne identifisere kvinner som er i risiko for barseldepresjon (Vannebo & Holme, 2010). Dette er et skjema som sammen med en umiddelbar etterfølgende samtale mellom kvinnen og helsearbeideren (støttesamtale), kalles Edinburgh-metoden. Det anbefales sterkt å bruke kartleggingsverktøyet på denne måten for å kunne være i stand til å vurdere hvorvidt resultatene kan peke i retning av en fødselsdepresjon (Cox, 2017).

John Cox og hans kollegaer utarbeidet EPDS i mangel på andre gode verktøy for kartlegging av barseldepresjon (Cox, Holden & Sagovsky, 1987), og EPDS regnes fremdeles i dag som et godt verktøy i kartleggingen av symptomer på barseldepresjon (Vannebo & Holme, 2010). EPDS er et selvrapporteringskjema som består av 10 korte påstander der den nybakte mor skal understreke hvilket av de mulige svarene som stemmer best overens med hvordan hun selv har hatt det de siste 7 dagene (Cox et al., 1987). De fire svaralternativene scores deretter fra 0-3 avhengig av økt alvorlighetsgrad på symptomet. Summen på hele skalaen varierer dermed fra minimum 0 til maksimum 30. Spesielt med dette kartleggingsverktøyet er at det ikke tar for seg kroppslige plager som vil være vanlig ved depresjon, slik som endringer i søvn, appetitt og seksuell lyst og tretthet og lav energi (Eberhard-Gran et al., 2014). Dette fordi slike symptomer kan være resultater av fødselen og det å ha omsorgen for et nyfødt barn.

I Trondheim kommune er skjemaet etablert som rutine ved kartlegging både i svangerskap og etter fødsel (Trondheim kommune, 2015). I Trondheim kommunes Plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Trondheim kommune 2015 – 2018 (2015) blir det også nevnt at alle helsesøstre i Trondheim kommune har fått opplæring og får veiledning i administrering av EPDS.

Forskning på EPDS.

Valideringsstudier. Det har i de siste årene vært økende interesse for å kartlegge mental helse ved hjelp av screeningverktøy (Tsai et al., 2013). Nye strategier knyttet til forebygging krever at flere oppgaver flyttes ut til førstelinjetjenesten, og bruken av validerte verktøy for å identifisere symptomer og eventuelle endringer i symptomtrykk er derfor viktig.

Valideringsstudier ønsker på et helt generelt grunnlag å undersøke hvorvidt en test virkelig måler det man har tenkt at den skal måle (Lydersen, 2017). I denne sammenhengen vil slike studier belyse hvordan EPDS lykkes i å kartlegge nedstemthet hos mødre etter fødsel. Ulike begreper brukes gjennomgående for å beskrive testens egenskaper, og disse begrepene vil følgende kort beskrives. To sentrale egenskaper som valideringsartiklene belyser er sensitivitet og spesifisitet. Sensitiviteten til EPDS sier noe om sannsynligheten for at en nedstemt mor får et positivt testresultat (Lydersen, 2017). Spesifisiteten sier noe om sannsynligheten for at en frisk person får et negativt svar. Sensitivitet må derimot ikke forveksles med positiv prediktiv validitet som er sannsynligheten for at en person som har fått positivt testresultat virkelig er nedstemt. Det er viktig å huske på at screening som gjennomføres i grupper med lav sykdomsprevalens kan ha høy sensitivitet, men lav positiv prediktiv verdi. Prediktiv verdi handler med andre ord om hvorvidt det er sannsynlig at testresultatet er korrekt. I gjennomføringen av en test er det fire mulige utfall. Sanne positiver er når en nedstemt mor får et positivt resultat. Sanne negativer er når en frisk mor får et negativt resultat. Falske positiver er når en frisk mor får et positivt resultat, og falske negativer er når en nedstemt mor får et negativt resultat (Lydersen, 2017). I jobben med å validere et skjema som EPDS er det essensielt å diskutere hvor man skal legge cut-off. Cut-off er betegnelsen på den samlescoren man bruker som grenseverdi for hva som er i klinisk område. I jobben med å sette cut-off er det viktig å vurdere hvilken samlescore som produserer færrest mulig falske negativer og falske positiver.

EPDS som kartleggingsverktøy ble pilottestet, evaluert og validert i Edinburgh for mer enn 30 år siden (Cox, 2017), og det er derfor nødvendig å forholde seg til nye kvantitative og kvalitative valideringsstudier. Glavin, Smith, Sørnum og Ellefsen (2010) fant i sin kvalitative

studie at helsesøstre hadde en opplevelse av at de oppdaget flere mødre med barseldepresjon ved bruk av EPDS som kartleggingsverktøy enn tidligere, da de ikke brukte et slikt verktøy. Georgiopoulos, Bryan, Wollan og Yawn (2001) fant at kartlegging ved bruk av EPDS seks uker etter fødsel var forbundet med et økt antall diagnostisert barseldepresjon.

En studie med over 10 000 respondenter gjennomført av Gibson, McKenzie-McHarg, Shakespeare, Price og Gray (2009) undersøkte validiteten ved å bruke EPDS for å kartlegge mild og moderat depresjon. Resultatene deres tydet på at nøyaktigheten i kartleggingen varierte ut ifra hvilket språk som ble brukt og i hvilke kliniske rammer EPDS-screeningen ble gjennomført. Forfatterne pekte i retning av at EPDS var organisert med grunnlag i en vestlig forståelse av depresjon, og at skjemaet dermed kunne ha en svekket validitet i andre deler av verden. Gibson et al. (2009) hevdet ut ifra dette at EPDS fungerte best for kvinner som var kjent med å uttrykke sine symptomer og vansker på engelsk, og at bruk ut over dette kunne føre til falske positive.

En valideringsstudie publisert i 2015 fra forskere lokalisert i Chile brukte Beck Depression inventory (BDI) for å undersøke i hvilken grad resultater fra BDI samsvarte med resultater fra EPDS (Alvarado, Jadresic, Guajardo & Rojas, 2015). Resultatene fra deres studie tydet på at EPDS hadde en høy grad av konvergent validitet med BDI. Alvarado et al. (2015) så i sin studie på hvorvidt de ulike spørsmålene i EPDS korrelerte med skjemaet som helhet. Da Cronbach's alpha ikke økte selv om de ekskluderte ulike spørsmål kunne de konkludere med at EPDS hadde en god intern validitet.

Ny forskning publisert i 2017 har sett på hvordan man kan effektivisere kartleggingen ved hjelp av EPDS. I en stor studie med over 15 000 respondenter (Gollan et al., 2017) tydet resultatene på at man kunne utelukke tre av spørsmålene i EPDS og likevel oppnå en like effektiv screening for fødselsdepresjon som med ti items. Denne studien var basert på at tre av spørsmålene i den originale EPDS ikke måler depressive symptomer. Gollan et al. (2017) hevdet med utgangspunkt i dette at kortversjonen i like stor grad som originalen både kan representere depressive symptomer og predikere en depresjonsdiagnose.

Prediktiv verdi, sensitivitet, spesifisitet. I en studie med 1125 kanadiske kvinner undersøkte en gruppe forskere forekomsten og identifiseringen av fødselsdepresjon i de første 16 ukene etter fødsel (Dennis, Merry, Stewart & Gagnon, 2016). Kvinnene gjennomførte EPDS-kartlegging både en uke etter fødsel og ved 16 uker postpartum. Respondentene i studien var inndelt i fire ulike grupper ut ifra sin status som enten flyktning, asylsøkende, innvandrere eller om de var født i Canada. Dennis et al. (2016) ønsket her å se på om EPDS

administrert en uke etter fødsel kunne predikere hvem som hadde høye scorer 15 uker senere. Ved å bruke cut-off på 9/10 så de at depressive symptomer en uke etter fødsel, målt som over 9 på EPDS, signifikant korrelerte med depressive symptomer 16 uker etter fødsel. 64 av kvinnene som hadde scoret mer enn 9 en uke etter fødsel hadde derimot ikke forhøyet score 16 uker etter fødsel. Forskerne fant færre falske positive dersom cut-off på EPDS ble lagt til 12/13, men samtidig så de at sensitiviteten falt slik at de ved kartlegging 16 uker etter fødsel hadde gått glipp av flere mødre med depressive symptomer. Med bakgrunn i at EPDS er et skjema som ikke gir noen slags skade for mor dersom man produserer falske positive, konkluderte de med at man på tross av falske positive burde bruke en cut-off på 9/10.

På en generelt grunnlag hevdet Dennis et al. (2016) at man uavhengig av cut-off på 9/10 eller 12/13 bør bruke EPDS tidlig i forløpet for å kunne identifisere risiko for fødselsdepresjon, og iverksette forebyggende intervensjoner (Dennis et al., 2016). I motsetning til Dennis et al. (2016) som hevdet at mors humør er stabilt de første 16 ukene etter fødsel, sier Eberhard-Gran og Slinning (2007) at EPDS ikke bør brukes de første ukene etter fødsel. De mener at kartlegging tidlig etter fødsel vil produsere svar fra mor som representerer normale psykiske svingninger og dagsformen i en tilpasningsperiode. De anbefaler derfor å bruke EPDS ved 6 uker etter fødsel.

Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Schei og Opjordsmoen (2001) undersøkte validiteten av den norske oversettelsen. Resultatene konkluderte med at EPDS administrert med en cut-off på 10 identifiserte alle kvinner i studien (sensitivitet på 100%) som var diagnostisert med alvorlig depresjon etter DSM-IV kriterier. Med en cut-off på 11 ble sensitiviteten svekket til 67% og med en cut-off på 13 ble sensitiviteten ytterligere svekket til 56%. Når det gjelder spesifisitet så man i denne studien at man ved en cut-off på 10 hadde 87% sanne negative. Spesifisiteten økte til 92% når cut-off ble økt til 11. Funnene viste at med cut-off verdi på 10 var det ingen falske negative responser. Dette gir grunn til å tro at cut-off på 10 gir EPDS høy sensitivitet i kartleggingen av nybakte mødre.

Resultater fra et studie publisert i 2003 konkluderte med at cut-off på 11 i scoringen av EPDS ga en sensitivitet på 96% og en spesifisitet på 78% (Berle, Aarre, Mykletun, Dahl & Holsten, 2003). Berle et al. (2003) påpekte derimot at det i en klinisk sammenheng var grunn til å tro at en cut-off på 8 både burde dekke mødre med en mild depresjon og de mødre som er i risikozonen for å utvikle depresjon. Avslutningsvis anbefalte de at EPDS burde brukes rutinemessig i svangerskapsomsorgen i Norge.

En reviewartikkel som tok for seg 18 studier konkluderte i 2001 med at de alle fleste valideringsstudiene fant en relativt høy sensitivitet med bruk av EPDS (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Opjordsmoen & Samuelsen, 2001). Forfatterne mente at EPDS administrert i den generelle populasjonen ville gi en positiv prediktiv verdi på under 50%, og dermed skape mange falske positive. Valg av passende cut-off er særdeles relevant i denne sammenhengen. Studien pekte i retning av at høy cut-off score ville gi høyere spesifisitet, men at man samtidig risikerte å gå glipp av mødre med depressive symptomer.

I retningslinjer som folkehelseinstituttet har publisert for bruk av EPDS i Norge anbefales det å forholde seg til en cut-off på 12, og at alle kvinner med sumscorer over tolv skal tilbys en ny samtale innen relativt kort tid (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Disse samtalene er de som innledningsvis ble beskrevet som støttesamtaler. EPDS-manualen skrevet av Cox et al. (2014) sier derimot at dersom man i scoringen av EPDS forholder seg til en cut-off på 9/10 vil man kunne redusere falske negative til under 10% ved kartlegging av deprimerte mødre. Eberhard-Gran og Slinning (2007) og Cox et al. (2014) er derimot samstemte når det gjelder viktigheten av at støttesamtalen i etterkant av kartleggingen er det avgjørende aspektet for hva som skal gjøres videre i forløpet med mor.

Alvarado et al. (2015) mente at de psykometriske egenskapene til EPDS er gode, og at spørreskjemaet derfor vil være nyttig i kartleggingen av depresjon. De antok at beste cut-off burde ligge imellom 12 og 13, noe de mente betydde en spesifisitet på 87,4%. Et studie gjennomført i Norge konkluderte også med at EPDS er et valid klinisk screeningsinstrument (Eberhard-Gran et al., 2001), men når det gjelder reliabilitet er det noen utfordringer knyttet til bruken av EPDS. Reliabiliteten til en test sier noe om hvorvidt man ved gjentatte målinger får samme resultat. Fødselsdepresjon er en lidelse med relativt kort varighet og man kan derfor forvente at symptomtrykket hos mor varierer på selv korte tidsperspektiv (Eberhard-Gran et al., 2001). Med utgangspunkt i dette er det derfor svekket grunnlag for å si noe om reliabilitet da forandring i testresultat like gjerne kan tenkes å være knyttet til endring i symptomtrykk og ikke nødvendigvis skyldes lav reliabilitet.

Begrensninger med bruken av EPDS. I 2016 publiserte Bina og Harrington (2016) en faktoranalyse der de brukte data fra mødre rekruttert fra et sykehus i Jerusalem. De undersøkte hvorvidt den hebraiske oversettelsen av EPDS, i tillegg til fødselsdepresjon, også kunne kartlegge angstlidelse. Resultatene de fant tydet på at EPDS oversatt til hebraisk var et multidimensjonelt verktøy som i tillegg til depresjon også kunne måle hvorvidt mor hadde symptomer forenlig med angst. Som en opposisjon til forskning som dette publiserte Cox

(2017), en av grunnleggerne av EPDS, en artikkel der han påpekte viktigheten av at EPDS ikke under noen omstendighet skulle brukes som kartlegging for angst, og at det heller ikke var egnet i diagnostisering av fødselsdepresjon. I følge Cox (2017) bør EPDS bare brukes til å se hvorvidt det foreligger depressive symptomer hos mor. Ut ifra dette vil en høy score ikke kunne gi informasjon om verken intensitet eller varighet på depressive symptomer.

Matthey, Lee, Črnčec og Trapolini (2013) ønsket i sin studie å undersøke hvorvidt fagpersonene som bruker EPDS begår scoringsfeil, og hvor ofte dette eventuelt skjer. De påpekte samtidig at eventuelle scoringsfeil var uviktig i de kliniske sammenhenger der EPDS brukes som et verktøy for å starte en samtale om psykisk helse. Resultatene i studien tyder på at i overkant av 90% av scoringsfeilene var feil med bare et poeng, og at scoringsfeil derfor i liten grad utgjør et problem i administreringen av EPDS.

Klinisk skjønn og magefølelse

I de siste årene har det vært et økende fokus på bruken av standardiserte screeningsverktøy i helsevesenet noe som har ført klinisk skjønn ut på sidelinjen (Skard, 2017). Skard (2017) hevder at standardiserte verktøy er introdusert for å forhindre feildiagnostikk, men dersom de brukes feil kan de potensielt true pasientsikkerheten. Med dette mener han at falske positive eller falske negative svar kan føre til både overbehandling og feilbehandling. Ut ifra dette ståsted kan verktøyene som er introdusert for å minimere feil bli en kilde til nye feilslutninger. Forskning har derimot vist at erfarne klinikere i noe mindre grad forholder seg til scoren slike standardiserte verktøy gir, og at de i større grad gjør en helhetlig og kompleks skjønnsmessig vurdering av pasienten (Eells, Lombart, Kendjelic, Turner & Lucas, 2005). Det er viktig å påpeke at standardiserte mål bare bør være en av flere aspekt i en klinisk vurdering. Problemstillinger knyttet til psykisk helse er ikke direkte verifiserbare, og det er derfor nødvendig at helsepersonell bruker klinisk skjønn og magefølelse (Skard, 2017).

Bakgrunn, hensikt og forskningsspørsmål

Som nybakte mødre i møte med helsestasjon ble vår motivasjon og interesse for feltet vekket. Den viktige jobben som helsesøstre rundt om på Norges helsestasjoner gjør for å kartlegge nedstemthet hos mødre ble plutselig veldig tydelig for oss. Da vi begynte å undersøke hva som var gjort av forskning i fagfeltet fant vi lite evidensbasert kvalitativ forskning på hvordan helsesøstre i Norge opplever å bruke EPDS i dette arbeidet. Cox (2017) er veldig tydelig i sin artikkel når han påpeker at en god effekt av EPDS er avhengig av at

fagpersonen som presenterer verktøyet er komfortabel med å kartlegge depressive symptomer på denne måten. Mangelen på slike studier i Norge var en viktig motivasjon for å gjennomføre vår studie, og prosjektet springer ut ifra et ønske å om å belyse og vurdere hvordan helsesøstre i Norge opplever kartleggingen. Forskning er veldig tydelig på at tidlig kartlegging er viktig for å forhindre negative konsekvenser hos mor og barn (Eberhard-Gran et al., 2014), og at det i ytterste konsekvens også kan være forbyggende for selvmord (Lindahl et al., 2005).

I et samfunnsmessig forebyggende perspektiv er det svært viktig at vi i Norge har en effektiv måte for kartlegging av nedstemthet rundt om på landets helsestasjoner. I Trondheim kommune ble EPDS etablert som rutine og nedfelt i Plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Trondheim kommune 2015 – 2018 (2015). Dette prosjektet kommer i kjølvannet av denne planen og ønsker å være et bidrag til Trondheim kommunes evaluering av implementeringen. På verdensbasis er EPDS det mest brukte screeningskjema for fødselsdepresjon (Bina & Harrington, 2016), men det anses som viktig at man i Norge gjør god kvalitativ forskning for å undersøke hvorvidt helsesøstrene opplever at EPDS er et riktig verktøy for oppgaven.

Med bakgrunn i dette ble følgende forskningsspørsmål formulert:

Hvilke erfaringer har helsesøstre med å bruke EPDS som kartleggingsverktøy av nedstemthet etter fødsel?

Metode

Utvalg og rekrutteringsprosedyre

Utvalget av informanter var et strategisk valg (Etikan, Musa & Alkassim, 2016) og besto av åtte helsesøstre. Det eneste kriteriet som ble lagt til grunn var at informantene var helsesøstre ved en helsestasjon i Trondheim. Flertallet av de utvalgte informantene hadde flere års erfaring med slikt arbeid, i motsetning til mindretallet som hadde noen få års erfaring.

Rekrutteringen foregikk i samarbeid med Trondheim kommune. Vår kontaktperson delte informasjon om prosjektet til enhetslederne og faglederne ved de fire bydelene i Trondheim. Vi tok deretter kontakt med faglederne eller enhetslederne ved de ulike enhetene for Barne- og familietjenesten (BFT). Faglederne og enhetslederne tok kontakt med sine ansatte og informerte dem om prosjektet og sendte ut forespørsel om deltagelse. Deretter fikk vi noen navn på helsesøstre som kunne tenke seg å delta i forskningsprosjektet. De fleste av disse ble kontaktet og fikk tilsendt informasjonsskriv. Det ble intervjuet to helsesøstre fra hver av de fire bydelene. Da rekrutteringen foregikk på denne måten unngikk vi direkte press på informantene. Det ble understreket at deltakelsen var frivillig både i informasjonsskriv som ble sendt på epost, og ved det fysiske møtet i forbindelse med intervjuet. I to av tilfellene ble informantene kontaktet direkte og dermed uten direkte kontakt med aktuelle ledere. I disse tilfellene vil informantene derimot kunne ha opplevd direkte press om å delta fra vår side. Det ble på samme måte som i de andre tilfellene informert om frivillighet og mulighet for å trekke seg når som helst, både på telefon, epost og ved det fysiske møtet.

Valg av metode og gjennomføring av analyse

Ettersom vi ønsket å undersøke hvordan helsesøstre opplever å kartlegge for nedstemthet hos nybakte mødre var det naturlig å velge en kvalitativ forskningsmetode. Vi var interesserte i å fange helsesøstrenes perspektiv og fant det naturlig å forsøke å gjennomføre dette gjennom et intervju som ga rike beskrivelser. Hensikten med studien er ikke å skape generaliserbar kunnskap, men heller å komme så nær som mulig til helsesøstrenes egne opplevelser.

Intervjuer. Intervjuet var semistrukturert ettersom det var ønskelig å undersøke noen temaer som var tenkt gjennom på forhånd, i tillegg til at informantene kunne bidra med temaer og tanker som vi ikke hadde planlagt. Det var ønskelig med rike beskrivelser. Det ble

laget en intervjuguide i forkant av intervjuene, med to hovedtemaer i tillegg til flere utdypende oppfølgingsspørsmål (se vedlegg 4). Disse temaene var helsesøstrenes erfaringer og refleksjoner rundt kartleggingen av nedstemthet, og veiledning og oppfølging. Oppfølgingsspørsmålene lød eksempelvis slik: ”På hvilke måter opplever du at denne måten å kartlegge på er nyttig?” og ”Kan du gi meg et eksempel på en situasjon der du gjorde en kartlegging med EPDS-skjemaet som du opplevde som utfordrende?”

Hver av oss gjennomførte fire intervju. Disse varte rundt én time, ettersom det var dette som passet best for informantene. Det ble ikke gjennomført et pilotintervju. Det ble derimot gjort en revidering av intervjuguiden etter de to første intervjuene, det vil si etter at vi begge hadde gjennomført ett intervju hver.

Transkripsjon. Intervjuet ble tatt opp på diktafon og det ble transkribert til skriftlig form ord for ord (verbatim). Siden analysen omhandlet hva som ble sagt, og ikke hvordan det ble sagt, var det ikke behov for en mer detaljert transkripsjon, slik som Jefferson transkripsjon. Hvert av de transkriberte intervjuene utgjorde 15 dataskrevne sider i gjennomsnitt. Hvert av de åtte intervjuene ble transkribert av den av oss som gjennomførte intervjuet.

Tematisk analyse. I den tidlige fasen av arbeidet med denne studien ble tematisk analyse vurdert som den analyseretningen som ville være best egnet til å undersøke og besvare studiens problemstilling. Braun og Clarke (2006) definerer tematisk analyse som en metode som brukes for å identifisere, analysere og rapportere mønster i et datamateriale. Videre påpeker de at denne formen for analyse kan variere fra å organisere og beskrive datamaterialet i detalj til å bevege seg mot en mer tolkende analyse.

Braun og Clarke (2006) stiller med en gjennomgang av seks faser i analyseringen. Selv om disse seks stegene presenteres i en rekkefølge, vil det som i de fleste kvalitative analysemetoder være nødvendig å bevege seg frem og tilbake mellom stegene. Vi har i gjennomføringen av vår analyse tatt utgangspunkt i denne måten å gjennomføre en tematisk analyse på.

Det første av disse stegene går ut på å gjøre seg kjent med datamaterialet sitt, og startet i vårt tilfelle allerede da intervjuene ble gjennomført. Steg to utgjøres av den innledende kodingen. På dette tidspunktet kodet vi linje-for-linje. I steg tre søkte vi etter temaer ved å gjennomgå kodene for å undersøke hvordan vi kunne plassere dem sammen. I steg fire evaluerte vi våre temaer for å undersøke om temaene måtte deles opp, slås sammen eller

forkastes. Da vi hadde kommet frem til et tematisk kart av datamaterialet vårt definerte vi temaene våre nærmere. Som Braun og Clarke (2006) skriver skal man i dette femte steget identifisere essensen av hva hvert tema omhandler, og avgjøre hvilket aspekt av datamaterialet hvert tema fanger. Det siste steget Braun og Clarke (2006) tar for seg i analyseprosessen er produksjonen av rapporten.

Braun og Clarke (2006) trekker fram at hvordan temaer velges er et viktig spørsmål å stille seg. De påpeker at det ikke nødvendigvis vil være antall ganger temaet dukker opp i datamaterialet som vil bestemme temaets ”størrelse”. Ideelt sett burde temaet være synlig flere steder i datamaterialet, men hyppigheten vil ikke nødvendigvis vil si at temaet er mer kritisk av den grunn. Braun og Clarke (2006) anbefaler her at forskeren bør inneha noe fleksibilitet og at rigide regler ikke fungerer.

Braun og Clarke (2006) skiller mellom å gjøre en rik tematisk beskrivelse av hele datamaterialet og det å gi et mer detaljert og nyansert bilde av en gruppe temaer som finnes i datamaterialet. Siden vi allerede hadde antagelser rundt hvilke opplevelser våre informanter kunne ha og et tydelig forskningsspørsmål på forhånd av gjennomføring av analysen, ble det helt naturlig at vi valgte å gjøre mer detaljert rede for noen temaer i vårt datamateriale. Vi hadde opprinnelig flere temaer og undertemaer som et resultat av analysen. De temaene som var mest relevante for å besvare vårt forskningsspørsmål ble fokusert på i denne oppgaven. Det vil si at vi frem til steg fem i analysen arbeidet induktivt for å identifisere temaer, mens vi i steg fem gikk fram på en deduktiv måte. Det ble altså først gjennomført en datadrevet koding, da også koder og temaer som ikke svarte på vårt forskningsspørsmål ble identifisert i den tidlige delen av analysen.

Etiske vurderinger og godkjenninger

Studien ble meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Ettersom den ikke innebar noen innhenting av helseopplysninger var studien ikke meldepliktig til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Retningslinjene for oppbevaring og sletting av informasjon ble fulgt. Det ble innhentet informasjon med diktafon, intervjuene ble transkribert og det ble også innhentet samtykkeerklæringer. Direkte identifiserende informasjon ble fjernet fra transkripsjonene, og finnes heller ikke i oppgaven.

I de fleste bydelene fikk vi navn på kun to helsesøstre, og da ble begge disse kontaktet og intervjuet av oss. Dette i tillegg til at man kan anta at helsesøstrene som ble intervjuet har delt dette med sine ledere, gjør at helsesøstrenes identitet vil kunne være kjent for fagledere

og enhetsledere i Trondheim kommune. På grunn av dette har alle informantene våre fått lese gjennom de delene av oppgaven der det refereres til alle helsesøstre i studien, og godkjent at dette blir gjort offentlig vel vitende om at deres ledere i Trondheim kommune vil kunne vite hvem som har deltatt i studien.

Resultater

Den tematiske analysen av intervjuene med helsesøstrene resulterte i fem hovedtemaer som ble vektet likt. Det første temaet som steg frem av analysene var helsesøstrenes opplevelse av at EPDS setter mors psykiske helse på dagsordenen. Det andre temaet fra analysene var helsesøstrenes opplevelse av at obligatorisk kartlegging av alle fører til en ufarliggjøring av psykisk helse. Det tredje temaet gikk på hvordan EPDS fanger opp det som magesfølelsen ikke plukker opp. Tema nummer fire omhandlet helsesøstrenes opplevelse av magesfølelsen som et tilleggsverktøy i EPDS kartlegging og cut-off. Det femte og siste temaet som fremkom var helsesøstrenes opplevelse av at kartleggingen har en bevisstgjørende rolle for både mor og helsesøster. I det følgende vil hvert tema belyses og underbygges med sitater fra informantene.

For å referere til funn i analysene som stemmer for de fleste helsesøstrene brukes typiske opplevelser. Funn som refererer til en eller noen få helsesøstre beskrives som unike opplevelser. Ut over dette brukes også begrep som en del, noen, majoriteten, mange, for å gi en pekepinn på hvor frekvent funnet var.

I presentasjonen av resultatene fra analysen er de ulike helsesøstrene navngitt med pseudonym for å gi leseren økt transparens. De åtte helsesøstrene er gitt pseudonymene Louise, Anna, Fredrikke, Klara, Ingeborg, Ellinor, Agnes og Dagny.

EPDS setter mors psykiske helse på dagsordenen

Samtlige helsesøstre synes implementeringen av kartleggingsverktøyet EPDS har rammet inn og gjort det lettere å ta opp temaer knyttet til mors psykisk helse. En av helsesøstrene oppgir at EPDS fungerer som et stoppested i løpet av møtene med den nybakte mammaen, og en annen hevder at kartleggingen med EPDS er et dybdedykk i mors psykiske helse. En tredje sier at EPDS setter mors psykiske helse på dagsordenen. Med dette mener helsesøsteren at EPDS gjør det lettere for henne å huske og stille de viktige spørsmålene knyttet til mors psykiske helse. Følgende sitat fra en av de andre helsesøstrene beskriver opplevelsen av at EPDS setter mors psykiske helse på dagsordenen:

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

Flere av helsesøstrene i undersøkelsen påpekte at EPDS setter en distinkt ramme for samtalen på en slik måte at mor holder seg til temaet. En annen helsesøster beskriver også hvordan

EPDS sikrer at psykisk helse ikke blir avglemt i konsultasjonene. Et typisk funn var at helsesøstrene mente at EPDS skaper et rom for et uforstyrret fokus på mors psykiske helse, uavhengig av barnets utslett og eventuelle vaksiner. Noen av helsesøstrene trakk frem at ingen av mødrene de har møtt har tatt opp andre temaer når EPDS er på bordet. En av helsesøstrene beskriver EPDS som fokuserende ramme for psykisk helse slik:

Nå er det mamma sin tur, vi tar alt det andre først, vaksiner, amming og alt det her, og så nå er det du, hvordan din psykiske og fysiske helse er. Så det er det liksom ... da rammer vi det litt inn føler jeg, med at hun setter seg ned litt for seg selv og får fylt ut skjemaet og så ... da kommer vi ... tror nesten aldri jeg har opplevd at hun da begynner å spørre om noe utslett eller om andre ting for da, da er det henne vi snakker om. Det tror jeg er godt. Mange sier det er godt å spørre hvordan hun har det óg, for det er jo veldig mye fokus på barnet. Og hvordan foreldrene har det sammen, og sånn. Det er mange ting å komme inn på der da. (Ingeborg)

Et annet fremtredende aspekt i studien var helsesøstrenes opplevelse av at EPDS har en slags forebyggende effekt overfor mor. Ved at psykisk helse settes på dagsordenen og at helsesøster får komme på banen tidligere i forløpet opplever helsesøstrene at de i større grad kommer i posisjon til å forebygge nedstemthet. Det følgende sitatet fra en av helsesøstrene i studien påpeker den forebyggende effekten av at mor opplever at helsesøster er tilgjengelig ikke bare for barnet, men også for mors psykiske helse:

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 eller jeg er kanskje bare litt sånn hard og ekstra vanskelig. Men jeg tror det at vi tar det opp at, ehh ... om det forebygger eller ikke, men i hvert fall så kan det være lettere å få hjelp da, hvis man tør å snakke om det. (Agnes)

Flere av helsesøstrene trekker frem viktigheten av å fokusere på mors psykiske helse med utgangspunkt i hvordan det kan forebygge problemer med barnets helse. Dette sitatet fra en helsesøster beskriver godt hvordan helsesøstrene opplever at EPDS er viktig fra et overordnet ståsted:

Og så er det jo kjempeviktig, jeg tenker at det er råviktig at mammaene har det bra når de skal være døgnet rundt sammen med barna sine. Det er jo de som kan håndtere dem

og møte dem og hjelpe dem og lære dem livet. Ungen har det vel aldri bedre enn mor sånn sett. (Louise)

Ufarliggjøring gjennom at «alle får det»

Den klare opplevelsen av fordelene ved at alle nybakte mødre i Trondheim kommune får tilbud om å svare på spørsmål knyttet til sin psykiske helse igjennom kartleggings skjemaet EPDS var noe samtlige helsesøstre i studien trakk frem. En av helsesøstrene trakk frem at fordelene med EPDS var at du har noe du gjør til alle, og at alle får det samme tilbudet. Dette sitatet fra en annen helsesøster i studien belyser fordelene med obligatorisk kartlegging:

Det (EPDS) synes jeg er kjempebra. Det. Nå har jeg ikke brukt noen andre verktøy, så jeg vet ikke hvordan jeg skal, jeg har ikke noe å sammenligne med sånn. Men jeg synes det er fint at det er noe sånn helt standard som alle skal igjennom på alle språk. (Fredrikke)

Majoriteten av helsesøstrene trekker også frem fordelene ved at den allmenne kartleggingen er forankret i helsesøstrenes arbeidsoppgaver. Helsesøstrene opplever at synergieffekten av disse forankringene er at det blir enklere å presentere psykisk helse for mor. At de samme spørsmålene skal stilles til alle, gjør at det oppleves som mindre utfordrende i samtalsituasjonen. En av helsesøstrene sier at den allmenne kartleggingen har gjort henne tryggere på temaet, og at det å stille spørsmål knyttet til psykisk helse nå har blitt som å stille mor spørsmål om kosthold. Flere av helsesøstrene påpeker også at den tydelige forventningen til at helsesøster skal sette av tid til å kartlegge gjør at rammene rundt kartleggingen blir strukturert og tydelig. En helsesøster sier også at det oppleves trygt at kartlegging av psykisk helse er et fast innslag som alle skal igjennom på seksukerskontrollen:

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 da. (Louise)

En annen helsesøster beskriver hvordan obligatorisk kartlegging av alle gjør at magesfølelsen ikke er like avgjørende, og at det derfor er lettere å ta tak i problematikken. Opplevelsen av at alle får det gjør at terskelen for å bringe temaet på bane er lavere og at de derfor også klarer å fange opp flere. Dette belyses i påfølgende 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)

Dette sitatet fra en helsesøster trekker også frem hvordan det at alle får EPDS hindrer at kartleggingen kun er basert på helsesøster sin fortolkning av hvordan mor fremstår:

Både det at alle gjør det og at ikke min fortolkning av hvordan andres uttrykk er med fare for å feile, altså vi kan nok få en magesfølelse, men det gir alle en sjanse i alle fall til å komme med det de har og det ufarliggjør det for de at de, at dette ikke er noe vi gjør, for å hjelpe dem og støtte dem, så tenker jeg at det er lett å selge inn og at det er lett å ta det opp. Det blir jo presentert for alle så det blir jo prioritert, alle skal jo gjøre det, så jeg tenker at det er nyttig i så måte. (Louise)

EPDS fanger opp det magesfølelsen ikke gjør

Flere av helsesøstrene i studien 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 av helsesøstrene påpekte at man ikke nødvendigvis klarer å avdekke nedstemthet og depresjon i samtaler med mor, og at EPDS kan være et godt hjelpemiddel for å fange opp hvordan mor har det. De helsesøstrene i studien som hadde lengst arbeidserfaring beskrev at de etter implementeringen av EPDS hadde endret litt på hvordan de forholdt seg til magesfølelsen. Dette sitatet fra en erfaren helsesøster beskriver godt hvordan hun opplever at magesfølelse og sensing ikke alltid er nok for 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 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 å hjelpe oss litt på det. (Louise)

Også dette sitatet fra en helsesøster belyser hvordan magesfølelse og sensing ikke alltid er nok for å avdekke nedstemthet hos mor og at innføring av obligatorisk kartlegging har ført til at man fanger opp flere:

Og så har jeg hatt en også som har kommet og sagt at hadde vi hatt det skjemaet her, eller hadde jeg blitt spurt om disse punktene tidligere så hadde jeg kanskje sluppet å gå igjennom det jeg har vært igjennom med det første barnet. Før det ble tatt i bruk, i hvert fall den her screeningen. Så det er jo, ja. Altså jeg tenker at det. Vi var vel ikke så flinke å spørre før. (Ellinor)

Mange av helsesøstrene i studien tematiserer også tilfeller hvor de har opplevd at magesfølelsen har sviktet og at kartleggingen ved hjelp av EPDS har vært essensiell. På spørsmål om et eksempel på en slik situasjon beskriver en av helsesøstrene følgende:

Ja, jeg har et som jeg kommer på nå som ... det var en mamma som så ... alt var veldig greit så det ut for. Hun smilte og ... du ser jo veldig ofte, sant, om folk har det greit eller ikke har det greit. Og, og så fikk hun ganske ... jeg husker ikke hvor høy da, ganske høy score da. Så, og da ble jeg veldig overrasket, og da kom vi innpå ... så var det sånn ..., og den hadde gått helt forbi meg altså, for hun smil ... det mange sier da er ja, men det går fint i forhold til barnet. Sant. Det går bra å være mamma, jeg klarer det veldig godt. Men alt det andre ... men jeg klarer meg for ungen. Og det kan godt hende det var det og der da. Men det var veldig høy score så hun faktisk ble henvist og fikk samtale på DPS da etterpå, fordi det var mange ting som lå ... som lå bak da. Så ... Men akkurat der, der 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. (Ingeborg)

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

Jeg har vel tenkt et par ganger at det har kommet jeg har fått litt sånn hakeslepp. Å! Når vi har fylt ut sånn skjema, EPDS-skjema. Fordi jeg har da tenkt at det 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 óg har vært lettere og for de selv å krysse ut enn å si det. (Anna)

En av helsesøstrene med mest erfaring opplevde at hun nå, etter lang tids bruk av EPDS, kunne klart seg fint uten å bruke kartleggingsverktøyet og at hun på mange måter hadde internalisert de ulike kartleggingsspørsmålene. Dette sitatet belyser hva hun mente:

Ja. Så. Jeg tenker at det ... men det er jo viktig å ikke ... vi har brukt det så mange år nå at det blir jo mer en sånn ... du får en samtale ... jeg tenker jeg ville sikkert fått til en bra samtale uten det nå, for nå har jeg brukt det skjemaet så lenge. Sant. (Ingeborg)

Flere av helsesøstrene trekker frem at de før implementeringen av EPDS vurderte om de skulle kartlegge nedstemthet basert på hvilken magefølelse de satt med i samtalen med mor, men at de nå etter innføring av EPDS kartlegger nedstemthet med alle, uavhengig av magefølelsen.

Ja, før da så spurte, kunne du jo spørre om psykisk helse, og de sa at det går bra. Og så ble det det som ble saken, mens nå har vi jo litt mer lengre samtaler med dem, slipper liksom ikke tema helt selv om de sier det er bra da. (Ellinor)

Magefølelsen som et tilleggsverktøy i EPDS-kartlegging og cut-off

Helsesøstrenes opplevelse av sin egen magefølelse som et verdifullt verktøy var en typisk opplevelse som steg frem i analysen. Felles for alle helsesøstrene var deres opplevelse av at de kan føle, «sense» eller se på mor når hun ikke har det bra, og at denne magefølelsen i stor grad har preget hvordan de legger opp samtalen rundt kartleggingen av nedstemthet i møte med mor. Majoriteten av helsesøstrene opplever at magefølelsen gir en indikasjon på hvorvidt de må møte mødrene mellom de fastsatte konsultasjonene, og de gjør en skjønnsmessig vurdering av hvorvidt de skal møte mødrene i tiden mellom hjemmebesøket og seksukerskonsultasjonen. En del av helsesøstrene trekker også frem situasjoner der resultatet fra EPDS har vist at mor ikke er nedstemt, men at magefølelsen til helsesøstrene har senset det motsatte. En av helsesøstrene beskriver dette på følgende måte:

Man hører litt hvor de ligger hen, og da kan det jo være sånn at de har scoret 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 scoret lavt, sant. (Dagny)

En annen helsesøster beskriver hvordan magefølelsen også er viktig i situasjoner der EPDS tilsier at mor er deprimert, fordi noen ganger kan resultatet på EPDS være uforholdsmessig høyt i forhold til mors symptomtrykk:

og så når vi snakker om ting så får man følelsen av at det egentlig ikke er så stor belastning, så det er jo litt om hvordan de tolker spørsmålene der og da. Vi snakker litt om det óg. (Louise)

Etter at mor har fylt ut EPDS-skjema er det helsesøsters oppgave å vurdere hvorvidt mor har vansker som skal følges opp videre. I slike sammenhenger oppga helsesøstrene at de brukte magefølelsen som veiledende i cut-off.

Selv om de scorer lavt også så kan man jo igjennom samtale se at det er jo 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 scorer kanskje ikke så mye, men når du går igjennom så blir du litt bekymret likevel.

(Ellinor)

Felles for de fleste helsesøstrene er at de ikke følger cut-off slavisk, men at denne vurderingen også er basert på magefølelse og klinisk skjønn. En av helsesøstrene trekker frem samtalen i etterkant som det viktigste aspektet ved kartleggingen og at det er følelsen helsesøster sitter igjen med etterpå som avgjør om mor skal ha oppfølging videre, og ikke scoren i seg selv. Det følgende sitatet fra en av helsesøstrene beskriver hvordan hun ikke forholder seg til scoren på skjemaet:

For meg betyr det ikke noe om de får to eller null for jeg går gjennom og ser på ... si at de bare var å svare på noen spørsmål ... jeg tror at det ville vært akkurat det samme for meg. Faktisk. De poengene det gjør meg ingenting om de var borte. (Anna)

Dette sitatet fra en helsesøster belyser også nødvendigheten av klinisk skjønn og magefølelser i vurderinger knyttet til henvisning videre og cut-off:

Og så tror jeg ikke det er akkurat ant ... nummeret ... ja, liksom scoren som har betydning for hvilken oppfølging du trenger, eller om du trenger videre oppfølging da. Det er ikke nødvendigvis sånn du har 5 eller 15 kan du si da. En som har 5 kan jo også trenge oppfølging da eller ha ønske om det. (Agnes)

En av helsesøstrene i studien sa imidlertid at hun konsekvent forholdte seg til scoren og at hun alltid gjorde vurderingen i henhold til retningslinjene:

Så jeg vil ikke si at jeg får bakoversveis om de har litt score, nei. Nei. Og jeg følger retningslinjene nøye da, jeg gjør det. Er det høytscorere så skal de videre, så skal de ha tilbud. (Klara)

Kartleggingen bevisstgjør både mor og helsesøster

I prosessen med å kartlegge nedstemthet ved bruk av kartleggingsverktøyet EPDS er det mange av helsesøstrene som trekker frem at selve kartleggingen har en bevisstgjørende rolle for både mor og for helsesøster. Mange trekker også frem opplevelsen av at kartleggingen gir helsesøsteren en større forståelse for hva mammaen sliter med. Denne opplevelsen belyses i følgende sitat fra en helsesøster:

... at vi igjennom de her (kartleggings)samtalene klarer å komme til en felles forståelse for hva mammaen sliter med og hva som er normalt og hva som kanskje er litt over det som er normalt. (Ellinor)

Flere av helsesøstrene opplever at skjemaet gir mor mulighet for å sette ord på det som er vanskelig og at det også oppleves lettere for mor å krysse på et skjema fremfor å prate om nedstemthet. Utfordringene blir veldig synlige for mor når hun sitter der og krysser på skjemaet, og selve utfyllingen i seg selv kan ha en terapeutisk effekt, siden mor må ta stilling til spørsmålene før hun svarer. En helsesøster beskriver at man gikk glipp av denne effekten før implementeringen av EPDS:

Nei, vi spurte jo alltid hvordan foreldrene har det i forhold til barseltårer, i forhold til ... men kanskje ikke så ... at de selv må sitte ned å svare på de spørsmålene gjør at det blir mer ... tenke litt mer igjennom det selv og, så det ... (Ingeborg)

Også følgende sitat fra en helsesøster belyser hvordan helsesøstrene opplever at det å krysse på et skjema har en effekt i seg selv ved at mor i større grad bevisstgjøres:

Jeg tenker egentlig at vi fant, spurte hvordan de hadde det og sånt ... Men kanskje de ofte blir litt mer sånn klare over det selv i og med at de må fylle ut det. Og at det er litt lettere selv å sette ord på det for de mødrene da. (Dagny)

Flere av helsesøstrene beskriver at noen av spørsmålene i EPDS kan hjelpe mor i prosessen med å tenke ut tiltak selv og at det i noen tilfeller kan føre til at mor får en ”aha-opplevelse”. En av helsesøstrene beskriver denne prosessen på denne måten:

Jeg er ikke så rask på å foreslå tiltak med engang, men det er jo en del av de spørsmålene som kan hjelpe dem til å tenke ut tiltak selv, da. At de kan spørre om litt hjelp, eller kanskje pappa kan komme mer på banen eller dele litt på jobben når det er vanskelig. Og det kan de si selv når vi spør opp igjen spørsmålene, drodler litt senere slik at de nesten kommer opp med tiltakene sine selv. Oppmerksom på det. (Louise)

Også dette sitatet fra en annen helsesøster beskriver hvordan kartleggingen bevisstgjør mor på at helsestasjonen bryr seg om mors psykiske helse, og at dette igjen kan bidra til at mor 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 kan åpne opp for å være litt opptatt av hvordan jeg har det. Mhm ... at det er lettere å komme tilbake siden og ta opp ting. Det tror jeg. Når du da får de spørsmålene og det at vi kan snakke om det etterpå, det åpner opp. Ja, det tror jeg nok. 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 helse til mor også og far. At det har mye og si. det tror jeg. (Anna)

Diskusjon

Den forebyggende verdien av kartleggingen med EPDS

Resultatene våre kan tyde på at helsesøstrene opplever at EPDS er med på å fange opp nedstemthet hos nybakte mødre. Nesten alle våre temaer vil kunne bli sett på som ulike måter helsesøstrene opplever at dette foregår på. Tema 1 omhandler hvordan helsesøstre opplever at EPDS gjør det lettere å ta opp temaer knyttet til mors psykiske helse, og hvordan dette gir dem mulighet til å komme på banen tidlig. Helsesøstrene opplever også at dette gjør at de kommer i en bedre posisjon til å ivareta mors psykiske helse, og til å kunne være med på å forebygge en negativ utvikling hos barnet.

Tema 2 omhandler hvordan helsesøstre opplever en ufarliggjøring gjennom at ”alle får det”. Helsesøstrene beskriver opplevelser av at siden ”alle får det”, blir det enklere å tematisere psykisk helse med mor. I tillegg til dette opplever de at den obligatoriske kartleggingen gir tydelige forventinger knyttet til deres arbeidsoppgaver, som igjen fører til at rammen rundt kartleggingen blir veldig strukturert. Dette vil kunne være med på å styrke kartleggingen, og føre til at flere mødre med depresjonssymptomer fanges opp tidlig.

Helsesøstrenes opplevelse av at kartleggingen med EPDS har en bevisstgjørende rolle for både mor og helsesøster, som utgjør tema 5, vil også kunne føre til at flere nedstemte mødre fanges opp. Noen helsesøstre beskriver blant annet at de har en opplevelse av at mors utfordringer blir mer synlige for henne når hun selv må krysse på skjemaet. Denne bevisstgjøringen helsesøstrene opplever at finner sted hos mødrene, blir av flere helsesøstre også benevnt gjennom at EPDS kan hjelpe mor i prosessen med å tenke ut tiltak på egen hånd. Dette vil kunne ses på i lys av verdien av tidlige tiltak (Dennis et al., 2009). I tema 5 beskrives også helsesøstres opplevelse av at kartleggingen bevisstgjør mor rundt helsestasjonens interesse for hennes psykiske helse og at dette kan føre til at hun får en lavere terskel for å be om hjelp. Dette vil være verdifullt da noen mødre kan ønske å skjule sine vansker da det ofte vil oppleves skamfullt for mor å være nedstemt i en barseltid (Eberhard-Gran et al., 2014).

Tema 3 omhandler helsesøstrenes opplevelse av at EPDS fanger opp det magesfølelsen ikke gjør. Implementering av screeningverktøyet har ifølge helsesøstrenes opplevelse gjort det lettere for helsesøstre å avdekke nedstemthet hos mor, som gjør at man kan komme på banen tidligere.

De fleste av våre funn av hvordan helsesøstre opplever å bruke EPDS vil være med på å se EPDS som svært verdifullt med tanke på hvor viktig det er å oppdage en barseldepresjon tidlig (Eberhard-Gran et al., 2014). Konsekvensene av en barseldepresjon vil selvsagt variere, og kan for noen mødre og barn bli svært alvorlige (Brennan et al., 2000; Campbell et al., 2004; Cornish et al., 2005; Eberhard-Gran & Slinning, 2007; González et al., 2017; Goodman et al., 2011; Junge et al., 2017; Lindahl et al., 2005; Liu et al., 2017; Lovejoy et al., 2000; Netsi et al., 2017; Rahman et al., 2004). Med tanke på at disse konsekvensene kan minskes ved behandling (Cuijpers et al., 2015; Forman et al., 2007; Slinning & Eberhard-Gran, 2010), og at også tidlige intervensjoner vil kunne være effektive (Dennis et al., 2009) vil det være viktig å fange opp nedstemthet hos mødre.

Magefølelse og klinisk skjønn

Samtlige helsesøstre i studien oppgir at de har en opplevelse av at de kan se det på mor når hun ikke har det bra. De forteller at de kan ”sense” hvordan mor har det, og at dette kliniske skjønnnet er avgjørende for hvordan de velger å ivareta mors psykiske helse. En del av helsesøstrene gir eksempler på situasjoner der EPDS har gitt en lav sumscore, men at de likevel har opplevd mor som nedstemt. I slike sammenhenger trekker helsesøstrene frem at det kliniske skjønnnet har veid tyngre enn EPDS, og at de i slike situasjoner har valgt å fokusere på mors psykiske helse videre i konsultasjonene. Helsesøstrenes praksis i slike sammenhenger 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 direkte verifiserbar lidelse som kan utelukkende måles ved hjelp av et standardisert verktøy som EPDS (Skard, 2017). For å forhindre feilbehandling og unødvendig ressursbruk er det viktig at verdien av helsesøstrenes kliniske skjønn trekkes frem i lyset. Dersom man lykkes i å vektlegge helsesøstrenes magefølelse og kliniske skjønn mener Skard (2017) at man kan redusere falske positive og andre negative konsekvenser. Helsesøstrenes opplevelse av at de kan sense på mor når hun ikke har det bra er ut ifra dette et essensielt aspekt i EPDS-kartleggingen og noe som i aller høyeste grad bør brukes for å balanse de standardiserte målingene. På den andre siden oppgir imidlertid helsesøstrene i studien at magefølelsen og klinisk skjønn er viktig, men at det i enkelte situasjoner ikke er tilstrekkelig, og at EPDS med utgangspunkt i dette er et godt verktøy for å fange opp hvordan mor har det uavhengig av helsesøsters kliniske skjønn.

Flere av helsesøstrene i studien trekker frem at de i samtalen etter EPDS-kartleggingen går igjennom scorene med mor, og en av helsesøstrene er veldig tydelig på at samtalen etterpå er den viktigste. Disse funnene understøttes av forskning gjort av Eberhard-Gran og Slinning (2007) og Cox et al. (2014), som alle er samstemte når det gjelder viktigheten av at det som kommer frem i samtalen etter kartleggingen er det avgjørende aspektet for hva som skal gjøres videre. Helsesøstrenes egne opplevelser av verdien av samtalen i etterkant av screeningen underbygges av forskning som peker på at EPDS kun gir indikasjon på depressive symptomer og at samtalen er essensiell for å vurdere hvorvidt resultatene kan peke i retning av en fødselsdepresjon (Cox, 2017).

Validitet

Et tema som alle helsesøstrene i studien tar opp er hvordan de forholder seg til cut-off. Med unntak av én helsesøster oppgir alle at de ikke følger cut-off-retningslinjene slavisk. En av helsesøstrene går så langt som å si at det gjør henne ingenting om poengene ikke var der. Funn i studien tyder på at helsesøstrene gjør en skjønnsmessig vurdering og at deres evne til å avdekke fødselsdepresjon hos mor også er avhengig av deres kliniske skjønn. For én av helsesøstrene fremgår det tydelig at hun gjør alle sine vurderinger ut ifra retningslinjene, og at hun med utgangspunkt i dette sier at hun følger anbefalt cut-off på 12 slavisk. Ulike studier som er gjort på cut-off og hvor denne bør ligge har vist noe sprikende resultater med tanke på hvilken grad av sensitivitet og spesifisitet man bør etterstrebe (Alvarado et al., 2015; Berle et al., 2003; Dennis et al., 2016; Eberhard-Gran et al., 2001; Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Med utgangspunkt i den helsesøsteren i utvalget som oppgir at hun følger cut-off slavisk vil man kunne diskutere hvorvidt cut-off burde senkes til 9/10, slik at man sikrer seg høy sensitivitet og dermed ikke går glipp av mødre med depressive symptomer. Det er derimot viktig å påpeke at en høy rate av falske positive vil potensielt ha økonomiske konsekvenser for samfunnet, da det krever en klinisk vurdering av en psykolog eller lege for å diagnostisere mor med depresjon (Gibson et al., 2009). Siden funn i studien tyder på at majoriteten av helsesøstre ikke forholder seg til cut-off på denne måten kan det argumenteres for at en cut-off på 12 er mer hensiktsmessig for å øke spesifisiteten, på tross av risiko for å gå glipp av mødre med depressive symptomer. Men med bakgrunn i at EPDS er et skjema som ikke gir noen slags skade for mor dersom man produserer falske positive, kan man derimot argumentere for at man på tross av falske positive burde bruke en cut-off på 9/10. Forskning

gjort på scoringsfeil i administreringen av EPDS tyder på at det i liten grad utgjør et problem, og at vurderinger knyttet til cut-off kan gjøres uavhengig av dette (Matthey et al., 2013).

Felles for alle helsesøstrene er deres generelle opplevelse av at EPDS er et godt verktøy som gjør det lettere å bringe inn temaer knyttet til mors psykiske helse. Funnene tyder på at EPDS gir helsesøstrene tydelige spørsmål og formuleringer de kan forholde seg til som gjør det like uproblematisk å spørre om psykisk helse som om kosthold. Cox (2017) gir kommentarer på hvordan man best kan og bør administrere skjemaet, og vektlegger viktigheten av at fagpersonen som presenterer verktøyet er komfortable med å kartlegge depressive symptomer på denne måten. Det at samtlige helsesøstre i studien trekker frem at EPDS er et godt verktøy kan dermed forstås som at de føler seg komfortable og at et viktig aspekt for å administrere EPDS dermed er møtt. En av helsesøstrene opplever at EPDS er et godt verktøy, men trekker samtidig frem at hun ikke har kjennskap til andre metoder å kartlegge nedstemthet på. Forskning som har sammenlignet resultater på EPDS og et annet validert kartleggingskjema for depresjon (BDI) har derimot konkludert med at det er en høy korrelasjon imellom svarene (Alvarado et al., 2015). Med utgangspunkt i dette kan det være grunn til å anta at screeningen like gjerne kunne vært gjennomført med bruk av andre verktøy. Forskningen tyder derimot på at i den første tiden etter fødsel vil mor i stor grad være preget av en del kroppslige plager som BDI og andre screeninger for depresjon tradisjonelt spør etter (Eberhard-Gran et al., 2014). EPDS vil ut ifra dette ståsted være et foretrukket alternativ da sumscoren på depressive symptomer beregnes uten spørsmål som er ment til å kartlegge kroppslige plager.

Helsesøstrenes opplevelse av at EPDS gir tydelige rammer og at det setter en god struktur for kartleggingen av mors psykiske helse, er et annet fremtredende funn i studien. En av helsesøstrene påpeker at det er trygt at EPDS er et fast innslag ved konsultasjon 6 uker etter fødsel. Det at kartleggingen av mors psykiske helse skal gjennomføres 6 uker etter fødsel er basert på forskning som tilsier at de første ukene etter fødsel vil være preget av mors dagsform i en tilpasningsperiode, og symptomtrykk dermed kan være uttrykk for normale psykiske svingninger (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Som en kontrast til dette hevder Dennis et al. (2016) at mors humør er stabilt de første 16 ukene etter fødsel og at man på et generelt grunnlag bør bruke EPDS tidlig i forløpet etter fødsel for å identifisere risiko for fødselsdepresjon. På den måten vil man også i større grad kunne iverksette forebyggende intervensjoner. Med utgangspunkt i dette kan det være grunn til å anta at de norske retningslinjene for når EPDS skal administreres bør vurderes for eventuell revisjon.

Styrker og begrensninger

En tydelig styrke ved vår studie er at vi selv har gjennomført både intervjuene og transkriberingen av disse. På denne måten har vi gjennom hele prosessen vært nær vårt datamateriale.

Hvorfor bare positive opplevelser med bruk av EPDS? Alle våre fem temaer er positive i den forstand at de viser helsesøstrenes opplevelser av ulike måter EPDS styrker depresjonskartleggingen hos nybakte mødre på. I våre resultater kom det ikke fram at helsesøstrene hadde noen negative opplevelser med å kartlegge for nedstemthet. En mulig årsak til dette kan være at helsesøstrene ikke opplevde at det var rom for å dele slike opplevelser. Gjennomføringen av et semistrukturert intervju vil ikke være ufeilbarlig, og flere feilkilder kan finne sted (Brinkmann & Kvale, 2005). Ønsket om å framstå bedre enn man er, kan være en slik feilkilde. I flere av intervjuene kom det tidlig fram at helsesøsteren hadde lang erfaring. Det kan tenkes at det kan oppleves motstridende å skulle dele erfaringer om at ens arbeidet er utfordrende etter at man nettopp har delt at dette er et arbeid man burde kunne gjøre godt på grunn av lang erfaring. Det kan dermed tenkes at intervjuene kunne vært gjennomført på en bedre måte ved å i større grad legge til rette for at også utfordrende opplevelser var enklere for helsesøstrene å dele. En annen, og like sannsynlig mulighet er at helsesøstrene i denne studien ikke har negative erfaringer med å kartlegge for nedstemthet, og at obligatorisk kartlegging av nedstemthet hos nybakte mødre er et udelt positivt tiltak som letter arbeidet helsesøstre gjør i forbindelse med disse mødrene.

Avslutning

Ved bruk av tematisk analyse har denne studien undersøkt helsesøstres opplevelse av å bruke EPDS som verktøy i kartleggingen av nedstemthet hos nybakte mødre. Resultatene tyder på at helsesøstrene opplever EPDS som et godt kartleggingsverktøy for å avdekke nedstemthet hos mor, og at implementeringen har gjort at de i større grad kan basere sine vurderinger på mer enn bare klinisk skjønn. Samtidig har funnene belyst viktigheten av at helsesøstrene ikke frigjør seg fullstendig fra magefølelsen, da flere av helsesøstrene har opplevelser knyttet til at EPDS ikke alltid evner å avdekke alle tilfeller av nedstemthet hos mødre.

Avslutningsvis viser resultatene i studien at helsesøstrene opplever EPDS som en god ramme for kartleggingen av nedstemthet, og at verktøyet bidrar til at de identifiserer flere av de som har behov for hjelp. I et forebyggende perspektiv kan EPDS ses som et viktig bidrag i jobben med å forhindre utviklingen av barseldepresjon og de ringvirkninger det kan medføre for både mor og barns psykiske helse. Samlet sett tyder resultatene i studien på at helsesøstrene opplever at obligatorisk kartlegging av nedstemthet ved bruk av EPDS ved 6 ukerskonsultasjonen har satt mors psykiske helse på dagsordenen.

Referanser

- Alvarado, R., Jadresic, E., Guajardo, V. & Rojas, G. (2015). First validation of a Spanish-translated version of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for use in pregnant women. A Chilean study. *Archives of women's mental health*, 18(4), 607-612.
- Berle, J.Ø., Aarre, T.F., Mykletun, A., Dahl, A.A. & Holsten, F. (2003). Screening for postnatal depression: validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of affective disorders*, 76(1), 151-156.
- Bina, R. & Harrington, D. (2016). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: screening tool for postpartum anxiety as well? Findings from a confirmatory factor analysis of the Hebrew version. *Maternal and child health journal*, 20(4), 904-914.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brennan, P.A., Hammen, C., Andersen, M.J., Bor, W., Najman, J.M. & Williams, G.M. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. *Developmental psychology*, 36(6), 759.
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2005). Confronting the ethics of qualitative research. *Journal of constructivist psychology*, 18(2), 157-181.
- Campbell, S.B., Brownell, C.A., Hungerford, A., Spieker, S.J., Mohan, R. & Blessing, J.S. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and psychopathology*, 16(2), 231-252.
- Cornish, A.M., McMahan, C.A., Ungerer, J.A., Barnett, B., Kowalenko, N. & Tennant, C. (2005). Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender. *Infant behavior and development*, 28(4), 407-417.
- Cox, J. (2017). Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a ten point 'survival analysis'. *Archives of Women's Mental Health*, 20(6), 789-790.
- Cox, J., Holden, J. & Henshaw, C. (2014). Perinatal Mental Health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual (2nd edn). Glasgow: RCPsych Publications.

- Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Cuijpers, P., Weitz, E., Karyotaki, E., Garber, J. & Andersson, G. (2015). The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 237-245.
- Daidsen, K. (2014). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Hentet 12. september, 2017, fra <https://lovdata.no/artikkel/helsestasjons- og skolehelsetjenesten/1290>
- Dennis, C.-L., Hodnett, E., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D.E. & Kiss, A. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *Bmj*, 338, a3064. doi:10.1136/bmj.a3064
- Dennis, C.-L., Merry, L., Stewart, D. & Gagnon, A.J. (2016). Prevalence, continuation, and identification of postpartum depressive symptomatology among refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and Canadian-born women: results from a prospective cohort study. *Archives of women's mental health*, 19(6), 959-967.
- Dennis, C.L. & Hodnett, E.D. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *The Cochrane Library*.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Schei, B. & Opjordsmoen, S. (2001). The Edinburgh postnatal depression scale: validation in a Norwegian community sample. *Nordic journal of psychiatry*, 55(2), 113-117.
- Eberhard-Gran, M. & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Eberhard-Gran, M., Slinning, K. & Rognerud, M. (2014). Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. *Tidsskriftet. Den Norske Legerforening*, 3, 297–301. doi:10.4045/tidsskr.13.0068
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S. & Samuelsen, S.O. (2001). Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(4), 243-249.
- Eells, T.D., Lombart, K.G., Kendjelic, E.M., Turner, L.C. & Lucas, C.P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: a comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(4), 579.

- Etikan, I., Musa, S.A. & Alkassim, R.S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1-4.
- Forman, D.R., O'hara, M.W., Stuart, S., Gorman, L.L., Larsen, K.E. & Coy, K.C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother–child relationship. *Development and psychopathology*, 19(2), 585-602.
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2003). Forskrift om kommunenes helsefremmede og forbyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Hentet 12. september, 2017, fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>
- Georgiopoulos, A.M., Bryan, T.L., Wollan, P. & Yawn, B.P. (2001). Routine screening for postpartum depression. *Journal of Family Practice*, 50(2), 117-117.
- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J. & Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(5), 350-364.
- Glavin, K., Smith, L., Sørum, R. & Ellefsen, B. (2010). Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *Journal of advanced nursing*, 66(6), 1317-1327.
- Gollan, J.K., Wisniewski, S.R., Luther, J.F., Eng, H.F., Dills, J.L., Sit, D., . . . Wisner, K.L. (2017). Generating an efficient version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an urban obstetrical population. *Journal of affective disorders*, 208, 615-620.
- González, G., Moraes, M., Sosa, C., Umpierrez, E., Duarte, M., Cal, J. & Ghione, A. (2017). Maternal postnatal depression and its impact on child neurodevelopment: a cohort study. *Revista chilena de pediatria*, 88(3), 360-366.
- Goodman, S.H. & Garber, J. (2017). Evidence-Based Interventions for Depressed Mothers and Their Young Children. *Child development*, 88(2), 368-377.
- Goodman, S.H., Rouse, M.H., Connell, A.M., Broth, M.R., Hall, C.M. & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical child and family psychology review*, 14(1), 1-27.
- Heian, F. (1994). Helsestasjonsboka: håndbok for det praktiske helsestasjonsarbeidet. Oslo: Kommuneforlaget.
- Junge, C., Garthus-Niegel, S., Slinning, K., Polte, C., Simonsen, T.B. & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of perinatal depression on children's social-emotional

- development: A longitudinal study. *Maternal and child health journal*, 21(3), 607-615.
- Lindahl, V., Pearson, J.L. & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77-87.
- Liu, Y., Kaaya, S., Chai, J., McCoy, D., Surkan, P., Black, M., . . . Smith-Fawzi, M. (2017). Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 47(4), 680-689.
- Lovejoy, M.C., Graczyk, P.A., O'Hare, E. & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 20(5), 561-592.
- Lydersen, S. (2017). Hva er sannsynligheten for riktig resultat av en diagnostisk test? *Tidsskrift for Den Norske legeforening*, 137(18), 1437.
- Matthey, S., Lee, C., Črnčec, R. & Trapolini, T. (2013). Errors in scoring the Edinburgh Postnatal Depression scale. *Archives of Women's Mental Health*, 16(2), 117-122. doi:10.1007/s00737-012-0324-9
- Netsi, E., Pearson, R., Murray, L., Cooper, P., Craske, M. & Stein, A. (2017). The long term course of persistent and severe postnatal depression and its impact on child development.
- O'hara, M.W. & Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International review of psychiatry*, 8(1), 37-54.
- Pasient- og brukerrettingsloven - pbrl. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven). Hentet 12. september, 2017, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63 - KAPITTEL 7>
- Rahman, A., Iqbal, Z., Bunn, J., Lovel, H. & Harrington, R. (2004). Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Archives of general psychiatry*, 61(9), 946-952.
- Skard, H.K. (2017). Et vitenskapelig skjønn. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 54(3), 294-300.
- Slinning, K. & Eberhard-Gran, M. (2010). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I V. Moe, K. Slinning & M.B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 323-346). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Trondheim kommune. (2015). Plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Trondheim kommune 2015 - 2018. Hentet 20. september, 2017, fra

<https://www.trondheim.kommune.no/content/1117715609/Program-for-helsestasjon>

- Tsai, A.C., Scott, J.A., Hung, K.J., Zhu, J.Q., Matthews, L.T., Psaros, C. & Tomlinson, M. (2013). Reliability and validity of instruments for assessing perinatal depression in African settings: systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 8(12), e82521.
- Vannebo, U.T. & Holme, H. (2010). Framtidens helsestasjoner og de minste barnas psykiske helse. I V. Moe, K. Slinning & M.B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 529-544). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1 - Informasjonsskriv

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Helsesøstres erfaringer med kartlegging av nedstemthet etter fødsel

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel om å delta i en studie der hensikten er å undersøke hvilke erfaringer helsesøstre har med kartlegging av nedstemthet etter fødsel. Du har mottatt denne forespørselen da det fremgår av informasjon på Trondheim kommune sine nettsider at du arbeider som helsesøster på en helsestasjon.

Hva innebærer studien?

Deltagelse innebærer å møte oss for en prat om dine opplevelser og erfaringer knyttet til kartleggingen av nedstemthet etter fødsel. Intervjuene vil gjennomføres på tomannshånd og tas opp på diktafon (lydfil). Varigheten på intervjuet vil være omtrent 1 time.

Anonymitet og konfidensialitet

Det vil kun være undertegnede og vår veileder som vil ha tilgang til informasjonen i intervjuet. Vi er alle underlagt taushetsplikt, og alle opplysninger som kommer fram i intervjuet vil bli behandlet konfidensielt. Lydopptakene og transkripsjonene vil bli slettet ved prosjektslutt juni 2018. Funnene vil bli brukt i våre hovedoppgaver som vil være tilgjengelig på universitetsbiblioteket ved NTNU. I disse hovedoppgavene vil informasjonen som kommer fram i intervjuet framstilles på en måte som gjør at man ikke kan kjenne igjen enkeltindivider. Alt vil være helt anonymisert.

Frivillig å delta

Det er frivillig å delta i denne studien. Du kan når som helst trekke deg om du skulle ønske det, uten å oppgi noen grunn til det. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål om studien kan du ta kontakt med enten Helene Høve Storholt (telefon: 90508910 epost: helenst@stud.ntnu.no) eller Cathrine Hystad Håberg (telefon: 99350276 eller epost:

cathrihy@stud.ntnu.no), som begge er i slutten av profesjonsstudiet i psykologi. Du kan også ta kontakt med vår veileder Eva Langvik ved psykologisk institutt, NTNU (telefon: 73550738 eller epost: eva.langvik@ntnu.no), dersom du har spørsmål om studien. Vi håper du har tid til å ta en prat med oss. Vi ser fram til å høre fra deg.

Studien er meldt inn til og godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Med vennlig hilsen

Cathrine Hystad Håberg
Stud.psychol
Moholt Alle 36
7050 Trondheim

Helene Høve Storholt
Stud.psychol
Paul Fjermstads veg 20a
7052 Trondheim

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har lest informasjonsskrivet om undersøkelsen, og har hatt anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker i å delta i prosjektet; Helsesøstres erfaring med kartlegging av nedstemthet etter fødsel.

Navn:

Telefonnummer:

Sted, dato

Signatur

Vedlegg 3 – Godkjenning fra NSD



Eva Langvik

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 15.08.2017

Vår ref: 54814 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.06.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|-----------------------------|---|
| <i>54814</i> | <i>Helsesøstres erfaringer ved kartlegging av nedstemthet etter fødsel.</i> |
| <i>Behandlingsansvarlig</i> | <i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i> |
| <i>Daglig ansvarlig</i> | <i>Eva Langvik</i> |
| <i>Student</i> | <i>Cathrine Hystad Håberg</i> |

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Marianne Høgetveit Myhren

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52 / marie.schildmann@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Cathrine Hystad Håberg, cathrine.hystad@gmail.com

Vedlegg 4 – Intervjuguide

Helsesøstres erfaringer ved kartlegging av nedstemthet etter fødsel

Denne studien ønsker å utforske dine erfaringer ved kartlegging av nedstemthet etter fødsel.

Bakgrunnsinformasjon

- Hvor mange år har du arbeidet som helsesøster på helsestasjon

Helsesøsters erfaringer og refleksjon rundt gjennomføring av kartleggingen

- 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?
 - o For deg (som er den som kartlegger?)
 - o For mor (som er den som blir utsatt for kartleggingen?)
 - o For den overordnede hensikt som er å oppdage og forebygge mulig barseldepresjon?
- På hvilke måter opplever du at denne måten å kartlegge på er nyttig?
- På hvilke måter opplever du at denne måten å kartlegge på er utfordrende?
- Hvordan er det for deg å sitte å prate med mødre om slike vanskelige tema?
 - o Er det noen ganger det føles overveldende?
 - o Hvordan oppleves det å ta opp et slikt tema med en mor du har møtt maks en gang tidligere?
- Kan du gi meg et eksempel på en situasjon der du selv følte du gjorde en god jobb med kartlegging ved bruk av epds-skjemaet?
- Kan du gi meg et eksempel på en situasjon der du gjorde en kartlegging med epds-skjemaet som du opplevde som utfordrende?
- Kan du gi meg et eksempel på en kartleggingssituasjon der du ble overrasket over resultatet?

Veiledning og opplæring

- Har du fått opplæring i hvordan du skal kartlegge nedstemthet?
 - o Kan du fortelle hvordan dette foregår i praksis?
 - o Hvor relevant oppleves opplæringen?
- Får du veiledning rundt denne delen av arbeidet ditt?
 - o Hvordan opplever du veiledningen som gis?
 - o Hva fungerer?
 - o Hva kunne vært annerledes?

Er det noe mer du vil tilføye som vi ikke har vært innom allerede?

Spesifikke spørsmål som stilles dersom det ikke er nevnt:

- Når fikk du opplæring i administrering av EPDS?
- Hvor mange kartlegginger med bruk av EPDS har du gjennomført?

Generelle oppfølgingsspørsmål underveis:

1. På hvilken måte? Hvorfor?
2. Kan du gi meg et eksempel?
3. Kan du fortelle litt mer om det?
4. Hva tenkte du? Hva gjorde du?
5. Du mener altså at...? Er det riktig å si at du føler at...?