

## Helsedirektoratets vurdering av bruk av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i kombinasjon med klinisk samtale som del av psykisk helsehjelp til gravide og spedbarnsfamilier

Helsedirektoratet ønsker å vurdere bruken av verktøyet EPDS.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten hadde depresjonsscreening av kvinner ved svangerskap og etter fødsel som drøftingssak 11.2.2013 og fattet følgende vedtak:

*Depressive symptomer og depresjon forekommer i forbindelse med svangerskap og barseltid, og depresjon hos mor kan få negative effekter på barnets utvikling. Internasjonal forskning viser at systematisk screening med oppfølging for barseldepresjon til en viss grad kan redusere forekomsten av depressive symptomer hos barselkvinner. Nasjonalt råd er kjent med at mange kommuner systematisk screener for å finne barselkvinner som har depressive symptomer. Screening for barseldepresjoner med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) oppfyller ikke WHO sine kriterier for når det bør gjennomføres en screening. Nasjonalt råd anbefaler at screening for barseldepresjon ikke innføres som et nasjonalt tilbud på det nåværende tidspunkt.*

Etter vedtaket i Nasjonalt råd er det behov for at Helsedirektoratet gjennomgår anbefalinger om tiltak hvor EPDS inngår som et element i klinikken uten at det er organisert som nasjonal screening.

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) er et spørreskjema som er utviklet for å oppdage pasienter/kvinner med depresjon etter fødsel (barseldepresjon). EPDS kan også benyttes for gravide. Kvinnen kan selv fylle ut skjemaet og kvinner som får positiv skåre tilbys oppfølgende samtale, eller skjemaet kan benyttes som en del av en klinisk samtale. Vurdering av skåren og behov for ytterligere utredning og eventuell behandling må tas av helsepersonell.

Argumentet for vedtaket i Nasjonalt råd var at rådet mente at screening for barseldepresjoner med EPDS ikke oppfyller WHO sine kriterier for innføring av et nasjonalt screeningprogram. Flere rådsmedlemmer understreket samtidig at det er viktig å fange opp kvinner som lider av svangerskaps- og barseldepresjon.

Norske kommuner har ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen, inkludert psykiske helsetjenester, også i graviditet og spedbarnsfasen. Kommunene har ansvar for å komme tidlig til med hjelp til de som trenger det. EPDS i kombinasjon med klinisk samtale er et hjelpemiddel til å finne de som trenger videre oppfølging.

Depresjon hos kvinner i tiden rundt fødsel er vanlig, og det er dokumentert negative konsekvenser av slik depresjon, ikke bare for kvinnen selv, men også for barnet. Oppdagelse og behandling av depresjon hos kvinner i denne fasen er særdeles viktig, da forskning fra flere fagområder viser at de tidlige opplevelsene til sped- og småbarn har stor betydning for videre utvikling.

Helsedirektoratet har fra 2009 anbefalt at primærhelsetjenesten og helsestasjoner bør ha rutiner for å identifisere depresjon og angst i perioden rundt fødsel, og at anerkjente verktøy for vurdering av depresjon kan benyttes som del av klinisk intervju, og som ledd i et lokalt forankret program ved helsestasjonen (Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon; IS-1561). EPDS er et eksempel på et slikt anerkjent verktøy.

Helsedirektoratet arbeider i dag med flere satsninger som involverer bruk av EPDS i kombinasjon med klinisk samtale:

1) Helsedirektoratet og Barne- ungdoms- og familiedirektoratets opplæringsprogram «Tidlig inn»: Her gis tilbud om opplæring i bruk av EPDS sammen med støttesamtale, som eksempel på et godt verktøy i kommunenes arbeid med psykisk helse hos gravide og kvinner med små barn.

2) RBUP Øst og Sør opplæring og bistand til implementering av Edinburghmetoden i kommuner: Her inngår EPDS som en del av en samtale om psykiske helse med trent helsepersonell. Kvinner som viser seg å ha milde til moderate symptomer på nedstemthet og depresjon får et begrenset antall støttesamtaler. Kvinner som fremstår med moderate til alvorlige tegn på depresjon blir bedt om å ta kontakt med sin fastlege for utredning av depresjon. Det er samtalen med kvinnen som danner

grunnlaget for vurdering av behov for tiltak som støttesamtaler eller videre henvisning. RBUPs erfaring er at den utdypende samtalen bidrar til å avkrefte de fleste falske positive tilfellene. Målet med metoden er å oppdage og forebygge utvikling av psykiske helseplager hos mor i tiden rundt fødsel.

Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon (IS-1561) omtaler oppdagelse og oppfølging/behandling av depresjon under svangerskap slik: «*Primærhelsetjenesten og helsestasjoner bør være oppmerksomme på og ha rutiner for å identifisere depresjon og angst. Anerkjente verktøy for vurdering av depresjon kan benyttes som del av klinisk intervju, og som ledd i et gjennomtenkt og lokalt forankret program ved helsestasjonen. Dette innebærer opplæring og mulighet for veiledning av psykolog/psykiater, og at det finnes faglig kompetanse og ressurser til å ta seg av mødre som fanges opp*».

Også Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (IS-2057) som ble publisert april 2014 anbefaler at helsepersonell skal ha kunnskap som gjør at de kan identifisere sårbare og utsatte kvinner, barn og familier. Videre anbefales tidlig hjelp og forebygging av depresjon/depressive symptomer i barseltiden. Når det gjelder depresjonsscreening i barseltiden, viser retningslinjen til at Nasjonalt råd anbefaler at screening for barseldepresjon ikke innføres som et nasjonalt tilbud på det nåværende tidspunkt.

I faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen (2005) står det at lege eller jordmor bør fange opp gravide som har depressive symptomer.

Helsedirektoratet arbeider i tillegg med retningslinjer for helsestasjon- og skolehelsetjenesten, samt revisjon av Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen.

### **Situasjonen i andre land**

I Sverige benyttes «Rikshandboken» som kunnskapsstøtte ved helsestasjonene. Her anbefales at alle mødre tilbys screening med EPDS 6-8 uker etter fødselen. Screeningen skal kompletteres med en samtale utfra svarene på EPDS, samt hvordan kvinnen har det for øvrig. Utfra dette vurderes videre behov for tiltak. Sosialstyrelsen har ikke tatt stilling til innholdet i «Rikshandboken» i detalj, selv om man omtaler Rikshandboken i sin veileder for helsestasjonene. Screening av nybakte mødre med EPDS anbefales i Sosialstyrelsens veileder som noe man *kan* gjøre.

Det gjennomføres ikke nasjonal screening for fødselsdepresjon i Danmark. Sundhetsstyrelsen i Danmark understreker imidlertid at det er viktig å oppdage fødselsdepresjon tidlig, og at dette kan skje ved hjelp av strukturerte samtaler med f.eks. lege eller jordmor. For å vurdere om det er behov for videre utredning og behandling, anbefales i tillegg å eventuelt benytte et validert screeninginstrument for fødselsdepresjoner, som EPDS (Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhetsstyrelsen, 2009).

I Finland har man heller ikke nasjonale screeningprogrammer for fødselsdepresjon. Finske helsemyndigheter anbefaler imidlertid screening med EPDS både i graviditet og etter fødsel i sine retningslinjer fra 2013. Bruk av EPDS krever at helsepersonell har trening i dette, og kan hjelpe kvinnene med videre tiltak dersom man vurderer at det er behov for det.

I Storbritannia anbefaler UK National Screening Committee ikke nasjonal screening for barseldepresjon. NICE anbefaler å bruke «The Whooley Questions» i svangerskap og barselperiode. Dette er to depresjonsspørsmål som kompletteres med ytterligere ett spørsmål hvis pasienten har svart ja på de to første. Som en oppfølging av dette kan en benytte EPDS eller andre kartlegginger.

### **Vurderinger**

Etter vedtaket i Nasjonalt råd var det behov for at Helsedirektoratet gjennomgikk sine anbefalinger om tiltak hvor EPDS inngår i kombinasjon med klinisk samtale uten at det er organisert som nasjonal screening.

Det er viktig at tjenestene får opplæring i kartlegging og intervensjon i forhold til psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid, da kvinnens psykiske helse er viktig både for kvinnen selv, men ikke minst for barnets utvikling. Forekomsten av depresjon i barselperioden blir ofte angitt å ligge et sted mellom 10 og 15 %, også i Norge, og nedstemthet og depresjon er minst like vanlig i graviditeten. Dette rammer altså et stort antall kvinner i fasen med barnefødsler og omsorg for små barn, men også deres barn og familier. Dette gjør det særlig viktig å jobbe med psykisk helse i denne gruppen.

Helsedirektoratet anbefaler bruk av virksomme metoder i arbeidet med psykisk helse i svangerskap og barseltid. Anbefalingene i retningslinjen for barselomsorgen er å identifisere sårbare kvinner, barn og familier, samt forebygge og gi tidlig hjelp ved depresjon/depressive symptomer i barseltiden. For å kunne gjøre dette trenger tjenestene gode metoder både for å fange opp hvem som er «sårbare» eller har depresjon, men også gode verktøy for å gi disse den oppfølgingen de har behov for. Opplæringsprogrammet «Tidlig inn» og Edinburghmetoden kan nettopp være gode verktøy for å oppfylle retningslinjen.

Bruk av EPDS kombinert med tilrettelagt oppfølging har vist seg å være en virksom tilnærming for å forebygge psykiske helseplager hos mor i tiden rundt fødsel. En systematisk kunnskapsoppsummering fra Kunnskapssenteret (Rapport nr.01- 2013) viser at screening for depressive symptomer med EPDS rundt 6 uker etter fødsel kombinert med tilrettelagt oppfølging fører til at hyppigheten av depressive symptomer hos kvinner ved 4-6 måneder etter fødsel, reduseres sammenliknet med de som ikke screenes. (Sannsynligheten for at kvinner i ikke screenet gruppe har depressive symptomer var 10 % og i screenet gruppe 6 %). Det mangler imidlertid robust forskning om langtidsoppfølging. Ingen studier rapporterte fysiske eller sosiale utfall hos mor og barn, eller negative eller uønskede effekter. Eventuelle falske positive ansees ikke som et stort problem, siden de kan avklares i den samme samtalen hvor EPDS brukes.

Edinburghmetoden klassifiseres som et funksjonelt virksomt tiltak med dokumentasjonsgrad 3 iflg. Ungsinn (2012). Ungsinns klassifisering av tiltaket forutsetter at det implementeres og utføres slik det er dokumentert i den norske evalueringen av tiltaket. Klassifiseringen er gjort med utgangspunkt i funn knyttet til målsettingen om å redusere mødres depressive symptomer. Det at kartlegging for depressive symptomer med EPDS rundt 6 uker etter fødsel kombinert med tilrettelagt oppfølging har vist seg å være virksomt, er et godt argument for å fortsette arbeidet med Edinburghmetoden. EPDS er et mye brukt kartleggings skjema, som er validert både internasjonalt og i Norge. Når man skal gi kommunene en introduksjon til kartleggingsverktøy knyttet til psykiske reaksjoner i tiden rundt fødsel som i «Tidlig inn»-satsingen, er EPDS derfor et godt valg.

Opplæringsprogrammet «Tidlig inn» er evaluert av SIRUS (rapport, 2012) som viste at opplæringen i «psykiske reaksjoner i svangerskapet» på en halv dag i kommunen var for lite, samtidig som opplæringsprogrammet fungerte som en introduksjon til dokumentert virksomme tidlig intervensjonsmetoder og kunne bygges på med mer undervisning fra RKBU og RBUP. Fra 2013 har undervisningen på dette området blitt utvidet fra en halv til en hel dag. For både «Tidlig inn» og Edinburghmetoden trengs det mer forskning.

Helsedirektoratet vil fortsette å gi tilbud til kommuner om opplæring i EPDS sammen med støttesamtale i opplæringsprogrammet «Tidlig inn». Helsedirektoratet vil støtte at RBUP gir opplæring og bistand til implementering av Edinburghmetoden til kommunene for å forebygge utvikling av psykiske helseplager hos mor i tiden rundt fødsel. Dette forutsetter at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap, opplæring og at kartleggingen inngår i en tiltakskjede med ulike støtte- og behandlingstilbud. Dersom resultatene fra evaluering taler for å fortsette med disse tiltakene, må tiltakene på sikt innarbeides som en del av Helsedirektoratets retningslinjer og veiledere på relevante områder.

Parallelt med at Helsedirektoratet fortsetter med satsningene nevnt over, er det behov for mer evaluering og forskning både på tiltakene i «Tidlig inn», og Edinburghmetoden, men også eventuelle alternative metoder.

Helsedirektoratet vil jobbe for at det utarbeides en plan for ytterligere evaluering av Edinburghmetoden og tiltakene i «Tidlig inn». I dette vil inngå forskning på EPDS sammenliknet med andre metoder for kartlegging av depresjons-symptomer (f.eks. Whooley Questions).

Helsedirektoratet vil også arbeide for at det planlegges forskning på hvorvidt kompetent samtalemetodikk bidrar til å redusere antall falske positive ved kartlegging med EPDS. Videre bør det undersøkes nærmere hvorvidt falske positive faktisk er en ulempe. Det bør i tillegg gjøres undersøkelser av brukererfaringer. Helsedirektoratet vil gjerne deretter benytte resultatene av slike evalueringer til en ny vurdering av hva som bør anbefales som kartleggingsmetoder og/eller

screeningmetoder. Eventuelle nye eller presiserte anbefalingene vil bli innarbeidet i relevante retningslinjer og veiledere.

### **Konklusjon**

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten har vedtatt en anbefaling om at screening for barseldepresjon med EPDS ikke innføres som et nasjonalt tilbud på det nåværende tidspunkt. Helsedirektoratet følger anbefalingen. Helsedirektoratet anbefaler fortsatt, med akseptabel grad av usikkerhet, bruk av EPDS som metode for å avdekke depresjon i svangerskap og barselperiode, i kombinasjon med klinisk samtale (Edinburghmetoden).

Helsedirektoratet vil fortsette å gi tilbud til kommuner om opplæring i EPDS sammen med støttesamtale i opplæringsprogrammet «Tidlig inn». Helsedirektoratet vil støtte at RBUP gir opplæring og bistand til implementering av Edinburghmetoden til kommunene for å forebygge utvikling av psykiske helseplager hos mor i tiden rundt fødsel.

Usikkerheten om kunnskapsgrunnlaget gjør at Helsedirektoratet vil arbeide aktivt for videre evaluering, kunnskapsoppsummeringer og forskning for å øke kunnskapen om tester og metoder som kan bidra til at helsetjenesten best mulig klarer å fange opp og hjelpe kvinner som risikerer eller lider av svangerskaps- og barseldepresjon.