



Beskrivelse og vurdering av tiltaket:

Edinburgh-metoden (EPDS og støttesamtaler)

Ungsinnforfatter: Charlotte Reedtz

Vurdert i Ungsinnpanelet: 21.2.2012

Ungsinnforfatteren er ansvarlig for beskrivelsen av tiltaket, mens Ungsinnpaneletet er ansvarlig for vurdering og klassifisering.

Innledning

Edinburgh-metoden er systematisk bruk av screeningverktøyet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) og oppfølging av de med moderate plager gjennom støttesamtaler etter screening. Tiltaket er et forebyggende tiltak som har til hensikt å forebygge depresjon hos mødre, samt å redusere risikoen for negative konsekvenser av mors depresjon i forhold til barnet. Tiltaket er tilpasset helsesøstre og jordmødre i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Edinburgh-metoden innebærer inntil fire samtaler. Målgruppen for tiltaket er alle gravide og barselkvinner.

Eier av tiltaket i Norge

Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske
Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør
(RBUP Øst og Sør)
Postboks 4623 Nydalen
0405 Oslo

Eier/Distributør for EPDS internasjonalt

John Cox
The Royal College of Psychiatrists
17 Belgrave Square
London SW1X 8PG
England

Beskrivelse av tiltaket

Edinburgh-metoden er et individbasert tiltak for gravide og nybakte foreldre. Tiltaket tar utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap om at fødselsdepresjon kan ha negative konsekvenser for mors helse, forholdet mellom foreldrene, og ikke minst barns utvikling. Tiltaket består av to deler; der den første delen innebærer at kvinnen får tilbud om å fylle ut screeningsinstrumentet EPDS, og hun får deretter en samtale med helsesøster eller jordmor som er trent i metoden (svangerskapsuke 26-28 og ved 6-8 ukers



konsultasjonen). EPDS består av ti spørsmål om symptomer på nedstemthet og depresjon i de siste sju dager. Kvinnens svar på de ulike spørsmålene gjennomgås og det gis anledning til å spesifisere nærmere hva som ligger i de ulike svarene hun har gitt. For den store gruppen som ikke har tegn på nedstemthet, vil fokus i samtalen etter utfylling av EPDS være det normale psykologiske svangerskapet, støtte fra partner og nettverk, og ulike mestringsstrategier i forhold til stressreduksjon.

Den andre delen av tiltaket er en oppfølgingssamtale med helsesøster eller jordmor i løpet av 1-2 uker etter den første samtalen omkring hennes psykiske helse. I praksis innebærer dette et tilbud for kvinner med sumskåre på EPDS etter den umiddelbare samtalen på 10-12, og er kvinner med symptomer på milde eller moderate depresjonssymptomer. Kvinner med sumskåre 10-12 antas ikke å fylle kriteriene for en klinisk depresjon. Disse tilbys 1-4 støttesamtaler med trenede jordmødre eller helsesøstre. Kvinner med tegn til sammensatt problematikk eller mer alvorlige symptomer på depresjon henvises til videre vurdering hos fastlegen og/eller i spesialisthelsetjenesten i samråd med kvinnens fastlege.

Oppfølging gjennom støttesamtalen (e) innebærer at kvinnen og eventuelt partneren inviteres til samtaler basert på aktiv empatisk lytting. Målsetningen med støttesamtalene er å lette kvinnens depresjonssymptomer og redusere varigheten av fødselsdepresjoner for derigjennom å trygge kvinnen i hennes morsrolle, øke hennes sensitivitet og glede over barnet og hindre negative konsekvenser for barnet av mors depresjon.

Metoder som anvendes

Det er helsesøster eller jordmor i den kommunale helsestasjonstjenesten som introduserer tiltaket for mor, eventuelt med partner. I de fleste tilfeller vil det være naturlig at tilbudet gis i hjemstedskommunen, mens det i noen sammenhenger vil være naturlig at samtalene gjennomføres i spesialisthelsetjenesten.

Støttesamtalene gjennomføres mellom hjelperen og mor/foreldrene. Det finns foreløpig ikke noen manual for støttesamtalene. Tiltakets metoder er beskrevet i et av kapitlene i boka Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse (Moe, Slinning, & Bergum-Hansen, 2010).

Sentrale elementer i støttesamtalene er at de ikke skal være aktivt rådgivende (“non-directive”). Det legges stor vekt på hjelperens væremåte eller holdning, i motsetning til anvendelse av en spesifikk teknikk. Den som gir støttesamtalene skal være til stede med hele sin oppmerksomhet i lyttingen til den som søker hjelp, slik at best mulig kontakt oppstår. Hjelperen skal gjennom aktiv empatisk lytting søke å akseptere opplevelser og følelser som den som hjelpes forteller om. Hjelperen skal være åpen, ærlig og autentisk og gjennom dette arbeide for å øke klientens evne til å identifisere og utforske sine følelser. Hjelperen skal ikke gi råd, dersom den hjelpesøkende ikke har bedt om det.

I opplæringen av helsepersonell som skal gjennomføre tiltaket tematiseres naturlige psykiske endringsprosesser i svangerskap og barseltid, forekomst og risikofaktorer



knyttet til depresjon i perioden før og etter fødselen, og hvordan depresjon kan påvirke omsorgsutøvelsen for spedbarn og samspillet i en hel familie. Helsepersonell som skal gjennomføre tiltaket får opplæring i hvordan de skal bruke EPDS, tolke og viderefremme resultatene, samt kommunikasjonsferdigheter de trenger for å gjennomføre støttesamtaler. Helsepersonell får også tilbud om veiledning hver 4-6 uke i to år etter implementering av tiltaket.

Det teoretiske grunnlaget for tiltaket

Forekomsten av fødselsdepresjon blir ofte angitt å ligge mellom 10 og 15 % (Slinning, & Eberhard-Gran, 2010). Forskning dokumenterer at fødselsdepresjon hos mødre har negative konsekvenser for tidlig mor-barn interaksjon og for den sosio-emosjonelle utviklingen til barn (Murray, Cooper, Wilson & Romaniuk, 2003). Spedbarn med deprimerte mødre kan ha reguleringsproblemer på atferdsmessige-, fysiologiske og biokjemiske områder allerede ved fødsel (van Doesum, Hosman, & Riksen-Walraven, 2005). Studier på dette området viser at slike barn i løpet av det første leveåret kan ha forhøyet stressnivå, negativitet mot og avvísning av moren, de har liten positiv affekt og høy negativ affekt, noe som kan gi inntrykk av at de er deprimerte (van Doesum, 2007, s. 14). Hos ett-to åringer har depresjon hos mødre vist seg å være forbundet med forstyrret sosio-emosjonell og kognitiv utvikling (Murray & Cooper, 1996). Med bakgrunn i denne kunnskapen er det viktig å kartlegge depressive symptomer hos kvinner som er gravide eller nettopp har født.

EPDS er et internasjonalt anerkjent instrument med gode psykometriske egenskaper for å avdekke fødselsdepresjoner og måle depressive symptomer (Moe, Slinning, & Bergum-Hansen, 2010) og instrumentet er også validert for norske forhold (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Schei, & Opjordsmoen, 2001; Berle, Aarre, Mykletun, Dahl & Holsten, 2003). Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Opjordsmoen og Samuelsen (2001) gjennomførte en oversiktstudie (review) av 18 valideringsstudier fra 16 forskjellige land. I disse studiene varierte sensitiviteten fra 65 til 100 prosent og spesifisiteten varierte fra 49 til 100 prosent. Norske funn er i overensstemmelse med dette.

Forskerne Holden, Sagovsky og Cox som er opphavspersoner til Edinburgh-metoden, skriver om sitt opplæringsprogram at det var "basert på Rogeriansk eller ikke-dirigerendesamtale metoder" (egen oversettelse) (Holden, Sagovsky & Cox, 1989, s. 224). Hovedantakelsen bak denne tilnærmingen er at når en klient får snakke om sine følelser til en empatisk og ikke-dømmende hjelper vil dette bidra til at klienten får et mer positivt syn på seg selv og livet sitt. Opplæringen i programmet understreker viktigheten av å lytte til klientene og til å motivere klientene til å ta beslutninger basert på egne vurderinger heller enn å gi klientene konkrete råd og veiledning. I internasjonal litteratur er Edinburgh-metoden knyttet til denne terapeutiske retningen (Carl Rogers; klientsentrert terapi) og teorigrunnlaget for denne.



I det norske fagmiljøet ved Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse har man supplert det teoretiske grunnlaget for støttesamtalene med nyere utviklingsteori og psykodynamisk psykoterapi. Man legger til grunn at anerkjennelse fører til erkjennelse (Lindberg, 2010). Fagpersonen som leder samtalene forutsettes å være aktiv og empatisk lyttende og ved sin dype tilstedeværelse vil denne holdning og væremåte gi rom for refleksjon hos kvinnen som mottar tiltaket. Utgangspunktet for det terapeutiske møtet er en anerkjennende relasjon, og i denne relasjonen tenker man seg at deling av følelser og mentale tilstander blir mulig. Klienter i denne type samtaleterapi antas å utvide sine subjektive opplevelsverden som følge av anerkjennelsen, utvidelsen av egne refleksjoner og ny erkjennelse. Intersubjektivitet er et sentralt begrep hentet fra nyere utviklingspsykologi og forstås som et opplevelsesfellesskap mellom mennesker der de ønsker å dele følelser, intensjoner og oppmerksomhet (Lindberg, 2010). Colwyn Trevarthen utviklet teorien om medfødt intersubjektivitet og tar utgangspunkt i at spedbarn har medfødte motiver for kommunikasjon og sosial samhörighet (Braarud, 2010). Denne teorien skiller seg fra tradisjonell tilknytningsteori fordi den postulerer at det er "behovet for et følelsesmessig opplevelsesfellesskap som motiverer spedbarnet til å søke nærhet til omsorgsgiveren, og ikke et behov for beskyttelse (Braarud, 2010).

Erfaringer og evalueringer av tiltaket

Erfaringer med metoden i Norge

Edinburgh-metoden ble først tatt i bruk i Norge i 2003 i Bærum kommune. Bærum, Lørenskog og Sandnes kommune har lang erfaring med tiltaket. Det er skrevet enkelte rapporter fra kommuner som har tatt i bruk Edinburgh-metoden (eksempelvis fra St. Hanshaugen i Oslo, Bærum kommune og prosjektet "OSS i Glåmdal" der seks kommuner deltok). Tiltaket og erfaringer med å bruke det er beskrevet i fagartikler i ulike tidsskrift for helsepersonell (for eksempel Holme, Slinning & Hansen, 2010) og som kapittel i en bok (Holme, Slinning, Bergum-Hansen & Haug 2010). Flere kommuner som benytter tiltaket har undersøkt implementeringsprosessen i egen organisasjon ved hjelp av spørreundersøkelser og fokusgrupper. Gjennom evalueringer gjennomført i prosjektet "OSS i Glåmdal" utledet Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse de viktigste forutsetningene for vellykket implementering av Edinburgh-metoden.

Effekten av Edinburgh-metoden er evaluert i en studie gjennomført etter implementering i Bærum kommune (Glavin, Smith Sørnum & Ellefsen, 2010). Målsetningen med tiltaket var å redusere kvinnenes depressive symptomer og innsatsen varierte fra 1-7 støttesamtaler. I alt 164 kvinner deltok i intervensjonsgruppen og disse ble sammenlignet med 64 kvinner med EPDS skårer over 10 i en nabokommune. To tredeler av intervensjonsgruppen ($N = 108$) fikk kun én støttesamtale, mens én tredel ($N = 56$) fikk fra 2-7 støttesamtaler. Forsknings spørsmålet var om støttesamtalene ville redusere depressive symptomer hos disse kvinnene sammenlignet med en sammenligningsgruppe som fikk vanlig oppfølging. Resultatene viste en signifikant forskjell mellom intervensjons og sammenligningsgruppen med en større reduksjon av depressive



symptomer i intervensjonsgruppen ($ES = 0,56$ ved 3 måneder og $0,51$ ved 6 måneder, basert på differanseskårer). I en annen artikkel gjennomført av samme forskergruppe der ytterligere oppfølgingsdata fra studien ved 9 og 12 måneder etter fødsel ble publisert, viste også resultatene en reduksjon av depressive symptomer i intervensjonsgruppen som var signifikant forskjellig fra sammenligningsgruppen (Glavin, Smith, Sørnum & Ellefsen, 2010). I denne studien målte man også kvinnenes stress med PSI ved 12 måneder etter fødsel, men fant ingen signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen. Ingen variabler knyttet til barnets utvikling eller samspill mellom mor og barnet ble undersøkt i disse studiene.

Brukerfornøydhetsundersøkelser

Brukerevalueringer er gjennomført blant helsesøstre, jordmødre og ledere i kommuner som har fått opplæring i bruk av metoden i flere kommuner, men resultatene fra disse undersøkelsene foreligger ikke dokumentert skriftlig.

Internasjonale evalueringer

Edinburgh-metoden har fått navn etter en av de to byene der metoden først ble evaluert (Edinburgh og Livingston) på slutten av 1980-tallet. I en randomisert studie der dette tiltaket var gjenstand for evaluering deltok totalt 50 kvinner, fordelt mellom en intervensjonsgruppe ($N = 26$) og en kontrollgruppe ($N = 24$) (Holden, Sagovsky, & Cox, 1989). Intervensjonen var samtaler med kvinnene en gang pr. uke over åtte uker og forskningsspørsmålet i studien var om tiltaket ville redusere depressive symptomer hos kvinner med fødselsdepresjon. Resultatene viste en tilfriskningsrate i intervensjonsgruppen på 69 % sammenlignet med 38 % i kontrollgruppen. Ingen problemstillinger knyttet til barnets utvikling eller samspill mellom mor og barnet ble undersøkt.

Flere tiltak som ligner på Edinburgh-metoden er tatt i bruk og evaluert i ulike forskningsprosjekter internasjonalt, men det er stor variasjon i for hvem tiltaket brukes, innholdet og varigheten av tiltakene, hva som evalueres og hvilke effekter av tiltakene som rapporteres. Til tross for at mange og ulike intervensjoner har vist signifikant reduksjon i depressive symptomer hos kvinner med fødselsdepresjoner, hadde man inntil for knappe ti år siden ikke dokumentasjon for at en slik reduksjon førte til en tilsvarende styrking av mor-barn relasjonen og fremmet utviklingen hos barnet (Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003). I noen studier i løpet av det siste tiåret er denne sammenhengen undersøkt.

I en randomisert studie i England ble korttids- og langtidseffekter av psykologisk behandling av fødselsdepresjoner evaluert (Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003). Et av behandlingstiltakene var støttesamtaler etter Edinburgh-metoden der kvinnene ($N = 41$) fikk luftet sine følelser om aktuelle bekymringer, som f.eks. ekteskapsproblemer, økonomiske vansker eller bekymringer de hadde for barnet. Terapien av kvinnene ble gjennomført i deres egne hjem ukentlig 8 – 18 uker etter fødselen. Resultatene fra studien viste signifikante forskjeller mellom kontroll- og intervensjonsgruppen for EPDS skårene ved fire og en halv måned, men ingen signifikante forskjeller ved ni og atten måneder



etter fødsel, samt ved fem års oppfølging (Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003). Resultatene for majoriteten av de øvrige utfallsvariabler viste ingen positive endringer som følge av tiltakene. Dette inkluderte mødrenes erfaringer med barnet umiddelbart etter tiltaket, barnets tilknytning, barnets kognitive utvikling og barnets emosjonelle og atferdsmessige tilpasning hjemme og på skolen ved fem år.

I en studie kalt “The PoNDER trial” som ble gjennomført i England (Morell, Warner, Slade, Dixon, Walters, & Brugha, 2009) sammenlignet man grupper som fikk ulike intervensjoner med kvinner i en sammenligningsgruppe. En av intervensjonene var et tiltak utledet av Edinburgh-metoden (“person-centered counselling”). Tiltaket bygget på støttesamtalene som inngikk i Edinburgh studiene, men var kortere og manualisert på en helt annen måte. Opplæringen var også mindre omfattende enn den man gjennomførte i Edinburgh-studiene England (Morell, Warner, Slade, Dixon, Walters, & Brugha, 2009). Resultatene viste signifikant reduksjon i depressive skårer målt med EPDS ved seks måneder etter fødsel for kvinnene som fikk tiltaket utledet av Edinburgh-metoden. Etter seks måneder ble alle intervensjonsgruppene slått sammen i analysene ved alle senere måletidspunkter. Disse resultatene er dermed ikke representative for effektene av tiltaket utledet av Edinburgh-metoden.

Spredningspolitikk og implementeringsstrategier

Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse er ansvarlige for en av innsatsene for spredning og implementering av Edinburgh-metoden i Norge. En modell for implementeringsprosessen er utarbeidet, denne kalles OSS-modellen (Oppdage-Støtte-Samarbeide). Kommunene må selv ta kontakt med Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ved RBUP Øst/Sør for å starte prosessen med implementering av EPDS med støttesamtaler. Forankringen av prosessen kan gjøres i nært samarbeid med nasjonal koordinator i RBUP Øst/Sør. Som et ledd i implementeringsprosessen gjennomføres et opplæringsprogram i forhold til tiltaket. Det er et krav at representanter fra hele tiltaksnettverket i kommunen deltar på deler av opplæringen. Alle deltakere må selv aktivt melde seg på til opplæringens ulike kursdager.

Sentralt i implementeringsmodellen er at kommunens ledelse og ansatte selv må være klare for å gjennomføre det nødvendige endringsarbeid som kreves i prosessen med å implementere tiltaket. Kommunens «readiness» vurderes av nasjonal koordinator i prosjektet. Implementeringsprosessen gjennomføres over minimum 2 år, og organisasjoner som starter implementering samarbeider med Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse de to første årene. Etter at Edinburgh-metoden er tatt i bruk følges kommunene gjennom årlige erfaringsseminarer og veilederne følges i egne fordypningsseminar for veiledere.

Følgende forutsetninger må ligge til grunn for en vellykket implementering av tiltaket:

1. Beslutning om å implementere Edinburgh-metoden må være forankret i ledelsen i kommunen og kommunen forplikter seg til 2-årig avtale med RBUP Øst og Sør.



2. Ledere og ansatte i kommunen må delta på opplæring i tiltaket. Opplæringsprogrammet er på totalt fire dager og det forventes at alle som jobber med barn og unge i kommunen deltar på første dag i opplæringen; et mobiliseringsseminar. Det forventes videre at helsesøstre og jordmødre som skal bruke metoden deltar på alle fire kursdager i opplæringen.
3. Alle som tilbyr støttesamtaler skal ha jevnlig veiledning i bruk av metoden hver 4-6. uke i minimum to år etter at de har tatt i bruk tiltaket.
4. Tiltaksnettverket i kommunen skal kartlegges og forenkles så godt det lar seg gjøre. Hele tiltaksnettverket skal kjenne til satsingen og rutiner for oppfølging av kvinner som trenger det.

I tillegg til implementeringen i regi av Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, er også Edinburgh-metoden tatt inn i opplæringsprogrammet Tidlig intervensjon. Dette opplæringsprogrammet er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, Bufetat, RBUP/RKBU, KORUS og RVTS/NKVTS. En del av innholdet i dette opplæringsprogrammet er et tre timers foredrag om nedstemthet i svangerskap og barselstid, screening med EPDS, skåring av EPDS og tilhørende støttesamtaler. Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse vurderer dette som en introduksjon til Edinburgh-metoden, ikke en fullstendig opplæring.

Det er imidlertid slik at både EPDS og støttesamtaler er fritt tilgjengelig for alle som vil bruke det. Det er dermed grunn til å tro at det er stor variasjon i hvilken opplæring personell som bruker tiltaket har fått og hvordan tiltaket praktiseres i norske kommuner (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Tiltakseier opplyser at det pr. mars 2012 er 145 norske kommuner som har skrevet kontrakt med Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse og har forpliktet seg til implementering av metoden gjennom deres innsats. Ungsinn kjenner ut over dette ikke til hvor mange som har fått opplæring og har implementert tiltaket gjennom følgende innsatser:

- a. Opplæringsprogrammet "Tidlig intervensjon".
- b. Andre måter å ta i bruk og praktisere tiltaket på.
- c. En kombinasjon av ulike innsatser.

Kvalitetssikring av tiltaket

Alle som bruker metoden i henhold til en samarbeidsavtale med Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse skal ha tilbud om jevnlig veiledning (hver 4-6 uke) i minimum to år etter at tiltaket ble tatt i bruk i kommunen. Det finns foreløpig ikke skriftlige dokumentasjon på om og i hvilken grad brukerne benytter dette tilbudet i de to årene samarbeidsavtalen varer, men tiltakseier opplyser at 80 % av kommunene som har implementert tiltaket har faste veiledere. I noen tilfeller er disse rekruttert fra eller via kompetansenettverket.

Man har gjennomført flere brukerevalueringer i forhold til implementeringen av Edinburgh-metoden, både blant ledere i kommunene og helsepersonell. Resultatene fra



disse undersøkelsene er ikke dokumentert skriftlig. Tiltakseier opplyser at opplæringen i tiltaket er manualisert og at heftet utarbeidet av Eberhard-Gran og Slinning (2007) deles ut til alle deltakere på opplæringen. For å sikre kvalitet i veiledningen holdes det kvalifiseringsseminarer og workshoper for veiledere, både nasjonalt og regionalt i regi av Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse. Det avholdes også regionale erfaringsseminarer for kommunene. Det arbeides med å lage en manual for tiltaket.

Kostnadene for implementering av tiltaket

Opplæringsprogrammet på 4 dager koster kr 50.000,-. Kommunene står selv økonomisk ansvarlig for kostnader til tidsbruk for ønsket antall personer fra ulike enheter. Flere kommuner har inngått interkommunale samarbeidsavtaler om opplæringen og deler utgiftene mellom seg. Enkelte kommuner må etter opplæringen betale for veiledningstjenester fra private tilbydere. Andre kommuner får veiledning etter opplæringen fra lokal BUP og/ eller DPS uten kostnader.

Ungsinnspanelets vurdering

Edinburgh-metoden er et todelt tiltak. Den første delen innebærer en screening med EPDS av alle gravide- eller barsel kvinner. Den andre delen er et selektivt forebyggende tiltak rettet mot deprimerte mødre med spedbarn. Tiltaket er beskrevet gjennom bokkapitler og artikler i fagtidsskrifter. Målgruppen for tiltaket er tydelig beskrevet. Målsetningen med tiltaket synes klart beskrevet når det gjelder reduksjon av depressive symptomer hos kvinnene som får tiltaket. Målsetningene synes imidlertid noe mer uklare med tanke på hvilket utfall man forventer hos barnet. Det er foreløpig ikke utarbeidet manual for tiltaket der det er spesifisert hvilke elementer som inngår i støttesamtalene og hvordan tiltaket utføres. Tiltakseier opplyser at en manual er under utarbeidelse. Når denne foreligger vil dette styrke beskrivelsen av tiltaket.

Tiltaket bygger både på humanistisk, utviklingspsykologisk og psykodynamisk teori. Tiltaket er tydelig forankret i empiriske funn vedrørende konsekvenser depresjoner hos mor kan ha for barnet. Når det gjelder de endringer tiltaket søker å oppnå for kvinnene, er den teoretiske rasjonale for disse mekanismene godt beskrevet. Det foreligger god dokumentasjon i forskningslitteraturen på at depresjon hos mødre kan virke negativt inn på hennes sensitivitet overfor barnet og samspillet mellom mor og barn. Dette er en veldokumentert risikofaktor for psykiske helseplager og utviklingsforstyrrelser hos barna. Det ville være en fordel om mekanismene i tiltaket som tenkes å føre til ønsket endring i mors sensitivitet også hadde vært beskrevet.

Tiltaket er evaluert gjennom en norsk studie som viste at Edinburgh-metoden fører til reduksjon av depressive symptomer hos mødre i målgruppen for tiltaket. Det må imidlertid tas noe forbehold ved tolkning av resultatene da evalueringen anvender et kvasi-eksperimentelt design med en sammenligningsgruppe i stedet for randomiserte grupper. Utvalgsstørrelsen for de kvinnene som fikk tiltaket var relativt liten, samt at frafallet ved 12 måneders oppfølging var stort. I norske studier har man ikke undersøkt



sammenhengen mellom tiltaket og utfall på mors sensitivitet, samspill mellom mor og barn eller sentrale utfallsvariabler hos barna til kvinnene som har fått tiltaket. I noen internasjonale studier har dette vært undersøkt, men det er ikke gjort funn som dokumenterer en klar sammenheng mellom tiltaket og en påfølgende styrking av mor-barn relasjonen og en styrking av barnets utvikling på sentrale områder. Dette kan henge sammen med at tiltaket er lite omfattende (1-4 støttesamtaler), og man må ut i fra dette stille spørsmålstegn ved hvilke effekter man kan forvente å få av et så lite omfattende tiltak. I fremtidige studier av tiltakets effekt i Norge, bør variabler knyttet til tiltakets målsetninger for mors sensitivitet og mor-barn samspillet undersøkes. Det ville også være positivt å gjennomføre undersøkelser av brukertilfredshet hos kvinner som har fått tiltaket.

Tiltaket implementeres gjennom flere nasjonale innsatser og er i tillegg fritt tilgjengelig for de som vil ta det i bruk. Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse har en implementeringsstrategi som tydelig beskriver forutsetningene som må ligge til grunn i de kommuner som implementerer tiltaket gjennom deres innsats. En manual for tiltaket og for opplæringen av utøvere og veiledere vil bidra til å styrke implementeringen av tiltaket. Det er uklart hvordan bruk av tiltaket kvalitetssikres etter at implementeringsperioden er over. Dette åpner for stor variasjon i hvordan tiltaket praktiseres av ulike utøvere og organisasjoner. Ettersom det er mulig å implementere tiltaket gjennom flere innsatser kan man ikke si at det finns en entydig spredningspolitikk for tiltaket.

Klassifisering av tiltaket:

Ungsinns klassifisering av tiltaket forutsetter at tiltaket implementeres og utføres slik det er dokumentert i den norske evalueringen av tiltaket. Klassifiseringene er videre gjort med utgangspunkt i funn knyttet til målsetningen om å redusere mødres depressive symptomer, ikke knyttet til målsetningen om å styrke mor-barn samspillet. EPDS klassifiseres som et funksjonelt virksomt tiltak med dokumentasjonsgrad 3.

Referanser:

- 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, 151-156. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00082-4
- Braarud, H. C. (2010). Samspill mellom to måneder gamle spedbarn og omsorgsgiver. Er spedbarnet en aktiv samspillspartner? I V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen, (red). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 142-144). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Cooper, P. J, Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression:



1. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419. doi: 10.1192/bjp.02.177
- 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, 113-117. Eber-Gran, M. & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel* (s. 9). Folkehelseinstituttet. ISBN: 978-82-8082-208-6.
- 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*, 4, 243-249. doi: 10.1111/j.1600-0447.2001.00187.x
- Glavin, K., Smith, L., Sørnum, R., & Ellefsen, B. (2010). Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1317-1327. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05263.x
- Glavin, K., Smith, L., Sørnum, R., & Ellefsen, B. (2010). Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 21-22, 3051-3062. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03332.x
- Holden, J. M., Sagovsky, R., & Cox, J. (1989). Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 298, 223-226.
- Holme, H., Slinning, K. & Hansen, M.B. (2010). OSS i Glåmdal (Oppdage-Støtte-Samarbeide). *Sykepleien*, 98, 52-55.
- Holme, H., Slinning, K., Hansen, M. & Haug, A. (2010). Implementeringsarbeid på tvers av kommunegrensar, forvatningsnivå og faggrupper. I V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (red). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 545-559). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindberg, A. (2010). Tidlig intervensjon: terapeutisk arbeid med mor og barn. I V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen, (red). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 678-679). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Morell, C. J., Warner, R., Slade, P., Dixon, S., Walters, S., & Brugha, T. Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomised trial and economic evaluation. The PoNDER trial. *Health Technology Assessment* 2009; 13 (30). doi: 10.3310/hta13300
- Murray, L., Cooper, P.J., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression:



2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry*, 182, 420-427. doi: 10.1192/bjp.02.178

Murray, L., & Cooper, P. (1996). The impact of postpartum depression on child development. *International Review of Psychiatry*, 8, 55-63.
doi: 0954-0261/96/010055-09

Slinning, K., & Eberhard-Gran, M. (2010). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I Moe, V., Slinning, K. og Hansen, M.B (red). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s 331). Oslo: Gyldendal akademisk.

Van-Doesum, K. T. M, Hosman, -C. M. H., & Riksen-Walraven J. M.(2005). A Model-Based Intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 26, 157-176. doi: 10.1002/imhj.20037

Van-Doesum, K. (2007). An early preventive intervention for depressed mothers and their infants, its efficacy and predictors of maternal sensitivity. Doctoral Dissertation. Radboud University Nijmegen.