

Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering

BAKGRUNN Screening for barseldepresjon ved hjelp av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i kombinasjon med støttesamtaler med helsesøster (Edinburgh-metoden) er innført ved mange helsestasjoner i Norge. Vi oppsummerer her kunnskapen om hvordan man bør håndtere barseldepresjon, med spesiell vekt på nytten av screening.

KUNNSKAPSGRUNNLAG Det ble gjennomført et litteratursøk i PubMed, PsychInfo og Cochrane. Nasjonale og internasjonale retningslinjer samt relaterte rapporter ble lastet ned fra de respektive helsemyndigheters nettsider.

RESULTATER Depressive symptomer forekommer hos 10–15 % av alle nybakte mødre. I flere internasjonale studier er det vist positiv effekt av Edinburgh-metoden, og screening for barseldepresjon blir anbefalt i flere land. I Norge er det foreløpig ikke gjort studier der man har vurdert effekt og ressursbruk. EPDS-skalaen er validert i en rekke land. I en norsk valideringsstudie sammenliknet man ulike terskelverdier for EPDS-skår med DSM-IV-kriterier for «major depression». Sumskåren på EPDS-skalaen varierer fra 0 til 30. En terskelverdi på 10 ga en sensitivitet på 100 % og en spesifisitet på 87 %, noe som medførte mange falskt positive. Høyere terskelverdi ga betydelig lavere sensitivitet (67 %). To EPDS-målinger samt intervju er blitt anbefalt, men er foreløpig utilstrekkelig utprøvd.

FORTOLKNING Screening for barseldepresjon kan være et hensiktsmessig tiltak. Det trengs imidlertid mer kunnskap om effekt av Edinburgh-metoden og andre oppfølgingsmodeller i Norge samt enighet om grensen for positiv test.

Systematisk screening av barseldepresjon i kombinasjon med støttesamtaler er i de senere år blitt innført ved mange helsestasjoner i Norge. Dette er i tråd med de nasjonale retningslinjene for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (1), der det anbefales: «Det bør være rutiner for identifikasjon av depresjon i svangerskap og fødsel, og faglig kompetanse og resurser til å følge opp familiene som fanges opp.» Det blir imidlertid ikke spesifisert nærmere *hvordan* dette bør gjøres.

De norske retningslinjene for svangerskapsomsorgen (2) anbefaler også helse-tjenesten å fange opp gravide med symptomer på depresjon. Heller ikke disse retningslinjene sier noe eksplisitt om *hvordan* dette skal gjøres eller *hva* slags oppfølging de som fanges opp skal ha. De britiske (National Institute for Clinical Excellence, NICE) (3) og de svenske helsemyndighetene (4), derimot, har utarbeidet nokså klare retningslinjer for hvordan man bør følge dette opp.

I denne artikkelen gis en oversikt over kunnskapsgrunnlaget for anbefaling av screening og oppfølging av barseldepresjon hos nybakte mødre.

Kunnskapsgrunnlag

Artikkelen er basert på et litteratursøk i PubMed, PsychInfo og Cochrane fra 2002 til mai 2013, med søkeordene «postnatal/postpartum», «perinatal», «depression» og «screening» i forskjellige kombinasjoner. Kun eng-

elskspråklige studier ble inkludert. Litteratursøket ga 482 treff.

Relevante artikler er plukket ut på bakgrunn av forfatterens forskningsmessige erfaring. I tillegg ble internasjonale og nasjonale retningslinjer samt relaterte rapporter fra Norge lastet ned fra respektive helsemyndigheters nettsider.

Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel

Depresjon som rammer kvinner etter fødsel, kalles gjerne i engelskspråklig litteratur for «postnatal depression» eller «postpartum depression». Begge disse begrepene sikter til en depresjon som inntreffer i tiden etter en fødsel, og «barseldepresjon» er den mest presise oversettelsen til norsk. Barseldepresjon er ingen selvstendig diagnose med egne diagnosekriterier, men utgjør en heterogen og sammensatt gruppe depressive lidelser.

Forekomsten av depresjon i barselperioden blir ofte angitt til å ligge et sted mellom 10 % og 15 % (5). Det er viktig å være klar over at disse tallene i hovedsak er basert på selvrapporterte spørreskjemadata, ikke på kliniske intervjuer. Prevalenstillene gjenspeiler derfor ikke klinisk depresjon ut fra diagnosekriteriene, men angir moderate til alvorlige depresjonssymptomer ut fra et definert terskel-punkt på en validert symptomskala.

Det er imidlertid godt dokumentert at tiden etter en fødsel er en risikoperiode for kvinners psykiske helse (6). En stor dansk

Malin Eberhard-Gran

megr@fhi.no


Divisjon for psykisk helse
Folkehelseinstituttet
og
Forskningssenteret HØKH
Akershus universitetssykehus


Kari Slinning

Nasjonalt kompetansenettverk for sped-
og småbarns psykiske helse
R-BUP Øst og Sør

Marit Rognerud

Divisjon for psykisk helse
Folkehelseinstituttet
og
Bydel Søndre Nordstrand

 Se også kunnskapsprøve
på www.tidsskriftet.no

 Podkast på www.tidsskriftet.no

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

> Se lederartikkel side 262

HOVEDBUDSKAP

I flere internasjonale studier er det vist positiv effekt av Edinburgh-metoden for screening av barseldepresjon

Innføring av screening forutsetter imidlertid en vurdering av hvordan en metode fungerer nasjonalt

Det trengs mer kunnskap om effekt av ulike oppfølgingsmodeller for barseldepresjon i Norge

studie tyder på at det er en dobbelt så høy risiko for å trenge psykisk helsehjelp de første tre månedene etter en fødsel sammenliknet med ett år senere, og tre ganger så høy risiko for å bli rammet av depresjon i løpet av de første fem månedene etter fødselen sammenliknet med ett år senere (7). Men rundt en tredel av alle barseldepressjoner forekommer allerede under graviditeten (8). Resultatene fra en stor amerikansk undersøkelse av deprimerede spedbarnsmødre viste at 40 % var blitt deprimeret i barselperioden og 34 % i svangerskapet, mens 26 % hadde vært deprimeret allerede før de ble gravide (9).

Man må ikke forveksle barseldepressjon med såkalte barseltårer, som dreier seg om en forbigående følelsesmessig labilitet som oppstår i løpet av den første uken etter en fødsel. Dette opptrer hos 50–80 % av alle nybakte mødre og varer et par døgn. Man regner med at hormonelle faktorer er hovedårsaken til barseltårer (10), men søvnmangel før og i forbindelse med fødselen kan også bidra. Dette er så vanlig at det regnes som en normalttilstand.

Alvorlige konsekvenser

En depresjon i denne livsfasen kan få store ringvirkninger dersom kvinnen ikke blir tatt vare på. For kvinnens del kan det føre til forverring av symptomer og til at depresjonen varer lenger. I de aller alvorligste tilfellene kan det være risiko for selvmord og barnedrap (11). Omtrent 20 % av alle dødsfall i barselperioden er forårsaket av selvmord, som dermed er den nest vanligste årsaken til død i forbindelse med graviditet og barsel (12).

Når depresjon oppstår i perioden etter en fødsel, kan det også påvirke omsorgsevnen overfor spedbarnet og eventuelle andre barn i familien samt forholdet til partneren (10). Spedbarn er særlig sårbare. Det synaptiske nettverket i hjernen påvirkes av de erfaringene spedbarnet gjør seg i disse tidlige årene (13). Det er godt dokumentert at depresjon hos mødre er en sentral risikofaktor for både emosjonelle og kognitive problemer samt språklige og sosiale vansker hos barna (14).

Hva kan forårsake depresjon i denne livsfasen?

De fleste undersøkelser tyder på at psykiske vansker som oppstår i barselperioden, ofte er vansker som kvinnen har hatt tendenser til tidligere også (15). En fødsel er en sentral overgangperiode i livet – det skjer store fysiske og følelsesmessige endringer i løpet av kort tid – og dette gjør kvinnene særlig sårbare i denne fasen. Søvnmangel, problemer med ammingen, følelse av stort ansvar, vanskelig temperament hos barnet og manglende sosial støtte er kjente faktorer som kan bidra til uro og nedstemthet.

Til tross for relativt omfattende forskning

er det foreløpig ingen støtte for ideen om at hormonelle faktorer i vesentlig grad bidrar til å utløse en barseldepressjon. Omtrent 5–10 % av alle nybakte mødre får imidlertid en postpartumtyreoiditt som ofte blir feildagnostisert som barseldepressjon (16).

Edinburgh-skalaen (EPDS)

I alvorlige tilfeller av depresjon vil det ofte være innlysende at kvinnen trenger hjelp. I andre tilfeller er det ikke like tydelig for omverdenen, verken for den nærmeste familie eller for helsepersonell. Det er ikke uvanlig at nybakte mødre føler skam over at de er nedstemt og ikke har den forventede morsfølelsen overfor spedbarnet. Mange prøver derfor å skjule sine problemer, og det kan da være vanskelig for helsepersonell å se hvilke kvinner som sliter psykisk etter fødselen. Dette var bakgrunnen for at den britiske psykiateren John Cox og hans kolleger utviklet en depresjonsskala, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), for å oppdage depressive symptomer hos kvinner som nylig har fått barn (17).

Andre velprøvde depresjonsskalaer (18–20) som er mye brukt i helsetjenesten, er ikke laget spesielt med tanke på depresjon i forbindelse med fødsler og heller ikke validert hos gravide eller barselkvinner. Det som skiller EPDS-skalaen fra andre depresjonsskalaer, er at den ikke kartlegger kroppslige symptomer som tretthet, lite energi eller forandringer i søvn, appetitt og seksuell lyst. Disse symptomene kan like gjerne være konsekvenser av fødselen og omsorgen for spedbarnet. Skalaen består av ti spørsmål om hvordan man har hatt det de siste sju dagene, og hvert svar rangeres på en skala fra 0 til 3. Summen på hele skalaen varierer fra minimum 0 til maksimum 30. En sumskår på 12 eller mer har vist seg å være indikasjon på en klinisk depresjon (21). Det tar omtrent fem minutter å fylle ut skjemaet.

Skalaen er oversatt til over 60 språk og validert i en rekke land (22), inkludert Norge (23). I den norske valideringsstudien ble ulike terskelverdier for EPDS-skår sammenliknet med DSM-IV-kriterier for «major depression» fra et klinisk diagnostisk intervju. En terskelverdi på 10 ga en sensitivitet på 100 % samt en spesifisitet på 87 %, noe som medførte mange falskt positive. En terskelverdi på 11 eller mer ga en høyere spesifisitet (92 %), men også en betydelig lavere sensitivitet (67 %) og dermed en risiko for å overse kvinner med depresjonsproblematikk.

Et bredt spekter av aktuelle tiltak

De britiske og de svenske helsemyndighetene har anbefalinger for oppfølging av barseldepressjon. Anbefalingene varierer med alvorlighetsgrad, tidligere episoder med depresjon og eventuell komorbiditet (3, 4).

Dersom kvinnen har en høy depresjonsskår (EPDS-skår på 12 eller mer), bør det gjøres en grundigere utredning for å ta stilling til hva som vil være det beste behandlingsopplegget. Ifølge de britiske retningslinjene skal kvinnens fastlege alltid informeres hvis det er mistanke om alvorlig depresjon (3). Ved alvorlige depresjoner kan det være nødvendig med både psykoterapi, medikamentell behandling og til og med sykehusinnleggelse. Det siste gjelder særlig hvis kvinnen viser tegn på at hun ikke har evne til å ta vare på seg selv eller barnet og dersom hun har alvorlige søvnforstyrrelser, risikopreget atferd eller selvmordstanker (24). I en stor amerikansk studie hadde 30 % av dem som skåret 13 eller mer på Edinburgh-skalaen selvmordstanker (9).

Kvinner med EPDS-skårer på 10–12, derimot, vil som oftest ikke tilfredsstille de formelle kriteriene til en depresjonsdiagnose og er vanligvis ikke å anse som behandlingstrengende. Depresjonssymptomene kan allikevel ha stor innvirkning på deres funksjonsnivå, og en EPDS-skår på 10–12 bør, ifølge de britiske retningslinjene (3), følges opp med en samtale. Dersom kvinnen ikke tidligere har hatt noen episoder med angst eller depresjon, kan man tilby hjelp og støtte på individ- eller gruppenivå.

For kvinner som har en tidligere depresjonshistorie, anbefaler man å starte opp med 4–6 timers behandling med interpersonlig eller kognitiv atferdsterapi, selv om depresjonen er subklinisk (EPDS-skår 10–12) (3). I en Cochrane-analyse var konklusjonen at både psykologiske og psykososiale intervensjoner er effektivt for å behandle kvinner med barseldepressjon (25). Dersom det er indikasjon for psykoterapi, bør denne behandlingen, ifølge de britiske retningslinjene (3), tilbys innen en måned fra behovet erkjennes.

Edinburgh-metoden

Screening ved hjelp av EPDS-spørsmålene i kombinasjon med støttesamtaler fra helseøster utgjør den såkalte Edinburgh-metoden (21), som nå tilbys ved mange helsestasjoner i Norge. Metoden innebærer EPDS-screening av alle barselkvinner med påfølgende samtale med helseøster om kvinnens psykiske helse og ved behov tilbud om et begrenset antall støttesamtaler. Ifølge retningslinjene for bruk av Edinburgh-metoden skal en kvinne med en sumskår på 12 eller mer også tilbys en ny tid så snart som mulig for en mer grundig utredning (21).

Høy EPDS-skår to ganger og et intervju, en såkalt totrinnscreening, gir som regel et godt bilde av om kvinnens depresjonstegn skal føre til ytterligere vurdering og eventuell henvisning videre. En slik fremgangsmåte vil føre til høy spesifisitet og dermed minke risikoen for mange falskt positive (21).

En randomisert, kontrollert studie med nærmere 4 000 britiske kvinner (26) underbygger den nytteeffekten av Edinburgh-metoden som også er funnet i tidligere studier (27, 28). En fersk rapport fra Kunnskapssenteret konkluderer med at screening kombinert med ulike oppfølgingstiltak i barseltiden reduserer forekomsten av depressive symptomer fra 10 % til 6 % (29).

Det er viktig å være klar over at disse studiene er gjennomført i land hvor helsesøstre og fastleger jobber sammen i tverrfaglige helsesentre og ofte også sammen med en psykolog (30). I Norge har helsesøstre gjerne et mer selvstendig ansvar for oppfølgingen etter screeningen. Det er imidlertid ikke sikkert at dette har noen betydning for nytteeffekten av Edinburgh-metoden. Resultatene fra en norsk studie tyder på at helsesøstre har både muligheter og kompetanse til å forebygge og behandle lette og moderate barseldepresjoner (31).

Forutsetninger for screening

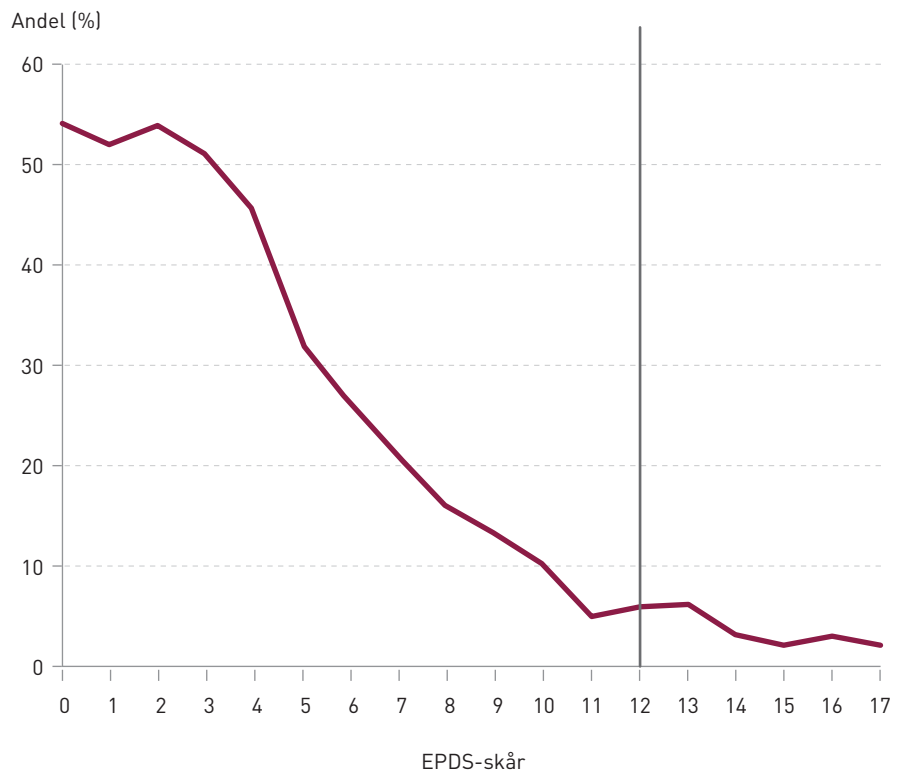
Formålet med screening er å oppdage sykdom på et tidlig stadium. Verdens helseorganisasjon har definert forutsetninger som bør være til stede før man starter nye screeningprogrammer (32). Utbredelsen av helseproblemet skal være av en viss størrelse. Det skal finnes dokumentert effektiv behandling av sykdommen, og man skal kunne tilby hjelp til dem som tester positivt.

Screeninginstrumentet skal ha gode måleegenskaper og ikke medføre unødvendig ubehag, og det skal foreligge anerkjente prosedyrer for videre diagnostisering. Innføring av screening forutsetter også at det er kunnskap og enighet om fordelingen av normalverdiene i befolkningen samt om grensen for positiv test.

Diskusjon

Flere internasjonale studier har vist positiv effekt ved bruk av Edinburgh-metoden, og flere land anbefaler screening av barseldepresjon med tilhørende lavterskeltiltak. Ut fra WHO's retningslinjer skulle det, generelt sett, være grunnlag for screening for depresjon blant barselkvinner. Tilstanden er vanlig og potensielt skadelig for barnet, og det vil være nyttig med tidlig intervensjon. Det finnes et egnet screeningsinstrument og effektive behandlingsmetoder (33). Svært få av kvinnene som har fylt ut skjemaet, har rapportert om uønskede effekter (34).

Innføring av generell screening forutsetter imidlertid også en vurdering av hvordan en metode fungerer på nasjonalt plan – heri inngår en kostnad-nytte-vurdering av behandling versus ikke-behandling. Det er foreløpig ikke gjort studier på ressursbruk her i landet. Vi mangler også brukerundersøkelser om hvordan testen blir mottatt av norske kvinner.



Figur 1 Fordeling av depresjonsskårer hos 416 norske barselkvinner i Nes og Sørum kommuner. Kurven viser at andelen kvinner som skåret over terskelverdien (> 12) utgjorde 5 %. Figuren er basert på tall fra Eberhard-Gran og medarbeidere (23)

Både de britiske og de svenske retningslinjene anbefaler screening av barseldepresjon (3, 4). I Sverige blir det anbefalt å benytte EPDS-skalaen, mens man i Storbritannia anbefaler «the Whooley questions» (to depresjonsspørsmål som kompletteres med ytterligere ett spørsmål hvis pasienten har svart ja på de to første). Den britiske screeningkomiteen har derimot vært skeptiske til en slik rutinemessig utredning (35). Begrunnelsen ligger hovedsakelig i begrensninger knyttet til kostnad-nytte-vurderinger, med tanke på høy andel av falskt positive ved bruk av slike screeningverktøy.

For å unngå unødvendig mange falskt positive har en såkalt totrinnscreening vært anbefalt (21), men dette er foreløpig utilstrekkelig testet ut. Det er et skjønns- og verdispørsmål hva som er en akseptabel andel falskt positive. Det må derfor diskuteres om andelen falskt positive eller falskt negative er akseptabel i et screeningprogram, det vil si at det må være enighet om grensen for positiv test.

Depresjonsscreening av kvinner ved svangerskap og barsel ble nylig vurdert av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rådet konkluderte med at de på nåværende tidspunkt ikke anbefaler at screening for barseldepresjon innføres som et nasjonalt tilbud (36). Når vi ser på hvordan

svangerskaps- og barselomsorgen er organisert i Norge, er det også etter vår vurdering flere spørsmål som bør avklares før det er mulig å gå ut med en generell anbefaling om screening og oppfølging etter Edinburgh-metoden på nasjonalt plan. For det første mener vi det bør avklares *når* det er mest hensiktsmessig å foreta en screening (i svangerskapet og/eller i forbindelse med spedbarnskontrollene). Deretter bør det foreligge klare føringer for *hvordan* screeningen skal gjennomføres og *av hvem* (helsesøster, lege).

Svangerskapskontrollene gjøres vanligvis av fastlege i samarbeid med jordmor. En brukerundersøkelse viste at 85 % av de gravide gikk til svangerskapskontroll primært hos sin fastlege, men 69 % hadde også vært på kontroll hos jordmor på helsestasjon minst én gang (37). Fra og med seks uker etter fødselen vil de fleste nybakte mødre gå til spedbarnskontroll på helsestasjon (95–98 %).

Nyere forskning tyder på at seks uker etter fødselen er et passende tidspunkt for å screene for barseldepresjon (7). Om det gjøres for tidlig, det vil si i de aller første ukene etter fødselen, får man for mange svar som gjenspeiler dagsformen og de normale psykiske svingningene knyttet til en ny overgangs- og tilpasningsperiode (se barseltårer). Slik sett taler mye for at seksukerskontrollen på helsestasjonen både er rett tid og rett sted,

men rundt en tredel av kvinnene vil man antakelig også kunne identifisere i forbindelse med svangerskapskontrollene (8).

Helsestasjonene, med helsesøster og helsestasjonslege, har en viktig rolle for å fange opp både fysiske, psykiske og utviklingsmessige problemer hos barna, mens fastlegen har ansvar for diagnostikk og behandling av mor. Kvinner med subkliniske symptomer (EPDS-skår 10–12) uten tidligere psykisk sykdom vil, ut fra tidligere empiri, kunne profittere på et begrenset antall støttesamtaler av øvet personell på helsestasjon (26, 38).

De færreste spedbarnsmødre med depressive symptomer er alvorlig syke (fig 1) (23) i den forstand at de vil trenge behandling av lege, og de kan dermed hjelpes på et lavere omsorgsnivå. Dersom problemene vedvarer eller det dreier seg om en klinisk depresjon, bør kvinnens fastlege trekkes inn.

Helsetilsynets rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten (39) peker imidlertid på store mangler i kommunikasjonen mellom helsestasjonen og fastlegene mange steder i Norge og at helsestasjonene i stor utstrekning mangler rutiner for å samarbeide med fastlegene. Sju måneder etter at EPDS-screening var innført ved helsestasjonene i Bydel Søndre Nordstrand, hadde bydelens fastleger fortsatt ikke fått noen henvendelser fra noen helsestasjon om å følge opp kvinner med depresjon, til tross for at det i bydelen er nær opp mot 600 fødsler per år (upublisererte data basert på et spørreskjema til fastlegene).

Vi vet ikke om det skyldes at helsestasjonene mener å kunne håndtere kvinnene med depresjonssymptomer uten hjelp av fastlegen, om de ber kvinnene ta kontakt med fastlegen selv eller om det er andre grunner. Kanskje er det et uttrykk for dårlig kommunikasjon mellom helsestasjon og fastlege. Fastlegen har ofte kunnskap om kvinnens tidligere sykehistorie og om forhold i familien som kan være av betydning for å gjøre en bredere vurdering av hennes helsetilstand, noe helsestasjonslegen som oftest ikke har.

Helsesøstre har behov for opplæring og veiledning for å kunne følge opp mødre med støttesamtaler. Det kreves en kvalitets-sikret opplæringsplan og kvalifiserte veiledere som har kunnskap om psykisk helse, utviklingspsykologi og mor-barn-samspill. Det er imidlertid for få spesialister med slik veiledningskompetanse på landsbasis.

Oppsummering

Screening av barseldepresjon kan være et hensiktsmessig tiltak. Det trengs imidlertid mer kunnskap om effekt av alternative oppfølgingsmodeller. Vi vil anbefale at det gjennomføres en god effektstudie i Norge som eventuelt suppleres med innsamling av økonomiske data for å muliggjøre en helse-

økonomisk analyse. Innføring av screening forutsetter også at det er enighet om grensen for positiv test.

Malin Eberhard-Gran (f. 1961)

er professor i klinisk epidemiologi og helsetjenesteforskning. Hun har i en årrekke forsket på psykisk helse i forbindelse med svangerskap og barsel og er for tiden prosjektleder for en større oppfølgingsstudie av gravide og fødende ved Akershus universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kari Slinning (f. 1962)

er dr.psychol. og forskningsleder. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Marit Rognerud (f. 1957)

er spesialist i samfunnsmedisin og bydelsoverlege. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. IS-1561. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primar-og-spesialisthelsetjenesten/Publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon.pdf [31.5.2013].
- Sosial- og helsedirektoratet. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. IS-1179. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon/ Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf [31.5.2013].
- Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG 45). London: National institute for health and clinical excellence, 2007. www.nice.org.uk/nicemedia/live/11004/30433/30433.pdf [31.5.2013].
- Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010. Stockholm: Socialstyrelsen, 2010. www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/17948/2010-3-4.pdf [31.5.2013].
- O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 37–54.
- Eberhard-Gran M, Slinning K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2007.
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB et al. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006; 296: 2582–9.
- Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P et al. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Women Ment Health* 2005; 8: 97–104.
- Wisner KL, Sit DK, McShea MC et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 490–8.
- Boyce P. Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression. I: Cox J, Holden J, red. *Perinatal psychiatry*. London: Gaskell, 1994.
- Davidson J, Robertson E. A follow-up study of postpartum illness, 1946–1978. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71: 451–7.
- Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Women Ment Health* 2005; 8: 77–87.
- Rutter M, Beckett C, Castle J et al. Effects of profound early institutional deprivation: an overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees. *Eur J Dev Psychol* 2007; 4: 332–50.
- Goodman SH, Rouse MH, Connell AM et al. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011; 14: 1–27.
- Musters C, McDonald E, Jones I. Management of postnatal depression. *BMJ* 2008; 337: a736.
- Harris B. Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 288–92.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782–6.
- Bedford A, Foulds G. Delusions, symptoms, states. State of anxiety and depression (manual). Windsor: National Foundation for Educational Research, 1978.
- Goldberg D. The Detection of psychiatric illness by Questionnaire. *Maudsley Monograph*, 21. Oxford: Oxford University Press, 1972.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561–71.
- Cox J, Holden J. *Perinatal Mental Health. A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell, 2003.
- Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K et al. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 243–9.
- Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K et al. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry* 2001; 55: 113–7.
- Boath E, Henshaw C. The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review. *J Reprod Infant Psychol* 2001; 19: 215–48.
- Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2: CD001134.
- Morrell CJ, Slade P, Warner R et al. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ* 2009; 338: a3045.
- Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *BMJ* 1989; 298: 223–6.
- Wickberg B, Hwang CP. Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *J Affect Disord* 1996; 39: 209–16.
- Kunnskapssenteret. Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner. Nr 1–2013. Oslo: Kunnskapssenteret, 2013. www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Depresjonsscreening+av+gravide+og+barselkvinner.17323.cms?threepagenor=1 [31.5.2013].
- Charlton R. General practice. *Clin Med* 2010; 10: 600–4.
- Glavin K, Smith L, Sørum R et al. Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women—a one-year follow-up study. *J Clin Nurs* 2010; 19: 3051–62.
- Wilson JMG, Junger G. Principles and practice of screening for disease. Genève: World Health Organization, 1968.

>>>

33. Buist AE, Barnett BEW, Milgrom J et al. To screen or not to screen—that is the question in perinatal depression. *Med J Aust* 2002; 177 [suppl]: S101–5.
34. Buist A, Condon J, Brooks J et al. Acceptability of routine screening for perinatal depression. *J Affect Disord* 2006; 93: 233–7.
35. NSC. UK National Screening Committee. www.screening.nhs.uk (29.11.2013).
36. Depresjonsscreening av kvinner ved svangerskap og barsel. www.kvalitetogprioritering.no/saker/depresjonsscreening-av-kvinner-ved-svangerskap-og-barsel (29.11.2013).
37. TNS Gallup 2003. Tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge. Rapport fra brukerundersøkelse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003.
38. Glavin K, Smith L, Sørnum R et al. Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *J Adv Nurs* 2010; 66: 1317–27.
39. Styre for å styrke. Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten. Rapport fra Helsetilsynet 1/2012. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2012/helsetilsynetrapport1_2012.pdf (29.11.2013).

Mottatt 18.1. 2013, første revisjon innsendt 30.5. 2013, godkjent 31.10. 2013. Redaktør: Vegard Bruun Wyller.