

Postpartum depresjon

Screening og diagnostisering i allmennpraksis

Thea Andersson
Marthe Andersen
Annette Bentsen
Fahim Latif
Stein Ove Sørensen
Eirin Dalén



Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for allmenn og samfunnsmedisin,
oktober 2008

Kunnskapshåndtering Ledelse Og Kvalitetsforbedring

Innhold

Sammendrag	3
1.0 INTRODUKSJON	4
2.0 KUNNSKAPSGRUNNLAGET	9
3.0 FORBEDRINGSARBEIDET.....	10
3.1 Observasjoner og praksis	10
3.2 Indikatorvalg.....	11
3.3 Begrunnet tiltak.....	12
4.0 PROSESS OG ORGANISERING FOR BEDRE PRAKSIS.....	13
5.0 DISKUSJON.....	14
6.0 KONKLUSJON	17
Referanser	18
Vedlegg 1 Edinburgh Postnatal Depression Scale, norsk versjon	21

Sammendrag

Bakgrunn: 10-15 % av nybakte mødre lider av symptomer på depresjon. Det antas at underdiagnostisering av denne pasientgruppen er et betydelig problem. Til tross for gjentatt kontakt med helsepersonell fanges mange av disse kvinnene aldri opp. Dette har konsekvenser for kvinnen, den nybakte familien og barnet.

Tiltak: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) er et egnet screeningverktøy for å fange opp kvinner som har utviklet eller er i fare for å utvikle postpartum depresjon. EPDS er internasjonalt godt utprøvd screeningverktøy. Det er oversatt og validert for norske forhold.

Organisering: Screeningene bør forgå ved 6 ukers kontroll hos fastlege som innehar kompetanse på diagnostisering av depresjon og behandling av tilstanden.

Konklusjon: EPDS egner seg godt som screeningverktøy for interessert allmennlege og kan uten store økonomiske eller administrative tiltak innføres som en del av 6 ukers kontrollen.

1.0 INTRODUKSJON

Vi ønsker å rette fokus og oppmerksomhet mot mors psykiske helse etter fødsel. Vi ønsker å undersøke hvordan postpartum depresjon (PPD) bedre kan fanges opp i primærhelsetjenesten med hovedfokus på fastlegens rolle. To av gruppemedlemmene er selv nybakte mødre og en har opplevd postpartum depresjon i nær familie. Pasientgruppen utgjør et stort antall pasienter som vi alle vil møte i primærhelsetjenesten. Vår målsetning med denne oppgaven er å vurdere om det finnes et hjelpemiddel som i den kliniske hverdagen kan lette diagnostiseringen av postpartum depresjon.

Postpartum depresjon er den vanligste komplikasjonen til fødsel (1) og interessen for temaet har økt betydelig de senere tiår. PPD opptrer innen 4 uker (DSM)/ 6 uker (ICD-10) etter fødsel. Ubehandlet varer depresjonen ca 7 mnd (2). Man har ikke et eget klassifiseringssystem for PPD, men det defineres som en depresjon med debut etter fødsel med varierende alvorlighetsgrad, hvor den alvorligste oppfyller kriterier for klinisk depresjon. Det er vist at symptomene er lik de symptomene som kvinner får ved depresjon utenom postpartum perioden (3). Depresjon som ledd i bipolare lidelser, personlighetsforstyrrelser og postpartum psykose er utenfor denne oppgavens fokus da disse pasientene kan presentere seg med andre symptomer og kreve særlig behandling og oppfølging.

Tross bred informasjonsinnhenting fra folkehelseinstituttet og flere internettbaser, har vi funnet få gode tallmaterialer på forekomsten av postpartum depresjon. Norske helseundersøkelser anslår at 10 til 15 % av kvinner har symptomer på angst og depresjon (4). Andelen antas å være like høy i perioden etter barnefødsel. Med 60 000 fødsler årlig vil dette anslaget tilsi at 6000-9000 nybakte mødre årlig potensielt har varierende grader av psykiske plager. Det er vist at postpartum depresjon, som utgjør en andel av de psykiske plager nybakte mødre har, trolig er underdiagnostisert (5). To internasjonale undersøkelser har vist at mødre med depresjon sjelden oppdages tross regelmessig kontakt med helsepersonell (6,7). Disse funnene blir støttet av en mindre norsk mastergradsoppgave (8). Sett i

sammenheng med at man anslår forekomsten av postpartum depresjon som like hyppig som depresjon i befolkningen generelt (9-11), tyder dette på at flere kvinner med depresjon i tiden etter fødsel blir gående udiagnostisert og dermed uten adekvat hjelp og oppfølging.

50-80 % av kvinner opplever nedstemthet og emosjonell ustabilitet etter fødsel, maternity blues (12). Denne formen for nedstemthet ses på som en normal reaksjon på den store omveltningen som har skjedd i livet. Dette skyldes dels hormonelle endringer, søvnmangel og stress (13). Postpartum depresjon skiller seg fra ”maternity blues” ved å tilfredsstille de kliniske kriteriene for depresjon. Det kliniske bildet har mange likheter med de symptomene kvinner får ved depresjon utenom svangerskap (14).

Noe av det som vanskeliggjør diagnostiseringen av postpartum depresjon er at mange kliniske tegn ved depresjon, eksempelvis økt trettbarhet, tidlig morgenoppvåkning, nedsatt libido etc., er naturlig til stede i tiden etter fødsel. Grunnen til at MADRS, som allerede er et godt veletablert verktøy for å fange opp deprimerte, ikke er like velegnet til bruk på postpartum kvinner er at skjemaet inkluderer de overnevnte symptomene. Dette synliggjør behovet for et verktøy som gjør klinikeren bedre i stand til å skille ut den gruppen som er i faresonen for eller allerede har utviklet en klinisk depresjon.

Ved søk i medisinske databaser fant vi at Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) skilte seg ut som et godt hjelpemiddel i identifiseringen av kvinner med postpartum depresjon. EPDS ble utarbeidet av den britiske psykiateren John Cox i 1987 for å oppdage depressive symptomer hos kvinner som nylig hadde født (15). Skjemaet omfatter ingen av de kroppslige symptomer som naturlig kan være tilstede i barselperioden. Nettopp derfor er EPDS bedre egnet til å detektere depresjon i denne perioden av livet sammenliknet med for eksempel MADRS, Beck og GHQ. EPDS er et internasjonalt utprøvd og benyttet skjema som er oversatt til 25 språk. Det er gjennomført to valideringsstudier av EPDS i Norge og begge konkluderer med at EPDS er godt egnet som screeningverktøy for bruk på norske kvinner i

barselperioden (16,17). EPDS har vist seg å være godt egnet til å identifisere klinisk depresjon, og har høy sensitivitet og spesifisiteten. (15,16,18). Et gjennomgående trekk er at man finner høy sensitivitet ved økende EPDS score.

Tidlig diagnostisering av postpartum depresjon er vist å ha positiv effekt for mor og barn (19). Mors psykiske helse påvirker forholdet og samspillet med barnet, og depresjon hos mor har betydning for barnets sosio-emosjonelle og kognitive utvikling (20-23). I tillegg er suicidalrisikoen vist økt i opp til ett år etter fødsel for kvinner med postpartum depresjon(24). Depresjon hos den ene forelderen øker stresset på den andre og kan dermed medføre at begge foreldrene blir deprimerte. Dette betyr mulig nedsatt omsorgsevne hos både mor og far og følgende en situasjon hvor barnet er spesielt utsatt (25-27).

Spedbarnsalderen er en sensitiv periode hvor stimuli fra omgivelsene spiller en viktig rolle og har potensiale til å påvirke barnets kognitive, emosjonelle og språklige utvikling (28). Barnets eksponering for langvarig maternell depresjon ser ut til å være assosiert med flere problematiske utfall. Depresjonen kan interferere med mors evne til å konsekvent respondere sensitivt overfor barnet, eksemplifisert med at deprimerte mødre i mindre grad ser på, berører og prater med spedbarnet sammenlignet med mødre uten postpartum depresjon (29). I en studie ble det påvist at mødre med postpartum depresjon, vurdert ved bruk av EPDS, dannet dårligere bånd med barnet målt hos barn i en alder fra 2 uker til 14 måneder (30).

Studier gjort, av bla Murray, på barn i 9 og 18 måneders alder av mødre med postpartum depresjon, viste at disse barna scoret lavere på oppgaver(Piagets object) enn jevnaldrende uten mødre med PPD (31). Murray har i en annen studie funnet en klar forskjell mellom kjønn ved testing av kognitiv utvikling. Gutter er mer sårbare for mødres depresjon enn jenter, og gutter av mødre med PPD scoret lavere enn gutter av mødre uten PPD (32).

Negative effekter på barnet utvikles over tid og tar ulik form på forskjellige tidspunkter i barnets liv(32). I spedbarnsalderen har barn av mødre med PPD høyere forekomst av uro og irritabilitet, utviklingsforsinkelser, vanskelig temperament og utrygg tilknytning sammenlignet med spedbarn av friske mødre. I tidlig småbarnsalder er det rapportert om selvreguleringsvansker og lav stresstoleranse. I skolealderen har barna oftere lære og atferdsvansker, dårlig sosial kompetanse, samt lav selvfølelse (33).

Det er viktig å være klar over at langt fra alle barn av deprimerte mødre utvikler vansker. Alvorlighetsgraden, varigheten av depresjonen og hvordan dette påvirker morens sensitivitet overfor barnet er med på å avgjøre effekten på barnet (34). Faren for at et barn skal utvikle psykiske vansker, er større jo flere risikofaktorer som er til stede. Både sosiale, økonomiske, og kulturelle faktorer har betydning. Fars sensitivitet, tilstedeværelse og gode psykiske helse kan i stor grad motvirke de eventuelt negative effektene en deprimert mor kan ha på barnets utvikling (35).

Alle ovenstående momenter underbygger vår påstand om at det er viktig og betydningsfullt å fange opp kvinner som utvikler postpartum depresjon, slik at disse kan få adekvat oppfølging og behandling. Dersom man klarer å diagnostisere kvinner med PPD vil de kunne få hjelp og støtte slik at de negative effektene på barnet blir minst mulig.

Videre vil vi ta for oss noe vi mener kan være årsaken til at postpartum depresjon er underdiagnostisert. Dette kan skyldes flere forhold, blant annet manglende rutiner, lite kunnskap om PPD og liten eller manglende kunnskap om bruk av screeningsverktøyet EPDS. Tidspress og motvillighet mot forandring av "gammel vane" kan også være utslagsgivende.

Det er viktig å være klar over risikoen for postpartumdepresjon hos nybakte mødre og kjenne til faresignalene. Det fins i dag en del oversiktsartikler om dette temaet i internasjonale tidsskrifter, som er tilgjengelige for fastleger via databaser som for eksempel PubMed. En forutsetning for at disse brukes er imidlertid at legen kjenner til problemet og er

interessert i å oppdatere sin kunnskap om emnet. I norske tidsskrifter har postpartum depresjon vært relativt sparsomt omtalt. I tillegg fins det etter vårt syn for få informasjonsbrosjyrer/hefter om dette temaet som fastlegene kan benytte seg av. En følge av den manglende kunnskapen om PPD er at det ofte kan være vanskelig å skille mellom et svingende følelsesliv med depressive symptomer (barnelstårer) og en reell klinisk depresjon. Det er også stor variasjon i hva helsepersonell legger i begrepet "depresjon". (33)

Vår oppfatning er at mange tilfeller av postpartumdepresjon ikke blir fanget opp fordi man ikke har benyttet seg av et standardisert screeningverktøy som er tilpasset kvinner i denne fasen av livet. Ved å benytte EPDS kan man øke både sensitivitet og spesifisitet sammenlignet med om man ikke bruker dette verktøyet (36,37). Ved bruk av andre verktøy, for eksempel MADRS, som mange fastleger bruker, vil man klare å fange opp en del pasienter med postpartum depresjon. Dette verktøyet er imidlertid ikke beregnet for screening, men for gradering av depresjon. EPDS er egnet som screeningverktøy og det er tilpasset kvinner i den aktuelle livssituasjonen. En forutsetning for bruk av EPDS er at verktøyet brukes korrekt, dette innebærer bl.a. informasjon om skjemaet til kvinnen samt oppfølging av hennes svar. Resultatet av EPDS-skjemaet skal tolkes i en større sammenheng, dvs. at diagnosen postpartum depresjon ikke utelukkende skal baseres på EPDS-score (38).

Tidspresset i helsevesenet er ofte betydelig, og man kan møte motvilje mot å innføre nye rutiner når disse innebærer både opplæring og bruk av "nok et skjema". Dette kan oppfattes som et "tidssluk" i en ellers hektisk hverdag, selv om tidlig deteksjon av problemet på lengre sikt vil være tidsbesparende og gunstig sett i et helseøkonomisk perspektiv. Selv om nye rutiner, også sett i et kortere tidsperspektiv, kan vise seg å være langt mer effektive enn de gamle og innarbeidede, viser noen likevel motvilje mot å innføre noe nytt. Skepsisen har bl.a. vært begrunnet med bekymring for at metoden kan føre til stigmatisering av kvinner som får høy score og sykeliggjøring av dem som bare har midlertidige tilpasningsvansker i en ny livssituasjon, men dette kan like gjerne være et uttrykk for en konservativ grunnholdning (39).

2.0 KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Vi benyttet oss av Cochrane og PubMed i våre søk etter informasjon om postpartum depresjon. Ved å benytte søkeordene "postpartum depression" fikk vi over 1000 artikkeltreff og i overkant av 100 review-artikler. Vi spisset derfor søket vårt ved å benytte følgende søkestrategi:

1. Postpartum and depression
2. Postpartum depression AND screening
 - + AND Primary Health Care
 - + AND General Practitioner - også med forkortelsen GP
 - + AND General practice
 - + AND Edinburgh Postnatal Depression Scale – også med forkortelsen EPDS
4. PPD AND incidence
5. PPD in Norway
6. EPDS AND validation
 - EPDS AND validation in Norway
 - Postpartum AND Validation AND Depression
7. Postpartum depression AND Effects on child/PPD AND child AND development

Vi konsentrerte oss i stor grad om systemiske oversikter og metaanalyser, men har også benyttet oss av enkeltartikler som vi fant særlig relevante. I tillegg benyttet vi oss av informasjon om nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel fra Folkehelseinstituttet (33) samt informasjon fra Norsk elektronisk legehandbok (NEL).

3.0 FORBEDRINGSARBEIDET

3.1 Observasjoner og praksis

Gjennom vår praksisperiode i allmennpraksis 10. semester og praksis fra sommervikariater har flere av medlemmene i gruppen observert varierende innhold og gjennomføring av 6 ukers kontrollen etter fødsel. Vi fant ingen protokoll for hvordan 6 ukers kontrollen skal gjennomføres rent praktisk. NEL, som anses for å være et godt og mye brukt verktøy blant annet i allmennpraksis, har et eget dokument med informasjon om 6 ukers kontrollen, men her rettes hovedfokus mot "medisinske komplikasjoner, amming, seksualitet og prevensjon". Søk i andre kilder gav oss heller ingen klare svar på dette spørsmålet.

Psykiske plager er et tema det kan være vanskelig å ta opp både for pasient og lege, og vi anser det som nyttig med et verktøy som forenkler denne prosessen. Psykiske lidelser har minst like stor forekomst blant barselkvinner som ellers i befolkningen, men det er grunn til å tro at det kan føles mer stigmatiserende å rammes av slike lidelser i denne fasen av livet enn ellers. Forventningene om morslykke og glede er store, men når man i stedet opplever nedstemthet, uro og tiltaksløshet kan man føle seg skamfull og annerledes. Disse følelsene kan for mange være vanskelig å dele med andre, og kanskje spesielt helsepersonell, som mødrene som regel gjerne ønsker fremstå som "gode mødre" overfor. Det er derfor ikke være overraskende om mange unngår å avsløre sine depressive symptomer pga en irrasjonell frykt for å bli kategorisert som dårlige mødre (40). Det er særlig viktig at legen er oppmerksom på kvinner som tidligere har hatt svangerskapsdepresjon, da disse har 25 % risiko for gjentatt depresjon i senere svangerskap (24). Andre risikofaktorer det er viktig å være oppmerksom på er somatiske helseplager, affektiv sykdom i familien, hormonelle endringer, stress, tidligere depresjon, familiær forekomst av depresjon og tidligere eller manifest psykiatrisk sykdom. Man skal også være særlig oppmerksom på kvinner som har gjennomgått en svært traumatisk fødsel med redsel for å dø (41).

Til tross for regelmessig kontakt med helsestasjon fanger ikke helsesøster godt nok opp denne pasientgruppen (8). Ved besøk på helsestasjonen står barnet i fokus, og mors helse

utredes ikke godt nok i dag. Vi mener derfor at 6 ukers kontrollen hos fastlegen, som er et etablert tilbud til mor med hennes helse i fokus, er et naturlig sted å ta opp spørsmål som vedrører psykisk helse. Allmennlegen er den fagpersonen i primærhelsetjenesten som har best erfaring og kompetanse på å oppdage depresjon, sette en eventuell diagnose, vurdere behandlingsmuligheter, behandle og evt. henvise pasienten videre hvis det vurderes å være nødvendig. Derfor anser vi det som mest hensiktsmessig både for kvinnen og samfunnet at denne oppgaven bør ligge hos allmennlegen. I det videre behandlingsforløpet vil det være aktuelt å ha et bredt samarbeid med blant annet helsesøster og spesialister i fagfeltet.

3.2 Indikatorvalg

Som tidligere nevnt antas det at 10-15 % av norske kvinner til enhver tid har symptomer på angst og depresjon. Dette antallet er trolig like høyt hos kvinner som har født, og det antas å være en underdiagnostisert gruppe. Dette gjør at vi med høy sannsynlighet vil forvente å få økning i antall diagnostiserte med postpartum depresjon dersom økt oppmerksomhet og et egnet verktøy brukes. Det finnes ingen egen diagnosekode for postpartum depresjon i ICPC, kodesystemet for allmennpraksis. En kan tolke dette som et tegn på at diagnosen er oversett og lite anerkjent. Et godt indikatorvalg hadde nemlig vært å bruke andelen kvinner på 6 ukers kontroll som ble kodet med diagnosen postpartum depresjon. Siden en slik diagnosekode dessverre ikke eksisterer er allmennlegen derfor henvist til å bruke generell diagnosekoden for depresjon, P 76 eller problemer i puerperiet, W 96. Ettersom vi mener andelen kvinner som på 6 ukers kontroll får diagnosen PPD etter innføring av vårt tiltak er den rette indikatoren å bruke, blir arbeidet med å registrere dette noe mer komplisert. Vi har derfor valgt å bruke en indikator sammensatt av to diagnosekoder; W99 Postpartum kontroll og den diagnosekode den aktuelle allmennlege setter på angst/depresjonssymptomer. De sist nevnte symptomene må debutere innen 6 uker etter fødsel.

Vårt indikatorvalg vil kunne benyttes i en tenkt praktisk gjennomføring av dette prosjektet. For å begrense prosjektets størrelse, men samtidig få et visst volum for statistiske vurderinger kunne man involvert allmennpraktikere i et begrenset geografisk område (eks

en bydel eller kommune). Første trinn i prosessen ville være å be de inkluderte allmennlegene registrere antall kvinner som ved de siste X antall 6 ukers kontrollene har fått diagnosen postpartum depresjon. 6 ukers kontrollen kan i journalsystemet søkes opp ved bruk av diagnosekoden W99 postpartum kontroll (ICPC). Andre trinn i prosessen ville være å iverksette tiltaket, dvs. å innføre EPDS som screeningverktøy ved de neste X antall 6 ukers kontrollene. Tredje trinn i prosessen vil være å gjenta prosedyren i trinn 1, nå etter innføring av EPDS. Vi vil forvente at dersom tiltaket har effekt vil man se en økning i andelen kvinner diagnostisert etter iverksatt tiltak. Det er viktig å være oppmerksom på at en eventuell økning i andelen diagnostiserte kvinner også kan skyldes andre faktorer utenom innføringen av EPDS, som for eksempel allmennlegens (sannsynligvis) økte fokus på problemstillingen.

3.3 Begrunnet tiltak

WHO har fremsatt kriterier som bør være tilfredstilt for starte med populasjonsbasert screening. Selv om vår intensjon i denne oppgaven ikke er å innføre landsdekkende screening, synes vi at vårt screeningverktøy og bruken av dette likevel bør tilfredsstillе WHO's kriterier. Et av kravene er at utbredelsen av helseproblemet skal være av en viss størrelse – dette mener vi bestemt tilfredstilles gjennom antagelsen av 10-15 % av barselkvinner har symptomer på depresjon. Det skal finnes dokumentert effektiv behandling av sykdommen. Vi vet at depresjon effektivt behandles gjennom samtaleterapi og/eller medisinerings hos fastlege (evt. spesialisthelsetjeneste). Både den helse – og samfunnsøkonomiske gevinsten og individuelle nytten vil være stor, siden vi ved å fange opp disse kvinnene kan iverksette tiltak før problemene blir for alvorlige, samt kunne minske potensielle skadevirkninger på barnet. EPDS skjemaet omfatter 10 spørsmål som skal besvares av kvinnen. Dette ser vi på som såpass begrenset at det tilfredsstillер WHO's kriteriet som at hurtigtester skal benyttes der dette er mulig. Et definert krav er at den som tester positivt på skjemaet, umiddelbart skal fanges opp av et system. Fastlegen kan ivareta dette kravet ved å stå for umiddelbar behandling eller iverksette andre tiltak som for eksempel samarbeid med helsestasjonen eller spesialist. Etter vår vurdering tilfredsstillер EPDS WHO's krav til screeningverktøy gjennom at det har gode måleegenskaper (høy sensitivitet og spesifisitet), ikke medfører unødvendig ubehag hos kvinnen (se diskusjon) og til slutt at det finnes anerkjente prosedyrer for videre diagnostikk

EPDS er godt og enkelt verktøy som på en rask og effektiv måte kan sortere ut de pasienter som krever særskilt oppmerksomhet og oppfølging. Det ligger lett tilgjengelig for allmennpraktiserende leger som er tilknyttet NEL. 6 ukers kontrollen er allerede er en del av det etablerte helsetilbudet og gjennomføring av vårt tiltak vil ikke kreve ytterligere konsultasjon utover dette.

Vi var opptatt av at allmennlegen i en stresset hverdag med stadig økende krav og nye arbeidsoppgaver, skulle oppfatte dette verktøyet som et hjelpemiddel for å lette, heller enn å belaste en allerede presset arbeidshverdag. Tross vår intensjon kan primærlegene oppfatte dette som atter et dokument og atter en prosedyre de blir pålagt å sette seg inn i og utføre. De pasientene som scorer over "cut off" vil kreve ytterligere oppfølging fra fastlegens side, men denne oppfølgingen anser vi som å være en naturlig del av en fastlegens ansvarsområde og bør derfor ikke oppfattes som et problem.

4.0 PROSESS OG ORGANISERING FOR BEDRE PRAKSIS

Vårt forslag er at man allerede ved en av de første svangerskapskontrollene forteller den gravide litt om postpartum depresjon, insidens og screening av tilstanden ved hjelp av EPDS. Dette kan bidra til å gjøre postpartum depresjon til et mindre fortiet og tabubelagte emne, samt forderede for bruk av EPDS. Ved 6 ukers kontrollen møter kvinnen 10 minutter før hun skal inn til fastlegen. Helsesekretær gir kvinnen EPDS-skjemaet og ber henne fylle det ut i fred og ro. Fastlegen summerer kvinnens score og gjør seg noen tanker om de eventuelle punktene hun scorer på, før hun kommer inn til konsultasjonen. Under samtalen gjennomgår legen og pasienten besvarelsen av EPDS-spørsmålene i tillegg til de andre fastlagte temaer og undersøkelser som gjennomføres på 6 ukers kontrollen. Det skal ikke tas noen diagnostisk avgjørelse på bakgrunn av EPDS alene. Basert på utfallet av samtalen, går man videre med adekvate tiltak. Har pasienten suicidale tanker eller ikke er i stand til å ta hånd om seg selv eller barnet er det påkrevd med akutt intervensjon. Oppdager legen

mindre alvorlige symptomer er det viktig å ta kvinnen tilbake til nye samtaler for videre oppfølging og behandling.

Vi har sett for oss å gjennomføre dette prosjektet i liten skala. Vårt håp er at EPDS skal lette diagnostiseringen av PPD og dermed danne grunnlag for bruk i større skala. For å få fastleger til å implementere EPDS kan man legge ut infoskriv om postpartum depresjon og EPDS på Allmennt medisinsk portal eller som bilag i Tidsskriftet. En annen tilnæringsmåte er foredrag for lokallagene under Norsk forening for allmennt medisin.

5.0 DISKUSJON

En gjennomføring av vårt prosjekt går som beskrevet tidligere i oppgaven ut på å gi informasjon om EPDS ved svangerskapskontroll og bruk av skjemaet ved 6-ukerskontroll hos fastlege. Vi anser dette for å være et lite kostnad- og ressurskrevende tiltak. Opplæring i temaet må påregnes både hva gjelder informasjon om postpartumdepresjon og bruk av screeninginstrumentet. Vi mener tiltaket vil være til nytte for både mor og barn fordi det er gevinst å hente ved å fange opp kvinner med ppd sett i lys av den potensielle skadeeffekt mors depresjon kan ha på barnets utvikling. En forutsetning for vårt prosjekt er at det eksisterer et godt behandlingstilbud for mødre som blir fanget opp i screeningsprosessen. Dette behandlingstilbudet består i dag av oppfølging hos fastlege, samarbeid med helsestasjon og evt spesialisthelsetjeneste. Hvorvidt dette samarbeidet fungerer og om det er tilstrekkelig for mødre med ppd har vi ikke grunnlag for å uttale oss om. Vår intensjon er ikke å innføre nye retningslinjer for bruk av EPDS på landbasis, vi mener likevel at de fleste fastleger vil ha stor nytte av EPDS og vårt foreslåtte pilotprosjekt vil kunne underbygge dette.

Vi har gjennom prosessen funnet flere utfordringen knyttet til innføring og gjennomføring av EPDS. Et problem er knyttet til vårt indikatorvalg. Det er ingen egen kode for postpartumdepresjon i diagnosekodesystemet ICPC, som benyttes av norske allmennleger.

ICPC har kode W96 (Komplikasjoner i puerperiet, IKA) som omfatter postpartumdepresjon, barselpsykoser og barselfeber. W99 (svangerskap/fødsel/barseltidsykdom IKA) omfatter postpartumkontroll, sfinkterskade ved vaginal forløsning, tromboemboli under svangerskap og vasa previa. Dette synliggjør at det her er rom for misforståelser mht koding og journalinnsyn er nødvendig for retrospektiv datainnsamling.

Vår indikator er andelen kvinner som får diagnosen postpartumdepresjon av det totale antallet kvinner som stiller til 6-ukerskontroll. Vi ønsker å se på endring i denne andelen før og etter implementering av EPDS. Ved et evt. pilotprosjekt med implementering av EPDS, kan vi også få problemer med manglende opplysninger fra 6 ukers kontrollene siden vi er avhengig at de enkelte legene har et fastsatt system hvor de konsekvent koder for postpartum kontroll (W99) og dermed kan finne frem til den aktuelle informasjonen. Påliteligheten vil kunne diskuteres da det er mulig at ikke alle allmennleger bruker ICPC kodingen likt og slik NEL anbefaler, samt at noen muligens også velger å benytte diagnoser på enkeltsymptomer.

I tillegg til usikkerheten knyttet til bruken av diagnosekoder kommer usikkerhet relatert til legers ulike terskler for å stille diagnosen postpartum depresjon. Spesielt når det gjelder pasienter som befinner seg i et "grenseland" mht EPDS score er det grunn til å tro at det fins stor variasjon mht hvorvidt leger ønsker å gå videre i diagnostiseringsprosessen for å evt fange opp pasientene med postpartum depresjon. Fordelen med lav terskel er at flere pasienter blir fanget opp på et tidlig stadium slik at rask behandling kan igangsettes. En ulempe er derimot at prosessen kan føre til sykeliggjøring av pasienten. Vi presiserer igjen at EPDS ikke er et diagnoseverktøy.

Vi har i vår oppgave hatt som utgangspunkt at den aktuelle pasientgruppen bør fanges opp hos fastlege ved 6-ukerskontroll. Andre helseinstitusjoner kan også være egnet til å drive slik virksomhet. Vi tenker da først og fremst på helsestasjoner som møter mor (evt far) og barn oftere enn fastlege. Til tross for tett kontakt med mor i barselperioden klarer

helsestasjonene kun å fange opp et fåtall av kvinner med tegn på postpartum depresjon (6). En av årsakene til dette kan være at det i større grad er barnet som er i fokus på en helsestasjon, mens det hos fastlegen er mor. Det bør også nevnes at det nå oftere er far som møter på helsestasjonen med barnet enn tidligere. I tillegg er vi usikre på om personell på helsestasjoner har god nok kompetanse til å avdekke en evt. postpartum depresjon. Helsestasjonen må ofte henvise pasientene videre, hvilket betyr ytterligere et ledd i diagnostiseringsprosessen. Fastleger skal ha kunnskap om postpartum depresjon og kan stille diagnose og starte behandling. Derimot vil ikke alle kvinner tilbys eller benytte seg av tilbudet om en 6-ukerskontroll hos fastlegen, og blant disse vil det da naturligvis være vanskelig å fange opp tilfellene av postpartum depresjon.

EPDS er kun et screeningverktøy og kan ikke alene brukes til å stille diagnosen postpartum depresjon. Den diagnostiske prosessen av depresjon må følge i etterkant av tolkning av EPDS-score. Vi ser likevel for oss at noen feilaktig vil bruke EPDS-scoren diagnostisk for å spare tid. Dette vil igjen medføre usikkerhet mht til diagnosen.

For legen vil bruk av EPDS forhåpentligvis forenkle anamnesen, og noen vil kanskje være glade for å slippe å stille "ubehagelige spørsmål". En annen fordel kan være at legen tidligere vil fange opp pasienter som er i ferd med å utvikle, eller allerede har postpartumdepresjon. Dermed kan man tidligere igangsette behandling. Leger som ikke har fastsatte rutiner for 6-ukerskontrollen, kan få mer å gjøre dersom vår intervensjon blir implementert, noe som kan gi økt arbeidsbelastning. For kvinnen vil forhåpentligvis et skjema virke ufarliggjørende og gjøre det enklere å meddele tabubelagte tanker. Samtidig får de bedre tid til å reflektere og uttrykke seg enn de ellers ville fått i en tidspresset situasjon på legekantoret. Man skal dog ikke se bort i fra at noen kan tenkes å oppfatte skjemaet stigmatiserende og/eller unødvendig. Dette gjelder ikke minst pasienter med for eksempel lese- og skrivevansker og svaksynte.

Det er svært varierende resultater når det gjelder spesifisitet og sensitivitet i de ulike studiene, noe som blant annet kan forklares ved ulik studiedesign samt ulike populasjoner. Et gjennomgående trekk er at man finner høy sensitivitet ved økende EPDS score. Sensitiviteten og spesifisiteten er økende ved økende score i EPDS (7,22). Ved en score på 11 er sensitiviteten 96 % og spesifisiteten 78 %. Eberhard-Gran fant at med en score på 10 hadde ca 9 % av norske kvinner indikasjon på depresjone, ved å øke scoren til 12 ville 5 % av kvinnene ha indikasjon på depresjon (42). En terskelverdi på 12 er anbefalt. Som vi har vært inne på tidligere i diskusjonen vil man ved å være liberal ved bruk av EPDS-score få et økt antall falske positive, og risikerer dermed økt sykeliggjøring. I motsatt tilfelle vil man ved konservativ bruk av skjemaet få en økt andel falske negative – pasienter som kunne hatt nytte av behandling. Det er da viktig å presisere at EPDS ikke er ment å være et diagnostisk verktøy, men et screeningverktøy for å fange opp de pasienter hvor man bør gjøre en ytterligere utredning.

6.0 KONKLUSJON

Postpartum depresjon er et tema som fortjener økt oppmerksomhet. Antagelsen om at 10-15% av norske nybakte mødre har symptomer på depresjon og at mange av disse trolig blir gående udiagnostisert, synliggjør behovet for et enkelt verktøy som kan lette identifiseringen av disse kvinnene.

Oppgaven mener vi best kan ivaretas av kvinnens fastlege som innehar kompetanse om depresjon, diagnostisering og eventuell behandling. Dette fordrer en engasjert og interessert fastlege, som oppdaterer seg på temaet og bruken av EPDS. EPDS er et nasjonalt- og internasjonalt velutprøvd screeningverktøy med høy sensitivitet og spesifisitet.

Vi anser innføring av EPDS for de interesserte allmennleger for å være lett tilgjengelig, lite resurskrevende både hva gjelder tid og penger. Den helse- og samfunnsøkonomiske gevinsten er høy ved å fange opp disse kvinnene på et tidlig stadium før sykdommen blir mer alvorlig.

Referanser

1. Brockington I: Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004, 363: 303-310.
2. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A: Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57: 1039-1045.
3. Wisner K, Peindl KS, Hanusa BH: Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *J Affect Disord* 1994, 30: 77-87.
4. Dalgard OE et al (eds): Rapport 2008:5 Helse og Levekårsundersøkelsen 2005. Psykiske problemer og behandling. ISBN 978-82-8082-267-3. Nasjonalt folkehelseinstitutt 2008
5. Hendrick V: Treatment of postnatal depression. *BMJ* 2003, 327: 1003-1004
6. Hearn G, Iliff A, Jones I et al: Postnatal depression in the community. *British Journal of General Practice* 1998, 48, 1064-1066
7. Josefsson R, Berg G, Nordin C et al: Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and post partum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2000, 80: 251-255
8. Anker-Rasch C: Kvinner med fødselsdepresjon – finner vi dem? Master of Public Health: Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap 2005.
9. O'Hara MW, Zekoski EM, Phillipps LJ. et al: Controlled prospective study of postpartum mood disorders, comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology* 1990, 99: 3-15
10. Cox JL, Murray D, Chapman G: A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry* 1993, 163: 27-31
11. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM et al: Postnatal depression in an urban area of Portugal, comparison of childbearing woman and matched controls. *Psychological Medicine* 1996, 26: 135-141
12. Harris B: Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood: Working towards strategies for prophylaxis and treatment. *British Journal of Psychiatry* 1994, 164: 288-292
13. Boyce P: Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression. In: J.Cox and J.Holden (eds) *Perinatal Psychiatry*. Gaskell, London 1994.
14. Wisner K, Peindl KS, Hanusa BH: Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *J Affect Disord* 1994, 30: 77-87.
15. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R: Detection of postnatal depression. Development of 10-item EPDS. *BJP* 1987, 150: 782-786.
16. Murray L, Carothers AD: The validation of EPDS on a community sample. *BJP* 1990, 157: 288-290
17. Berle JO, Arre TF, Mykletun A et al: Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of EPDS, and assesment of risk factors for postnatal depression. *Jornal of affective disorders* 2003, 76: 151-156
18. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K et al: The EPDS: Validation in a Norwegian community sample. *NJP* 2001, 55: 113-117
19. Holden JM, Sagosky R, Cox JL: Counseling in a general practise setting – cotnrolled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *BMJ* 1989, 298: 223-226
20. Wisner K1, Peindl KS, Hanusa BH: Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *J Affect Disord* 1994, 30: 77-87.
21. Murray L, Cooper PJ: The impact of postpartum depression on child development. *Int Rev Psychiatry* 1996, 8: 55-63.

22. Carter AS, Garrity-Rokous EF, Chazan-Cohen R et al. Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001, 40: 18-26.
23. Hay DF, Pawlby S, Sharp D et al: Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2001, 42: 871-89
24. Appleby L: Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ* 1991, 302: 137-40.
25. Milgrom J, McCloud P: Parenting stress and postnatal depression. *Stress Medicine* 1996, 12: 177-186.
26. Lovestone S, Kumar R: Postnatal psychiatric illness: the impact on partners. *British Journal of Psychiatry* 1993, 158: 220-226.
27. Zelkowitz P, Milet TH: Stress and support as related to postpartum parental mental health and perceptions of the infant. *Infant Mental Health Journal* 1997, 18: 424-435.
28. Sohr-Preston, Scaramella: Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical child and family psychology* 2006, 9: 65-83
29. Cohn JF, Matias R et al: Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. *New directions for child development* 1986, 34: 31-45.
30. Moehler E, Brunner R et al: Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Arch Womens Ment Health* 2006, 9: 273-278
31. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P: The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child development*. 1996, 67: 2512-2526.
32. Murray L, Cooper P: Postpartum depression and child development. *Psychological medicine* 1997, 27: 253-260.
33. Eberhard-Gran & Slinning (eds): *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. ISBN: 978-82-8082-208-6. Folkehelseinstituttet 2007
34. Cambell SB, Borwnell CA, Hungerford A et al: The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology* 2004, 16: 231-252
35. Rutter M., Rutter M: *Den livslange udvikling – forandring og kontinuitet*. København: Hans Reitzels forlag 2000.
36. Cox JL et al: Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *BJoPsych* 1987, 150: 782-786
37. Eberhard-Gran et al: Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001, 104: 243-249
38. Seeley S: Postnatal depression and maternal mental health: a public health priority. *CPHVA Conference proceedings*, 2001; 16-19.
39. Holden J: Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale in clinical practice. In: Cox J, Holden J (eds) *Perinatal Psychiatry: Use and misuse of the Edinburgh postnatal depression scale*. Gaskell, London 1996.
40. Brown S, Lumley J: Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *British J of Obst Gyna* 2000, 107: 1094-1201
41. Ferber SG, Granot M, Zimmer EZ: Catastrophizing labor pain compromises later maternity adjustments. *Am J Obstet Gynecol* 2005, 192: 826-31.
42. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K et al: Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 2002, 105: 426-433

43. Cox J., Holden J: Parinatal Mental Health. A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Gaskell, London 2003.
44. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM: Postpartum depression. N Engl J Med 2002, 347: 194-9.

Vedlegg 1 Edinburgh Postnatal Depression Scale, norsk versjon

Navn: Fødselsdato: Dato:

1. Har du siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?

- Like mye som vanlig
- Ikke riktig så mye som jeg pleier
 - Klart mindre enn jeg pleier
- Ikke i det hele tatt

2. Har du siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?

- Like mye som vanlig
- Noe mindre enn jeg pleier

- Klart mindre enn jeg pleier
- Nesten ikke i det hele tatt

3. Har du siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?

- Ja, nesten hele tiden
- Ja, av og til
- Ikke særlig ofte
- Nei, aldri

4. Har du siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?

- Nei, slett ikke
- Nesten aldri
- Ja, iblant
- Ja, veldig ofte

5. Har du siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?

- Ja, svært ofte
- Ja, noen ganger
- Sjelden
- Nei, aldri

6. Har du siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg?

- Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt
- Ja, iblant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier
- Nei, for det meste har jeg klart meg bra
- Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig

7. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove?

- Ja, for det meste
- Ja, iblant
- Ikke særlig ofte
- Nei, ikke i det hele tatt

8. Har du siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?

- Ja, det meste av tiden
- Ja, ganske ofte
- Ikke særlig ofte
- Nei, ikke i det hele tatt

9. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått?

- Ja, nesten hele tiden
- Ja, veldig ofte
- Ja, det har skjedd iblant
- Nei, aldri

10. Har tanken på å skade deg selv streifet deg, de siste 7 dagene?

- Ja, nokså ofte
- Ja, av og til
- Ja, såvidt
- Aldri

Sum EPDS-score: 0-30