Hei,

Det er et imponerende arbeid som er lagt ned i den nye anbefalingen til ny **Nasjonal retningslinje for barselomsorgen**. Jeg vet at mange setter stor pris på den grundigheten og balansen dere har lagt i arbeidet.

Selv om høringen nå er avsluttet, har jeg fått noen faglige innspill fra vår avdelingsleder for forskning, som jeg gjerne vil dele med deg. Innspillene berører særlig spørsmålet om screening for barseldepresjon og forutsetningene for trygg implementering i tjenesten.

Nyere forskning viser tydelig at barselperioden er en sårbar fase hvor depresjon kan oppstå raskt, med potensielt store konsekvenser for mor, barn og familie. Depressive symptomer forekommer hos mellom 10–15 % av kvinner etter fødsel, og risikoen for alvorlige utfall er størst i de første månedene. Ubehandlet depresjon kan påvirke tidlig samspill og barnets emosjonelle, kognitive og språklige utvikling.

Dagens norske retningslinjer mangler imidlertid en tydelig og operasjonalisert anbefaling for hvordan barseldepresjon skal identifiseres og følges opp systematisk.

EPDS-skalaen er godt validert internasjonalt og også i norsk kontekst. Den gir et strukturert grunnlag for å identifisere kvinner som ellers ikke uttrykker sine vansker uoppfordret. Kvinner kan ofte skjule nedstemthet eller manglende glede, og klinisk observasjon alene vil ikke alltid fange dette. Internasjonale studier viser at systematisk screening kombinert med støttesamtaler kan redusere forekomsten av depressive symptomer. Kunnskapssenteret har tidligere pekt på reduksjoner fra rundt 10 % til 6 % i programmer der screening inngår som del av tidlig intervensjon.

Samtidig peker nyere kunnskapsoppsummeringer, blant annet *"Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering"* (Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud, 2026), på at oppfølgingssystemet i Norge foreløpig er uferdig. Det beskrives uklar ansvarsfordeling og svikt i kommunikasjon og samhandling mellom helsestasjon og fastlege. Det rapporteres fra enkelte kommuner at fastleger ikke mottar henvendelser fra helsestasjonene, selv om hundrevis av kvinner screenes årlig. Dette understreker et viktig poeng:

Screening alene forbedrer ikke helsehjelpen hvis systemet rundt ikke sikrer oppfølging av kvinnene som skårer høyt.

Uten tydelige pasientforløp, ansvarslinjer, oppfølging og ressurser risikerer man at screening fører til avvik heller enn forbedring. Dette er også bakgrunnen for at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering tidligere har anbefalt at screening ikke bør innføres som nasjonalt program nå.

Det er videre viktig å fremheve konsekvensene for tjenesten. Barselavdelinger og helsestasjoner står allerede i en presset drift, med korte liggetider, høyt tempo og

omfattende dokumentasjonskrav. Screening krever både tid og kompetanse til gjennomføring og samtale. Uten tilførte ressurser vil dette komme i tillegg til eksisterende oppgaver, og risikoen er at kvaliteten på andre nødvendige oppgaver svekkes.

Det faglige utgangspunktet er derfor at et screeningprogram kun kan forsvares dersom det inngår i et helhetlig og forsvarlig pasientforløp, hvor ansvar, tidsbruk, dokumentasjon og videre oppfølging er tydelig definert, og hvor nødvendige ressurser følger med.

I tillegg er kunnskapsgrunnlaget i Norge fortsatt begrenset. Vi mangler gode data om effekt, treffsikkerhet og nytteverdi av screening under norske forhold. Det er også usikkert om symptomer rapportert i den helt tidlige barselperioden (første to- tre dagene) er representative for kvinnens psykiske helse i ukene som følger. Derfor bør effekten av et tydelig definert screeningprogram, inkludert kvalitet, kostnader, ressursbehov og mulige utilsiktede konsekvenser, være tilstrekkelig dokumentert før et nasjonalt program etableres.

Jeg ønsket å videreformidle dette fordi jeg tror det kan være nyttig i det videre arbeidet, og fordi jeg vet at du setter pris på solide faglige vurderinger fra klinikken og forskningsmiljøet.

Fortsatt god helg fra meg!

Privatperson

Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering | Tidsskrift for Den norske legeforening