

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Svangerskap og psykisk helse

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 2-2005

ISBN 82-8121-027-3

ISSN 1503-9544

Tittel	Svangerskap og psykisk helse. Kvinners psykiske helse i forbindelse med svangerskap og første året etter fødsel.
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, direktør
Forfattere	Larun L, Lyngstadaas A, Wiik IN, Mørland B
ISBN	82-8121-027-3
ISSN	1503-9544
Rapport	Nr 2 – 2005
Prosjektnummer	3-196
Antall sider	39
Oppdragsgiver	Sosial- og helsedirektoratet

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt, nytte og kvalitet av metoder, virkemidler og tiltak innen alle deler av helsetjenesten.

Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. Det har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Oslo, januar 2005

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	4
2	Innledning	5
2.1	Problemstilling	6
3	Fremgangsmåte for denne rapporten	6
3.1	Utvalgsriterier	6
3.2	Søkestrategi	7
3.3	Vurdering av oversiktens kvalitet	7
3.4	Sammenfatning	7
3.5	Arbeidsform	8
3.6	Begrensninger ved metoden	9
4	Resultater	9
4.1	Søkeresultat	9
4.2	Resultat fra oversiktene	10
4.2.1	Universelle tiltak	10
4.2.2	Selektive tiltak	13
4.2.3	Indikative (behandlende) tiltak	15
4.3	Oppsummering og gradering av kunnskapsgrunnlaget	18
5	Diskusjon	19
6	Referanseliste	21
7	Vedlegg	26
7.1	Vedlegg 1 Kvalitetsvurdering	26
7.2	Vedlegg 2 Søkestrategi	29
7.3	Vedlegg 3 Tabeller over inkluderte oversikter	31
7.3.1	Universelle tiltak	31
7.3.2	Selektive tiltak	34
7.3.3	Indikative (behandlende) tiltak	37
7.4	Ekskluderte oversikter	41

1 Sammendrag

Rapporten oppsummerer forskning om effekten av ulike tiltak for å forbygge og/eller behandle depressive symptomer, depresjon og angst hos kvinner i forbindelse med svangerskap, fødsel og de første 12 månedene etter fødsel. Begrepet depresjon er brukt vidt, og rapporten inkluderer forskning om effekt av tiltak både på depressive symptomer og mild, moderat og alvorlig depresjon. Sosial- og helsedirektoratet har bedt Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten å lage rapporten, med en tidsramme på seks måneder.

Grunnlaget for rapporten er systematisk innhenting, kritisk vurdering og sammenstilling av forskning fra systematiske oversikter der enkeltstudier er systematisk innhentet, kritisk vurdert og sammenstilt. Rapporten er ingen veileder eller retningslinje.

Svangerskap, fødsel og tiden etter fødsel er en overgangsfase i livet med forandringer og utfordringer. I denne perioden av livet står glede og forventning i fokus, men den inneholder også fysisk og psykisk belastning. Skillet mellom hva som er en naturlig reaksjon på en stor endring i livet og hva som er sykkelig er ikke alltid enkelt (1). Psykisk sykdom under svangerskapet og i tiden etter fødsel (inntil 12 måneder) representer lidelser av varierende alvorlighetsgrad og betyr mye for mors velbefinnende, utvikling av mor-barn relasjonen og for hele familien.

Denne oppsummeringen viser:

- Det er lite hensiktsmessig med generelle forebyggende psykososiale tiltak for alle gravide og nybakte mødre. Derimot har man funnet gunstig effekt av tiltak rettet mot kvinner med økt risiko for å utvikle depressive symptomer etter fødsel.
- Intensive og fleksible hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor, tilpasset den enkelte kvinnes behov, kan fremme mental helse og gi lavere forekomst av depresjon etter fødsel.

Når det gjelder andre psykososiale, psykologiske eller biologiske tiltak er det ikke entydighet om resultatet eller det er ikke funnet oppsummert forskning av tilfredsstillende kvalitet.

2 Innledning

Svangerskap og fødsel er en periode i livet hvor glede og forventning står i fokus, men den inneholder også fysisk og psykisk belastning (2). Psykisk sykdom under svangerskapet og i tiden etter fødsel (inntil 12 måneder) representerer lidelser av varierende alvorlighetsgrad og betyr mye for mors velbefinnende, utvikling av mor-barn relasjonen og for hele familien (3). NOU 1998: 18 "Det er bruk for alle" (4) og stortingsmelding nr 16 2002-2003 "Resept for et sunnere Norge" (5) peker på viktigheten av å utrede kvinners psykiske helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. Tiltak 36 i regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (6) "... sammen om psykisk helse..." påpeker behovet for å vurdere kvinners psykiske helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. Dette ansvaret er lagt til Sosial- og helsedirektoratet som har bedt Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten å lage en kunnskapsoppsummering av problemstillingen.

Svangerskap, fødsel og tiden etter fødsel er en overgangsfase i livet med psykologiske forandringer og utfordringer (1). Å skille mellom hva som er en naturlig reaksjon på en stor endring i livet og hva som er sykelig, er en vanskelig balansegang. Brudal (1) sier: "Jeg ser det slik at fødselsdepresjon er i ferd med å bli en motediagnose, en ny kvinnesykdom – en gynekologisering av kvinnen i den moderne tid. Ikke desto mindre er det som sagt viktig at fødselsreaksjoner fanges opp av hensyn til den enkelte, av hensyn til familien og av hensyn til barnet". Skari (7) viser i sin studie at fødsel ikke synes å utløse varige psykiske plager hos foreldre flest. Risikofaktorer for å få depressive plager er negative livshendelser, dårlig partnerforhold samt tidligere depressive problemer (8).

Depresjon er et begrep som brukes forskjellig. I dagligtale vil det å si på helsestasjonen at en føler seg deprimert ikke nødvendigvis være ensbetydende med å ha en klinisk depresjon. Svangerskaps – og barselomsorgen har en utfordring i å fange opp kvinner som står i fare for å utvikle mer alvorlige depressive symptomer. Noen symptomer knyttet til depresjon er normale etter fødsel, slik som appetitt- og menstruasjonsforandringer, vekttap, tretthet, redusert libido, søvnmangel o.s.v. Dette er bakgrunnen for at en britisk psykiater konstruerte et eget screeninginstrument, spesielt utarbeidet for å fange opp kvinner med risiko for depresjon i barselperioden. "The Edinburgh Postnatal Depression Scale" (EPDS) er oversatt og validert mot depresjonsmål som er kjente (9;10).

Emosjonelle tilstander etter fødsel er en heterogen gruppe som ofte blir kategorisert ut fra alvorlighetsgrad: fødselspsykose ("puerperal psychoses"), depresjon i barselperioden ("postnatal depression", "post-partum depression") og barseltårer ("maternity blues", mild dysfori) (11). De kliniske symptomene ved depressive lidelser i forbindelse med svangerskap, fødsel og tiden etter fødsel skiller seg ikke fra depressive lidelser som oppstår ellers i livet (12). Kliniske kriterier og diagnoser brukes likt uavhengig av når lidelsene oppstår. "International Classification of Diseases" (ICD-10) anbefaler at depresjon i post-partum perioden kategoriseres i en av de etablerte kategoriene (13), mens "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Revision IV" (DSM-IV) aksepterer en ekstrakoding som spesifiserer om lidelsen oppsto i forbindelse med svangerskap og fødsel (14).

Diagnostisert depresjon er den hyppigst forekommende psykiske lidelsen (2) i befolkningen. Forekomsten av depresjon i barselperioden varierer mellom 5-20 % i ulike studier (15). Den store variasjonen kan forklares med at det i studiene brukes

ulike definisjoner av depresjon, ulike måleinstrumenter, og at målingene har vært foretatt på ulike tidspunkter i forhold til fødselen (15). Det er liten forskjell i forekomst av depresjon rett etter fødsel og generelt i kvinnebefolkningen (11). Eberhard-Gran (8) viser i sin studie av 3000 norske kvinner til en lett økt risiko for depresjon i barselperioden når det justeres for ulikheter i risikofaktorer mellom gruppene som belastende livshendelser eller dårlig forhold til partner.

Denne oversikten oppsummerer og sammenstiller forskning basert på publiserte systematiske oversikter om effekten av ulike tiltak for å forebygge og/eller behandle depressive symptomer, depresjon og angst hos kvinner i forbindelse med svangerskap, fødsel og de første 12 månedene etter fødsel. Denne rapporten ser ikke på identifisering, kategorisering eller diagnostisering av psykisk helseilstander hos kvinner før, i og etter fødsel. Rapporten belyser ikke hvordan kvinner opplever å være deprimert eller ha angst. Rapporten er ingen veileder eller retningslinje, men oppsummerer foreliggende sekundærforskning.

2.1 Problemstilling

Målet med oppsummeringen er å besvare spørsmålet:

Finnes det tiltak som kan påvirke psykisk sykdom hos kvinner i svangerskapet, under fødsel og/eller i det første året etter fødsel?

Vi har valgt å begrense psykiske sykdom til depressive symptomer, depresjon og angst. Vi har kun sett på virkningen av tiltak for mor.

3 Fremgangsmåte for denne rapporten

Denne rapporten er en oppsummering av forskningsbasert kunnskap fra systematiske oversikter med moderat eller god metodisk kvalitet. En systematisk oversikt er en oversiktsartikkel der forfatterne har brukt en systematisk og eksplisitt framgangsmåte for å innhente, vurdere og sammenstille resultatene fra enkeltstudier. Denne type forskning heter sekundærforskning.

3.1 Utvalgskriterier

Følgende forhold er lagt til grunn for å inkludere (ta med) systematiske oversikter i denne oppsummeringen:

Inklusjonskriterier:

Studiedesign: Systematiske oversikter, basert på randomiserte kontrollerte forsøk (RCT).

Populasjon: Gravide kvinner, kvinner i fødsel eller kvinner i de første 12 månedene etter fødsel.

Tiltak: Tiltak som har til hensikt å forebygge og/eller behandle, depressive symptomer depresjon eller angst.

Utfall: Forekomst eller grad (symptomer) av depresjon og/eller angst hos den gravide/mor.

Metodisk kvalitet: Studier med god eller moderat kvalitet.

Eksklusjonskriterier:

Enkeltstudier er ikke tatt med.

Oversiktsartikler som omhandler kronisk syke er ikke tatt med, heller ikke studier som omhandler fødselspsykosier eller barseltårer.

Hvis forfatter har publisert flere artikler om det samme materiale, er nyeste publikasjon valgt.

Studier med mangelfull metodisk kvalitet i henhold til kvalitetsvurdering (vedlegg 1).

3.2 Søkestrategi

Vi søkte etter systematiske oversikter i CDSR (Cochrane Database of Systematic Reviews), Dare (Database of Abstracts of Reviews of Effect). Det er også søkt i primærdatabasene Medline, Embase, Cinahl, PsycLit, Amed og MidDir med søkefilter for systematiske oversikter. Søket var tidsbegrenset tilbake til 1999. Første søk ble foretatt i juni og siste september 2004. Søkestrategien var tilpasset den enkelte database (vedlegg 2, søkestrategi). Det ble søkt både i fritekst og ved hjelp av emneord. I tillegg ble utvalgte nettressurser gjennomgått for å finne systematiske oversikter og ressurspersoner ble kontaktet. Det er ikke gjort språkbegrensninger.

3.3 Vurdering av oversiktens kvalitet

Oversiktsartiklene er vurdert ut fra tittel og/eller sammendrag av to personer uavhengig av hverandre (vedlegg 1A). Aktuelle artikler som minst en person mente var relevant ble innhentet i fulltekst og kritisk vurdert etter sjekklister for systematiske oversikter som finnes på nettadressen:

http://www.kunnskapsenteret.no/filer/Sjekkliste_Systemoversikt.pdf

Sjekklisterne er basert på internasjonale, anerkjente kriterier (16) og vurderer metodisk kvalitet med hensyn til beskrivelse av inklusjonskriterier, søkestrategi, intern validitet og måten oppsummering av studiene var gjort (vedlegg 1B). Oversiktens kvalitet ble kategorisert som god (alle 4 kriterier møtt), moderat (2 eller 3 kriterier møtt), mangelfull (færre enn 2 kriterier møtt) (vedlegg 1C). Systematiske oversikter rangert til god og moderat kvalitet er inkludert som dokumentasjonsgrunnlag i kunnskapsoppsummeringen.

3.4 Sammenfatning

De inkluderte oversiktene er oppsummert i tekst og tabeller (vedlegg 3). Tabellene oppsummerer populasjon, tiltak, utfallsmål og resultater som beskrevet i de systematiske oversiktene. Vår vurdering av oversiktens metodisk kvalitet og eventuelt andre forhold er gitt som kommentar. Vår bedømmelse av oversiktens kvalitet og dokumentasjonens beviskraft for ulike tiltak er beskrevet i tabell under kvalitet. De systematiske oversiktene er kategorisert i universell, selektiv og indikativ henhold til "Institute of Medicine Classification of Mental Health's" system (17). Se side ni for inngående definisjon.

Effekt av ulike tiltak basert på inkluderte systematiske oversikter er oppsummert ved å gradere samlet dokumentasjonen på følgende måte.

Utsagn for beviskraft	Samlet dokumentasjon	Dokumentasjonsstyrke
Oppsummeringen viser	<ul style="list-style-type: none"> en eller flere oppdaterte systematiske oversikter av god kvalitet: <ul style="list-style-type: none"> - basert på minst to metodisk gode enkeltstudier med entydige resultater 	Høy
Oppsummeringen antyder	<ul style="list-style-type: none"> en eller flere oppdatert systematiske oversikt av god eller moderat kvalitet: <ul style="list-style-type: none"> - basert på minst en metodisk god enkeltstudie - basert på minst to enkeltstudier av moderat kvalitet med entydige resultater 	Moderat
Oppsummeringen er ikke entydig	<ul style="list-style-type: none"> en eller flere oppdaterte systematiske oversikter av varierende kvalitet: <ul style="list-style-type: none"> - der resultatene i de systematiske oversiktene peker i ulike retninger - der enkeltstudier av varierende kvalitet har resultater som peker i ulike retninger - basert på en enkeltstudie av moderat kvalitet 	Mangelfull/lav
Det mangler oppsummert forskning om:	<ul style="list-style-type: none"> ingen foreliggende systematiske oversikter 	Manglende

3.5 Arbeidsform

Lillebeth Larun (LL) og Anita Lyngstadaas (AL) har skrevet rapporten. Irene Neverlund Wiik (IW) har i samarbeid med LL laget og gjort søket. LL og AL har uavhengig vurdert om artikler skulle inkluderes på bakgrunn av sammendrag, Berit Mørland (BM) har vært tredjeperson ved uenighet. Artikler i fulltekst er vurdert på samme måte.

Det ble opprettet en referansegruppe i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet. Referansegruppen har kommet med viktige avklaringer og innspill. Forfatterne står ansvarlig for innholdet og utformingen av rapporten.

Referansegruppen består av følgende ressurspersoner fra forskning- og kliniske miljøer som på fritt grunnlag har gitt kommentarer:

- Lege Malin Eberhard-Gran,
- Prosjektleder Kari Glavin,
- Jordmor Anne Beate Gravdahl,
- Lege Daniel Haga
- Spesialpsykolog Aslaug Haug
- Jordmor Lise Thommasen

LL har hatt ansvaret for samarbeidet med referansegruppen, samt oppdragsgiver i Sosial- og helsedirektoratet.

3.6 Begrensninger ved metoden

Vi har bare brukt systematiske oversikter, noe som kan innebære at vi har oversett enkeltstudier som er relevante for problemstillingen. Dette kan skyldes at det ikke er skrevet gode systematiske oversikter som har funnet alle relevante enkeltstudier, at systematiske oversikter ikke foreligger på aktuelle problemstillinger, eller at enkeltstudier av ny dato ikke er fanget opp i oversiktene som er brukt. De systematiske oversiktene skulle være basert på enkeltstudier med randomisert forsøksdesign. Mens denne begrensningen opplagt påvirker rapportens fullstendighet, svekkes nødvendigvis ikke påliteligheten i innholdet som presenteres.

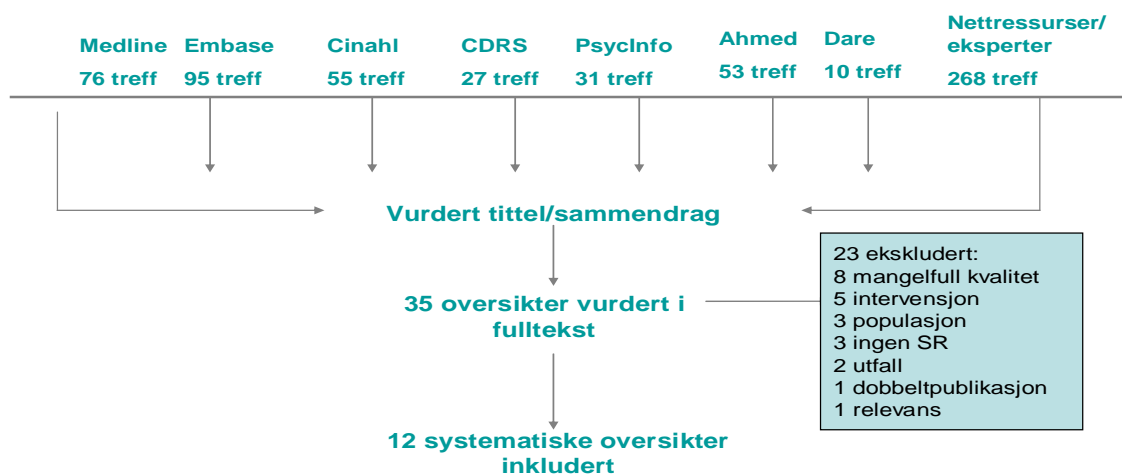
Rapporten beskriver et fagfelt som har ulike behandlingstradisjoner og det kan være at det ikke er gjort robust forskning innen alle felt. Disse feltene vil da ikke være belyst i rapporten.

Vi har søkt etter systematiske oversikter, uten språkbegrensning, som er publisert etter 1998. Det er en begrensning at resultatene og kategorisering er rapportert slik forfatteren(e) av den systematiske oversikten har vurdert den. Vi har ikke innhentet dokumentasjon fra inkluderte enkeltstudier som inngår i de systematiske oversiktene.

4 Resultater

4.1 Søkeresultat

Figur 1. Søkeresultat.



28.09.04 ble 615 titler (inkludert duplikater) identifisert og tittel/sammendrag vurdert. Av disse ble 35 systematiske oversikter innhentet og vurdert i fulltekst. Ti ble ekskludert fordi de ikke hadde relevant populasjon (18-20), ingen intervensjon (21-25) eller ikke relevante utfallsmål (20;26;27). Åtte ble ekskludert på grunn av mangelfull kvalitet (28-35), tre var ikke oversikter (36-38), en var duplikat (39) og en hadde ikke relevant tema (40). De tolv inkluderte oversiktene (41;41;41-52) er publisert i tidsrommet 1999 til 2004. Enkeltstudiene som disse har inkludert, er publisert i tidsrommet 1962 til 2000. Figur 1 viser treff i ulike databaser (inkludert duplikater) og inklusjonsprosessen.

4.2 Resultat fra oversiktene

De tolv inkluderte systematiske oversiktene er av god eller moderat kvalitet og bygger på randomiserte kontrollerte forsøk (RCT). Antall deltagere i oversiktene varierer fra 241 til 13651, og deltagerne er gravide, fødende eller kvinner det første året etter fødsel. Oversiktene har depresjon eller angst som endepunkt, men definisjonene varierer fra lette symptomer til klinisk diagnostisert depresjon eller angst. Det er brukt ulike måleinstrument, diagnostiseringsverktøy (se tabeller i vedlegg 3), og depresjon og angst er målt på ulike tidspunkter.

Resultatene er delt i tre grupper (17):

- **Universelle tiltak:** Tiltak for å fremme psykisk helse og/eller forebygge psykiske lidelser hos **alle** gravide, fødende og kvinner i året etter fødsel
- **Selektive tiltak:** Tiltak for å fremme psykisk helse og/eller forebygge psykiske lidelser hos gravide, fødende og kvinner i året etter fødsel **"at risk"** for å utvikle depresjon.
- **Indikative (behandlende) tiltak:** Tiltak for å behandle psykiske symptomer og/eller sykdommer hos gravide, fødende og kvinner i året etter fødsel med **diagnostisert eller sannsynlig depresjon.**

Ikke alle oversiktene sorterer til bare en gruppe. Fem av oversiktene har tiltak som passer i mer enn en gruppe, slik at det totalt er 18 tabeller (vedlegg 3).

Resultatene er også delt inn etter type tiltak:

- **Psykososiale og psykologiske tiltak**
- **Biologiske tiltak:** farmakologiske, hormonelle og kosttilskudd

Studiene med best metodisk kvalitet presenteres først.

4.2.1 Universelle tiltak

Universelle tiltak for å fremme psykisk helse og/eller forebygge psykiske lidelser hos **alle** gravide, fødende og kvinner i året etter fødsel

4.2.1.1 Psykososiale og psykologiske tiltak

Studie (SR)	Tiltak	Kvalitet på SR
Dennis (48)	Ulike psykososiale og psykologiske tiltak	God
Hodnett (41)	Tilstedeværelse under fødselen	Moderat
Rowe (43)	Bedre kommunikasjon mellom kvinner og helsepersonell på barselavdelingen.	Moderat
Brown (42)	Tidlig utskrivning av friske mødre.	Moderat

Sammenfatning:

Fire systematiske oversikter (41-43;48) oppsummerer forskning om effekten av psykososiale og psykologiske tiltak rettet mot alle gravide og kvinner i de første 12 måneder etter fødsel for å forebygge depresjon og angst.

Oppsummeringen av de systematiske oversiktene viser at generelle psykososiale tiltak ikke reduserer antall kvinner som får fødselsdepresjon, men intensive og fleksible hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor etter fødsel gir færre deprimerede. Oppsummeringen av de systematiske oversiktene antyder at tiltak bare gitt i barselperioden er bedre enn kombinert med tiltak i svangerskapet. Individuelle tiltak synes effektive, mens gruppebaserte tiltak ikke viser effekt. Kvinner som får støtte og kontinuerlig tilstedeværelse under fødselen antyder at angst og depresjon ikke blir mindre. Oppsummeringen av de systematiske oversiktene er ikke entydig om tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og kvinner på føde-/barselavdeling påvirker angst eller om tidlig utskrivning for friske mødre og spedbarn påvirker mors psykiske helse og følelse av velvære.

Beskrivelse av de enkelte oversiktene:

Dennis (48) vurderer virkningen av psykososiale og psykologiske tiltak for å forebygge fødselsdepresjon (tabell 1). Den er av metodisk god kvalitet og inneholder 15 RCT, hvorav 7 omhandler kvinner "at risk" som er kategorisert under selektive tiltak og omtalt i tabell 8 (vedlegg 3).

Resultatene fra disse 15 RCT viser at kvinner som fikk psykososiale eller psykologiske tiltak sammenlignet med vanlig tilbud var like utsatt for å få fødselsdepresjon som kvinner som fikk vanlig tilbud.

Oversikten gjør ulike analyser for å se om det er enkelttiltak som kan redusere forekomsten av depressive symptomer.

To RCT med god kvalitet hvor intensive og fleksible hjemmebesøk av helsesøster (public health nurse) eller jordmor i post-partum perioden ble vurdert, gir en liten reduksjon. Hjemmebesøk av ikke profesjonelle viser ingen forskjell.

Individuelle tiltak (11 RCT) som psykologisk debriefing og individuell psykoterapi har usikker effekt, mens gruppebaserte tiltak som undervisning ikke viser effekt.

Hodnett (41) ser på virkningen av at en person er tilstede ved hele fødselen. To av 15 RCT er relevant for problemstillingen og oversikten er av moderat metodisk kvalitet (tabell 2, vedlegg 3).

Tiltaket er støtte og kontinuerlig tilstedeværelse under fødselen av helsepersonell, doula (legutdannet fødselshjelper), venn/familiemedlem eller annen uten spesielle kvalifikasjoner. Studiene rapporterer varierende resultater. En studie (6915 deltagere) viste en ikke-signifikant reduksjon av fødselsdepresjon. En afrikansk studie (189 deltagere) viste reduksjon i angst og depresjon i barselperioden. Kontinuerlig tilstedeværelse viste positiv effekt på andre utfall som bruk av smertestillende, operative inngrep og negative tilbakemeldinger om fødselserfaringer.

Rowe (43) vurderer effekten av ulike tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og kvinner på føde-/barselavdeling. Seks av 13 studier er relevant for problemstillingen, og oversikten er av moderat metodisk kvalitet (tabell 3, vedlegg 3).

Fire studier (7576 deltagere) av moderat/lav kvalitet vurderer effekten av informasjon (brosjyre og/eller muntlig informasjon ved sykehusbesøk) om antenatal screening. Studiene viser varierende resultater. To rapporterer redusert angst og to studier ingen forskjell.

2 studier (467 deltagere) av moderat kvalitet vurderer effekten av helsekort som den gravide oppbevarer selv. Studiene viser varierende resultater. En studie rapporterer redusert angst og en ingen forskjell.

Brown (42) ser på virkning av tidlig utskrivning for friske mødre og spedbarn på helse og velvære hos mor og barn, tilfredshet med oppholdet, kostnader og påvirkning for familien som helhet. Tre av 8 RCTs relevante for problemstillingen og oversikten har moderat metodisk kvalitet (tabell 4, vedlegg3).

De tre studiene er av moderat metodisk kvalitet og viser varierende resultater. I en studie med 189 deltagere hadde kvinnene i gruppen som ble skrevet ut tidlig mindre depressive symptomer en måned etter fødsel enn de som fikk vanlig utskrivning. I de to andre studiene med 122 og 104 deltagere var det ingen forskjell mellom tidlig og vanlig utskrivning

4.2.1.2 Biologiske tiltak

Studie (SR)	Tiltak	Kvalitet på SR
Lawrie (45)	Langtidsvirkende syntetisk progesteron	God
Dennis(49)	Farmakologiske, hormonelle og kosttilskudds tiltak	Moderat

Sammenfatning

To systematiske oversikter (45;49) oppsummerer forskning om effekten av biologiske tiltak rettet mot alle gravide og kvinner i de første 12 måneder etter fødsel for å forebygge depresjon og angst. Oversiktene viser til samme primærstudie på progesteron.

Oppsummeringen av de systematiske oversiktene antyder at progesteron i forbygging og behandling av fødselsdepresjon kan knyttes til signifikant høyere depresjonsskår (kvinnene er mer deprimert).

Beskrivelse av de enkelte oversiktene:

Lawrie (45) vurderer virkningen av progesteron i forebygging og behandling av fødselsdepresjon for kvinner i inntil 18 måneder etter fødsel. Oversikten er metodisk god (tabell 5, vedlegg 3) og oversikten vurderer virkningen av østrogen for kvinner "at risk"(se under indikative tiltak og tabell 15, vedlegg 3).

En studie med 180 kvinner som fikk intramuskulær injeksjon av langtidsvirkende syntetisk progesteron viste signifikant høyere depresjonsskår 6 uker etter fødsel. Disse forskjellene var borte ved 3 måneder. Denne studien er også med i en annen oversikt (48) (tabell 7, vedlegg3). Grunnet bare en studie av god kvalitet på progesteron er dokumentasjonen moderat.

Dennis (49) ser på virkningen av forebyggende biologiske (farmakologiske, hormonelle, kosttilskudd) intervensjoner hos kvinner i inntil 12 måneder etter fødsel. Tre RCT av totalt syv studier er relevante for problemstillingen, en hormonell og to om kosttilskudd. Oversikten er også tatt med under selektive tiltak (tabell 11, vedlegg3). Oversikten er av moderat metodisk kvalitet (tabell 6, vedlegg3).

I en dobbelblindet blokkrandomisert RCT fikk de 180 deltagere enten langtidsvirkende intramuskulær progesteron eller placebo. Ved 6 uker etter fødsel hadde

intervensjonsgruppen signifikant større risiko for å utvikle depresjon. Disse forskjellene var borte ved 3 måneder. Det er moderat dokumentasjon for ikke å bruke progesteron i post-partum perioden (Også vurdert i Lawrie 2001 (45), tabell 6)

I en dobbeltblindet RCT med 138 deltagere som planlegger å amme fikk intervensjonsgruppen fettsyrer (DHA) i svangerskapet og kontrollgruppen placebo. I perioden 3 til 18 uker ble det ikke registrert signifikant forskjell mellom gruppene. I en RCT med 779 deltagere fikk intervensjonsgruppen kalsiumtilskudd og kontrollgruppen placebo. Ved 12 uker var det signifikant forskjell mellom gruppene. Grunnet bare en studie på to ulike kosttilskudd (fettsyrer, kalsium) er dokumentasjonen svak.

4.2.2 Selektive tiltak

Selektive tiltak for å fremme psykisk helse og/eller forebygge psykiske lidelser hos gravide, fødende og kvinner i året etter fødsel **”at risk”** for å utvikle depresjon.

4.2.2.1 Psykososiale og psykologiske tiltak

Studie (SR)	Tiltak	Kvalitet på SR
Dennis (48)	Ulike psykososiale og psykologiske tiltak	God
Hodnett (52)	Ekstra sosial støtte til gravide kvinner	God
Elkan (47)	Hjemmebesøk	Moderat
Brown (42)	Tidlig utskrivning fra barselavdeling	Moderat

Sammenfatning:

Fire systematiske oversikter (42;47;48;52) oppsummerer forskning om effekten av psykososiale og psykologiske tiltak rettet mot gravide fødende og kvinner i året etter fødsel hos kvinner med økt sårbarhet for utvikling av depresjon.

Oppsummeringen av de systematiske oversiktene viser at psykososiale og psykologiske tiltak til mødre med økt risiko for å utvikle depressive symptomer forebygger fødselsdepresjoner.

Oppsummeringen av de systematiske oversiktene antyder at hjemmebesøk for å bedre omsorg for seg selv og barnet ikke påvirker depresjon hos mor og at tidlig utskrivning for kvinner med uplanlagt keisersnitt ikke gir forverring av mors følelse av velvære. Hvis mor får økt støtte rapporteres mindre bekymring for barnet.

Beskrivelse av de enkelte oversiktene:

Dennis (48) ser på virkningen av ulike psykososiale og psykologiske tiltak for å forebygge fødselsdepresjon hos ”at risk” kvinner. Syv av 15 RCT vurdere ”at risk” kvinner (tabell 7, vedlegg 3). Oversikten er metodisk god.

Psykososiale og psykologiske tiltak til mødre med økt risiko for å utvikle depressive symptomer forebygger fødselsdepresjoner. For fullstendig resultat oversikt Dennis (48) under universelle tiltak (tabell 1, vedlegg 3).

Hodnett (52) ser på hvordan ekstra sosial støtte til gravide kvinner med økt risiko for å få barn med lav fødselsvekt påvirker bl.a. psykososiale utfall. Den er av metodisk god kvalitet og inneholder to relevante RCT hvor kvinnen har økt risiko for å føde for tidlig eller å få barn med lav fødselsvekt (tabell 8, vedlegg 3).

En studie med 60 kvinner rapporterte redusert angst etter fødsel i tiltaksgruppen som fikk i snitt to hjemmebesøk av jordmor samt et "telephonic domiciliary fetal monitoring system". En studie med 509 kvinner rapporterte mindre bekymring for sine barn i gruppen som fikk ekstra støtte.

Elkan (47) vurderer virkningen av hjemmebesøk hos kvinner "at risk" på psykologisk eller følelsesmessig helse. Meget omfattende oversikt, totalt 102 studier (tabell 9, vedlegg 3) her er tre RCT relevante. Oversikten har moderat metodisk kvalitet.

Uansett kvalitet eller tiltak viser ingen av studiene effekt på depressive symptomer. En studie med kvinner i fare for å mishandle sine barn (n=191) sammenlignet hjemmebesøk med vekt på målformuleringer med tradisjonell helsekontroll for bl.a. å se på endring i forekomst av depressive symptomer. Den fant ingen signifikant forskjell mellom gruppene.

En studie med gravide og kvinner i barselperioden (n=147) med svakt sosialt støtteapparat sammenlignet hjemmebesøk med terapeutisk relasjon med hjemmebesøk med generell informasjon. Den fant ingen forskjell mellom gruppen på depresjonsskår.

En studie med afroamerikanske kvinner (n=743) med lav sosio- demografisk status sammenlignet hjemmebesøk for å fremme helserelatert atferd, barnomsorg og livskontroll som tillegg til vanlig helsekontroll med vanlig helsekontroll. Den fant ingen signifikant forskjell mellom gruppene i forhold til depressive symptomer.

Brown (42) ser på virkning av tidlig utskrivning av friske mødre og spedbarn på helse og velvære hos mor og barn, tilfredshet med oppholdet, samt kostnader og påvirkning for familien som helhet. En av 8 RCT ser på mødre "at risk" og er relevante for problemstillingen. Oversikten har moderat metodisk kvalitet (tabell 10, vedlegg 3).

Studien rapporterer ingen forskjell på tidlig utskrivning og vanlig behandling med hensyn til mors følelse av velvære. Grunnet bare en studie på utfallsmålet og at tallverdier ikke er rapportert er dokumentasjon om mors velvære lav.

4.2.2.2 Biologiske tiltak

Studie (SR)	Tiltak	Kvalitet på SR
Dennis (49)	Farmakologiske, hormonelle, kosttilskudd	Moderat

Sammenfatning:

En systematisk oversikt (49) oppsummerer forskning om effekten av biologiske tiltak rettet mot gravide, fødende og kvinner i året etter fødsel med økt risiko for å utvikle depresjon etter fødsel ("at risk").

Oppsummeringen av de systematiske oversiktene er ikke entydig om thyroxin hos kvinner med lavt stoffskifte eller om antidepressiva (gitt som nortryptilin) påvirker depresjon.

Beskrivelse av de enkelte oversiktene:

Dennis (49) er på virkningen av forbyggende biologiske intervensjoner. To RCT av totalt syv studier er relevante for problemstillingen. Totalt 497 deltagere. Oversikten har moderat metodisk kvalitet (tabell 11, vedlegg 3).

I dobbeltblindet RCT med 51 deltagere med tidligere fødselsdepresjon fikk intervensjonsgruppen antidepressiva (nortryptelin) og kontrollgruppen fikk placebo. Studien viste ingen signifikant forskjell mellom gruppene. I en dobbeltblindet RCT med 446 deltagere med lavt stoffskifte fikk intervensjonsgruppen thyroxin og kontrollgruppen placebo. I perioden mellom 6 og 24 uker etter fødsel fant studien ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Grunnet bare en studie på hvert medikament (antidepressiva, thyroxin) er dokumentasjonen svak.

4.2.3 Indikative (behandlende) tiltak

Indikative tiltak for å behandle psykiske symptomer og/eller sykdommer hos gravide, fødende og kvinner i året etter fødsel med **diagnostisert eller sannsynlig depresjon**.

4.2.3.1 Psykososiale og psykologiske tiltak

Studie (SR)	Tiltak	Kvalitet på SR
Dennis (50)	Psykologiske, psykososiale m.m.	Moderat
Elkan (47)	Hjemmebesøk	Moderat

Sammenfatning:

To systematiske oversikter (47;50) oppsummerer forskning om effekt av psykososiale og psykologiske tiltak rettet mot gravide, fødende og kvinner i året etter fødsel med diagnostisert eller sannsynlig depresjon.

Oppsummeringen av de systematiske oversiktene antyder at likemannsstøtte av kvinner i perioden etter fødsel påvirker mors depresjon positivt og at ikke-førende støttesamtaler (non directive counselling) bedrer depresjon. Oppsummeringen antyder også at hjemmebesøk med ikke-førende støttesamtaler for kvinner med depressive symptomer i barseltiden gir mindre depressive symptomer.

Oppsummeringen av de systematiske oversiktene er ikke entydig om kognitiv atferdsterapi påvirker depresjon i målgruppen.

Beskrivelse av de enkelte oversiktene:

Dennis (50) ser på virkningen av ikke-biologiske intervensjoner. Femten RCT av totalt 21 studier er relevante for problemstillingen. En oversikt med moderat metodisk kvalitet (tabell 12, vedlegg 3). Alle studiene vurderer endring i depresjon ved hjelp av ulike måleinstrumenter (tabell 12, vedlegg 3). Det er få studier per behandlingsmetode, og de har alle metodiske svakheter.

Likemannsstøtte: To RCT (n=102) av moderat og lav metodisk kvalitet vurderer likemannsstøtte versus rutinebehandling. Begge studiene viser signifikant forskjell i favør av intervensjonsgruppen. En RCT (n=29) vurderer partnerstøtte, ingen signifikant forskjell umiddelbart.

Ikke-førende støttesamtaler: Tre RCT (n=174) hvorav to med moderat og en med lav metodisk kvalitet sammenligner ikke-førende støttesamtaler versus rutinebehandling: Alle viste signifikant forskjell i favør av støttesamtaler

Kognitiv atferdsterapi: Fem RCT (n=381) sammenligner kognitiv atferdsterapi versus venteliste/rutinebehandling/ placebo. To studier viser signifikant forskjell i favør av intervensjonsgruppen mellom gruppene og tre rapporterer ingen forskjell i depresjon.

Individuell psykoterapi: En RCT (n=120) med moderat metodisk kvalitet vurderer individuell psykoterapi versus venteliste. Gruppene viser signifikant forskjell i depresjonsskår.

Søvn: En RCT (156 kvinner) med moderat metodisk kvalitet vurderer effekten av søvngrupper versus informasjons brosjyre pr post og viser signifikant forskjell i favør av søvngrupper.

Avspenning massasje: To RCT (n=66) med lav metodisk kvalitet ser på massasje versus avspenning og en baby massasje versus ingenting. Studien viser signifikant forskjell i favør av baby massasje.

Mor/barn samspill: 1 RCT (n=193) med moderat metodisk kvalitet vurderer bl.a. mor/barn samspill. Signifikant nedgang i EPDS skår >12, men ikke depresjon målt med DSM-III-R.

Elkan (47) ser på virkningen av hjemmebesøk. Meget omfattende oversikt med 102 studier. Oversikten har moderat metodisk kvalitet (tabell 13, vedlegg 3).

3 RCT (n= 2164), to små med moderat metodisk kvalitet og en stor med lav metodisk kvalitet, vurderte effekten av hjemmebesøk med ikke-førende støttesamtaler en gang i uken i minst 8 uker versus vanlig behandling. Alle studiene viste positiv effekt i favør av intervensjonsgruppen.

4.2.3.2 Biologiske tiltak

Studie (SR)	Tiltak	Kvalitet på SR
Hoffbrand(44)	Antidepressiva	God
Lawrie (45)	Østrogen	God
Dennis (51)	Farmakologiske, hormonelle m.m.	Moderat
Mulrow (46)	Antidepressiva	Moderat

Sammenfatning

Fire systematiske oversikter (44-46;51) oppsummerer forskning om effekt av biologiske tiltak rettet mot gravide, fødende og kvinner i året etter fødsel med diagnostisert eller sannsynlig depresjon.

Oppsummeringen av de systematiske oversiktene antyder at østrogen for sterkt deprimerede kvinner bedrer depresjon.

Oppsummeringen av de systematiske oversiktene er ikke entydig om fluoksetin (SSRI) gir bedre effekt enn kognitiv adferdsterapi.

Beskrivelse av de enkelte oversiktene:

Hoffbrand (44) ser på virkningen av ulike antidepressiva kontra andre behandlingsformer for fødselsdepresjon. Oversikten er metodisk god (tabell 14, vedlegg 3).

En RCT inkludert (n=87). Studien sammenligner fluoksetin (SSRI), fluoksetin kombinert med kognitiv atferdsterapi, placebo og placebo kombinert med kognitiv atferdsterapi. Fluoksetin alene viste signifikant bedring sammenlignet med placebo. Fluoksetin alene rapporterte samme effekt som placebo med kognitiv atferdsterapi. Det er ingen synergieffekt mellom fluoksetin og kognitiv atferdsterapi. 101 kvinner nektet å delta i den inkluderte studien fordi de ikke ville ta medikamenter. Grunnet bare en studie på utfallsmålet og at tallverdier ikke er rapportert er dokumentasjon lav. Samme studie er rapportert i Mulrow (46) (tabell 17, vedlegg 3) og Dennis (51)(tabell 16, vedlegg 3).

Lawrie (45) ser på virkningen av østrogen og progesteron i forebygging og behandling av fødselsdepresjon. Oversikten er metodisk god (tabell 15, vedlegg 3).

En studie med 61 deltagere viser at transdermal (plaster) østrogen for sterkt deprimerte kvinner er forbundet med signifikant bedring i depresjonskår sammenlignet med placebo. Grunnet bare en studie på østrogen er dokumentasjonen moderat. Studien er også tatt med i Dennis (51) (tabell 16, vedlegg 3).

Dennis (51) vurderer virkningen av biologiske intervensjoner. To RCTs av totalt 9 studier er relevante for problemstillingen. Oversikten har moderat metodisk kvalitet (tabell 16, vedlegg 3).

En RCT (n=87) sammenligner fluoksetin (SSRI), fluoksetin kombinert med kognitiv atferdsterapi, placebo og placebo kombinert med kognitiv atferdsterapi. Alle gruppene viser signifikant bedring. Fluoksetin alene viste signifikant bedring sammenlignet med placebo. Kognitiv atferdsterapi alene viste signifikant bedring sammenlignet med placebo. Det er ingen synergieffekt mellom fluoksetin og kognitiv atferdsterapi. Studien er også tatt med hos Hoffbrand (44) (tabell 14, vedlegg 3) og Mulrow (46) (tabell 17, vedlegg 3).

En RCT (n=61) viser at transdermal (plaster) østrogen for sterkt deprimerte kvinner var assosiert med signifikant bedring i depresjonskår (EPDS) sammenlignet med placebo i løpet av de første 4 ukene av behandlingen. Studien er også tatt med hos Lawrie (45) (tabell 15, vedlegg 3).

Grunnet bare en studie på hvert medikament (antidepressiva og hormoner) er dokumentasjonen lav.

Mulrow (46) vurderer antidepressiva for kvinner i post-partum perioden. Evidence rapport for behandling av depresjon som inneholder ulike systematiske oversikter (totalt 24 problemstillinger). Oversikten har moderat metodisk kvalitet (tabell 17, vedlegg 3).

Studien sammenligner fluoksetin (SSRI), fluoksetin kombinert med rådgivning, placebo og placebo kombinert med kognitiv atferdsterapi. Fluoksetin alene viste signifikant bedring sammenlignet med placebo. Det er ingen synergieffekt mellom fluoksetin og kognitiv atferdsterapi. Samme RCT er rapportert i Dennis` (51) (tabell 16, vedlegg 3) og Hoffbrands (44) (tabell 14, vedlegg 3) oversikter. Grunnet bare en studie på utfallsmålet og at tallverdier ikke er rapportert er dokumentasjon lav.

4.3 Oppsummering og gradering av kunnskapsgrunnlaget

Depresjon og angst rapporteres slik det gjøres i oversiktene.

<p>Oppsummeringen viser at: Universell:</p> <p>Selektiv:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Generelle psykososiale tiltak reduserer ikke antall kvinner som får depresjon etter fødsel.* • Intensive og fleksible hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor etter fødsel gir færre deprimerte.* • Psykososiale og psykologiske tiltak til mødre med økt risiko for å utvikle depressive symptomer forebygger depresjon etter fødsel.*
<p>Oppsummeringen antyder at: Universell:</p> <p>Selektiv:</p> <p>Indikativ:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner som får støtte og kontinuerlig tilstedeværelse under fødselen får ikke redusert angst og depresjon.* • Tiltak bare gitt i barselperioden har bedre effekt enn om det også er gitt i svangerskapet.* • Individuelle tiltak synes effektive, mens gruppebaserte tiltak ikke viser effekt.* • Langtidsvirkende syntetisk progesteron i forebygging og behandling av fødselsdepresjon gir høyere depresjonsskår.** • Ekstra sosial støtte gir mindre bekymring for barnet.* • Hjemmebesøk for å bedre omsorg for seg selv og barnet påvirker ikke depresjon hos mor* • Tidlig utskrivning for kvinner med uplanlagt keisersnitt gir ikke forverring av mors følelse av velvære.* • Likemannsstøtte av kvinner i perioden etter fødsel påvirker mors depresjon positivt.* • Individuell psykoterapi påvirker depresjonsskår.* • Ikke-førende støttesamtaler (non- directive counseling) bedrer depresjon.* • Østrogen for sterkt deprimerte kvinner bedrer depresjon.**
<p>Oppsummeringen er ikke entydig om: Universell:</p> <p>Selektiv:</p> <p>Indikativ:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effekten av tiltak for å bedre kommunikasjon mellom helsepersonell og kvinner på føde-/barselavdeling på angst.* • Effekten av tidlig utskrivning for friske mødre og spedbarn på mors psykiske helse og følelse av velvære.* • Effekten av antidepressiva (nortryptilin) på depresjon hos kvinner med tidligere fødselsdepresjon ** • Effekten av thyroxin på depresjon hos kvinner med lavt stoffskifte i perioden 6 -24 uker etter fødsel.** • Effekten av kognitiv adferdsterapi på depresjon (umiddelbart etter behandling).* • Effekten av individuell psykoterapi på depresjon.* • Effekten av søvngrupper på depresjon.* • Effekten av tiltak for å bedre mor/barn samspill på depresjon* • Effekten av fluoksetin på depresjon i barselperioden.**
<p>Det mangler oppsummert forskning om: Indikativ:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepressiva med unntak av fluoksetin. ** • Elektrokonvulsiv behandling. ** • Massasje/avspenning. * • Fysisk trening.* • Lysterapi.**

* Psykososiale, psykologiske tiltak m.m.

** Biologisk (farmakologiske, hormonelle m.m.) tiltak

5 Diskusjon

Denne oversikten gir holdepunkter for at forebyggende tiltak bør settes i gang på selektivt grunnlag ("at risk" kvinner) og at individrettede tiltak er bedre enn gruppebaserte. Oppsummert forskning antyder at fleksible og intensive hjemmebesøk av helsepersonell, tilpasset den enkelte kvinnes behov, kan være effektive og at ikke-dirigerende støttesamtaler og likemannsstøtte kan ha effekt på depressive plager. Generelle psykososiale og psykologiske tiltak rettet mot alle gravide og barselkvinner synes lite hensiktsmessige.

Denne rapporten bygger på 12 systematiske oversikter. De fleste inkluderte primærstudiene er gjort i den vestlige verden, men ingen i Norge. Når oversikten er basert på systematiske oversikter er vi avhengig av at forfatterne av oversiktene har funnet alle relevante enkeltstudier, og at de har beskrevet studiene slik at vi kan trekke ut relevant informasjon. Detaljer om tiltakene og enkeltresultater kan være mangelfullt rapportert. Clinical Evidence (53) har gjort en oppsummering om effekt av behandling av depresjon i barseltiden basert på systematiske oversikter. Deres oppsummering av resultatene samsvarer med vår, og de har ikke identifisert ytterligere primærstudier. Vi har valgt at deltagerne i studiene skal være gravide eller i barsel (definert som inntil 12 måneder etter fødsel). Det betyr at generell litteratur om forebygging og behandling av depresjon ikke er tatt med. Dennis (48) påpeker at forskning som omhandler gravide og de som har født ikke med sikkerhet kan si hvilke psykologiske og/eller psykososiale tiltak som er mest effektive. Det er derimot holdepunkter fra generell forskning om depresjon at psykologiske tiltak (individuell psykoterapi og kognitiv adferdsterapi) har effekt og at ikke-førende støttesamtaler synes virkningsfullt. Clinical Evidence gjorde i 2003 en oppsummering om behandling av depressive lidelser (53) hvor det er funnet forskning om flere behandlingsformer, bl.a. ulike antidepressiva og elektrokonvulsiv terapi som også kan ha relevans for målgruppen i vår oversikt. Av etiske årsaker utføres ikke kliniske studier med utprøving av legemidler på gravide og ammende kvinner.

Det er et aktuelt spørsmål om hvordan en kan kartlegge depressive symptomer. De ulike oversiktene bruker ulikt begrepsapparat når de beskriver depresjon og det kan synes som dette også er tilfelle ute i praksis. Noen primærstudier vurderer forekomst og evt endring av en diagnostisert depresjon (13;14). Andre vurderer depressive symptomer målt med ulike screeninginstrumenter. Det mest brukte screeninginstrumentet er Edinburgh Postnatal Depression Scale som er validert for norske forhold (9;10).

Anbefaling av behandlingsformer ligger utenfor mandatet til denne rapporten. Hensikten har vært å oppsummere den forskningsbaserte kunnskapen som finnes om angst og depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel. Behandleren som møter kvinnen kan bruke informasjonen i rapporten som en beslutningsstøtte, men klinisk erfaring og brukerens preferanse er viktig. Informerte helsebeslutninger blir det når det som finnes av forskning, klinisk erfaring og brukerens preferanser sammen danner grunnlaget for beslutningen.

Det er en ekstra utfordring å behandle gravide kvinner/kvinner i barselperioden med diagnostisert depresjon. Rapporten har ikke tatt for seg bivirkninger ved medikamentell behandling, ei heller bivirkninger ved ikke å gi adekvat behandling. En av studiene med farmakologisk intervensjon (54) har et meget stort frafall i gruppen som skulle få fluoksetin (SSRI). Det er artikler som er publisert om tema (3) og systematiske

oversikter om risiko vurderinger generelt og amming spesielt (55). Det finnes oppsummert forskning som omhandler bruk av antipsykotika ved graviditet og amming (56-58). Det er en mangel i rapporten at konsekvensene av mors depresjon på mor/barn tilknytning og familien som helhet ikke er belyst.

Et annet poeng er den vanlige forestillingen at svangerskapet er en periode med psykisk velbefinnende og at graviditeten i seg selv beskytter mot psykiske problemer. Nyere studier har vist at forekomsten av depresjon er omtrent den samme under svangerskapet som etter fødsel (59;60). Funn fra en rekke studier viser at angst/stress i svangerskapet er assosiert til økt behov for anestesi, økt risiko for akutt keisersnitt, intrauterin vekstretardasjon, for tidlig fødsel, samt atferdsproblemer hos barnet (61;62). Disse funnene illustrerer at vi må ha en videre innfallsvinkel til kvinners psykiske helse i forbindelse med barnefødsel og at det ikke kun fokuseres på depresjon etter fødsel. Samlet indikerer dette at det må være en økt oppmerksomhet kring kvinners psykiske helse allerede tidlig under svangerskapet slik at kvinner med høyt symptomnivå på angst og depresjon fanges opp og får behandling.

I Norge jobbes det med å forebygge og behandle ulike typer psykiske lidelser. Det forgår store og små prosjekter og tiltak både av universell, selektiv og indikativ art. Det er viktig at disse erfaringene systematiseres og publiseres slik at vi kan få bedre kunnskap om hvilke strategier og tiltak som bør benyttes. En av utfordringene er å utføre gode metodiske forsøk som kan bidra til at tiltak som tas i bruk i helsetjenesten er vurdert.

6 Referanseliste

- (1) Brudal LF. Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. Bergen: Fagbokforlaget; 2000.
- (2) Eberhard-Gran M. Depression in women with focus on the postpartum period. [Dissertation]. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo; 2003.
- (3) Berle JØ. The challenge of motherhood and mental health. *World Psychiatry* 2004;3(2):101-2.
- (4) Norges offentlige utredninger. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1998. NOU 1998:18.
- (5) Helsedepartementet. Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. 2002. St.meld.nr.16 (2002 - 2003).
- (6) Sammen om psykisk helse: regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Oslo: Helsedepartementet; 2003.
- (7) Skari H, Skreden M, Malt UF, Dalholt M, Ostensen AB, Egeland T, et al. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms depression and anxiety after childbirth - a prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG* 2002;109(10):1154-63.
- (8) Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(6):426-33.
- (9) Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Schei B, Opjordsmoen S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry* 2001;55(2):113-7.
- (10) Berle JØ, Aarre TF, Mykletun A, Holsten F. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord* 2003; 76(1-3):151-6.
- (11) Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004;363(9405):303-10.
- (12) Brockington I. A portfolio of postpartum disorders. In: *Motherhood and Mental Health*. Oxford University Press; 1996. p. 170-4.
- (13) World Health Organisation. The ICD-10 Classification of mental and behavioural Disorders. Clinical Description and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
- (14) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical of Mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

- (15) Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104(4):243-9.
- (16) The Evidence-Based Working Group. *Users' guides to the medical literature: a manual for evidence-based clinical practice*. Gordon Guyatt, Drummond Rennie, editors. Chicago: AMA Press; 2002.
- (17) Mrazek PJ, Haggerty RJ. New directions in definitions. In: Mrazek PJ, Haggerty RJ, editors. *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: National Academy Press; 1994. p. 19-30.
- (18) Macleod J, Nelson G. Programs for the prevention of family wellness and the promotion of child maltreatment: a meta-analytical review. *Child Abuse Negl* 2000;24(9):1127-49.
- (19) Rossi A, Barraco A, Donda P. Fluoxetine: A review on evidence based medicine. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2004;3(1):2.
- (20) Barlow J, Coren E. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *The Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):Art. No.: CD002020. DOI: 10.1002/14651858.CD002020.pub2.
- (21) Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behaviour: a review and critical analysis of the literature. *Arch Women Ment Health* 2003;6(4):263-74.
- (22) Beck CT. Postpartum depression: a metasynthesis. *Qual Health Res* 2002;12(4):453-72.
- (23) Granger AC, Underwood MR. Review of the role of progesterone in the management of postnatal mood disorders. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001;22(1):49-55.
- (24) Wisner KL, Gelenberg AJ, Leonard H, Zarin D, Frank E. Pharmacologic treatment of depression during pregnancy. *JAMA* 1999;282(13):1264-9.
- (25) O`Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984;93(2):158-71.
- (26) Chaudron LH, Jefferson JW. Mood stabilizers during breastfeeding: A review. *J Clin Psychiatry* 2000;61(2):79-90.
- (27) Misri S, Kostaras D, Kostaras X. The use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and lactation: Current knowledge. *Can J Psychiatry* 2000;65(9):1236-41.
- (28) Ogrodniczuk JS, Piper WE. Preventing postnatal depression: a review of research findings. *Harv Rev Psychiatry* 2003;11(6):291-307.
- (29) Karuppaswamy J, Vlies R. The benefit of oestrogens and progestogens in postnatal depression. *J Obstet Gynaecol* 2003;23(4):341-6.

- (30) Austin MP. Targeted group antenatal prevention of postnatal depression: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107(4):244-50.
- (31) Scott KD, Klaus PH, Klaus MH. The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine* 1999;8(10):1257-64.
- (32) Boath E, Henshaw C. The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review. *J Reprod Infant Psychol* 2003;19(3):215-48.
- (33) Lumley J, Austin MP, Mitchell C. Intervening to reduce depression after birth: A systematic review of the randomized trials. *Int J Technol Assess Health Care* 2004;20(2):128-44.
- (34) Gjerdingen D. The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants. *J Am Board Fam Practice* 2003;6(5):372-82.
- (35) Gamble JA, Creedy DK, Webster J, Moyle W. A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery* 2002;18(1):72-9.
- (36) Stuart S, O'Hara MW, Gorman LL. The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. *Arch Women Ment Health* 2003;6 Suppl 2:S57-S69.
- (37) Olds D, Hill P, Robinson J, Song N, Little C. Update on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Curr Probl Pediatr* 2000;30(4):107-41.
- (38) Masand PS, Gupta S. Selective serotonin-reuptake inhibitors: An update. *Harv Rev Psychiatry* 1999;7(2):69-84.
- (39) Dennis C-L.E. Preventing Postpartum Depression Part II: A Critical Review of Nonbiological Interventions. *J Clin Psychiatry* 2004;49(8):526-38.
- (40) Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. *The Cochrane Database Syst Rev* 2000;(4):CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.
- (41) Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):Art. No.: CD000198. DOI: 10.1002/14651858.CD000198.
- (42) Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *The Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD002958. DOI: 10.1002/14651858.CD002958.
- (43) Rowe RE, Garcia J, Macfarlane AJ, Davidson LL. Improving communication between health professionals and women in maternity care: a structured review. *Health Expect* 2002;5(1):63-83.
- (44) Hoffbrand S, Howard L, Crawley H. Antidepressant treatment for post-natal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;(2):Art. No.: CD002018. DOI: 10.1002/14651858.CD002018.

- (45) Lawrie TA, Herxheimer A, Dalton K. Oestrogens and progestogens for preventing and treating postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999;(2):CD001690. DOI: 10.1002/14651858.CD001690.
- (46) Mulrow S, Williams J, Trivedi M, et al. Treatment of depression -newer pharmacotherapies. *Psychopharm Bull* 1998;34(4):409-795.
- (47) Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson JJ, Tolley K, Blair M, et al. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of British literature. *Health Technol Assess* 2000;4(13):1-339.
- (48) Dennis C-L, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub2.
- (49) Dennis C-L.E. Preventing Postpartum Depression Part 1: A Review of Biological Interventions. *J Clin Psychiatry* 2004;49(7):467-75.
- (50) Dennis C-L.E. Treatment of Postpartum Depression, Part 2: A Critical Review of Nonbiological Interventions. *J Clin Psychiatry* 2004;65(9):1252-65.
- (51) Dennis C-L.E, Stewart D.E. Treatment of Postpartum Depression, Part 1: A critical Review of Biological Interventions. *J Clin Psychiatry* 2004;65(9):1242-51.
- (52) Hodnett ED, Fredericks S. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *The Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):Art. No.: CD000198. DOI: 10.1002/14651858.CD000198.
- (53) Butler R, Carney, Cipriani A, Geddes J, Hatcher S, Price J, et al. Depressive disorders. *Clin Evid* 2004;(12):1391-436.
- (54) Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of Fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *Br Med J* 1997;314(7085):932-6.
- (55) Eberhard-Gran M., Eskild A., Opjordsmoen S. Treating mood disorders during pregnancy: safety considerations. *Drug Saf* 2004;
- (56) Spigset O, Hägg S. Excretion of Psychotropic Drugs into Breast Milk. Pharmacokinetic Overview and therapeutic Implications. *Drug Ther (NY)* 1998;9(2):111-34.
- (57) Spigset O, Nordengen H. Bruk av antipsykotika ved graviditet og amming. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123(15):2033-5.
- (58) Berle JØ, Spigset O. Behandling av svangerskapsrelatert psykisk sykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123(15):2037-40.
- (59) Evans J, Heron J, Francomb H, Oke C, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Br Med J* 2001;323(7307):257-60.
- (60) Eberhard-Gran M. Depression during pregnancy and after delivery: A repeated measurement study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004;25(1):15-21.

- (61) Teixeira J, Fisk N, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *Br Med J* 1999;318(7177):153-7.
- (62) Sjögren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand. Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76(10):948-52.

7 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1 Kvalitetsvurdering

A. Vurdering av relevans.

Inklusjon/eksklusjon av systematiske oversikter basert på fulltekst
KOS Svangerskap og psykisk helse

Tittel			
Forfatter			
År			
Tidsskrift			
Id nummer			
	Ja	Nei	Kommentar
Studietype			
Oversikt over primær studier			
Primær studie/OoO/annet			
Eksplisitte utvalgsriterier			
Ja/nei			
Deltagere			
Gravide kvinner			
Fødende kvinner			
Kvinner i året etter fødsel			
Tiltak			
Universell			
Selektiv			
Indikativ			
Tiltak – beskrivelse			
Utfall			
Helseutfall			
Kost-effekt			
Kvalitets vurdering			
Problem			
Konklusjon			

Dato:

Vurdert av:

RefMan:

B. Vurdering av metodisk kvalitet

Sjekkliste for systematiske oversikter

Systematiske oversikter blir vurdert etter følgende kriterier (svaralternativ "ja", "uklart/delvis" eller "nei", eventuelt møtt/delvis/ikke møtt):

- Er det klare kriterier for inklusjon av enkeltstudier?
- Er det sannsynlig at relevante studier er funnet?
- Har forfatterne vurdert enkeltstudienes metodiske kvalitet? (Ut fra forhåndsdefinerte kriterier).
- Ble resultatene sammenfattet på en fornuftig måte? Er de like nok for meta-analyse, hvis det er gjort?

KAN VI STOLE PÅ RESULTATENE?

1. Er det klare kriterier for inklusjon av primærstudiene?

Ja Uklart Nei

TIPS: Se på design, populasjon, tiltak og utfallsmål.

Kommentar:

2. Er det sannsynlig at relevante studier er funnet?

Ja Uklart Nei

TIPS: Er det søkt i relevante databaser, og er tidsrom for søkene og benyttede søkeord oppgitt?

Er referanselister (i inkluderte studier, andre oversiktsartikler, konsensusrapporter etc) gjennomført?

Er ressurspersoner på fagfeltet kontaktet?

Er det lett etter upublisert materiale og artikler publisert på andre språk enn engelsk?

Kommentar:

3. Er kvaliteten (intern validitet) på de inkluderte studiene vurdert?

Ja Uklart Nei

TIPS: Er det presisert hvilke kriterier man har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet?

Er en slik vurdering foretatt av flere personer, og har de utført evalueringen uavhengig av hverandre?

Er manglende informasjon i publiserte artikler hentet inn?

Kommentar

4. Dersom resultater fra de inkluderte studiene er kombinert statistisk i en metaanalyse (statistisk sammenstilling av funn), er dette fornuftig/ forsvarlig?

Ja Uklart Nei

TIPS:

Har forfatterne vurdert hvorvidt studiene er like nok med hensyn til populasjon, intervensjon og resultat?

Kommentar

5. Dersom forfatterne ikke har gjort en metaanalyse, men utført en kvalitativ/ beskrivende oppsummering av studiene, har forfatterne begrunnet dette valget?

Ja Uklart Nei

TIPS: Var det kliniske eller statistiske grunner som hindret en metaanalyse?

Kommentar

C. Rangering av kvalitet.

Antall kriterier møtt	Oversiktens kvalitet
Alle kriterier møtt	God (lav risiko for systematiske feil) *
2 eller 3 kriterier møtt	Moderat*
Færre enn 2 kriterier møtt	Mangelfull/lav
Ingen kriterier møtt	Ekskluderes

* Systematiske oversikter rangert til god og moderat kvalitet er inkludert.

Den samlede vurderingen omfatter også skjønn.

7.2 Vedlegg 2 Søkestrategi

7.2.1.1.1

Database: Ovid MEDLINE(R) <1966 to July Week 2 2004>

Utført den 16. juli, 2004, av Irene N. Wiik

Search Strategy:

```
-----  
-----  
1      pregnancy/ or puerperium/ (490163)  
2      pregnan$.mp.  
3      puerperi$.mp.  
4      postpart$.mp. [mp=title, original title, abstract, name of  
substance, mesh subject heading] (18020)  
5      prenatal.mp. [mp=title, original title, abstract, name of  
substance, mesh subject heading] (36771)  
6      antenatal.mp. [mp=title, original title, abstract, name of  
substance, mesh subject heading] (11375)  
7      perinatal.mp. [mp=title, original title, abstract, name of  
substance, mesh subject heading] (28759)  
8      postnatal.mp. [mp=title, original title, abstract, name of  
substance, mesh subject heading] (43296)  
9      or/1-8 (572897)  
10     Depression, Postpartum/ (909)  
11     maternal depress$.mp. [mp=title, original title, abstract, name  
of substance, mesh subject heading] (446)  
12     baby blue$.mp. [mp=title, original title, abstract, name of  
substance, mesh subject heading] (37)  
13     materna$ blue$.mp. [mp=title, original title, abstract, name of  
substance, mesh subject heading] (3)  
14     or/10-13 (1318)  
15     Depression/ (34503)  
16     depress$.mp. [mp=title, original title, abstract, name of  
substance, mesh subject heading] (220932)  
17     mental disorders/ or anxiety disorders/ or stress disorders,  
traumatic, acute/ or stress disorders, post-traumatic/ or mood  
disorders/ or depressive disorder/ (126650)  
18     mental disorder$.mp. [mp=title, original title, abstract, name  
of substance, mesh subject heading] (77435)  
19     anxiety.mp. [mp=title, original title, abstract, name of  
substance, mesh subject heading] (65340)  
20     stress.mp. [mp=title, original title, abstract, name of  
substance, mesh subject heading] (185249)  
21     mood.mp. [mp=title, original title, abstract, name of  
substance, mesh subject heading] (18257)  
22     Psychotic Disorders/ (17384)  
23     or/15-22 (525060)  
24     Mental Health/ (8109)  
25     mental health.mp. [mp=title, original title, abstract, name of  
substance, mesh subject heading] (33471)  
26     psychosocial health.mp. [mp=title, original title, abstract,  
name of substance, mesh subject heading] (264)  
27     physical health.mp. [mp=title, original title, abstract, name  
of substance, mesh subject heading] (3126)  
28     or/24-27 (35772)  
29     28 or 23 (544938)  
30     9 and 29 (20428)  
31     30 or 14 (20848)  
32     limit 31 to yr=1999-2004 (5656)
```

33 Meta-analysis/ (5444)
34 meta analy\$.tw. (11132)
35 metaanaly\$.tw. (410)
36 meta analysis.pt. (9324)
37 (systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw. (5702)
38 exp Review Literature/ (2047)
39 cochrane.ab. (4218)
40 embase.ab. (2900)
41 (psychlit or psyclit).ab. (588)
42 (psychinfo or psycinfo).ab. (434)
43 (cinahl or cinhal).ab. (1097)
44 science citation index.ab. (495)
45 bids.ab. (193)
46 cancerlit.ab. (264)
47 reference list\$.ab. (1970)
48 bibliograph\$.ab. (4626)
49 hand-search\$.ab. (991)
50 relevant journals.ab. (161)
51 manual search\$.ab. (594)
52 selection criteria.ab. (6198)
53 data extraction.ab. (2996)
54 52 or 53 (8750)
55 review.pt. (1044969)
56 54 and 55 (5324)
57 comment.pt. (253265)
58 letter.pt. (508846)
59 editorial.pt. (163155)
60 animal/ (3650253)
61 human/ (8539711)
62 60 not (60 and 61) (2806295)
63 or/57-59,62 (3483359)
64 or/33-51,56 (32046)
65 64 not 63 (29438)
66 32 and 65 (76)
67 from 66 keep 1-76 (76)
68 from 66 keep 1-10 (10)

7.3 Vedlegg 3 Tabeller over inkluderte oversikter

(god eller moderat metodisk kvalitet)

7.3.1 Universelle tiltak.

Tiltak: Fremme psykisk helse og/eller forbygge psykiske sykdommer.

Populasjon: Alle gravide, fødende og kvinner første året etter fødsel.

Rekkefølge: Fallende kvalitet på systematisk oversikt

Tabell 1 (Universelle tiltak, psykososiale og psykologiske)

Studie	Dennis 2004 (48) Cochrane Library. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression.
Problemstilling	Hva er virkningen av ulike psykososiale og psykologiske tiltak for å forebygge fødselsdepresjon?
Metode	Systematisk oversikt med metaanalyse som inkluderer 15 randomiserte kontrollerte studier (RCT) og 7697 kvinner.
Populasjon	Gravide og kvinner i de første 6 ukene etter fødsel, også inkludert kvinner med økt risiko for å utvikle fødselsdepresjon ("at risk women").
Tiltak	Alle typer psykososiale (f.eks. undervisning, hjemmebesøk, continuity of care, ikke førende støttesamtaler, støttetiltak) og psykologiske tiltak (for eksempel debrifing, individuell psykoterapi, kognitiv adferdsterapi).
Utfallsmål/ måleinstrument	Oversikten har flere utfallsmål. Fødselsdepresjon og angst hos mor er relevant for problemstillingen. Depresjon ble målt med Edinborough Postnatal Depression Scale (EPDS), med Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) og med Structured Clinical Interview for DSM-IV.
Resultater	15 RCT med god kvalitet. 8 RCT omhandler kvinner generelt og 7 RCT "at risk" kvinner. Kvinner som får psykososiale eller psykologiske tiltak sammenlignet med vanlig tilbud (15 RCTs) var like utsatt for å få fødselsdepresjon (relative risk (RR) 0,81, confidence interval (CI) 0,65 til 1,2). Intensive og fleksible hjemmebesøk av helsesøster (public health nurse) eller jordmor (2 RCT) i post-partum perioden synes lovende (RR 0,68, 95 % CI 0,55 til 0,84). Tiltak gitt kun i post partum perioden (10 RCT) synes bedre enn om de er kombinert med tiltak gitt under graviditet (RR 0,76, CI 95 % 0,58 til 0,98). Individuelle tiltak (11 RCT) kan synes effektive (RR 0,76, CI 95 % 0,59 til 1,00). Gruppebaserte tiltak viser ikke effekt (RR 1,03; CI 95 % 0,65 til 1,63). Effekten av ulike tiltak er uavhengig av antall møter/kontakter (et møte RR 0,70; 95 % CI 0,38 til 1,27 og flere møter RR 0,84; 95 % CI 0,66 til 1,08).
Kommentarer	Det er klare inklusjons og eksklusjonskriterier. Det er godt søk. De inkluderte studienes kvalitet er vurdert og rangert fra A – C. Sammenstilling av resultatene er begrunnet. Det går ikke klart fram hvilke tiltak som omhandler kvinner generelt og kvinner "at risk". Antenatal og post natal undervisning, hjemmebesøk av ikke profesjonell, tidlig post-partum oppfølging, "continuity of care models", sykehus debrifing og interpersonal psykoterapi er det ikke forskning som støtter. Oversikten er en oppdatering av Dennis 2004-4 (39) som inneholder 25 RCT.
Kvalitet	Systematisk oversikt med god metodisk kvalitet Intensive hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor i post-partum perioden er basert på 2 RCT av god kvalitet.

Tabell 2 (Universelle tiltak, psykososiale og psykologiske)

Studie	Hodnett 2003(41) Cochrane. Continuous support for women during childbirth.
Problemstilling	Hva er virkningen av at person er tilstede ved hele fødselen?
Metode	Systematisk oversikt med metaanalyse på mange utfallsmål. 15 randomiserte kontrollerte studier (RCTs) er inkludert.
Populasjon	Kvinner i fødsel. Antall deltagere er 12791.
Tiltak	Støtte og kontinuerlig tilstedeværelse under fødselen av helsepersonell, doula (leg utdannet fødselshjelper), venn/familie medlem eller annen uten spesielle kvalifikasjoner.
Utfallsmål/ måleinstrument	Oversikten har flere utfallsmål. Angst og depresjon hos mor er relevante utfallsmål for problemstillingen.
Resultater	2 av 15 RCTs er relevant for problemstillingen. Begge studiene er av god kvalitet (A). Studien rapporterer ulike resultater. En studie (6915 deltagere) viste ikke signifikant ($p=0.15$) reduksjon av fødselsdepresjon (RR=0.89, 95 % CI 0,75 til 1.05). En afrikansk studie (189 deltagere) viste reduksjon i angst og post partum depresjon. Resultatet ikke oppgitt i tall.
Kommentarer	Det er klare inklusjons og eksklusjonskriterier. Det er godt søk. De inkluderte studienes kvalitet er vurdert (A-C). Upubliserte materiale innhentet. Metaanalyse begrunnet, men ikke gjort på utfallsmål relevante for problemstillingen fordi frafall overstod 20 % i den afrikanske studien. Støtte og kontinuerlig tilstedeværelse viste positiv virkning på mange andre utfallsmål.
Kvalitet	En systematisk oversikt med moderat metodisk kvalitet. Studien viser ikke konsistente resultater. Effekten av kontinuerlig tilstedeværelse er ikke signifikant i den store studien.

Tabell 3 (Universelle tiltak, psykososiale og psykologiske)

Studie	Rowe 2002 (43), Health Expectations. Improving communication between health professionals and women in maternity care: a structured review.
Problemstilling	Hva er virkningen av tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og kvinner på føde-/barselavdeling?
Metode	Systematisk oversikt med kvalitativ oppsummering. 11 randomiserte kontrollerte studier (RCT) hvorav en med blokk randomisering (cRCT). 1 studie med 13 sykehus fordelt på 10 klustere.
Populasjon	Helsepersonell og/eller mødre på føde-/barselavdeling. Antall deltagere 7342.
Tiltak	Alle typer tiltak med hensikt å bedre kommunikasjon mellom helsepersonell og nybakte mødre, f.eks. kommunikasjonstrening, endring i anamneseopptak, helsekort for gravide og informasjonsbrosjyrer. Bare tiltak gitt i klinikken ble inkludert og tiltak rettet mot organisatoriske endringer er ekskludert.
Utfallsmål/ måleinstrument	Oversikten har flere utfallsmål. Angst og depresjon hos mor er primære og relevante utfallsmål for problemstillingen.
Resultater	6 av 13 studier er relevant for problemstillingen. 4 studier (7576 deltagere) av moderat/lav kvalitet vurderer effekten av informasjon (brosjyre og/eller muntlig informasjon ved sykehusbesøk) om antenatal screening. Studien viser varierende resultat: 2 rapporterer redusert angst og to studier ingen forskjell. 2 studier (467 deltagere) av moderat kvalitet vurderer effekten av helsekort som den gravide oppbevarer selv. Studien viser ulikt resultat: En studie rapporterer redusert angst og en ingen forskjell.
Kommentarer	Det er klare inklusjons og eksklusjonskriterier. Det er søkt i relevante databaser, søkestrategi er oppgitt og referanselister gjennomgått. Kvalitetsvurdering av studiene er gjort, men ikke rangert eller ekskludert grunnet mangelfull kvalitet. Forfatterne har ikke begrunnet hvorfor de har gjort en kvalitativ oppsummering.
Kvalitet	En systematisk oversikt med moderat metodisk kvalitet. Studien viser ikke konsistente resultater.

Tabell 4 (Universelle tiltak, psykososiale og psykologiske)

Studie	Brown 2002 (42), Cochrane Library. Early postnatal discharge form hospital for healthy mothers and tem infants.
Problemstilling	Hva er virkning av tidlig utskrivning for friske mødre og spedbarn på helse og velvære hos mor og barn, tilfredshet med oppholdet, kostnader og påvirkning for familien som helhet?
Metode	Systematisk oversikt med metaanalyse på deler av materialet. 8 randomiserte kontrollerte studier (RCT).
Populasjon	Kvinner som har født et friskt barn på minst 2500 gram ved termin og som er egnet til å reise hjem tidlig. Antall deltagere er 3600.
Tiltak	Tidlig utskrivning fra barsel/fødeavdeling i forhold til det som er vanlig på stedet.
Utfallsmål/ måleinstrument	Oversikten har flere utfallsmål registrert hos mor, barn og/eller far. I denne oppsummeringen er det utfallsmålet følelsesmessig velvære/depresjon hos mor som er relevant.
Resultater	3 av 8 RCTs relevante for problemstillingen, antall kvinner 357. Studiene viser varierende resultater. Det er brukt ulike måleinstrumenter En studie (god kvalitet) viste reduksjon i gjennomsnittlig skår 4.5 (SD 2.54) versus 7.8 (SD 6.46), $p < 0.05$ på depresjons målt med Beck Depression Inventory (BDI) hos de som ble utskrevet tidlig. To studier konkluderte med ingen forskjell i depressive symptomer mellom gruppene.
Kommentarer	Det er klare inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det er søkt i relevante databaser, søkestrategi er oppgitt og referanselister gjennomgått. De inkluderte studienes kvalitet er vurdert og gradert fra A-D. Det er gjort metaanalyse på enkelte utfallsmål, men ikke på utfallsmål relevante for problemstillingen. Lav rekruttering begrenser generaliserbarheten av studiene
Kvalitet	En systematisk oversikt med moderat kvalitet. Grunnet bare en studie per utfallsmål er dokumentasjon vedrørende angst og bekymring moderat.

Tabell 5 (Universelle tiltak, biologiske)

Studie	Lawrie 1999 (45), Cochrane Library. Oestrogens and progesterons for preventing and treating postnatal depression.
Problemstilling	Hva er virkningen av østrogen og progesteron i forbygging og behandling av fødselsdepresjon?
Metode	Systematisk oversikt med 2 randomiserte kontrollerte studier.
Populasjon	Kvinner inntil 18 måneder etter fødsel. Antall deltagere 241. Sør-Afrika og UK.
Tiltak	Østrogener og progesteroner (alle typer, alle kombinasjoner), alene eller i kombinasjoner med antidepressiva og/eller rådgivning.
Utfallsmål/ måleinstrument	Alle typer mål på depresjon: Screening instrumenter (f.eks. EPDS), diagnostiske skalaer (f.eks. DSM-IV), selv-rapportering eller objektiv vurdering.
Resultater	1 studie relevant i forbyggingsperspektiv. Studien rapporteres med god kvalitet (A). 1 studie med 180 kvinner viste at intramuskulær injeksjon av langtidsvirkende syntetisk progesteron er assosiert med signifikant høyere depresjonsskår 6-uker etter fødsel (WMD 3.10, CI95 % 1.02 til 5.18, $p = 0.004$). Disse forskjellene var borte ved 3 måneder.
Kommentarer	Det er klare inklusjons og eksklusjonskriterier. Det er godt søk. De inkluderte studienes kvalitet er vurdert og gradert fra A-D. Ikke gjort metaanalyse grunnet kun en studie pr medikament.
Kvalitet	En systematisk oversikt med god metodisk kvalitet. Grunnet bare en studie på progesteron er dokumentasjonen moderat. (Også vurdert i Dennis 2004 – 3 (48), tabell 7)

Tabell 6 (Universelle tiltak, biologiske)

Studie	Dennis 2004 –3 (49) Preventing Postpartum Depression Part I: A Review of Biological Interventions.
Problemstilling	Hva er virkningen av forbyggende biologiske intervensjoner?
Metode	Systematisk oversikt med ulike studiedesign, inkludert randomiserte kontrollerte studier (RCT) Totalt 7 studier.
Populasjon	Kvinner inntil 12 måneder etter fødsel.
Tiltak	Farmakologiske, hormonelle og kosttilskudd.
Utfallsmål/ måleinstrument	Depresjon, målt ved EPDS, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) , Montgomery- Asberg Depression Rating Scale (MADRS), General Health Questionnaire (GHQ), Beck Depression Scale (BDI)
Resultater	3 RCT av totalt 7 studier er relevante for problemstillingen. Totalt 1097 deltagere. Studiene er av moderat til lav kvalitet. I dobbeltblindet blokkrandomisert RCT med 180 deltagere (moderat) fikk enten langtidsvirkende intramuskulær progesteron (norethisterone enanthate) eller placebo. Ved 6 uker etter fødsel hadde intervensjonsgruppen signifikant større risiko for å utvikle depresjon. Disse forskjellene var borte ved 3 måneder. I en dobbeltblindet RCT med 138 deltagere (moderat kvalitet) som planlegger å amme fikk intervensjonsgruppen fettsyrer (DHA) i svangerskapet og kontrollgruppen placebo. I perioden 3 til 18 uker ble det ingen signifikant forskjell mellom gruppene målt ved BDI I en RCT med 779 deltagere (lav kvalitet) fikk intervensjonsgruppen kalsiumtilskudd og intervensjonsgruppen placebo. Ved 12 uker var det signifikant forskjell mellom gruppene målt med EPDS.
Kommentarer	Det er noe klare inklusjons og eksklusjonskriterier. Det er godt søk. De inkluderte studienes kvalitet er vurdert og rangert. Sammenstillingen av resultatene er begrunnet. Det er ikke gjort metaanalyse.
Kvalitet	En systematisk oversikt med moderat metodisk kvalitet. Grunnet bare en studie på to ulike kosttilskudd (fettsyrer, kalsium) er dokumentasjonen svak. Det er moderat dokumentasjon for ikke å bruke progesteron i postpartum perioden (Også vurdert i Lawrie 2001 (45), tabell 6)

7.3.2 Selektive tiltak.

Tiltak: Fremme psykisk helse og/eller forbygge psykiske sykdommer

Populasjon: Gravide, fødende og kvinner i året etter fødsel med økt risiko for å utvikle fødselsdepresjon ("at risk women").

Rangering: Fallende kvalitet på systematisk oversikt

Tabell 7 (selektive tiltak, psykososiale og psykologiske)

Studie	Dennis 2004 (48) Cochrane Library. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression.
Problemstilling	Hva er virkningen av ulike psykososiale og psykologiske tiltak for å forebygge fødselsdepresjon?
Metode	Systematisk oversikt med metaanalyse som inkluderer 15 randomiserte kontrollerte studier (RCT) og 7697 kvinner.
Populasjon	For denne problemstillingen kvinner med økt risiko for å utvikle fødselsdepresjon ("at risk women").
Tiltak	Psykososiale og psykologiske tiltak (hjemmebesøk, undervisning, debrifing, individuell psykoterapi m.m).
Utfallsmål/ måleinstrument	Depresjon, kun utfall som har målt "at risk" populasjon.
Resultater	Det å identifisere mødre "at risk" (7 RCTs) støttet forbyggingen av fødselsdepresjon (RR 0,67; 95 % CI 0,51 til 0,89).
Kommentarer	For fullstendig resultat oversikt se tabell 1 (Dennis 2004) under universelle tiltak.
Kvalitet	Systematisk oversikt med god metodisk kvalitet

Tabell 8 (selektive, psykososiale og psykologiske)

Studie	Hodnett 2003 (52), Cochrane Library. Support during pregnancy for women at risk of low birth weight babies.
Problemstilling	Hva er virkningen av ekstra sosial støtte til gravide kvinner med økt risiko for å få barn med lav fødselsvekt på barnets fødselsvekt og psykososiale utfall?
Metode	Systematisk oversikt m/metaanalyser på deler av materialet. 16 randomiserte kontrollerte studier (RCT).
Populasjon	Gravide kvinner (første og andre trimester) med økt risiko for føde tidlig eller få barn med lav fødselsvekt. Antall deltagere er 13651.
Tiltak	Støttetiltak som følelsesmessig støtte (rådgivning/støttende samtaler) og råd/informasjon gitt enten på hjemmebesøk eller i forbindelse svangerskapskontrollen.
Utfallsmål/ måleinstrument	Oversikten har flere utfallsmål. Psykisk helse i og etter svangerskapet er sekundære endepunkt. Angst og bekymring er relevante utfallsmål for problemstillingen.
Resultater	2 av 16 av RCTs relevante for problemstillingen, totalt 569 kvinner. Begge studiene rapporteres med god kvalitet (A). En studie med 60 kvinner rapporterte redusert angst etter fødsel i tiltaksgruppen som fikk i snitt 2 hjemmebesøk av jordmor samt et "telephonic domiciliary fetal monitoring system" (WMD=-7.85, 95 % CI 0.21 til 0.73, p=0.004). En studie med 509 kvinner rapporterte redusert bekymring for sine barn i tiltaksgruppen som fikk ekstra støtte (RR=0.57, 95 % CI 0.39 til 0.82, p=0.003).
Kommentarer	Det er klare inklusjons- og eksklusjonskriterier for den systematiske oversikten. Det er søkt i relevante databaser, søkestrategi er oppgitt og referanselister gjennomgått. De inkluderte studienes kvalitet er vurdert og gradert fra A-D. Upubliserte data er innhentet fra forfatterne av primærstudiene. Studiene er analysert i henhold til "intention-to-treat". Heterogenitet er testet og det er gjort en metaanalyser der hvor det er relevant. Oversikten oppgir ikke når innhenting av data til primærstudiene er gjort. Metaanalyse er ikke gjort på relevante utfallsmål (kun en studie pr utfallsmål).
Kvalitet	Systematisk oversikt av god kvalitet. Grunnet bare en studie per utfallsmål er dokumentasjon vedrørende angst og bekymring moderat.

Tabell 9 (selektive tiltak, psykososiale og psykologiske)

Studie	Elkan 2000 (47) Health Technology Assessment. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature.
Problemstilling	Hva er virkningen av hjemmebesøk?
Metode	Systematisk oversikt studier som inneholder kontrollgrupper, totalt 102 studier. Meget omfattende oversikt.
Populasjon	Alle som får hjemmebesøk av helsepersonell. Her er studier som vurderer effekten av hjemmebesøk hos kvinner "at risk"
Tiltak	Hjemmebesøk.
Utfallsmål/ måleinstrument	Alle typer mål på depresjon: CES-D Scale, Beck Depression Inventory (BDI), Rand Corp. Depression Scale EPDS.
Resultater	3 randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) relevante, totalt antall deltagere 1081. To har lav (rangering 0,32 og 0,29) og en moderat metodisk kvalitet (0,79) på Reisch skala. Ingen av studiene viste signifikant effekt. I en studie med kvinner i fare for å mishandle sine barn (n=191, lav kvalitet) fikk intervensjonsgruppen (I) hjemmebesøk med vekt på målformuleringer og kontrollgruppen (K) tradisjonell helsekontroll. Studien rapporterte at I hadde et gjennomsnitt (m) = 39.54 (SD12.30) mot K's m = 41.40 (SD12,38) på CES-D Scale. Ikke signifikant. I en studie med gravide og kvinner i barselperioden med svakt sosialt støtteapparat (n=147, lav kvalitet) fikk den ene gruppen (IA) hjemmebesøk med terapeutisk relasjon for å fremme problemløsning. Den andre gruppen (IB) fikk hjemmebesøk med generell informasjon. Studiene rapporterte IA m=12.0 (SD8,0) og IB m=12.2 (SD6,7) på BDI. Ikke signifikant. En studie med afroamerikanske kvinner med lav sosio- demografisk status. (n=743, moderat kvalitet) fikk intervensjonsgruppen (I) hjemmebesøk for å fremme helserelatert atferd, barnomsorg og livskontroll som tillegg til vanlig helsekontroll. Kontrollgruppen (K) fikk vanlig helsekontroll. Studien rapporterte depresjonsskår (Rand Corp. Depression Scale EPDS) 0,6 (CI95% -0,1 til 2,2). Og angstskår 1,2 (CI95 % -0,4 til 2,7). Ikke signifikant.
Kommentarer	Det er klare inklusjons og eksklusjonskriterier. Det er godt søk. De inkluderte studienes kvalitet er vurdert, men ikke rangert. Sammenstillingen av resultatene er begrunnet. Det er ikke gjort metaanalyse på relevant problemstilling.
Kvalitet	En systematisk oversikt med moderat metodisk kvalitet. Uansett kvalitet viser studiene ingen effekt.

Tabell 10 (selektive tiltak, psykososiale og psykologiske)

Studie	Brown 2002 (42), Cochrane Library. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants.
Problemstilling	Hva er virkning av tidlig utskrivning for friske mødre og spedbarn på helse og velvære hos mor og barn, tilfredshet med oppholdet, kostnader og påvirkning for familien som helhet?
Metode	Systematisk oversikt med metaanalyse på deler av materialet. 8 randomiserte kontrollerte studier (RCT).
Populasjon	Kvinner som har født et friskt barn på minst 2500 gram ved termin og som er egnet til å reise hjem tidlig. Antall deltagere er 3600.
Tiltak	Tidlig utskrivning fra barsel/fødeavdeling i forhold til det som er vanlig på stedet.
Utfallsmål/ måleinstrument	Oversikten har flere utfallsmål registrert hos mor, barn og/eller far. I denne oppsummeringen er det utfallsmålet følelsesmessig velvære/depresjon hos mor "at risk" som er relevant.
Resultater	1 av 8 RCTs relevant for problemstillingen, Studien randomiserte 122 kvinner på bakgrunn av uplanlagt keisersnitt. Studie rapporteres med god kvalitet. Studien viser ingen forskjell på tidlig utskrivning og vanlig behandling med hensyn på mors følelse av velvære.
Kommentarer	Det er klare inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det er søkt i relevante databaser, søkestrategi er oppgitt og referanselister gjennomgått. De inkluderte studienes kvalitet er vurdert og gradert fra A-D. Det er gjort metaanalyse på enkelte utfallsmål, men ikke på utfallsmål relevante for problemstillingen.
Kvalitet	En systematisk oversikt med moderat metodisk kvalitet. Grunnet bare en studie på utfallsmålet og at tallverdier ikke er rapportert er dokumentasjon vedrørende mors velvære lav.

Tabell 11 (selektive tiltak, biologiske)

Studie	Dennis 2004 –3 (49) Preventing Postpartum Depression Part I: A Review of Biological Interventions.
Problemstilling	Hva er virkningen av forbyggende biologiske intervensjoner?
Metode	Systematisk oversikt med ulike studiedesign, inkludert randomiserte kontrollerte studier (RCTs) Totalt 7 studier.
Populasjon	Kvinner inntil 12 måneder etter fødsel.
Tiltak	Farmakologiske, hormonelle og kosttilskudd.
Utfallsmål/ måleinstrument	Depresjon, målt ved EPDS, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) , Montgomery- Asberg Depression Rating Scale (MADRS), General Health Questionnaire (GHQ), Beck Depression Scale (BDI)
Resultater	2 RCTs av totalt 7 studier er relevante for problemstillingen. Totalt 497 deltagere. Studiene er av moderat kvalitet. I dobbeltblindet RCT med 51 deltagere (moderat kvalitet) med tidligere fødselsdepresjon. Intervensjonsgruppen (I) fikk antidepressiva (nortriptyline), kontrollgruppen (K) fikk placebo. Ingen signifikant forskjell mellom gruppene målt ved HDRS. 1 dobbeltblindet RCT med 446 deltagere (moderat kvalitet) med lavt stoffskifte fikk intervensjonsgruppen thyroxin og kontrollgruppen placebo. I perioden mellom 6 og 24 uker etter fødsel er det ingen signifikant forskjell mellom gruppene målt ved EPDS, Madrs, GHQ
Kommentarer	Det er noe klare inklusjons og eksklusjonskriterier. Det er godt søk. De inkluderte studienes kvalitet er vurdert og rangert. Resultatene er manglefullt rapportert. Sammenstillingen av resultatene er begrunnet. Det er ikke gjort metaanalyse.
Kvalitet	En systematisk oversikt med moderat metodisk kvalitet. Grunnet bare en studie på hvert medikament (antidepressiva, thyroxin) er dokumentasjonen svak.

7.3.3 Indikative (behandlende) tiltak.

Tiltak: Behandle psykiske symptomer og/eller sykdommer.

Populasjon: Gravide, fødende og kvinner i året etter fødsel med diagnostisert eller sannsynlig depresjon.

Rangering: Fallende kvalitet på systematisk oversikt.

Tabell 12 (behandlende tiltak, psykososiale og psykologiske)

Studie	Dennis 2004 –3 (50) Treatment of Postpartum Depression Part II: A Critical Review of Non-biological Interventions.
Problemstilling	Hva er virkningen av ikke- biologiske intervensjoner?
Metode	Systematisk oversikt med ulike studiedesign, totalt 21 studier hvorav 15 er randomiserte kontrollerte studier (RCT).
Populasjon	Kvinner inntil 12 måneder etter fødsel.
Tiltak	Psykologiske (individuell psykoterapi, kognitiv atferdsterapi), psykososiale (likemannstøtte, partnerstøtte, ikke-førende støttesamtaler) og andre (avspenning, massasje, søvngrupper, mor/barn samspill, fysisk trening).
Utfallsmål/ måleinstrument	Depresjon målt med; Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), Profile og Mood States (POMS), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) Montgomery- Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Beck Depression Scale (BDI)
Resultater	15 RCT av totalt 21 studier er relevante for problemstillingen. Studiene er av moderat til lav kvalitet. 1 RCT (n =120) med moderat kvalitet vurderte individuell psykoterapi versus venteliste. Gruppene viste ikke signifikant forskjell i depresjonsskår 5 RCT (n=381), varierende metodisk kvalitet, vurderte kognitiv adferdsterapi versus venteliste/rutinebehandling/placebo. To studier viste signifikant forskjell favør av intervensjonsgruppen mellom gruppene og tre rapporterte ingen forskjell i depresjonsskår. 2 RCT (n=102) vurderte likemannsstøtte versus rutinebehandling. Begge studiene viste signifikant forskjell i depresjonsskår i favør av intervensjonsgruppen. 1 RCT (n= 29) svak kvalitet, vurderte partnerstøtte. Ingen signifikant forskjell

	<p>umiddelbart i depresjonsskår.</p> <p>3 RCT (n=174) med svak eller moderat kvalitet, vurderte ikke-førende støttesamtaler versus rutinebehandling. Alle viste signifikant forskjell i depresjonsskår i favør av intervensjonsgruppen.</p> <p>2 RCT, (n=66) svak kvalitet, en med massasje versus avspenning og en med baby massasje. Signifikant forskjell i depresjonsskår i favør av baby massasje.</p> <p>1 RCT (n0156) moderat kvalitet, vurderte effekten av søvngrupper versus informasjons brosjyre pr post. Signifikant forskjell i depresjonsskår i favør av intervensjonsgruppen.</p> <p>1 RCT (n0193) moderat kvalitet, vurderte bl.a. mor/barn samspill. Signifikant nedgang i EPDS skår >12, men ikke depresjon målt med DSM-III-R.</p> <p>1 RCT (n=20) moderat kvalitet vurderte fysisk trening m/sosial støtte versus telefonkontakt. Ingen signifikant nedgang i depresjon.</p>
Kommentarer	<p>Det er noe klare inklusjons og eksklusjonskriterier. Det er godt søk. De inkluderte studienes kvalitet er vurdert og rangert. Sammenstillingen av resultatene er begrunnet. Det er ikke gjort metaanalyse. Det går ikke klart fram hvilke tiltak som omhandler deprimerte kvinner og kvinner "at-risk".</p> <p>Det er ikke forskning som med sikkerhet kan si hvilke ikke-biologiske intervensjoner som er best. Det er holdepunkter fra generell forskning om depresjon at psykologiske tiltak (individuell psykoterapi og kognitiv adferdsterapi) har effekt. Ikke førende støttesamtaler kan synes virkningsfullt.</p>
Kvalitet	En systematisk oversikt med moderat metodisk kvalitet. Det er få studier pr behandlingsmetode og de har alle metodiske svakheter.

Tabell 13 (behandlede tiltak, psykososiale og psykologiske)

Studie	Elkan 2000 (47) Health Technology Assessment. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature.
Problemstilling	Hva er virkningen av hjemmebesøk?
Metode	Systematisk oversikt studier som inneholder kontrollgrupper, totalt 102 studier. Meget omfattende oversikt.
Populasjon	Alle som får hjemmebesøk av helsepersonell. Her er studier som vurderer effekten av hjemmebesøk hos kvinner med fødselsdepresjon (postnatal depression) tatt med.
Tiltak	Hjemmebesøk.
Utfallsmål/ måleinstrument	Alle typer mål på depresjon: Depression Scale (EPDS), Goldberg's Standardized Psychiatric Interview.
Resultater	3 randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) relevante, totalt antall deltagere 2164. 3 RCT (n= 55,2009,100) fikk intervensjonsgruppen hjemmebesøk med ikke-førende støttesamtaler i gang i uken i minst 8 uker, mens kontroll gruppen fikk ingenting. Alle studiene viste positiv effekt i favør av intervensjonsgruppen. Alle studiene viste positiv effekt i favør av intervensjonsgruppen.
Kommentarer	Det er klare inklusjons og eksklusjonskriterier. Det er godt søk. De inkluderte studienes kvalitet er vurdert, men ikke rangert. Sammenstillingen av resultatene er begrunnet. Det er ikke gjort metaanalyse på relevant problemstilling.
Kvalitet	En systematisk oversikt med moderat metodisk kvalitet. Tosmå studier med moderat metodisk kvalitet og en stor med lav metodisk kvalitet. Dokumentasjons grunnlaget er moderat.

Tabell 14 (behandlende tiltak, biologiske tiltak)

Studie	Hoffbrand2001 (44), Cochrane Library. Antidepressant treatment for postnatal depression.
Problemstilling	Hva er virkningen av ulike antidepressiva kontra andre behandlingsformer for fødselsdepresjon?
Metode	Systematisk oversikt basert på 1 randomisert kontrollert studie (RCT)
Populasjon	Deprimerte kvinner i inntil 6 måneder etter fødsel som ikke allerede behandles med antidepressiva. Antall deltagere 87.
Tiltak	antidepressiva alene eller i kombinasjon med annen behandling/placebo.
Utfallsmål/ måleinstrument	Oversikten har flere utfallsmål. I denne oppsummering er utfallsmål i relasjon til depresjon hos mor (f.eks. klinisk bedring, alvorlighetsgrad og intensitet) relevant.
Resultater	Den inkluderte RCT er av god kvalitet. Studien sammenligner fluoksetin (SSRI), fluoksetin kombinert med kognitiv atferdsterapi, placebo og placebo kombinert med kognitiv atferdsterapi. Fluoksetin alene viste signifikant bedring sammenlignet med placebo. Fluoksetin alene rapporterte samme effekt som placebo med kognitiv atferdsterapi. Det er ingen synergieffekt mellom fluoksetin og kognitiv atferdsterapi. Resultatet ikke oppgitt i tall.
Kommentarer	Det er klare inklusjons og eksklusjonskriterier. Det er godt søk. Den inkluderte studien kvalitet er vurdert og gradert (A-D). Upublisert data forsøkt innhentet. Studien ekskluderte ammende kvinner, kvinner med resistent depresjon og kvinner som misbruker medikamenter. 101 kvinner nektet å delta i den inkluderte studien fordi de ikke ville ta medikamenter.
Kvalitet	En systematisk oversikt med god metodisk kvalitet. Grunnet bare en studie på utfallsmålet og at tallverdier ikke er rapportert er dokumentasjon lav. Samme studie som er rapportert i Mulrow (20) 2004.

Tabell 15 (behandlende tiltak, biologiske)

Studie	Lawrie 1999 (45), Cochrane Library. Oestrogens and progesterons for preventing and treating postnatal depression.
Problemstilling	Hva er virkningen av østrogen og progesteron i forbygging og behandling av fødselsdepresjon?
Metode	Systematisk oversikt med 2 randomiserte kontrollerte studier.
Populasjon	Kvinner i 18 måneder etter fødsel. Antall deltagere 241. Sør-Afrika og UK.
Tiltak	Østrogener og progesteroner (alle typer, alle kombinasjoner), alene eller i kombinasjoner med antidepressiva og/eller rådgivning.
Utfallsmål/ måleinstrument	Alle typer mål på depresjon: Screening instrumenter (f.eks. EPDS), diagnostiske skalaer (f.eks. DSM-IV), selv-rapportering eller objektiv vurdering.
Resultater	En studie relevant for behandling av alvorlig depresjon. Studien rapporteres med god kvalitet (A). 1 studie med 61 deltagere viser at transdermal (plaster) østrogen for sterkt deprimerte kvinner var assosiert med signifikant bedring i depresjonskår sammenlignet med placebo (WMD -3.20, CI 95 % -5.97 til -0.43, p=0.02).
Kommentarer	Det er klare inklusjons og eksklusjonskriterier. Det er godt søk. De inkluderte studienes kvalitet er vurdert og gradert fra A-D. Ikke gjort metaanalyse grunnet kun en studie pr medikament.
Kvalitet	En systematisk oversikt med god metodisk kvalitet. Grunnet bare en studie på østrogen er dokumentasjonen moderat.

Tabell 16 (behandlende tiltak, biologiske)

Studie	Dennis 2004 – 1 (51) Treatment of Postpartum Depression Part I: A Critical Review of Biological Interventions.
Problemstilling	Hva er virkningen av biologiske intervensjoner?
Metode	Systematisk oversikt med ulike studiedesign, inkludert randomiserte kontrollerte studier (RCTs) Totalt 9 studier.
Populasjon	Kvinner med fødselsdepresjon i de første 12 måneder etter fødsel.
Tiltak	Farmakologiske (antidepressiva), hormonelle (østrogen), andre (lysterapi, strukturert søvndeprivasjon og elektrokonvulsiv terapi).
Utfallsmål/ måleinstrument	Depresjon, målt ved EPDS, Structured Clinical Interview for DSM –III-R (SCDI), Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), Montgomery- Asberg Depression Rating Scale (MADRS) og Beck Depression Scale (BDI),
Resultater	2 RCTs av totalt 9 studier er relevante for problemstillingen. En studie ser på antidepressiva og en på hormoner. En studie med 87 deltagere (moderat kvalitet) sammenligner fluoksetin (SSRI), fluoksetin kombinert med kognitiv atferdsterapi, placebo og placebo kombinert med kognitiv atferdsterapi. Alle gruppene viser signifikant bedring. Fluoksetin alene viste signifikant bedring sammenlignet med placebo. Kognitiv atferdsterapi alene viste signifikant bedring sammenlignet placebo. Det er ingen synergieffekt mellom fluoksetin og kognitiv atferdsterapi. Utfall er målt med EPDS og HAM-D. En studie med 61 deltagere (lav kvalitet) viser at transdermal (plaster) østrogen for sterkt deprimerte kvinner var assosiert med signifikant bedring i depresjonskår (EPDS) sammenlignet med placebo i løpet av de første 4 ukene av behandlingen.
Kommentarer	Det er noe uklare inklusjons og eksklusjonskriterier. Det er godt søk. De inkluderte studienes kvalitet er vurdert og rangert. Resultatene er mangelfullt rapportert. Sammenstillingen av resultatene er begrunnet. Det er ikke gjort metaanalyse.
Kvalitet	En systematisk oversikt med moderat metodisk kvalitet. Grunnet bare en studie på hvert medikament (antidepressiva og hormoner) er dokumentasjonen svak.

Tabell 17 (behandlende tiltak, biologiske)

Studie	Mulrow 2004 (46) Psychopharmacology Bulletin Are newer antidepressant agents more effective than placebo or older antidepressant in the postpartum setting?
Problemstilling	Virker nyere antidepressiva bedre enn eldre antidepressiva eller placebo for kvinner i postpartum perioden?
Metode	Evidence rapport for behandling av depresjon som inneholder ulike systematiske oversikter (totalt 24 problemstillinger). 1 RCT om postpartum depresjon.
Populasjon	Kvinner med minor or major depresjon 6 eller 8 uker etter fødsel. Antall deltagere 87. Studie fra UK.
Tiltak	Antidepressiva alene eller i kombinasjon med annen behandling/placebo
Utfallsmål/ måleinstrument	Oversikten har flere utfallsmål. I denne oppsummering er utfallsmål i relasjon til depresjon hos mor relevant.
Resultater	Studien sammenligner fluoksetin (SSRI), fluoksetin kombinert med rådgivning, placebo og placebo kombinert med kognitiv atferdsterapi. Fluoksetin alene viste signifikant bedring sammenlignet med placebo. Det er ingen synergieffekt mellom fluoksetin og kognitiv atferdsterapi. Resultatet ikke oppgitt i tall.
Kommentarer	Det er klare inklusjons og eksklusjonskriterier. Det er godt søk. De inkluderte studienes kvalitet er vurdert, men ikke gradert. Det er ikke begrunnet hvorfor oversikten har en kvalitativ oppsummering. Oversikten rapporterer ikke effekt av fluoksetin alene versus placebo med kognitiv atferdsterapi. 101 kvinner nektet å delta i den inkluderte studien fordi de ikke ville ta medikamenter.
Kvalitet	En systematisk oversikt med moderat metodisk kvalitet. Grunnet bare en studie på utfallsmålet og at tallverdier ikke er rapportert er dokumentasjon lav. Samme studie som er rapportert i Hoffbrand (19) 2001.

7.4 Ekskluderte oversikter

Studie	Problemstilling	Eksklusjonsgrunn
Austin 2003 (30)	Svangerskapsgrupper for å forbygge fødselsdepresjon	Mangelfull kvalitet (søk, kvalitet)
Beck 2002 (22)	Post – partum depresjon: en meta-syntese	Ingen intervensjon
Barlow 2003 (20)	Bedrer gruppebaserte foreldretiltak mors psykiske helse inkludert angst depresjon og selvfølelse?	Mødrene vurdert når barna er tenåringer. Den studien som har riktig aldersgruppe har ikke relevant utfallsmål.
Boath 2001(32)	Hva er virkningen av ulike behandlingstiltak ved fødselsdepresjon?	Mangelfull kvalitet (kvalitet, sammenfatning)
Chaudron 1999 (26)	Bruk av stemningsstabiliserende midler av ammende/i ammeperioden: en oversikt	Risikofaktorer
Dennis 2004 (39)	Forebygging av fødselsdepresjon. Psykososiale, psykologiske tiltak m.fl.	Dobbelpublikasjon (48)
Gagnon 2000(40)	Hva er virkningen av strukturert svangerskapsopplæring på kunnskapstilegnelse, angst, følelse av kontroll, smerte, støtte, amming, evne til å ta seg av spedbarn og psykisk og sosial tilpasning?	Systematisk oversikt finner ingen studier som rapporterer relevante utfall (angst og depresjon).
Gamble 2002 (35)	En litteraturoversikt på effekten av debrifing eller ikke-førende støttesamtaler for å forbygge følelsesmessig stress etter fødsel	Mangelfull kvalitet (søk, kvalitet, sammenfatning)
Gjerdingen 2003 (34)	Effekten av ulike behandlinger av depresjon i perioden etter fødsel og virkning av antidepressiva på diebarn.	Mangelfull kvalitet (søk, kvalitet, sammenfatning)
Grace 2003 (21)	Effekten av depresjon i perioden etter fødsel på barns kognitive utvikling og atferd: en oversikt og en kritisk analyse av litteraturen	Ser ikke på effekten av ulike intervensjoner.
Granger (23) 2001	Progesteron ved behandling av fødselsdepresjon: en litteraturgjennomgang	Ser ikke på effekten av ulike intervensjoner.
Karuppaswamy 2003 (29)	Østrogen og progesteron behandling i postnatal depresjon	Mangelfull kvalitet (søk, kvalitet, sammenfatning).
Lumley 2004(33)	Ikke-medikamentelle tiltak for å redusere fødselsdepresjon	Mangelfull kvalitet (kvalitet, sammenfatning).
MacLeod 2000 (18)	Tiltak for å fremme familieforhold og forbygge barnemishandling.	Populasjon barn.
Masand 1999 (38)	Selektive seretoninreopptakshemmere: en oppdatering av kunnskapsgrunnlaget	Ingen systematisk oversikt.
Misri (27) 2000	Bruk av selektive seretoninreopptakshemmere under svangerskap og ved amming: kunnskapsstatus	Generell effekt av medikament.
Ogrodniczuk 2003 (28)	Forebygging av fødselsdepresjon	Mangelfull kvalitet (søk, kvalitet, sammenfatning)
O'Hara 1984 (25)	Prospektiv studie av fødselsdepresjon: forekomst, forløp og prediktive faktorer.	Forekomst studie
Olds 2000 (37)	Oppdatering om hjemmebesøk for gravide kvinner og foreldre av små barn.	Ingen systematisk oversikt
Rossi 2004 (19)	Fluoksetin: en evidensbasert litteratur gjennomgang	Feil populasjon
Scott 1999 (31)	Effekt av kontinuerlig støtte under fødsel i perioden rundt og etter fødsel.	Mangelfull kvalitet (søk, kvalitet, sammenfatning)
Stuart 2003 (36)	Forebygging og psykoterapeutisk behandling av depresjon i barsel perioden.	Ingen systematisk oversikt.
Wisner 1999 (24)	Farmakologisk behandling av depresjon i svangerskapet.	Risikovurdering

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004 St. Olavs plass

0130 Oslo

Tlf: 23 25 50 00

Faks: 23 25 50 10

post@kunnskapssenteret.no

www.kunnskapssenteret.no

Organisasjonsnummer: 986 303 537

ISBN 82-8121-027-3

ISSN 1503-9544