

SBU BEREDER • RAPPORT 331/2021

Identifiering av kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditet

Introduktion

Publicerad på SBU:s webbplats 2021-09-08.



STATENS BEREDNING FÖR
MEDICINSK OCH SOCIAL
UTVÄRDERING

Bakgrund

Psykiska sjukdomstillstånd, däribland depression och ångest, är bland de vanligaste komplikationerna under graviditeten med ökad risk för kvinnan och för barnets hälsa och utveckling [1]. Depressions- och ångesttillstånd kan påverka kvinnans välmående, relationer och livskvalitet på ett påtagligt sätt, vilket i sin tur kan påverka hela familjen. Det finns risk för negativa följder för barnets socioemotionella och kognitiva utveckling, i synnerhet om tillståndet blir långvarigt eller då det finns samvarierande riskfaktorer. En ökning i antalet för tidigt födda barn har också redovisats [2].

Det råder emellertid oklarhet, både internationellt och i Sverige, kring på vilket sätt, när och hur det är lämpligt att systematiskt identifiera gravida med möjliga depressions- eller ångestsyndrom, samt med vilket/vilka instrument och vid vilken/vilka tidpunkt(er) det i så fall bör ske. Detta kan bero på att kunskapsunderlaget om effekterna av olika screening/identifieringsförfaranden är oklart, men också på att förutsättningar och hälsovårdssystem skiljer sig åt mellan olika länder. Nationella riktlinjer i Storbritannien [3] och i Kanada [4] rekommenderar ett screeningförfarande i flera steg, där specifika muntliga frågor kan följas av självskattningsskalor. I USA [5] och Australien [6] rekommenderas att alla kvinnor erbjuds ett screeninginstrument för depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), under förutsättning att tillgång till diagnostisk bedömning, effektiv behandling och uppföljning finns på plats. I Australien används dessutom ett instrument för psykosocial bedömning [7].

Rekommendationer avseende identifiering

I Sverige har Socialstyrelsen i sina nationella riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom kommit fram till att hälso- och sjukvården inte bör erbjuda screening för depression eller ångestsyndrom till vårdsökande personer utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom. Det finns ett starkt vetenskapligt underlag för att åtgärden inte ger någon effekt på symtombördan. Ett undantag har gjorts för den nyblivna födande föräldern då det finns tillräckligt med stöd för att rekommendera universell screening under postpartumperioden [8, 9]. Ett motsvarande undantag har dock inte gjorts för gravida.

Svensk förening för obstetrik och gynekologi föreslår i rapporten Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa [10] ett tillvägagångssätt baserat på de engelska riktlinjerna [3]. Enligt dessa rekommenderas barnmorskan att vid inskrivningssamtalet/n på ett systematiskt sätt fråga om tidigare allvarlig psykisk sjukdom och nuvarande psykiska sjukdomstillstånd, inklusive depression och ångest. Vid positivt utfall på någon av två frågor om depressionssymtom under den senaste månaden (så kallade Whooley questions) och två strukturerade frågor om ångestsymtom anges att barnmorskan kan gå vidare med utförligare självskattningsskalor för att få ett bättre underlag för sin bedömning. Vidare rekommenderas barnmorskan att ställa frågor om kända riskfaktorer för depression/ångest under graviditeten. De starkaste riskfaktorerna för att drabbas av en depression under graviditeten är om kvinnan utsätts för våld i nära relationer och om hon har en tidigare psykiatrisk historia. Andra riskfaktorer är socioekonomiska problem, livsstress, negativa livshändelser och brist på stöd, både socialt och i parrelationen [11].

Förekomsten av tillstånden under graviditet

Förekomsten av egentlig depression under graviditeten har i västerländska länder uppskattats till mellan 3 procent och 5 procent, och om subklinisk depression inkluderas, till 11 procent [12]. Ångest är mindre studerat än depression under perinatalperioden. I en stor populationsbaserad studie från USA fann man att 13 procent av kvinnorna som var gravida eller nyligen fått barn hade haft en ångestsjukdom under det föregående året [13]. En svensk studie har rapporterat en förekomst av 7 procent för egentlig depression och 9 procent för ångesttillstånd [14], och en studie från Island visade att ångesttillstånd, eller kombinerad depression och ångest, var vanligare än enbart depression under graviditet [15]. I en metaanalys uppskattades cirka 7 till 9 procent av gravida kvinnor uppfylla kriterier för både depression och någon form av ångesttillstånd [16].

När det gäller startpunkten av depressionsepisoden för postpartumdeprimerade kvinnor, visade en studie från USA att för drygt en av fyra startade depressionen redan före graviditeten, för en tredjedel under graviditeten och för 40 procent under de första tre månaderna efter förlossningen [17].

Forskning inom området perinatal psykisk ohälsa har, från att tidigare varit inriktat på perioden efter förlossningen, under senare år alltmer fokuserat på förebyggande åtgärder, identifiering av riskgrupper och graviditetsperioden. Depression och ångest är de vanligaste tillstånden, men psykisk ohälsa under detta livsskede omfattar ett brett spektrum av olika sjukdomstillstånd med olika svårighetsgrad. Det finns en ökad risk att drabbas av ett allvarligt psykiatriskt sjukdomstillstånd, till exempel puerperalpsykos eller bipolär sjukdom, under denna livsperiod [1].

Frågor

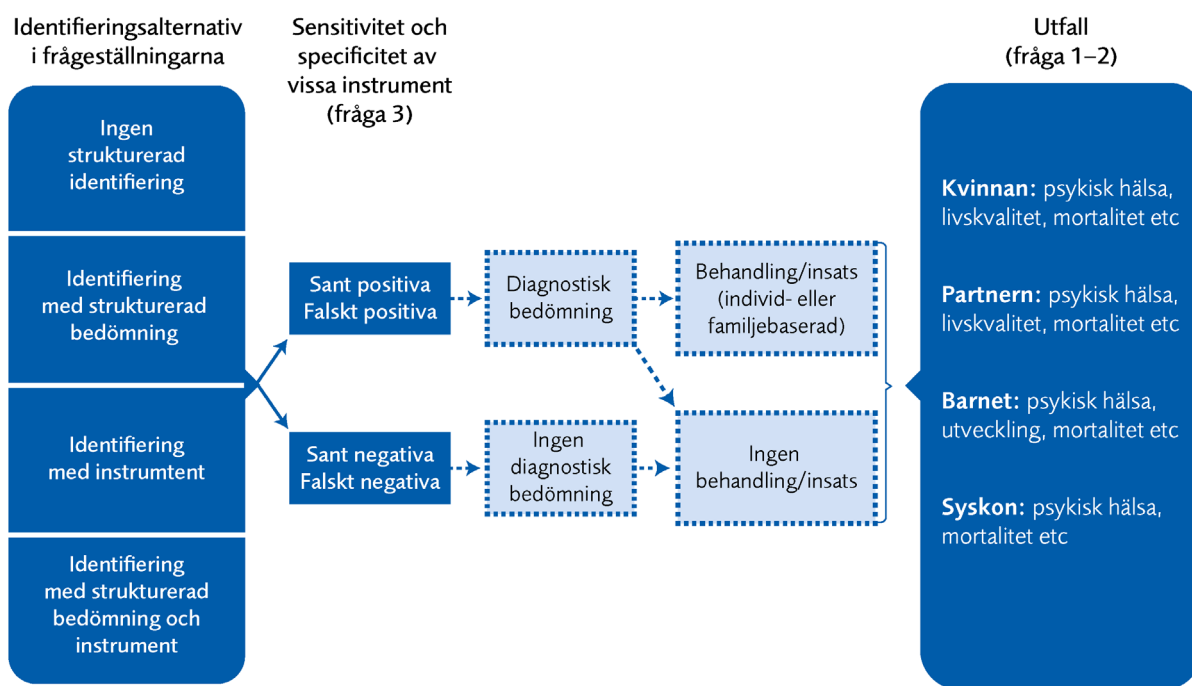
Effekter av metoder för identifiering

I detta projekt har vi undersökt om det finns randomiserade kontrollerade studier som utvärderat effekter av olika metoder för att identifiera kvinnor med möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditeten. Strukturerad identifiering av depressions- och ångestsyndrom kan innefatta både användning av olika diagnostiska **instrument** och/eller andra tillvägagångssätt för **strukturerad bedömning**, såsom anamnes och psykosocial bedömning (se Figur 1). Psykosocial bedömning innebär, i det här sammanhanget, att identifiera faktorer i kvinnans aktuella situation eller tidigare i livet, som kan medföra ökad risk att inte kunna hantera sin graviditet eller det nyfödda barnet eller för att utveckla psykisk ohälsa/sjukdomstillstånd. En sådan bedömning gör det möjligt för hälsovårdspersonal att bedöma risk på ett strukturerat och bredare sätt och att identifiera olika verksamheter (inte alltid inom hälso- och sjukvården) som kan aktiveras till stöd för kvinnan och hennes familj under graviditeten och efter barnets födelse.

Diagnostisk tillförlitlighet av instrument

Även studier på vissa instruments diagnostiska tillförlitlighet för identifiering av depression- och/eller ångestsyndrom under graviditet har sammanställts. De specifika instrument som vi valt att inkludera är sådana som är validerade för populationen gravida kvinnor samt är rimliga i omfång för användning inom mödrahälsovården. Vi har inkluderat studier från Europa, Australien, Nya Zeeland, USA och Kanada, medan studier från länder med annan kontext och språk, som kan påverka hur depressions- och ångestsymtom uttrycks, har exkluderats.

Projektets frågor och avgränsningar finns preciserade på sidorna 36–37 i underlaget till Socialstyrelsen, www.sbu.se/331. Frågorna 1 till 2 rör effekterna av olika identifieringsalternativ samt betydelsen av tidpunkten för identifieringen, medan fråga 3 rör den diagnostiska tillförlitligheten av instrument för identifiering av möjliga depressions- och ångestsyndrom under graviditet. I Figur 1 illustreras frågeställningarna på en övergripande nivå. Avsikten är att belysa vilket vetenskapligt underlag det finns för de olika identifieringsalternativen. Fokus i denna översikt är identifieringsalternativen och hur de genom de efterföljande stegen i processen, med diagnostisk bedömning och behandling eller insatser, kan påverka utfall för såväl kvinnan, partnern, barnet och eventuella syskon.



Figur 1. Schematisk bild över hur projektets frågor avseende identifiering av gravida kvinnor med depression/ångest relaterar till efterföljande diagnostisk bedömning, behandling eller insats samt utfall. Figuren är förenklad med fokus på projektets frågeställningar. Under pågående kontakt med barnmorskemottagning finns möjlighet till uppföljning och att identifieras på nytt. Det finns även möjlighet till identifiering vid kontakt med annan vårdinstans.

Referenser

1. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020;19(3):313-27. Available from: <https://doi.org/10.1002/wps.20769>.
2. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014;384(9956):1800-19. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0).
3. NICE. Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance. Updated edition. National Clinical Guideline Number 192. 2014.
4. Table. HHD. Perinatal mental health toolkit for Ontario public health units. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario. 2018.
5. Siu AL, Force USPST, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, et al. Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2016;315(4):380-7. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392>.
6. Austin M-P HN, The Expert Working Group. Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. Centre of Perinatal Excellence. 2017.
7. Austin MP, Colton J, Priest S, Reilly N, Hadzi-Pavlovic D. The antenatal risk questionnaire (ANRQ): acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women Birth*. 2013;26(1):17-25. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.06.002>.
8. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom. Artikelnummer: 2010-3-4. 2010.

9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer. Vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Artikelnummer: 2017-12-4. 2017.
10. SFOG. Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa. Rapport 76. 2016.
11. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. 2014;384(9956):1775-88. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9).
12. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106(5 Pt 1):1071-83. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>.
13. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(7):805-15. Available from: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805>.
14. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(8):937-44. Available from: <https://doi.org/10.1080/00016340600697652>.
15. Lydsdottir LB, Howard LM, Olafsdottir H, Thome M, Tyrfingsson P, Sigurdsson JF. The mental health characteristics of pregnant women with depressive symptoms identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2014;75(4):393-8.
16. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis CL. The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2017;47(12):2041-53. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291717000617>.
17. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(5):490-8. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>.