SBU UTVÄRDERAR • RAPPORT 358/2022 • Diarienummer SBU 2021/299

Psykologisk behandling av postpartumdepression

En systematisk översikt inklusive hälsoekonomiska och etiska aspekter

Publicerad på SBU:s webbplats 2022-12-19

STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK OCH SOCIAL UTVÄRDERING

Psykologisk behandling av postpartumdepression

En systematisk översikt inklusive hälsoekonomiska och etiska aspekter

Innehållsförteckning

Sammanfattning 2
1. Inledning 9
2. Bakgrund 10
3. Metod 21
4. Urval av studier 33
5. Resultat behandlingseffekter 36
6. Upplevelser och erfarenheter av depressionsbehandling post partum 47
7. Hälsoekonomiska aspekter 64
8. Etiska aspekter 68
9. Diskussion 72
10. Överväganden för forskning 76
11. Medverkande 79
12. Ordförklaringar och förkortningar 82
13. Referenser 85
14. Bilagor 94

Sammanfattning

Bakgrund och syfte

En depressionsepisod som inträffar hos en förälder inom de första månaderna efter att barnet fötts definieras som en postpartumdepression (PPD). Vanliga symtom på PPD är bland andra nedstämdhet, sömnsvårigheter, oro och skuldkänslor. Både kvinnor och män kan drabbas av depression efter att ha fått barn. I denna rapport utvärderas behandling av kvinnor med PPD, eftersom rapporten är en del av en regeringssatsning inom kvinnohälsa (Dnr S2021/03115).

I Sverige, och i världen i stort, drabbas ungefär 13 procent av kvinnorna av depressionssymtom under de första månaderna efter förlossningen, vilket är något högre än under andra perioder i livet. Inom vården erbjuds olika typer av insatser, främst psykologiska behandlingar och läkemedel[1]. I den svenska vårdmodellen för PPD ges ofta interventionen i form av personcentrerade stödjande samtal i ett första steg[2], med möjlighet att remittera vidare vid behov av fördjupad bedömning och ytterligare insatser som till exempel psykologisk behandling. Denna kan ges utifrån olika behandlingsmodeller såsom kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell terapi (IPT), och i olika format som gruppterapi eller individuellt på mottagningen eller via internet. I Socialstyrelsens behandlingsriktlinjer rekommenderas i första hand KBT och IPT som psykologiska behandlingar vid lindrig till medelsvår egentlig depression. Det finns forskning som visar att kvinnor med PPD föredrar psykologisk behandling och psykosociala interventioner framför exempelvis läkemedelsbehandling.

Syftet med denna rapport har varit att utvärdera det vetenskapliga stödet för professionellt givna psykologiska behandlingar och psykosociala interventioner vid PPD samt att undersöka vilka erfarenheter och upplevelser kvinnor har av sådana behandlingar och interventioner. Rapporten innehåller även en analys av hälsoekonomiska aspekter och en etisk diskussion av översiktens resultat.

---

[1] En översikt om forskningsläget om läkemedelsbehandling vid PPD publicerades som en SBU Kommenterar [4].
[2] Kvinnorna screenas med hjälp av Edinburgh Depression Scale (EPDS) och samtal.

Slutsatser[3]

- Kognitiv beteendeterapi (KBT) ger en medelstor minskning[4] av depressionssymtom både direkt efter avslutad behandling och upp till sex månader efter behandling, jämfört med sedvanlig vård (måttlig tillförlitlighet).
- Interpersonell terapi (IPT) ger en stor minskning av depressionssymtom direkt efter avslutad behandling, jämfört med sedvanlig vård (låg tillförlitlighet).
- Stödjande samtal ger en minskning av depressionssymtom upp till sex månader efter avslutad behandling, jämfört med sedvanlig vård (låg tillförlitlighet).
- Kvinnor som fått behandling för postpartumdepression upplevde att de egna förutsättningarna inverkade på deltagande i behandlingen (låg tillförlitlighet), och att de egna förväntningarna inverkade på upplevelsen av behandlingen (måttlig tillförlitlighet).
- Kvinnorna var positiva till de erhållna behandlingarna, och de var nöjda med formatet och innehållet i behandlingen, och med behandlarens förhållningssätt (måttlig tillförlitlighet).

Kommentar[5]

Rapporten ger stöd för både KBT och IPT som behandlingsalternativ vid postpartumdepression, jämfört med sedvanlig vård[6]. Rapporten jämför inte behandlingar med varandra, utan utvärderar deras effekter separat. För KBT ses en medelstor genomsnittlig effekt, utifrån ett större antal studier. För IPT ses en stor effekt, baserat på ett mindre antal studier[7]. Ett mindre antal studier och färre deltagare innebär att den uppskattade effektstorleken är mer osäker. För IPT saknas underlag för att bedöma effekter av behandling vid uppföljande mätningar (3–6 månader efter behandling), till skillnad från KBT. Den kvalitativa syntesen stödjer att KBT generellt uppskattas av kvinnorna. För IPT fanns inga studier om upplevelser och erfarenheter.

Vår rapport ger även visst stöd för att depressionssymtom minskar med stödjande samtal, men här möjliggjorde inte materialet en metaanalys. Kvalitativa fynd visar att många kvinnor har

---

[3] Det är SBU:s nämnd som beslutar om slutsatserna.
[4] I rapportens slutsatser om behandlingseffekter används Cohens d som storlek på behandlingseffekten. Effekter på 0,20–0,50 bedöms som små, 0,50–0,80 som medelstora och effekter större än 0,80 som stora. Tillförlitligheten i slutsatserna är bedömd med GRADE, se Faktarutor sist i denna sammanfattning. Det är effekternas storlek som är bedömd utifrån GRADE.
[5] Det är SBU:s nämnd som beslutar om kommentaren, kopplat till slutsatserna.
[6] Studiepopulationerna i effektstudierna bestod av kvinnor med varierande grad av depressionssymtom.
[7] Storleken på effekterna utvärderades i rapporten både som standardiserad medelvärdesskillnad (Cohens d) och som det antal som krävs för lyckat behandlingsutfall (NNT).

positiva erfarenheter av hembesök med stödjande samtal om de upplever att specialistsjuksköterskan har adekvat utbildning och god relationskompetens. Oavsett terapeutisk inriktning menar kvinnor med postpartumdepression (PPD) att en god relation med behandlaren är viktigt för behandlingsframgång. Vår rapport ger stöd för att interventionerna inom den svenska vårdmodellen för lindrig till medelsvår depression postpartum har effekt, och uppskattas av de behandlade kvinnorna. Inga negativa effekter av behandlingarna har framkommit i de inkluderade studierna.

Kostnadseffektiviteten av psykologiska behandlingar och stödjande samtal vid postpartumdepression har inte kunnat bedömas på grund av mycket få hälsoekonomiska utvärderingar för behandling av PPD. Även om de olika behandlingsformaten skiljer sig åt vad gäller kostnader behövs hänsyn tas till individuella behov hos kvinnorna samt sjukvårdens organisation.

Rapportens resultat pekar på vikten av att behandlingarna som erbjuds anpassas till individuella behov. Det etiska värdet autonomi framkom i metasyntesen, där ett fynd var att kvinnor ville kunna välja behandlingsmodell och format. Ett möjligt etiskt problem som diskuteras i rapporten är att tillgången till vårdinsatser inte är lika över landet, och att kvinnor med migrationsbakgrund riskerar att ha sämre tillgång till vård.

Det saknas välgjorda kontrollerade studier som utöver effekter på kvinnans depressionssymtom även undersökt effekter på föräldra-barnrelationen. Vidare saknas studier om långtidseffekter av behandling med IPT. Det skulle vidare vara värdefullt med studier om effekter och upplevelser av psykodynamisk terapi (PDT). Dessutom behövs det generellt inom forskningsfältet studier som inkluderar analyser av vad som är kliniskt betydelsefull förändring av depressionssymtom på individnivå.

Metod

Rapporten arbete bedrevs i enlighet med de internationella riktlinjerna PRISMA [2], ENTREQ [3] och med SBU:s handbok [1]. Rapporten är registrerad i PROSPERO (CRD42022313215, https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42022313215) och INAHTA (Record ID 32018004174, https://database.inahta.org/article/22793.

Resultat

I den här systematiska översikten har vi inkluderat totalt 39 studier, utförda i elva länder. Av dessa rörde 29 studier effekter av depressionsbehandlingar, medan åtta studier handlade om erfarenheter och upplevelser av behandlingar och två studier om hälsoekonomiska aspekter.

Behandlingseffekter

De flesta studier som ingår i utvärderingen undersökte effekterna av KBT (15 studier). Andra former av behandling som inkluderats i denna systematiska översikt är IPT (6 studier), stödjande samtal (4 studier), interventioner för att främja föräldrars lyhördhet och barns utveckling (3 studier) samt en specifik form av gruppterapi med inslag av bland annat KBT (1 studie). Jämförelserna var främst mot sedvanlig vård[8]. Studiepopulationerna i effektstudierna bestod av kvinnor med varierande grad av depressionssymtom. Inga negativa effekter rapporterades i de inkluderade studierna. I tabellen nedan presenteras sammanfattade resultat för respektive intervention

Tabell 1 *Minskning av depressionssymtom utryckt i SMD och NNT jämfört med sedvanlig vård, och resultatens tillförlitlighet enligt GRADE.*

Intervention	Uppföljningstid	Effektstorlek (SMD, 95 % KI)	NNT	Tillförlitlighet	Tolkning
KBT	Efter avslutad behandling 3–6 månader	–0,59 (–0,69 till –0,49) –0,58 (–0,75 till –0,41)	4,7 4,8	⊕⊕⊕○	KBT har troligen en medelstor effekt på depressionssymtom, både efter avslutad behandling och vid uppföljning
IPT	Efter avslutad behandling	–0,81 (–1,31 till –0,31)	3,4	⊕⊕○○	IPT har möjligen en stor effekt på depressions-symtom efter avslutad behandling
Stödjande samtal	Efter avslutad behandling 1 vecka 6 månader	–1,37 (–2,31 till –0,43) –0,89 (–2,07 till 0,30) –0,27 (–0,50 till –0,04)	2,0 ** 11,2	⊕⊕○○	Stödjande samtal har möjligen en effekt på depressionssymtom efter avslutad behandling och efter 6 månader
Föräldra-/spädbarns-behandling	Efter avslutad behandling	–0,11 (–0,71 till 0,50) –0,55 (–1,10 till –0,09)	** 5,1	⊕○○○	Det är oklart vilken effekt interventionerna har

[8] Specifika detaljer kring kontrollbehandlingens utformning (omfattning, följsamhet, specifika behandlingsformer och kvalitet) var ofta bristfälligt rapporterad i de inkluderade studierna.

Övrig terapiform*	Efter avslutad behandling	–1,07 (–2,20 till 0,06)	**	⊕○○○	Det är oklart vilken effekt interventionen har

KI = konfidensintervall; **NNT** = number needed to treat, vilket i sammanhanget är konverterat från medelvärdesskillnaden, och innebär det antal personer som statistiskt sett behöver behandlas för att observera ett gynnsamt behandlingsutfall med förbättring av depressionssymtom. Ju lägre NNT, desto starkare behandlingseffekt; **SMD** = Standardiserad medelvärdesskillnad, uttryckt som Cohens d. Negativa värden innebär minskning av depressionssymtom.
* Behandlingen var en gruppterapi med inslag av psykoedukation, stressreducerande tekniker, kognitiv restrukturering, och socialt stöd.
** NNT beräknades inte för icke-signifikanta resultat

Upplevelser och erfarenheter

Kvinnornas upplevelser och erfarenheter av behandling av depression under postpartumperioden var i huvudsak positiva. Många kvinnor delgav erfarenheter av hur viktigt det var med praktiska möjligheter att komma till vården och att ha ett väl fungerande socialt stöd under depressionsepisoden. Det blev också tydligt hur kvinnornas förväntningar på behandlingar och stöd var viktiga för upplevelsen av interventionerna, liksom hur synen på depressionen i sig och den känsla av skam som är kopplat till att vara en "dålig mamma" påverkade viljan att söka hjälp. Vidare beskrevs hur tidigare behandlingserfarenheter inverkade på upplevelsen av interventionerna och deras möjligheter att förändra sinnesstämning och relation till barnet.

En aspekt som lyftes av flertalet kvinnor var hur viktig relationen som etablerades med behandlaren var, och detta oavsett behandlingsinriktning. Kvinnorna upplevde positiva vårdmöten när behandlaren hade ett empatiskt förhållningssätt och en hög kompetens. Kvinnorna uttryckte olika åsikter om komponenterna i de erhållna behandlingarna och de terapeutiska förhållningssätten, såsom hemläxor och beteendeaktivering för kvinnorna och stödpersonens aktiva lyssnande. Även om det erhållna behandlingsformatet generellt upplevdes som positivt, fördes också önskemål om individuell anpassning och omfattning fram. Kvinnorna beskrev positiva resultat av behandlingen såsom förbättrat stämningsläge, högre självtillit och ökad föräldrakompetens.

Tabell 2 *Översikt av resultaten för kvinnornas upplevelser och erfarenheter av behandling för postpartumdepression och fyndens tillförlitlighet enligt CERQual.*

Huvudteman	Underteman	Tillförlitlighet enligt CERQual
Kvinnornas förutsättningar och förväntningar	Viktiga förutsättningar för kvinnorna att få behandling var de egna praktiska möjligheterna och socialt stöd.	⊕⊕○○

	Kvinnornas förväntningar, tidigare erfarenheter och syn på postpartumdepression inverkade på deras upplevelse av behandling och dess möjligheter.	⊕⊕⊕○
Kvinnornas erfarenheter av behandling	Den givna behandlingens format upplevdes av de flesta som positivt, men specifika önskemål framfördes angående individuell anpassning och omfattning.	⊕⊕⊕○
	En god relation till behandlaren, och tankar om dennes kompetens, hade betydelse för kvinnornas upplevelse av behandlingen.	⊕⊕⊕○
	Kvinnorna uttryckte skilda åsikter om behandlingarnas innehåll, terapeutiska förhållningssätt och förväntad egen insats.	⊕⊕⊕○
	Kvinnorna beskrev positiva resultat av behandlingen såsom högre självtillit och ökad föräldrakompetens, men enstaka kvinnor upplevde inte någon förbättring.	⊕⊕⊕○

⊕⊕⊕ = Det är troligt att fyndet är en rimlig representation av fenomenet ifråga.
⊕⊕ = Det är möjligt att fyndet är en rimlig representation av fenomenet ifråga.

Faktaruta 1 *Tillförlitlighet enligt GRADE.*

Tillförlitligheten klassificeras i fyra nivåer:

(⊕⊕⊕⊕) Det sammanvägda resultatet har hög tillförlitlighet

(⊕⊕⊕O) Det sammanvägda resultatet har måttlig tillförlitlighet

(⊕⊕OO) Det sammanvägda resultatet har låg tillförlitlighet

(⊕OOO) Det sammanvägda resultatet har mycket låg tillförlitlighet (Det innebär att det inte går att bedöma om resultatet stämmer)

När det saknas studier som uppfyller inklusionskriterierna anges ”studier saknas”, utan klassificering.

En måttlig tillförlitlighet kan tolkas som att det är troligt att resultatet stämmer medan en låg tillförlitlighet kan tolkas som att det är möjligt att resultatet stämmer. I båda fallen är resultaten osäkra och tolkningen är att det i de flesta fall behövs mera forskning.

Faktaruta 2 *Tillförlitlighet enligt GRADE-CERQual.*

Tillförlitligheten klassificeras i fyra nivåer:

(⊕⊕⊕⊕) Det syntetiserade fyndet har hög tillförlitlighet

(⊕⊕⊕O) Det syntetiserade fyndet har måttlig tillförlitlighet

(⊕⊕OO) Det syntetiserade fyndet har låg tillförlitlighet

(⊕OOO) Det syntetiserade fyndet har mycket låg tillförlitlighet (Det innebär att det inte går att bedöma om fyndet avspeglar fenomenet ifråga)

En måttlig tillförlitlighet kan tolkas som att det är troligt att fyndet representerar fenomenet medan en låg tillförlitlighet kan tolkas som att det är möjligt att fyndet representerar fenomenet. I båda fallen finns en osäkerhet och tolkningen är att det behövs mera forskning

.

1. Inledning

1.1 Uppdrag

Regeringen gav SBU i uppdrag (regeringsbeslut 2021-04-01, S2021/03115) att genom en systematisk översikt utvärdera det vetenskapliga stödet avseende positiva och negativa effekter av olika insatser för behandling av postpartumdepression. Upplevelser och erfarenheter av de givna behandlingarna ska analyseras genom sammanvägning av studier med kvalitativ analysmetodik. Uppdraget inkluderade vidare att analysera hälsoekonomiska aspekter utifrån den systematiska översikten, och att lyfta och diskutera etiska aspekter.

Uppdraget ingår i regeringens satsning på kvinnors hälsa.

1.2 Syfte

Syftet är att utvärdera insatser för behandling av postpartumdepression ur ett behandlande, etiskt och hälsoekonomiskt perspektiv, inklusive upplevelser och erfarenheter av att ha fått behandling. Det var nödvändigt att avgränsa projektet utifrån den givna, snäva, tidsramen. Läkemedelsbehandlingar, specifikt antidepressiva, av postpartumdepression exkluderades från denna rapport och blev föremål för en SBU Kommenterar [4]. Förutom läkemedelsbehandlingar uteslöts även alternativmedicinska behandlingar och stödjande verksamheter utan professionell ledning (såsom t.ex. mamma-till-mamma-grupper).

1.3 Målgrupper

Rapporten riktas till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och till de professioner som ger behandling. Dessutom riktas den till de som via riktlinjer ger vägledning till vårdgivare, såsom Socialstyrelsen och NPO:er (Nationella programområden). Huvudsakliga målgrupper för de förslag till vidare forskning som lämnas är forskningsfinansiärer och forskare inom fältet.

2. Bakgrund

2.1 Postpartumdepression: definitioner

Både graviditet och den första tiden efter förlossningen kan innebära fysiska och psykiska påfrestningar för den blivande mamman. Under denna period finns en ökad risk för nyinsjuknande eller återfall i ett brett spektrum av psykiska sjukdomstillstånd. Under första veckan efter förlossningen upplever många kvinnor[9], mer än cirka 50 procent [5], en tillfälligt ökad känslighet, med mer oro och nedstämdhet eller irritabilitet. Dessa reaktioner, så kallad baby blues, är normala och för de flesta övergående. Blir reaktionerna kvar längre än någon vecka kan man behöva vara uppmärksam på om det möjligtvis rör sig om en begynnande depression. Med begreppet post partum avses, när det gäller psykisk hälsa, perioden efter förlossningen och upp till första året efter. Depressions- och ångesttillstånd är de vanligaste psykiska sjukdomstillstånden post partum och har uppmärksammats alltmer och vårdpersonalen får mer utbildning om nyblivna föräldrars psykiska ohälsa. Ett ovanligt (1–2 per 1 000 födslar), men mycket allvarligt tillstånd är postpartumpsykos [6], som vi inte går in på närmare i denna rapport.

Med postpartumdepression avses en egentlig depressionsepisod som inträffar under de första månaderna efter förlossningen och ibland inkluderas även subkliniska depressionssymtom i begreppet. Det som i huvudsak skiljer depression post partum från andra depressioner är tidpunkten, och den ökade risken för negativa effekter på barnet. Nyare forskning tyder också på att det kan finnas olika typer av depressionstillstånd under barnafödandeperioden, där vissa – med mer inslag av ångest och oförmåga att känna glädje – har en ökad risk för debut efter förlossningen [7].

Definition av postpartumdepression skiljer sig inte från depressioner vid andra tidpunkter men diagnosen kan enligt DSM-5 [8] specificeras som *peripartumdepression* vid symtomdebut under graviditet eller inom fyra veckor efter förlossningen, eller enligt ICD-10 [9] som postpartumdepression vid debut inom sex veckor efter förlossningen. Dessa tidsramar är relevanta för de allvarligaste sjukdomstillstånden, medan för lindrig eller subklinisk till

[9] I den här rapporten använder vi ordet kvinnor generellt. Vi är dock väl medvetna om att det finns individer som inte identifierar sig som kvinnor men som har depression. Vi hoppas att även dessa individer kan känna sig delaktiga i denna rapports beskrivning av sjukdomen och kunskaper om behandling.

måttlig depression avses ett längre tidsperspektiv. I dessa sammanhang avses ofta perioden från graviditet till sex månader, eller upp till ett år efter barnets födelse. Det är vanligt med samsjuklighet mellan depression och andra tillstånd, särskilt ångesttillstånd [10, 11]. Därför är det av stor vikt att det görs en bedömning med hjälp av en diagnostisk intervju, av kvinnor där depressionssymtom identifierats med självskattningsskalor.

Som framgår av avsnittet finns en viss begreppsolikhet. Eftersom regeringsuppdraget handlade om postpartumdepression, och inte depressionstillstånd under graviditet, används konsekvent *postpartumdepression* i denna rapport. För att undvika upprepningar och för att spara utrymme använder vi ibland förkortningen PPD.

2.2 Förekomst och förlopp

Psykiatriska tillstånd är en av de vanligaste anledningarna till ohälsa hos kvinnor under perinatalperioden, och vanligast är depression och ångesttillstånd [5]. De flesta studier som undersökt förekomsten av depression under de första månaderna efter förlossningen är baserade på höga poäng på självskattningsskalor avsedda för screening (Avsnitt 2.5). Detta är problematiskt och riskerar att överskatta förekomsten [12]. I studier som bygger på diagnostiska intervjuer har systematiska översikter visat prevalenser på cirka 5–9 procent för egentlig depression i höginkomstländer [13, 14] och 13 procent när man inkluderar kvinnor med subkliniska depressionstillstånd [13].

I Sverige har flera studier undersökt depressionsförekomsten post partum baserat på självskattningsskalan *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) (Avsnitt 2.4). I dessa har cirka 12 procent av kvinnorna fått poäng över tröskelvärdet på EPDS [15-17] cirka åtta veckor efter förlossningen. I studien av Wickberg och medförfattare hade 4,5 procent av kvinnorna höga poäng både vid 8 och 12 veckor post partum.

De flesta studier inkluderar enbart kvinnor med tillräckliga kunskaper i det aktuella landets språk för att kunna fylla i skattningsinstrument, vilket sannolikt innebär en viss underskattning av förekomsten av depressionssymtom eftersom migrationsbakgrund innebär en ökad risk för depression [18].

För cirka en av fyra kvinnor med depression post partum, har tillståndet debuterat redan före graviditeten, och för cirka en tredjedel startar depression under graviditeten. För cirka 40 procent startar depressionen under de första månaderna efter förlossningen [11]. I en

svensk studie hade cirka hälften av kvinnorna med depression tre månader post partum även symtom vid ett år, och 3 procent av kvinnorna hade symtom vid alla tre studerade tidpunkter: tidig graviditet samt två månader och ett år post partum [16].

2.3 Riskfaktorer och konsekvenser

Det finns sociala, psykologiska och biologiska riskfaktorer för depression under graviditet och post partum. Baserat på systematiska översikter är de starkaste riskfaktorerna för depression efter en förlossning: våld i nära relationer eller tidigare våldsutsatthet; depression eller ångest under graviditeten eller depression tidigare i livet; svåra livshändelser; bristande socialt stöd; bristande stöd av partnern och problem i partnerrelationen och att ha migrationsbakgrund [5]. Depression post partum är förknippat med en ökad risk för negativa effekter för kvinnan, barnet och familjen. Den ökade risken för ogynnsamma effekter för barnet är tydligast vid svåra eller långdragna depressionstillstånd eller då det finns andra samtidiga riskfaktorer. Det är mycket som tyder på att det är dessa andra faktorer som förklarar en stor del av de negativa effekterna för barnet, medan evidensen för ett direkt samband mellan postpartumdepression och negativa effekter på barnet är begränsad [6]. Det finns då risk för negativ påverkan på barnets emotionella, sociala och kognitiva utveckling och i vissa fall kan de negativa effekterna kvarstå under flera år. Exempelvis, svår depression hos modern, vid både två månader och åtta månader post partum, har visat sig öka risken avsevärt för beteendeproblem hos barnet vid 3,5 år, för sämre skolprestation vid 16 år och för depression vid 18 år [19]. Mekanismerna för hur barnets utveckling påverkas är komplexa, och genetiska faktorer förklarar sannolikt en del av sambanden. Den viktigaste faktorn har dock bedömts vara olika aspekter som har med föräldraskapet att göra. Depression, liksom flera andra psykiska sjukdomstillstånd, kan påverka föräldrarns lyhördhet för barnets signaler och förmågan att svara adekvat på dessa. Föräldrarns bristande lyhördhet ökar risken för otrygg anknytning hos barnet, medan bristfälligt stöd med känslomässig reglering ökar risken för beteendeproblem [20].

Postpartumdepression hos en förälder ökar risken för depression hos partnern och för problem i parrelationen[10]. För kvinnan själv kan depression under denna period vara förknippat med känslor av skuld och i ännu högre grad skam [21].

[10] Detta gäller under förutsättning att det finns två föräldrar till barnet.

För utrikesfödda kvinnor och kvinnor med invandrarbakgrund finns ofta multipla riskfaktorer utöver de ovan nämnda, såsom socioekonomisk utsatthet, sämre tillgång till socialt stöd [18, 22] och sämre tillgång till vård, på grund av språkproblem och bristande kunskap om vårdorganisationen och vilken hjälp de kan erbjudas [23]. I vissa grupper finns dessutom en överrepresentation av traumatiska livserfarenheter [18]. Detta är en stor grupp i Sverige då 20 procent av hela befolkningen och 25 procent i storstadsregionerna är utrikesfödda [24].

Depressionsepisoder i samband med graviditet, förlossning och postpartumperioden har kostnader för individer och samhälle på sikt. Förutom direkta vårdkostnader nämns i hälsoekonomisk litteratur att depression under graviditet och post partum leder till negativa konsekvenser för både kvinna och barn, i form av ökad vårdkonsumtion på sikt, kostnader för socialtjänst, produktionsbortfall, förluster i livskvalitet och i allvarliga fall suicid [25].

2.4 Identifiering

Socialstyrelsen rekommenderar strukturerad identifiering av postpartumdepression hos nyblivna mödrar med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [26], som en del i ett systematiskt omhändertagande [27]. EPDS är ett självskattningsformulär med tio påståenden om kvinnans stämningsläge de senaste sju dagarna. Kvinnor erbjuds ett enskilt föräldrasamtal hos en barnhälsovårdssjuksköterska på BVC 6–8 veckor efter förlossningen för screening för depression och en bedömning av hur kvinnan har det. Rutinen är etablerad inom svensk barnhälsovård och särskilda rekommendationer för hur identifiering bör ske har utarbetats [28]. Vid behov kan samtalet följas upp med förnyad screening och kvinnor med lättare depressionssymtom kan erbjudas stödjande samtal hos sjuksköterskan vid Barnhälsovården (BHV) och tätare kontakt.

EPDS har validerats i många delar av världen, med olika tröskelvärden för olika språkversioner, och är översatt till ett sextiotal språk, inklusive svenska [17]. De validerade översättningarna av EPDS kan användas till icke-svenskspråkiga mödrar. Den svenska valideringen har visat att skalan vid tröskelvärdet 12 eller mer har hög sensitivitet men lågt positivt prediktivt värde, det vill säga många kvinnor med höga poäng kommer felaktigt att identifieras som deprimerade. Låga poäng utesluter inte heller depression. Därför är det viktigt att utvidga samtalet med följdfrågor, och vid behov upprepa screeningen efter en till två veckor, för att avgöra om trolig depression föreligger. Vid tecken på nedstämdhet eller depression eller annan psykisk ohälsa avgör sedan BHV-sjuksköterskan i samråd med

kvinnan hur handläggning ska ske. Det kan till exempel röra sig om stödsamtal hos sjuksköterska (eller annan profession) vid symtom eller lindrig depression eller remiss vidare för fördjupad bedömning, ofta till psykolog inom BHV. Det är också vanligt med remiss till allmänläkare, ofta efter konsultation med BHV-psykolog, vid behov av medicinsk bedömning, sjukskrivning eller ställningstagande till farmakologisk behandling [28].

2.5 Vård i Sverige i samband med graviditet och förlossning - Mödrahälsovården och Barnhälsovården

Vårdtid efter okomplicerad vaginal förlossning i Sverige är 1–2 dagar på sjukhus. Mödrahälsovården (MHV/Barnmorskemottagningar) ger hälsovård med 8–9 besök under graviditeten samt ansvarar för kvinnans vård tre månader post partum, och för barnet tills familjen har knutit kontakt med barnhälsovården, vanligtvis när barnet är cirka en vecka [29]. I barnmorskans kompetensområde ingår det att identifiera psykisk ohälsa och vården baseras på ett psykosocialt basprogram. Barnmorskor har ett nära samarbete med psykolog eller kurator knutna till mödrahälsovården och samverkan med förlossningsklinik och barnhälsovård. I Barnhälsovårdens program ingår 8–9 hälsobesök under barnets första sex månader, där det förutom att följa barnets utveckling och hälsa ingår att uppmärksamma föräldrars hälsa och behov av stöd. I BHV-sjuksköterskans kompetensområde ingår, förutom bedömning av späda och små barns hälsa och utveckling, även stöd i föräldraskapet och att identifiera tecken på psykisk ohälsa hos nyblivna föräldrar. De flesta BHV-sjuksköterskor har fått särskild utbildning i enskilt samtal med föräldrar, screening med skattningsskalan EPDS, och stödjande samtalsmetodik. Enligt riktlinjerna är viktiga förutsättningar för enskilda samtal inom BHV bland annat att BHV-sjuksköterskan har utbildning i att bedöma föräldrars behov av stöd, tillgång till konsultation hos psykolog för att få stöd vid behov av avgränsningar och remiss till annan vårdnivå, möjlighet att hänvisa till läkare eller psykolog för bedömning, och dessutom tid för detta arbetssätt [28]. Som exempel kan nämnas att i Region Skåne under året 2018 genomförde screeningsamtal för PPD med 87 procent av mammorna. Efter samtalet fick nästan 12 procent av mammorna någon åtgärd: nästan hälften fick enbart stödjande samtal hos BHV-sjuksköterskan, en tredjedel fick remiss vidare och cirka 20 procent fick både stödjande samtal och remiss vidare, det vill säga att remiss skickats efter att först ha fått stödjande samtal [30]. Arbetssätten för psykologer inom MHV/BHV i Sverige kan skilja sig åt mellan regionerna men samtalsstöd till nyblivna mödrar med postpartumdepression ingår i uppdraget. Samtalen kan innehålla korttidsbehandling med kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell terapi (IPT) eller psykodynamisk terapi (PDT), eller samtal med ett stödjande förhållningssätt

som grund och med inslag av KBT, IPT eller PDT (Avsnitt 2.7). Ett fokus på föräldraskapet och parrelationen ingår vanligtvis också. Samverkan mellan läkare och psykolog eller psykoterapeut kan vara viktigt vid behov av samtidig medicinering eller sjukskrivning.

För de kvinnor som har en etablerad vårdkontakt inom primärvården eller psykiatrin rekommenderas att den kontakten behålls. När det gäller kvinnor som identifieras vid screening inom BHV och som bedöms ha behov av behandling på en annan vårdnivå än hos MBHV-psykolog, ser tillgången till vård olika ut. Ibland finns möjlighet till psykoterapi, ofta begränsat till ett visst antal tillfällen, på vårdcentral. För kvinnor med svår depression bör behandling erbjudas inom psykiatrin. Gränsdragningen mellan olika vårdnivåer, och tillgången till psykologisk behandling och psykoterapi varierar mellan regionerna. Vid olika typer av samsjuklighet kan det finnas behov av samverkan mellan flera verksamheter.

2.6 Generellt om behandling

Mammor med PPD är ofta negativt inställda till behandling med antidepressiva läkemedel på grund av rädsla för bieffekter av läkemedlet eller oro att läkemedlet ska överföras till barnet via bröstmjölken. Det som mammor med PPD generellt efterfrågar är möjligheten att få prata om ambivalenta och svåra känslor med en professionell person som ger dem tid och tar dem på allvar [31]. Huruvida stödjande insatser från BHV-sjuksköterska eller mer omfattande psykologisk behandling som kognitiv beteendeterapi eller interpersonell terapi rekommenderas beror delvis på depressionens svårighetsgrad [32]. Det finns idag ett flertal vetenskapliga kontrollerade studier som undersökt olika stödjande eller behandlande insatser. Den (kanske) första kontrollerade studien publicerades år 1989 och visade att mammor med PPD som fick en personcentrerad och stödjande intervention i betydligt högre grad än kontrollgruppen blev fria från sin depression [33]. Nedan beskrivs först de vanligaste stödjande och behandlande insatserna som utvärderats för mammor med PPD. Därefter följer en kort beskrivning av olika format som insatserna testats i.

2.6.1 Socialstyrelsens riktlinjer

Enligt de senast uppdaterade riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom är de psykologiska behandlingarna som rekommenderas för lindrig till medelsvår egentlig depression: kognitiv beteendeterapi (KBT, prioritet 2) och interpersonell psykoterapi (IPT, prioritet 3) [27]. I riktlinjerna från år 2010 fanns specifika rekommendationer för behandling

av depression efter förlossning. Förutom KBT och IPT, rekommenderades även psykodynamisk korttidsterapi (prioritet 3) och personcentrerade stödjande samtal (prioritet 4).

2.7 Behandlingsmodell

I Tabell 2.1 presenteras kortfattat de behandlingsmodeller vid PPD som mest frekvent utvärderats vetenskapligt. Dessa beskrivs därefter i text. Det varierar i vilken grad dessa behandlingar erbjuds beroende på region och det finns även andra behandlingar som erbjuds i Sverige som inte tas upp i avsnittet (till exempel psykodynamisk korttidsterapi).

Tabell 2.1 *Exempel på behandlingsmodeller vid postpartumdepression.*

Behandlingsmodeller vid PPD	Innehåll
Stödjande samtal	Psykosocial insats där terapeuten eller sjuksköterskan aktivt lyssnar och använder sig av ett stödjande, icke-dömande förhållningssätt för att hjälpa patienten hantera problem i vardagen samt minska depressiva besvär.
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	Psykologisk behandling där terapeuten hjälper patienten att identifiera och förhålla sig till icke hjälpsamma tankar och att öka beteenden och aktiviteter som ger positiva konsekvenser.
Interpersonell terapi (IPT)	Psykologisk behandling med fokus på mellanmänskliga relationer. Terapeuten hjälper patienten att identifiera sorg, konflikter i viktiga relationer, rollförändringar och brister i kommunikation samt att hitta alternativa sätt att hantera detta.
Interventioner för att främja föräldrars lyhördhet och barns utveckling	Olika interventioner som fokuserar på att stärka förälderns lyhördhet för och interaktion med barnet. Det kan vara stöd och konkret coachning i interaktionen med barnet, ibland inom ramen för hembesöksprogram, till mer renodlad psykologisk behandling utifrån en psykodynamisk grund och med fokus på förälderns inre representationer.

2.7.1 Stödjande samtal

Vid lindrig depression kan stödjande samtal baserat på ett personcentrerat förhållningssätt (benämns ofta som *person-centered counselling*, *non-directive counselling* eller *listening*

visits) ges av särskilt utbildade sjuksköterskor inom primärvården eller barnhälsovården [34]. Personcentrerade stödjande samtal som intervention ges vanligen av andra yrkeskategorier, såsom sjuksköterskor inom barnhälsovården, än de som är specialister i psykisk hälsa (som psykologer och psykoterapeuter). I bland annat Storbritannien sker de stödjande samtalen ofta i kvinnans hem (*home visits*), medan i Sverige sker samtalen oftast på mottagning.

Stödjande samtal som intervention är mer ett personcentrerat förhållningssätt än en behandlingsmetod. Syftet är att genom aktivt lyssnande och ett stödjande icke-dömande förhållningssätt, hjälpa kvinnan få perspektiv på sin situation. Ett annat syfte är att förhindra att nedstämdheten förvärras och utvecklas till klinisk depression eller blir långvarig. Genom ett inkännande och empatiskt förhållningsätt, med fokus på kvinnans känslor och behov istället för att ge råd, kan kvinnan bli medveten om sina egna känslor och tillsammans med BVC-sjuksköterskan utforska och komma fram till vad som kan behöva förändras. Stödjande samtal har rekommenderats av Socialstyrelsen som en första intervention till mammor med depressionssymtom eller lindrig depression [35], och bör ses som ett första steg i en tydlig vårdkedja som också gör det möjligt att följa kvinnans tillstånd och vid behov remittera vidare. Metodiken har anpassats för att kunna erbjudas av sjuksköterskor inom barnhälsovården för nyblivna mammor med postpartumdepression [33] och utvärderades i en svensk studie från år 1996 [17]. I studier där man utvärderat utfallet av stödjande samtal har kvinnor med diagnostiserad egentlig depression inkluderats [34, 36] men samtalen är i första hand avsedda för mammor med lindrig eller subklinisk depression och depressionssymtom med koppling till den aktuella livssituationen och omställningen till att bli förälder.

2.7.2 Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett samlingsnamn för olika behandlingar av varierande psykiatriska (och somatiska) tillstånd, till exempel depression och ångestsyndrom. Det gemensamma för de olika behandlingarna är att de bygger på kognitiv teori och inlärningsteori (behaviorism). I enlighet med kognitiv teori leder dysfunktionella tankemönster till negativa känslor (ledsenhet, ångest och irritation) och undvikandebeteenden [37]. I enlighet med inlärningsteori tenderar deprimerade patienters engagemang i sådana undvikandebeteenden på kort sikt ge en lättnad men på lång sikt leder det till negativa konsekvenser som upprätthåller depressionen [38].

Syftet med KBT vid PPD är att identifiera och förändra dysfunktionella tankemönster, samt att minska undvikandebeteenden och öka patientens engagemang i sociala och lustfyllda

aktiviteter (beteendeaktivering). Balansen mellan ett fokus på kognitivt arbete eller beteendeaktivering skiljer sig åt mellan olika KBT-manualer. I det kognitiva arbetet hjälper terapeuten patienten att identifiera så kallade negativa automatiska tankar. Terapeuten hjälper sedan patienten att utmana och ifrågasätta sådana tankar genom olika bevisprotokoll eller genom så kallade beteendeexperiment. I beteendeaktivering hjälper terapeuten patienten att identifiera underskottsbeteenden, det vill säga aktiviteter eller beteenden som patienten skulle vilja göra mer av eller aktiviteter som patienten tidigare uppskattat och att schemalägga sådana aktiviteter. KBT för PPD har ibland även kompletterats med särskilda komponenter anpassat för patientgruppens behov, till exempel övningar för att minska oro, förbättra sömn eller att söka stöd från andra i ens närhet [39]. Andra exempel är övningar för att förbättra föräldra-barn-interaktionen och psykoedukation om levnadsvanor (mat, träning, sömn, alkohol) och dess koppling till depression [40].

2.7.3 Interpersonell psykoterapi

Interpersonell psykoterapi (IPT), likt KBT en tidsbegränsad behandling, bygger på antagandet om en stark koppling mellan depressionssymtom och problem i relationer. Den bakomliggande teoretiska grunden utgår ifrån anknytningsteori, det vill säga hur människor formar och behåller relationer, och interpersonell teori, hur patientens kommunikationsmönster orsakar de aktuella relationssvårigheterna [41, 42]. Därför har behandling med IPT ett fokus på patientens relationer. Mål för behandlingen är att förbättra kommunikationen med närstående eller att förändra förväntningarna på relationen med dessa och att hjälpa patienten bygga, eller utnyttja sitt sociala stödnätverk för att bättre kunna hantera den situation eller den kris som bidragit till eller orsakat depressionen [43].

IPT anses vara särskilt lämpligt vid livsomställningar, komplicerad sorg, konflikter eller andra relationella problem. Omställningen till att bli förälder kan innebära förlust av tidigare roller och identitet, som förlust av arbetskamrater eller förlust av intimitet i parrelationen och IPT bedöms vara en lämplig metod under den perinatala perioden. Målsättningen vid PPD är att öka det faktiska eller upplevda sociala stödet, och därför fokuserar behandlingen på kvinnans relationer med barnet, partnern, ursprungsfamiljen, partnerns familj och vänner [42].

2.7.4 Interventioner för att främja föräldrars lyhördhet och barns utveckling

I detta avsnitt beskrivs exempel på olika interventioner med det gemensamma fokuset på relationen mellan förälder och barn. Sådana interventioner används ofta i en bredare bemärkelse när det gäller att stärka relationen mellan förälder och spädbarn, men ibland har effekt på förälders depression också studerats. I hembesöksprogram får föräldern besök av vårdpersonal i hemmet (ofta barnhälsvårdssjuksköterska eller motsvarande). Föräldern får sedan stöd och coachning med syftet att främja lyhördhet inför barnets signaler, till exempel genom uppmuntran till positiv interaktion med barnet samt feedback kring förälderns interaktion med barnet.

Hembesöksprogrammen fokuserar även på att stärka förälders tilltro till egen föräldraförmåga genom att uppmuntra redan befintliga positiva föräldrastrategier samt lära ut nya föräldrastrategier [44]. I andra interventioner används videoinspelningar av interaktioner mellan förälder och barn för att främja positivt samspel och i förlängning barnets utveckling.

Ytterligare en typ av föräldra-spädbarnintervention vilar på en psykodynamisk grund och har ett större fokus på förälderns inre representationer och hur egna tidiga svåra erfarenheter inverkar negativt på hur föräldern uppfattar och svarar på barnets signaler. Behandlingen kan då bidra till att koppla ihop då och nu för att främja både relationen och förälderns och barnets utveckling och psykiska hälsa.

Idag finns flera relationella föräldra-spädbarninterventioner som kombinerar fokus på förälderns inre representationer och mer beteendeinriktade förhållningssätt. Behandlingarnas längd varierar utifrån problemens omfattning, men brukar vara mellan 5 och 20 veckovisa sessioner [45].

2.8 Behandlingsformat

Utöver att psykologisk behandling för PPD följt olika behandlingsmodeller som beskrivits i korthet ovan, har sådan behandling även utvärderats i olika format. Det vanligaste formatet för psykologiska behandlingar är att patienten träffar en terapeut enskilt. I den vetenskapliga litteraturen har det dock argumenterats för att relativt få har tillgång till evidensbaserad behandling vilket föranlett utvärdering av psykologiska behandlingar som syftar till att öka tillgängligheten till behandling, till exempel behandling i grupp [46] eller behandling som förmedlas digitalt (framför allt via telefon, appar eller webbsidor) [47]. Behandling av PPD i

grupp innebär också möjlighet till socialt stöd och att patientens känslor och upplevelser normaliseras, vilket kan hjälpa patienten att inte känna sig så ensam [46].

Vad gäller gruppbehandling för PPD är det framför allt KBT som har utvärderats. I en metaanalys från år 2015 som utvärderade KBT för PPD fann författaren inga signifikanta skillnader i behandlingseffekter mellan studier som utvärderat gruppbehandling eller individuell behandling [48]. Även gruppbehandling för PPD enligt IPT har utvärderats i enstaka studier, och visat lovande resultat, med effekter jämförbara med individuell behandling [49].

Studier som utvärderat digitalt förmedlad psykologisk behandling för PPD har framför allt utvärderat KBT. Dessa KBT-studier har överlag visat på behandlingseffekter som är jämförbara med behandling som sker vid fysiska möten, men med viss variation mellan studier [47]. Åtminstone en studie av psykologisk behandling för PPD enligt IPT i digitalt format finns, vilken visade effekter jämförbara med individuell behandling [47].

Föräldra-spädbarninterventioner är som regel dyadiska, med förälder och barn tillsammans, (eller triadiska om båda föräldrarna är med) och genomförs vid fysiska besök i hemmet eller på mottagning.

3. Metod

I det här kapitlet beskriver vi frågor, urvalskriterier och metodik för rapporten. Utförligare information om metodiken finns i SBU:s metodbok [1]. Syftet med en systematisk översikt är att få en kartläggning av kunskapsläget utifrån den forskning som är genomförd på området. Samtliga vetenskapliga studier som är aktuella för rapportens frågeställningar identifieras och granskas med avseende på relevans, risk för systematiska fel (bias) och metodologiska brister. Resultaten från studier som har en acceptabel risk för systematiska fel sammanvägs. Slutligen bedöms hur tillförlitliga de sammanvägda resultaten och fynden är. Vi har arbetat utifrån riktlinjerna i PRISMA [2] och ENTREQ [3]. Vi registrerade vår plan i PROSPERO och INAHTA tidigt i projektet.

3.1 Frågeställningar

Rapportens frågeställningar var:

- Hur effektiva är psykologiska och psykosociala interventioner avsedda att behandla postpartumdepression?
- Vilka negativa konsekvenser och komplikationer kan behandlingarna orsaka?
- Vilka erfarenheter och upplevelser har kvinnor som efter förlossning får behandling för depression och hur har den erhållna vården, informationen och bemötandet i vårdsammanhanget påverkat dessa erfarenheter och upplevelser?
- Vilken är kostnadseffektiviteten hos de undersökta behandlingarna?

3.2 Urvalskriterier

3.2.1 PICO (interventionsstudier)

För att en studie skulle inkluderas krävdes att den uppfyllde följande kriterier för population, intervention kontroll eller jämförelsealternativ, utfallsmått och design.

Population: Kvinnor (18 år eller äldre) som har depression under postpartumperioden (12 månader). Depressionen ska vara bedömd med validerad klinisk diagnostisk intervju, eller utifrån att kvinnans skattning på ett validerat instrument ligger över gränsvärdet för sannolik depression.

Avgränsning: Exklusion av samsjuklighet med psykossjukdomar, bipolär sjukdom eller med missbruksproblem. Studier som inkluderar dessa populationer tas endast med om resultat för den sökta populationen särredovisas.

Intervention: Psykologiska behandlingar i syfte att behandla depression efter förlossning och stödjande samtal inom hälso- och sjukvården.

Avgränsning: Stödjande samtal *utan* professionell ledning tas inte med**.**

De interventioner som inkluderas i översikten ska vara relevanta för svensk hälso- och sjukvård, antingen genom att de redan är införda eller bedöms kunna införas i vården inom överskådlig framtid.

Kontrollgrupp: Kontrollgrupp eller jämförelsegrupp ska ha fått ingen behandling, väntelista, sedvanlig eller annan edukativ (utbildande) eller stödjande insats eller psykologisk behandling (inte läkemedelsbehandling).

Om kontrollbetingelsen utgörs av en annan aktiv behandling ska denna vara relevant för svensk hälso- och sjukvård, antingen genom att den redan är införd i vården eller bedöms kunna införas inom överskådlig framtid.

Utfallsmått: Det primära utfallsmåttet är grad av depressionssymtom, antingen självskattad eller kliniskt bedömd. Även hur stor andel som har tillfrisknat, förbättrats eller återinsjuknat. Primära utfall ska vara mätta med validerade metoder.

Sekundära utfallsmått inkluderas i rapporten i mån av tid och resurser. Dessa utfall är hälsorelaterad livskvalitet (mätt med EQ-5D, SF-6D), och mödrarnas lyhördhet mätt med validerat mått.

Negativa effekter av behandling och biverkningar återges utifrån de beskrivningar som rapporteras i de kontrollerade studier som inkluderas i översiktens analyser.

Studiedesign: Prospektiva kontrollerade kliniska studier med eller utan randomisering. Dessa kan också ha klassificerats som kliniska prövningar, interventionsstudier, RCT- eller experimentella studier.

3.2.2 SPICE (studier med kvalitativ metodik)

För att en studie skulle inkluderas krävdes att den uppfyllde följande kriterier för setting, perspektiv eller population, intervention eller intresse, jämförelsealternativ, utvärdering och studiedesign.

Setting: Öppenvård i Sverige och i länder som bedöms vara jämförbara med svenska förhållanden.

Perspektiv eller population: Kvinnor som har behandlats för depression post partum (behandling påbörjad inom 12 månader).

Intervention eller intresse: De olika psykologiska behandlingar och stödjande samtal inom hälso- och sjukvården som har givits kvinnor med postpartumdepression.

Jämförelse: Kan vara relevant om studier inkluderar patienter som fått olika behandlingar och delat med sig av erfarenheter av båda.

Utvärdering: Upplevelser och erfarenheter av behandlingen.

Studiedesign: Studier med kvalitativ (eller *mixed methods*) ansats som syftar till att ge förståelse för hur depressionsbehandling upplevs. Här accepteras olika kvalitativa metoder såsom fenomenologiska, narrativa och *grounded theory*-ansatser.

3.2.3 Övriga avgränsningar (gemensamma för PICO och SPICE)

Uppföljningstid och bortfall: Inga begränsningar i behandlingstid.

Studiestorlek: Inga begränsningar i antal deltagare i inkluderade studier.

Publikationstyp: Endast fulltextartiklar i sakkunniggranskade tidskrifter. Avhandlingar, bokkapitel och konferensbidrag exkluderas.

Språk: Engelska och skandinaviska språk.

Publiceringsår: Studier publicerade år 1995 och senare.

3.3 Process för urval av studier

3.3.1 Litteratursökning

Strukturerade och uttömmande litteratursökningar genomfördes till projektets frågeställningar om icke-farmakologisk behandling av postpartumdepression, patienters upplevelse av behandling av postpartumdepression och hälsoekonomiska studier av icke-farmakologisk behandling av postpartumdepression.

En informationsspecialist utformade och genomförde litteratursökningarna i samråd med projektets sakkunniga, projektledare och hälsoekonom. Sökstrategin granskades av ytterligare en informationsspecialist på SBU. De sakkunniga kontrollerade och kompletterade sökord och projektgruppen beslutade om sökstrategin. Sökstrategin redovisas i sin helhet i Bilaga 1.

Litteratursökningarna gjordes i november till och med december 2021, för att sedan uppdateras i juni 2022. Sökning efter hälsoekonomiska studier gjordes i februari 2022 och uppdaterades i augusti 2022. Sökningarna utfördes i följande databaser: CINAHL (EBSCO), Cochrane Library (Wiley), EMBASE (Embase.com), Medline (Ovid), PsycINFO (EBSCO), och Scopus (Elsevier).

Sökningen avgränsades med sökstrategier innehållande termer för prospektiva, kontrollerade studier med eller utan kontrollgrupp, samt studier med kvalitativa metoder. I sökningarna av ekonomiska analyser användes validerade sökfilter till de databaser där sådana finns. Till övriga databaser användes sökstrategier bestående av termer för ekonomiska analyser. Samtliga sökningar avgränsades till språken engelska, svenska, norska och danska.

Som kompletterande metod för att identifiera studier gjordes citeringssökning i Scopus.

3.3.2 Bedömning av relevans

Tre projektledare vid SBU:s kansli granskade oberoende av varandra de artikelsammanfattningar som identifierades i litteratursökningarna för studier med kvantitativ och kvalitativ metodik. Granskning genomfördes med hjälp av verktyget Covidence [50]. De artikelsammanfattningar som uppfyllde urvalskriterierna beställdes i fulltext. Studiernas fulltexter granskades av två sakkunniga som oberoende av varandra bedömde om studierna uppfyllde de uppsatta urvalskriterierna. Eventuella oenigheter löstes genom diskussion med en projektledare till konsensus. Studier som inte uppfyllde kriterierna sorterades bort och

orsaker till exklusion noterades (Bilaga 2). Denna procedur var identisk för de kvantitativa respektive de kvalitativa studierna.

3.3.3 Bedömning av risk för systematisk snedvridning och metodproblem

Samtliga studier som uppfyllde uppställda inklusionskriterier och bedömdes som relevanta granskades utifrån granskningsmallar framtagna för respektive studiedesign. De använda granskningsmallarna finns i Bilaga 7.

3.3.3.1 Studier med kvantitativ metodik

För bedömning av behandlingseffektstudiernas risk för systematisk snedvridning användes mallarna RoB2 för RCT-studier [51] och ROBINS-I för icke-randomiserade studier [52]. Risken bedömdes, för varje relevant utfallsmått, som låg, måttlig eller hög. En sakkunnig och en projektledare granskade studierna oberoende av varandra innan en konsensusbedömning gjordes.

Från de studier som bedömdes ha låg eller måttlig risk för snedvridning extraherades data, och studierna sammanställdes i tabeller (Bilaga 3). Studier med hög risk för snedvridning exkluderades från den fortsatta sammanställningen och återfinns i tabellform (Bilaga 2).

3.3.3.2 Studier med kvalitativ metodik

För bedömning av studier om upplevelser och erfarenheter av att ha blivit behandlad för postpartumdepression användes SBU:s mall, Bedömning av studier med kvalitativ metodik [53]. Studierna granskades av en sakkunnig och en projektledare, följt av ett konsensusbeslut om graden av metodbrister. Den övergripande risken för att metodproblem påverkat fynden bedömdes som låg, måttlig eller hög.

Från de studier som bedömdes ha låg eller måttlig risk för snedvridning extraherades data och studierna sammanställdes i tabeller (Bilaga 5). Studier med hög risk för metodproblem exkluderades från den fortsatta sammanställningen och återfinns i tabellform (Bilaga 2).

3.4 Syntes

3.4.1 Studier med kvantitativ metodik

I de fall rapporterade studiepopulationer, interventioner och utfallsmått bedömdes vara tillräckligt lika vägdes data från primärstudier samman i metaanalyser. Slumpeffektsmodellen

(engelska: *random effects model*) användes i samtliga metaanalyser eftersom det fanns en heterogenitet i studierna, till exempel i populationerna och interventionerna. Endast studier med låg eller måttlig risk för bias låg till grund för de sammanvägda resultaten. Data från randomiserade respektive icke-randomiserade studier hölls åtskilda i separata analyser. Minst tre studier krävdes för att göra formell metaanalys, annars utfördes syntes utan metaanalys. Enskilda studier rapporteras i tabellform och inkluderas inte i synteser. Samtliga metaanalyser gjordes med hjälp av programmet CMA [54] men skogsdiagrammen är gjorda i programmet Review Manager 5.3 [55] för tydlighetens skull.

För dikotoma utfallsmått (mått som kan anta två värden) beräknades riskskillnad (engelska: *risk difference*, *RD*). För kontinuerliga utfallsmått beräknades medelvärdesskillnaden (engelska: *mean difference*, *MD*) om samma mätinstrument användes i olika studier. I de fall studierna använt olika mätinstrument för samma utfallsmått beräknades en standardiserad medelvärdesskillnad (engelska: *standardized mean difference*, *SMD*) som anger effektstorleken uttryckt i antal standardavvikelser. Vanligtvis uppfattas en SMD (uttryckt som Cohens d) på 0,2–0,5 som en liten effekt, 0,5–0,8 som en måttlig effekt och större än 0,8 som en stor effekt [56].

3.4.1.1 Klinisk relevans

Effektstorlekar uttryckta i SMD är inte alltid lätta att tolka intuitivt. För att förenkla tolkning av resultaten har vi också omvandlat SMD till *Number Needed to Treat* (NNT). NNT ger ett mått på antal personer som statistiskt sett behöver behandlas för att observera ett gynnsamt utfall i behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Vi har gjort följande antagande när vi räknade NNT:

- Normalfördelning i både intervention och kontrollgruppen.
- Responsen, eller spontan förbättring, hos kontrollgruppen är 23 procent [57].

Vi omvandlade SMD till NNT med hjälp av en webbaserad kalkylator [58], eftersom data för att beräkna NNT, baserat på antalet kliniskt förbättrade individer, saknades i de flesta inkluderade studierna. För att konvertera SMD till NNT krävs ett antagande om hur många i kontrollgruppen som förbättras spontant mellan för- och eftermätning. Konvertering från SMD till NNT kan underlätta tolkningen av behandlingseffekten, och har i studier visats ge pålitliga uppskattningar av NNT [59].

Exempel: En SMD på 0,56 och spontan förbättring på 23 procent hos kontrollgruppen motsvarar ett NNT på 5,02. Det innebär att för att få ett mer gynnsamt resultat i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen, behöver i genomsnitt fem personer behandlas. Det betyder att om det finns 100 personer i varje grupp (kontrollgrupp och behandlingsgrupp), innebär det att 20 fler personer än de 23 personer som vi antar har en spontan förbättring har ett gynnsamt behandlingsresultat (20 personer = 100 (antal personer i gruppen)/ 5,02 (NNT).

3.4.2 Studier med kvalitativ metodik

Metasyntesen genomfördes som en induktiv tematisk syntes enligt metoden föreslagen av Thomas och Harden [60]. Metasyntesen följer tre steg: extraktion och kodning av all relevant resultatinformation i respektive inkluderad studie (nivå 1); organisation av koderna tvärs över samtliga studier till deskriptiva teman (nivå 2) och utveckling av analytiska teman (nivå 3). Hela textavsnitt där författarna beskrev sina resultat ses som relevant information. Koder och deskriptiva teman är textnära medan analytiska teman eftersträvas att vara tolkande abstraktioner av deskriptiva teman [60].

I denna översikt lästes de inkluderade studierna ingående för att ge en förståelse av helheten. Två sakkunniga och en projektledare diskuterade först sin respektive förförståelse av området. Därefter extraherade sakkunniga och projektledaren de meningsbärande enheter ur de inkluderade artiklarna och översatte dessa till nivå 1-teman oberoende av varandra. Arbetet innefattade kodning av nivå 1-teman, gruppering av dessa till nivå 2-teman som beskrevs utifrån innehåll. Grupperingen av koder till nivå 2-teman gjordes först individuellt, och sedan i ett konsensusförfarande tills samtliga var överens. Nivå 2-teman formulerades tillsammans, liksom grupperingen av nivå 2-teman vilken utmynnade i två övergripande teman på nivå 3. Teman i nivå 3 var textnära, det vill säga var manifest hållna, och formulerades kortfattat. Under hela processen reflekterades över det framväxande resultatet i relation till resultaten i de inkluderade studierna för att säkerställa att fynden skulle vara grundade i data samt vara interrelaterade med varandra (dvs. hänger samman) för att forma en systematisk helhet. Citat för att illustrera olika delar av fynden valdes ut.

Data hanterades i Excel och Word. I Bilaga 4 återfinns de extraherade meningsbärande enheterna, översättningar av dessa till svenska (nivå 1), och koder.

3.5 Bedömning av de sammanvägda resultatens tillförlitlighet

3.5.1 Tillförlitlighet hos kvantitativa resultat enligt GRADE

Det sista steget i arbetet med en översikt är att bedöma hur tillförlitligt det samlade vetenskapliga underlaget är. Vid denna bedömning använder SBU ett system som baseras på det internationellt utarbetade systemet GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) för att klassificera tillförlitligheten [61]. En GRADE-bedömning görs per utfallsmått. Innebörden av de olika domäner som bedöms och de olika nivåerna av tillförlitlighet framgår av Faktaruta 3.1 och en utförligare beskrivning finns i SBU:s metodbok [1]. I denna rapport var det behandlingseffekternas storlek som var föremål för tillförlitlighetsbedömning enligt GRADE.

Faktaruta 3.1 *Tillförlitlighet enligt GRADE.*

En systematisk översikt väger samman resultat från olika studier till exempel i en metaanalys. Sammanvägningen görs separat för varje utfall som utvärderas. Det sista steget i arbetet med den systematiska översikten är att bedöma hur tillförlitliga de sammanvägda resultaten är. SBU använder det internationellt utarbetade GRADE-systemet (http://www.gradeworkinggroup.org) som ett stöd i bedömningarna. En viktig aspekt av GRADE är att alla bedömningar ska motiveras så att det är möjligt för läsaren att granska dem och göra sin egen värdering av tillförlitligheten.

Bedömningen av det sammanvägda resultatet med GRADE görs utifrån fem olika aspekter:

- sammanvägd risk för bias (snedvridning) för resultaten från de inkluderade studierna
- hur mycket resultaten i studierna motsäger varandra (bristande samstämmighet; engelska: *inconsistency*)
- i vilken utsträckning som förhållandena i de inkluderade studierna skiljer sig från översiktens inklusionskriterier (bristande överförbarhet; engelska: *indirectness*),
- hur stor den statistiska osäkerheten är i det sammanvägda resultatet (bristande precision; engelska: *imprecision*) samt
- hur stor risken är för snedvriden publicering av studier och resultat (engelska: *publication bias*).

När det vetenskapliga underlaget består av studier som inte är randomiserade tas även hänsyn till storleken på resultatet, eventuellt samband mellan dos och respons samt om tänkbara snedvridande faktorer (engelska: *confounders)* kan förväntas missgynna en intervention.

För en mer detaljerad beskrivning av GRADE hänvisas till Metodboken, www.sbu.se/metodbok.

Tillförlitligheten klassificeras i fyra nivåer:
(⊕⊕⊕⊕) Det sammanvägda resultatet har hög tillförlitlighet

(⊕⊕⊕O) Det sammanvägda resultatet har måttlig tillförlitlighet

(⊕⊕OO) Det sammanvägda resultatet har låg tillförlitlighet

(⊕OOO) Det sammanvägda resultatet har mycket låg tillförlitlighet (Det innebär att det inte går att bedöma om resultatet stämmer)

När det saknas studier som uppfyller inklusionskriterierna anges ”studier saknas”, utan klassificering.

En måttlig tillförlitlighet kan tolkas som att det är troligt att resultatet stämmer medan en låg tillförlitlighet kan tolkas som att det är möjligt att resultatet stämmer. I båda fallen är resultaten osäkra och tolkningen är att det i de flesta fall behövs mera forskning.

3.5.2 Tillförlitlighet av kvalitativa fynd enligt GRADE-CERQual

Tillförlitligheten för fynd från kvalitativa synteser bedöms med stöd av GRADE-CERQual [62]. Syftet är att på ett transparent sätt bedöma och beskriva hur stor tilltro som beslutsfattare och andra kan ha till fynden. CERQual består av fyra domäner: metodologiska brister, relevans, koherens och om det finns tillräckligt med data. På samma sätt som med GRADE utgår man från att fyndet är tillförlitligt och gör avdrag för brister som kan påverka tillförlitligheten. Denna klassificeras i fyra nivåer, se Faktaruta 3.2. Två sakkunniga och en projektledare utförde tillförlitlighetsbedömningarna i detta projekt. Två av dessa arbetade först individuellt, och kom därefter tillsammans fram till ett förslag på bedömning av tillförlitlighet för respektive nivå 2-fynd. Den tredje (en sakkunnig) granskade förslaget och bidrog med ytterligare perspektiv, varefter samstämmighet nåddes.

Faktaruta 3.2 *Tillförlitlighet enligt GRADE-CERQual.*

En systematisk översikt av studier med kvalitativ ansats syntetiserar fynd från olika studier i en metasyntes. Det sista steget i arbetet är att bedöma hur tillförlitliga de syntetiserade fynden är. SBU använder det internationellt utarbetade systemet GRADE-CERQual (https://www.cerqual.org/) som ett stöd i bedömningarna. En viktig del av GRADE-CERQual är att alla bedömningar ska motiveras så att det är möjligt för läsaren att granska dem och göra sin egen värdering av tillförlitligheten.

Bedömningen med GRADE-CERQual tar hänsyn till fyra olika aspekter:

- risken för att det syntetiserade fyndet påverkats av metodproblem i de underliggande studierna (engelska: *Methodological limitations)*
- hur klart och övertygande fyndet avspeglar komplexitet och variation i underliggande data (engelska: *Coherence*)
- i vilken utsträckning som förhållandena i de inkluderade studierna skiljer sig från inklusionskriterierna (bristande relevans; engelska: *Relevance*),
- risk för att fyndet påverkats av mängden och kvaliteten på data (otillräckliga data; engelska: *Adequacy of data*)

För en mer detaljerad beskrivning av hur SBU arbetar med GRADE-CERQual hänvisas till Metodboken [1].

Tillförlitligheten klassificeras i fyra nivåer:
(⊕⊕⊕⊕) Det syntetiserade fyndet har hög tillförlitlighet
(⊕⊕⊕O) Det syntetiserade fyndet har måttlig tillförlitlighet
(⊕⊕OO) Det syntetiserade fyndet har låg tillförlitlighet
(⊕OOO) Det syntetiserade fyndet har mycket låg tillförlitlighet (Det innebär att det inte går att bedöma om fyndet avspeglar fenomenet ifråga)

En måttlig tillförlitlighet kan tolkas som att det är troligt att fyndet representerar fenomenet medan en låg tillförlitlighet kan tolkas som att det är möjligt att fyndet representerar fenomenet. I båda fallen finns en osäkerhet och tolkningen är att det behövs mera forskning.

3.6 Metod för undersökningar av hälsoekonomiska aspekter

3.6.1 Litteraturöversikt

Urvalskriterierna för de hälsoekonomiska studierna var desamma som för de kvantitativa studierna gällande population, intervention och jämförelsealternativ. Hälsoekonomiska

utfallsmått inkluderade kostnader, resursförbrukning och kostnadseffektivitet. Relevanta studietyper var kostnadsanalyser, jämförande kostnadsstudier och ekonomiska utvärderingar (modellstudier eller empiriska studier). Gallring på titel och artikelsammanfattning genomfördes av en hälsoekonom och en projektledare, oberoende av varandra.

För de artiklar som bedömdes potentiellt relevanta genomförde två hälsoekonomer en oberoende kvalitetsgranskning av metodik och överförbarhet till svenska förhållanden där SBU:s mallar för hälsoekonomiska studier användes. Bedömningen sammanfattas som låg, medelhög eller hög kvalitet på den ekonomiska analysen, samt som låg, medelhög eller hög överförbarhet till svenska förhållanden. Artiklar som bedömdes ha låg kvalitet eller överförbarhet uteslöts från redovisningen i det hälsoekonomiska kapitlet.

Alla kostnadsuppgifter från litteraturen är omräknade till svenska kronor år 2022 med hjälp av den metod som rekommenderas av The Cochrane and Campbell Economic Methods Group, det vill säga med PPPs (köpkraftsjusterade valutakurser) via CCEMG - EPPI-Centre Cost Converter v.1.6 (https://eppi.ioe.ac.uk/costconversion/default.aspx).

3.6.2 Andra ekonomiska analyser

Vi tog fram kostnader för behandlingar för vilka det identifierades tillräckligt med underlag i den systematiska översikten av effekter för att de sammanvägda resultaten skulle ha minst låg tillförlitlighet. Kostnaderna beräknades med hjälp av uppgifter från regionala prislistor och uppskattningar om tidsåtgång för behandlaren. De regionala prislistorna är framtagna för att kunna debitera patienter från andra regioner och kostnaderna ska spegla faktisk resursåtgång inklusive overheadkostnader såsom kostnader för lokaler och material. Utifrån resultaten av effektöversikten samt de ingående effektstudierna tog vi fram kostnader för besök hos psykolog och sjuksköterska; detta beskrivs i ytterligare detalj i Avsnitt 7.4.

För psykologbesök användes prislistorna för Sydöstra sjukvårdsregionen och Region Dalarna. Vi genomsökte även prislistorna för övriga regioner, men kostnadsuppgifter för ett psykologbesök i primärvården eller annan relevant instans saknades i dessa. Den genomsnittliga kostnaden för ett psykologbesök var 2 371 kronor, se Tabell 3.1.

Tabell 3.1 *Enhetskostnader för psykologbesök.*

Besök	Kostnad (SEK)	Källa

Primärvårdsbesök: Psykologbesök/ samtalsbehandling	2 385	Priser och ersättningar 2022, Sydöstra sjukvårdsregionen
Psykoterapi individuellt, öppenvårdsbesök inom vuxenpsykiatrin	2 356	Prislista 2022, Region Dalarna
Medelvärde	**2 371**	

SEK = svenska kronor

För besök hos sjuksköterska eller distriktssköterska användes prislistorna för Sjukvårdsregion Mellansverige, Södra Sjukvårdsregionen, Region Gotland och Region Stockholm. Vi genomsökte även prislistorna för övriga regioner, men kostnadsuppgifter för ett sjuksköterskebesök i primärvården eller annan relevant instans saknades i dessa. Den genomsnittliga kostnaden för ett besök hos sjuksköterska var 868 kronor, se Tabell 3.2.

Tabell 3.2 *Enhetskostnader för sjuksköterskebesök.*

Besök	Kostnad (SEK)	Källa
Primärvård: Sjukvårdande behandling	726	Gemensam prislista för primärvård samt digitala vårdtjänster i primärvård 2022, Sjukvårdsregion Mellansverige
Primärvård/allmänmedicin, inkl. BVC/MVC	727	Regionala priser och ersättningar 2022, Södra Sjukvårdsregionen
Öppenvårdsbesök hos övrig hälso- och sjukvårdspersonal (inte läkare)	1 197	Prislista övrig öppenvård 2022, Region Gotland
Öppenvårdsbesök hos övrig hälso- och sjukvårdspersonal (inte läkare)	822	Prislista övrig öppenvård 2022, Region Stockholm
Medelvärde	**868**	

BVC = barnavårdscentral; **MVC** = mödravårdscentral; **SEK** = svenska kronor.

För psykologledda behandlingar baserades tidsåtgången för olika behandlingsformat på skattningar från projektets sakkunniga samt SBU:s rapport om Internetförmedlad psykologisk behandling [63]. Ett individuellt psykologbesök antogs vara i 45 minuter. Minutkostnaden för ett psykologbesök som vi utgick ifrån i kostnadsberäkningarna blev därmed 53 kronor (=2 371/45 minuter). I denna kostnad ingår även overheadkostnader. Kostnaden för psykologbesök som del av gruppterapi eller internetbaserad behandling beräknades på liknande sätt, utifrån skattningar av behandlartiden per patient och besök som visas i Tabell 3.3. Behandlartiden för gruppterapi skattades till i genomsnitt 35 minuter per patient och besök, och för internetbehandling till 15 minuter. När det gäller olika typer av

psykologledd behandling är internetbaserad behandling i Sverige endast etablerat för kognitiv beteendeterapi (KBT).

Tabell 3.3 *Skattad genomsnittlig behandlartid per patient och psykologbesök i olika format.*

Besök	Minuter per besök och patient	Antagande/källa
Individuell	45 minuter	Antagande, sakkunnig
Grupp	Standard 6–8 deltagare, 2 terapeuter, sessioner à 2h/vecka. Behandlingstid/vecka = 2 x 2 x 60 min 6 deltagare – 240 min/6 = 40 min per individ. 8 deltagare – 240 min/8 = 30 min per individ. Genomsnitt: 35 minuter	Antagande, sakkunnig
Internet*	15 minuter	SBU - Internetförmedlad psykologisk behandling (2021) [63]; sakkunnig

* Endast relevant för KBT (kognitiv beteendeterapi) i svensk kontext.

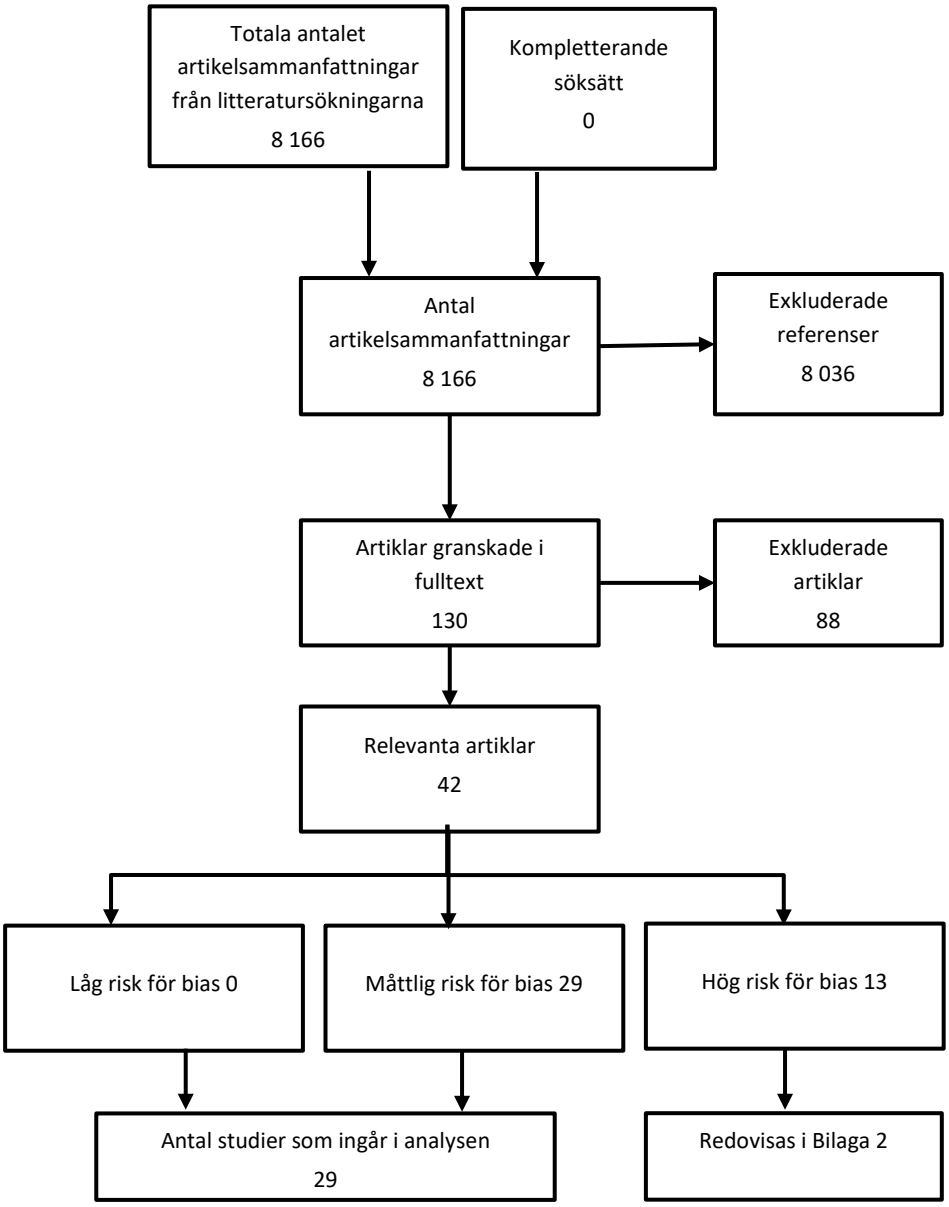
Stödjande samtal hos sjuksköterska förekommer endast individuellt och i ett personligt möte mellan sjuksköterska och kvinna. Längden av samtalen skattades av projektets sakkunniga till omkring 30 minuter. Längden för besök hos sjuksköterska som ligger till grund för prisuppgifterna i Tabell 3.2 kan antas variera i hög grad, uppskattningsvis mellan 15 och 45 minuter. Därmed används den genomsnittliga kostnaden per sjuksköterskebesök på 868 kronor som kostnad för en session med samtalsstöd.

3.7 Metod för att undersöka etiska aspekter

Utgångspunkten för arbetet med de etiska aspekterna var SBU:s etiska vägledning för värdering av metoder i hälso- och sjukvården (Bilaga 8).

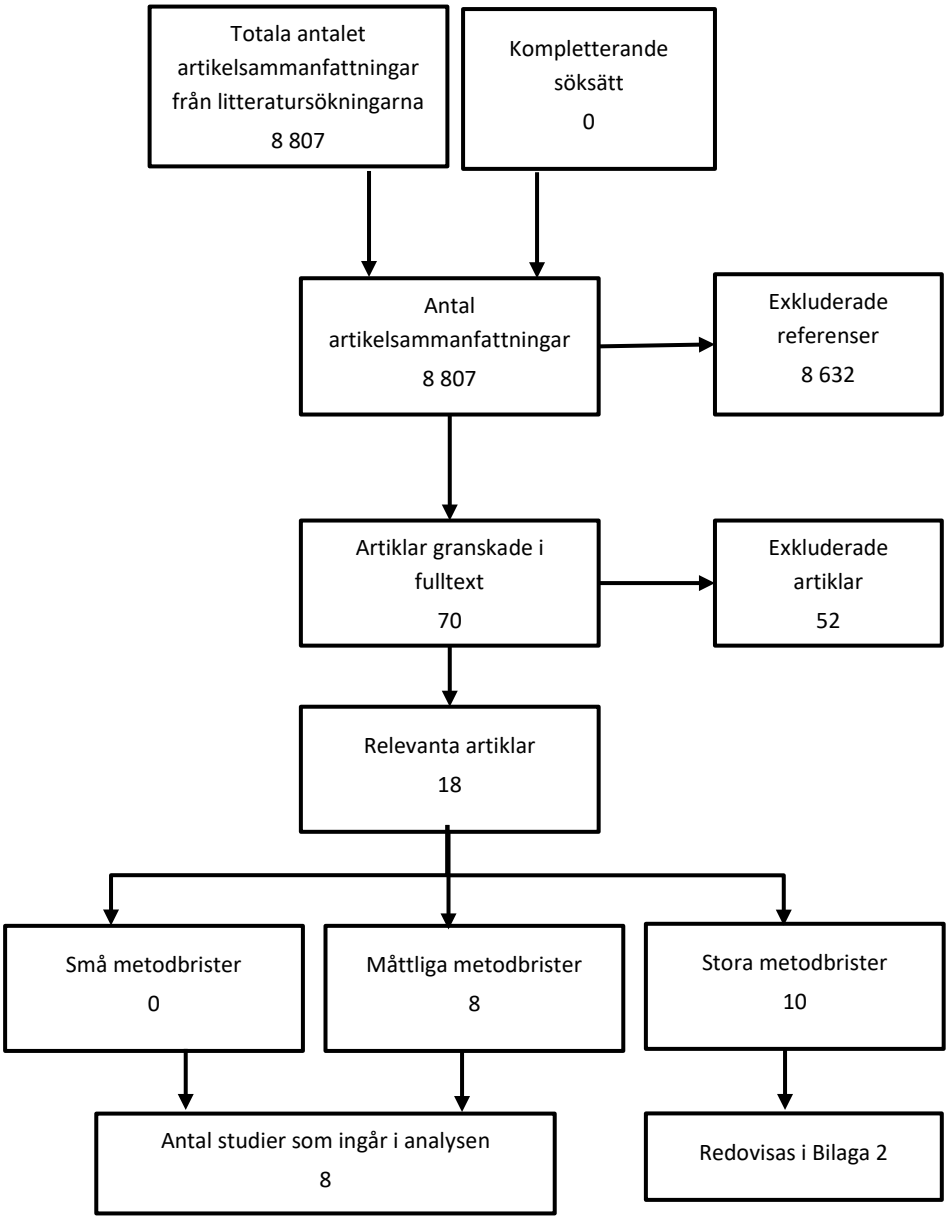
4. Urval av studier

Tre separata litteratursökningar genomfördes (senaste sökning gjordes i augusti 2022). Dessa redovisas i Bilaga 1. Sökningen för behandlingseffekter utifrån PICO genererade 8 166 artikelsammanfattningar (Figur 4.1). Av dessa lästes 130 i fulltext och 42 av dem bedömdes vara relevanta. Exkluderade artiklar finns redovisade i Bilaga 2. Det var 29 artiklar som bedömdes ha måttlig risk för bias och ingick i analysen (Kapitel 5). De artiklar som bedömdes ha hög risk för bias finns redovisade i Bilaga 2.



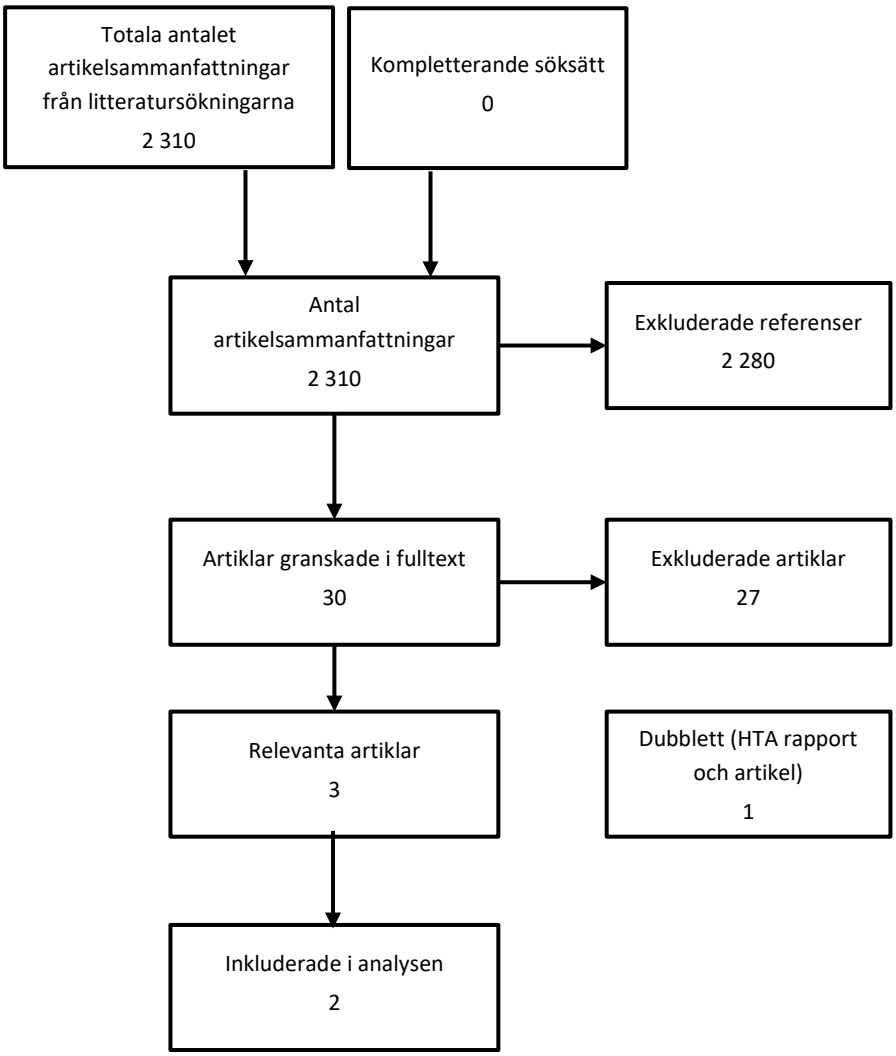
Figur 4.1 *Flödesschema Behandlingsstudier.*

Sökningen för upplevelser och erfarenheter utifrån SPICE genererade 8 807 artikelsammanfattningar (Figur 4.2). Av dessa lästes 70 i fulltext och 18 av dem bedömdes vara relevanta. Exkluderade artiklar finns redovisade i Bilaga 2. Det var åtta artiklar som bedömdes ha måttliga metodbrister och ingick i analysen (Kapitel 6). De artiklar som bedömdes ha stora metodbrister finns redovisade i Bilaga 2.



Figur 4.2 *Flödesschema upplevelser och erfarenheter.*

Sökningen för hälsoekonomiska studier genererade 2 310 artikelsammanfattningar (Figur 4.3). Av dessa lästes 30 i fulltext och tre av dem bedömdes vara relevanta. En artikel var en dubblett och det blev två kvar till analysen (Kapitel 7). Exkluderade artiklar finns redovisade i Bilaga 2.



Figur 4.3 *Flödesschema för hälsoekonomiska studier.*

5. Resultat behandlingseffekter

5.1 Sammanfattning av resultaten

- Kognitiv beteendeterapi (KBT) ger en medelstor minskning av depressionssymtom både direkt efter avslutad behandling och upp till sex månader efter behandling, jämfört med sedvanlig vård (måttlig tillförlitlighet).
- Interpersonell terapi (IPT) ger en stor minskning av depressionssymtom direkt efter avslutad behandling, jämfört med sedvanlig vård (låg tillförlitlighet).
- Stödjande samtal ger en minskning av depressionssymtom upp till sex månader efter avslutad behandling, jämfört med sedvanlig vård (låg tillförlitlighet).

Samtliga resultat med effektstorlekar redovisas i Tabell 5.1 nedan.

Tabell 5.1 *Minskning av depressionssymtom utryckt i SMD och NNT, och tillförlitlighet enligt GRADE per intervention.*

Intervention	Uppföljningstid	Effektstorlek (SMD, 95 % KI)	NNT	Tillförlitlighet
KBT	Efter avslutad behandling	–0,59 (–0,69 till –0,49)	4,7 (4,0–5,8)	⊕⊕⊕○
	3–6 månader	–0,58 (–0,75 till –0,41)	4,8 (3,6–7,1)	⊕⊕⊕○
IPT	Efter avslutad behandling	–0,81 (–1,31 till –0,31)	3,4 (2,1–9,6)	⊕⊕○○
Stödjande samtal	Efter avslutad behandling	–1,37 (–2,31 till –0,43)	2,0 (1,4–6,7)	⊕⊕○○
	1 vecka	–0,89 (–2,07 till 0,30)	*	
	6 månader	–0,27 (–0,50 till –0,04)	11,2 (5,7–81)	
Interventioner för att främja föräldrars lyhördhet och barns utveckling	Efter avslutad behandling	–0,11 (–0,71 till 0,50)	*	⊕○○○
		–0,55 (–1,10 till –0,09)	5,1 (2,4–35)	
Övrig terapiform	Efter avslutad behandling	–1,07 (–2,20 till 0,06)	*	⊕○○○

KI = konfidensintervall; **NNT** = number needed to treat, vilket i sammanhanget är konverterat från medelvärdesskillnaden, och innebär antal personer som statistiskt sett behöver behandlas för att observera ett gynnsamt behandlingsutfall; **SMD** = Standardiserad medelvärdesskillnad, här uttryckt som Cohens d. Negativa värden innebär minskade depressionssymtom.
*NNT beräknades inte för icke-signifikanta resultat.

5.2 KBT

5.2.1 Beskrivning av inkluderade studier

Vi identifierade 15 randomiserade kontrollerade studier med sammanlagt 2 524 deltagare [39, 40, 64-76]. Studierna var utförda i Nordamerika [39, 40, 64, 75, 76], Australien [68-70, 74], Europa [65, 71, 72], Asien [66, 67] och Sydamerika [73] och var publicerade mellan åren 2002 och 2022.

5.2.1.1 Population

Deltagarnas genomsnittliga ålder varierade mellan 22 och 33 år (medel 30 år, median 31,5 år). Enbart fem studier angav barnets genomsnittliga ålder som var 5,2–6,5 månader vid behandlingsstart. De flesta studier använde ett gränsvärde av EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale) som inklusionskriterium. Gränsvärdet varierade mellan 10 [39, 67, 75, 76], 11 [64, 68, 69], 12 [65, 66, 71-74] och 13 [70]. Deltagarnas EPDS-värde vid startmätning varierade mellan 12,1 och 21,1 (medel 16,9). I flera studier (n=8) genomgick deltagarna en diagnostisk intervju för att bekräfta depression.

5.2.1.2 Interventioner

KBT-interventionerna gavs på distans (iKBT eller läsmaterial) eller vid fysiska möten (enskilt eller i grupp). iKBT studerades i sex RCT-studier [39, 68, 69, 71, 72, 75] och interventionernas längd varierade mellan 1 och 12 sessioner (medel 7,2 sessioner). I en studie gavs interventionen på distans, där deltagarna fick en handbok och korta filmer att titta på [40].

KBT vid fysiska möten gavs antingen individuellt [64, 66, 70, 73, 74] eller i grupp [65, 67, 76]. Antalet individuella sessioner varierade mellan 6 och 15 (medel 9,4) och var cirka en timme långa. Gruppterapisessioner var två timmar långa och antalet sessioner varierade mellan 6 och 9 (medel 7,7 sessioner).

5.2.1.3 Jämförelse

Kontrollgruppen fick i de allra flesta fall sedvanlig vård. På ett övergripande plan var den sedvanliga vårdens utformning relativt lik i de inkluderade studierna. Samtidigt var specifika detaljer kring den kontrollbehandling som patienterna har fått (omfattning, specifika behandlingsformer och läkemedelsanvändning) ofta bristfälligt rapporterad.

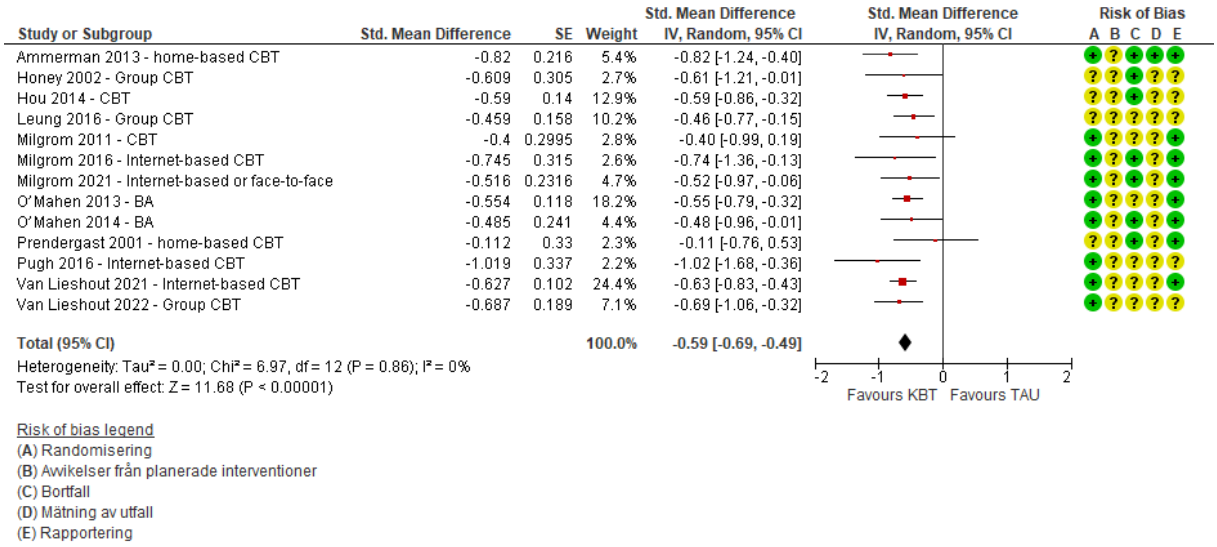
I två studier stod kontrollgruppen på väntelista [39, 75] och i en studie jämfördes KBT med en annan form av psykoterapi [73].

5.2.1.4 Utfall

Depressionssymtom mättes med EPDS eller Beck’s Depression Inventory (BDI).

5.2.2 Sammanvägda resultat och bedömning av tillförlitlighet

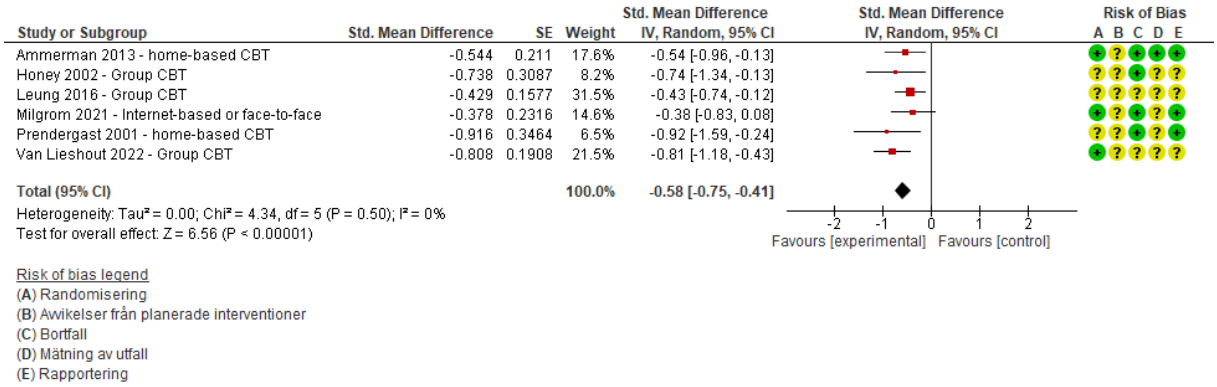
I samtliga studier mättes depressionssymtom med validerade skattningsskalor vid behandlingens början och slut. I några studier genomfördes även uppföljande mätningar efter några månader eller längre tid. Tre av studierna [68-70] använde Becks Depression Inventory (BDI-II) [77] som utfallsmått, medan övriga använde EPDS. En viss heterogenitet fanns både när det gällde utformningen av KBT-programmen och den sedvanliga vård som gavs i de inkluderade studierna. Vi bedömde trots detta att det var meningsfullt att genomföra en metaanalys, för att ge en samlad bild av vilka effekter som kan förväntas i klinisk vardag. Metaanalysen byggde på 13 studier och inkluderade sammanlagt 1 650 patienter. Två studier ingick inte i metaanalysen [40, 73]. I den ena studien jämfördes KBT med en annan aktiv terapi [73] och i den andra studien uttrycks resultat i oddskvot och inte i form av mätningar före och efter behandling [40]. Resultaten av metaanalysen tyder på att direkt efter avslutad behandling ger KBT en medelstor minskning av depressionssymtom jämfört med sedvanlig vård, SMD –0,59 (95 % KI, –0,69 till –0,49) vilket motsvarar NNT 4,7 (4,0 till 5,8) (Figur 5.1).



Figur 5.1 *Standardiserad medelvärdesskillnad (SMD) i depressionssymtom efter avslutad behandling. Totalt ingår 1 650 kvinnor.*

De studier som hade kortare uppföljningar (3–6 månader) visade på en liknande effekt, med en standardiserad medelvärdesskillnad, SMD på –0,58 (–0,75 till –0,41) vilket motsvarar NNT 4,8 (3,6 till 7,1) (Figur 5.2).

Tillförlitlighet till resultaten bedöms sammantaget vara måttlig till följd av risk för bias på grund av att deltagarna och behandlare inte kunnat blindas samt oklarheter kring vilka kontrollbehandlingar som erhållits.



Figur 5.2 *Standardiserad medelvärdesskillnad (SMD) i depressionssymtom efter 3–6 månader.*

5.2.3 Sammanfattning

Tabell 5.2 *Sammanfattning av effekten av KBT jämfört med sedvanlig vård på utfallet depressionssymtom mätt med EPDS eller BDI och resultatens tillförlitlighet.*

Utfallsmått	Antal deltagare Antal studier	Effekt SMD (95 % KI)	Resultatets tillförlitlighet	Avdrag
Minskning av depressionssymtom, efter avslutad behandling	1 650 13 RCT	–0,59 (–0,69 till –0,49)	⊕⊕⊕○	–1 risk för bias*
Minskning av depressionssymtom, efter 3–6 månader	535 6 RCT	–0,58 (–0,75 till –0,41)	⊕⊕⊕○	–1 risk för bias*

KI = konfidensintervall**; RCT** = randomiserad kontrollerad studie; **SMD** = standardiserad medelvärdesskillnad.
*Risk för bias på grund av att studierna är oblindade.

5.3 IPT

5.3.1 Beskrivning av inkluderade studier

Vi identifierade fyra randomiserade kontrollerade studier (5 publikationer) [78-82] och två icke-randomiserade kontrollerade studier [83, 84] med sammanlagt 604 deltagare. Studierna var utförda i USA, Kanada, Australien och Israel och publicerade mellan åren 2000 och 2021.

5.3.1.1 Population

Deltagarnas genomsnittliga ålder varierade mellan 28 och 33 år (medel 31,1 år, median 31,0 år). Enbart en studie redovisade barnets genomsnittliga ålder som var cirka sex månader vid behandlingsstart. Gränsvärdet av EPDS för att kunna delta i studien angavs i fyra studier och i en studie gjordes en screening via telefonen. Gränsvärdet varierade mellan 9 [83], 10 [81, 84] och 12 [78]. Deltagarnas EPDS-värde vid start varierade mellan 12,5 och 18,2 (medel 15,5). I samtliga studier, utom en [84], genomgick deltagarna en diagnostisk intervju för att bekräfta depression.

5.3.1.2 Intervention

Formatet av interventionen varierade mellan studierna. IPT vid fysiska möten studerades i fyra RCT-studier [79-82, 84] varav en skedde i grupp [79, 82]. Interventionen i övriga två studier var telefonbaserad IPT [78, 83]. Antalet sessioner varierade mellan 8 och 12 (medel 9,7) och varje session varade i 50–60 minuter (undantag för gruppsessioner som varade i 120 minuter vardera).

5.3.1.3 Jämförelse

IPT interventionen jämfördes med antingen väntelista [80, 81] eller sedvanlig vård [78, 79, 82-84].

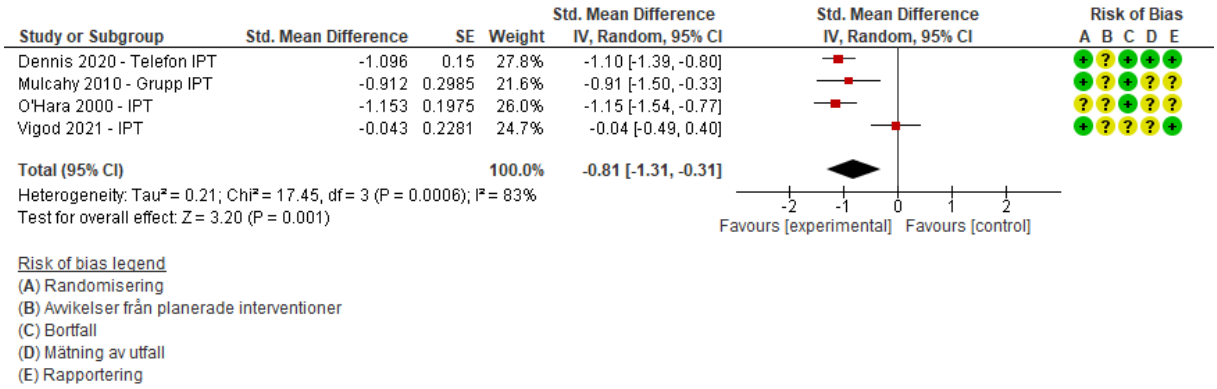
5.3.1.4 Utfall

Depressionssymtom mättes med EPDS eller Hamilton Depression Rating Scale (HRSD).

5.3.2 Sammanvägda resultat och bedömning av tillförlitlighet

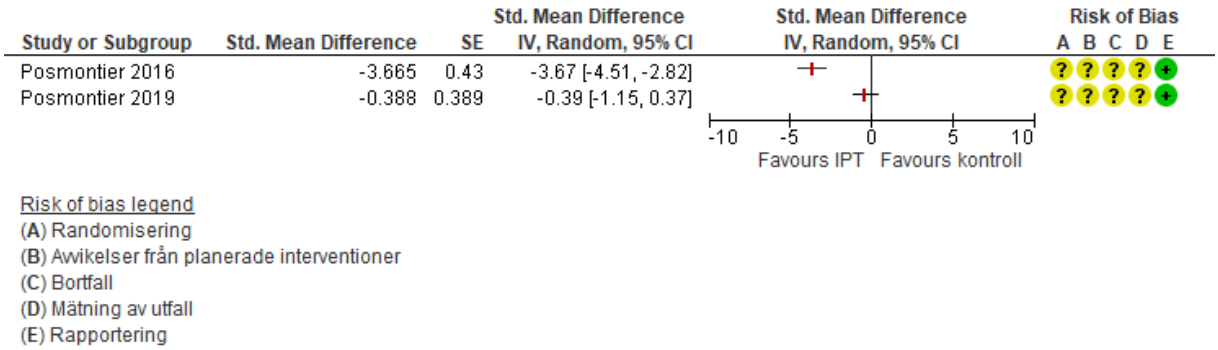
I samtliga RCT-studier mättes depressionssymtom vid behandlingens början och slut med validerade skattningsskalor. En av studierna använde HRSD [83], medan övriga använde EPDS. En viss heterogenitet fanns både när det gällde utformningen av IPT-programmen och den sedvanliga vård som gavs i de inkluderade studierna. Vi bedömde trots detta att det var meningsfullt att genomföra en metaanalys. Metaanalysen byggde på fyra RCT-studier och inkluderade sammanlagt 516 patienter. Den femte publikationen [82] var en tvåårsuppföljning av studien av Mulcahy och medarbetare [79] och ingår därför inte i metaanalysen. Resultaten visar att direkt efter avslutad behandling ger IPT en stor minskning av depressionssymtom jämfört med sedvanlig vård, SMD –0,81 (95 % KI, –1,31 till –0,31) och NNT 3,4 (2,1 till 9,6)

(Figur 5.3). Den genomsnittliga effekten har dock ett brett konfidensintervall som även omfattar liten effektstorlek. Resultatens tillförlitlighet bedöms vara låg till följd av risk för bias och bristande precision.



Figur 5.3 *Standardiserad medelvärdesskillnad (SMD) i depressionssymtom efter avslutad behandling, randomiserade kontrollerade studier.*

Resultaten från de två icke-randomiserade kontrollerade studier stödjer resultaten av metaanalysen (Figur 5.4). En studie visade på en stor effekt [83] medan den andra rapporterade ett icke statistiskt signifikant resultat [84].



Figur 5.4 *Standardiserad medelvärdesskillnad (SMD) i depressionssymtom efter avslutad behandling, icke-randomiserade kontrollerade studier.*

5.3.3 Sammanfattning

Tabell 5.3 *Sammanfattning av effekten av IPT-behandling jämfört med sedvanlig vård mätt med screeninginstrument (EPDS) eller Hamilton Depression Rating Scale (HDRS eller Ham-D).*

Utfallsmått	Antal deltagare Antal studier Referenser	Effekt SMD (95 % KI)	Resultatets tillförlitlighet	Avdrag
Minskning av depressionssymtom efter avslutad behandling	516 4 RCT [78-81]	–0,81 (–1,31 till –0,31)	⊕⊕○○	–1 risk för bias* –1 precision**
	88 2 NRSI [83], [84]	–3,67 (–4,51 till –2,82) –0.39 (–1,15 till 0,37)		

KI = konfidensintervall; **RCT =** randomiserad kontrollerad studie; **SMD** = standardiserad medelvärdesskillnad.
* Risk för bias på grund av att studierna är oblindade.
** Bristande precision, vilket återspeglas av konfidensintervallet.

5.4 Stödjande samtal (counselling)

5.4.1 Beskrivning av inkluderade studier

Vi identifierade tre randomiserade kontrollerade studier och en icke-randomiserad kontrollerad studie med sammanlagt 705 deltagare [85-88]. Studierna är utförda i Sverige, Norge, Japan och Storbritannien och var publicerade mellan åren 1996 och 2009.

5.4.1.1 Population

Deltagarnas genomsnittliga ålder varierade mellan 28 och 34 år (medel 31,3 år). Gränsvärde av EPDS för inklusion i studierna varierade mellan 9 [87], 10 [85] och 12 [86, 88]. Deltagarnas EPDS-värde vid startmätning varierade mellan 9,0 och 19,6 (medel 14,0). I två studier genomgick deltagarna en diagnostisk intervju för att bekräfta depression [87, 88].

5.4.1.2 Intervention

Interventionerna bestod av stödjande samtal som skedde på kliniken eller i patientens hem och gavs av sjuksköterskor [85, 87, 88] eller specialistsjuksköterska (engelska: *health visitors*) [86]. Antalet sessioner varierade mellan 3,4–8,0 (medel 5,4) och varade oftast i en timme.

5.4.1.3 Jämförelse

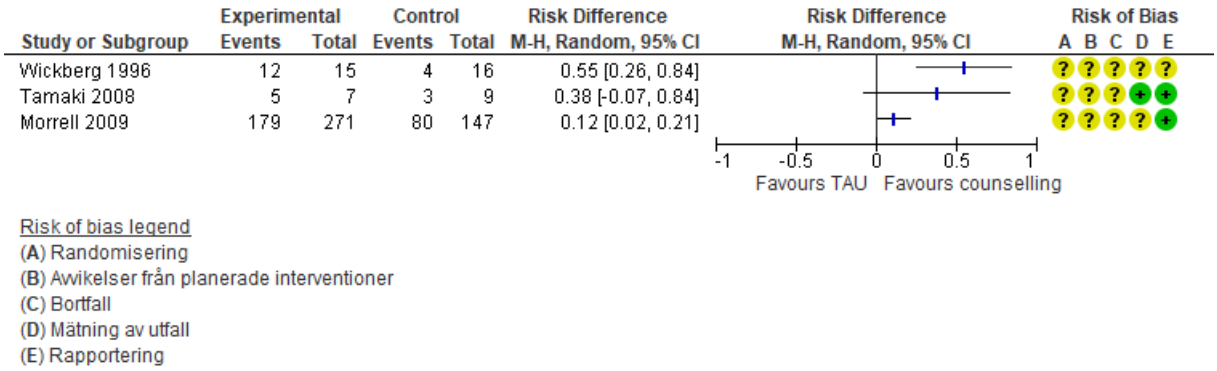
I samtliga studier jämfördes interventionerna med sedvanlig vård.

5.4.1.4 Utfall

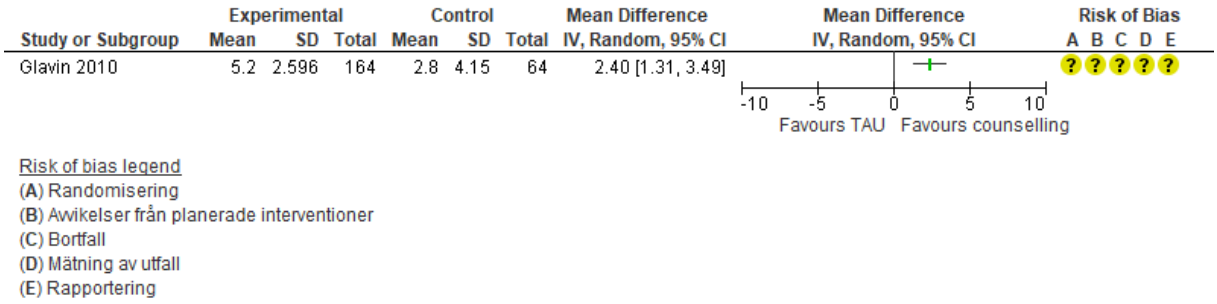
Depressionssymtom mättes med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) och DSM-III-R [88], Structured Clinical Interview for DSM–IV Disorders - Postnatal Depression (SCID-PND) och EPDS [87] och endast EPDS [85, 86].

5.4.2 Sammanvägda resultat och bedömning av tillförlitlighet

Tidpunkterna då utfallet mättes varierade mellan studierna. Av den anledningen har vi valt att inte väga ihop studierna i en metaanalys. Resultaten från tre studier visar på en statistiskt signifikant positiv effekt av stödjande samtal [85, 86, 88] medan den fjärde studien inte visade på någon statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna [87] (Figur 5.5). Tillförlitligheten till en positiv behandlingseffekt bedöms som låg på grund av risk för bias och bristande precision. Resultaten, uttryckta i riskdifferenser, och deras tillförlitlighet sammanfattas i Tabell 5.4.



Figur 5.5a *Riskdifferenser i antal tillfrisknade för RCT-studier om stödjande samtal (event=tillfrisknade).*



Figur 5.5b *Medelvärdesskillnad i EPDS i den icke randomiserade kontrollerade studien.*

5.4.3 Sammanfattning

Tabell 5.4 *Sammanfattning av resultatet för stödjande samtal jämfört med sedvanlig vård.*

Utfallsmått	Antal deltagare Antal studier, Studiedesign Referens	Effekt (95 % KI)	Resultatets tillförlitlighet	Avdrag
Förbättring*	477 2 RCT + 1 kluster-RCT [86-88]	Efter avslutad behandling RD 0,55 (0,26 till 0,84) RD 0,38 (-0,07 till 0,84) Efter 6 månader [86] RD 0,12 (0,02 till 0,21)	⊕⊕○○	–1 risk för bias** –1 precision***
Minskning av depressionssymtom mätt med screeninginstrument (EPDS), efter avslutad behandling	228 1 NRSI [85]	MD –2,40 (–3,41 till –1,39)		

EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale (0–30, högre=sämre); **KI** = konfidensintervall**; MD** = medelvärdesskillnad; **NRSI** = icke-randomiserad kontrollerad studie; **RCT** = randomiserad kontrollerad studie; **RD** = Riskdifferens
* Förbättring definieras som understigande ett cut off-värde på EPDS
** Risk för bias på grund av att studierna har brister i randomiseringsproceduren, är oblindade och har betydande bortfall.
*** Bristande precision – breda konfidensintervall som delvis inte korsar varandra

5.5 Interventioner för att främja föräldrars lyhördhet och barns utveckling

5.5.1 Beskrivning av inkluderade studier

Vi identifierade två studier, en RCT-studie [89] och en icke-randomiserad kontrollerad studie [90].

Den randomiserade kontrollerade studien var utförd i USA och var publicerad år 2015 [89]. Studiepopulationen bestod av 42 förstföderskor och deras sex veckor gamla barn. Kvinnornas genomsnittliga ålder var 30,7 år och EPDS vid behandlingsstart var i genomsnitt 12,3 poäng. De två huvudkomponenterna i interventionen var en stödjande, relationsbaserad, mamma-barn-psykoterapeutisk komponent och en utvecklingsbaserad spädbarnsorienterad komponent designad att förbättra kvinnans lyhördhet och främja positiva interaktioner mellan kvinnan och barnet. Interventionen omfattade åtta sessioner (en timme var) med en sjuksköterska hemma hos mammorna. Interventionen jämfördes med sedvanlig vård.

Även den andra studien utfördes i USA och var publicerad år 1996 [90]. Studiepopulationen bestod av 73 mammor och deras barn. Kvinnornas ålder varierade mellan 18,5 och 45,4 år (medel 30,3 år) och barnens ålder varierade mellan 3 och 13 månader (medel 7,2 månader). Kvinnorna i interventionsgruppen fick hembesök av en sjuksköterska som skulle stödja mammorna att interagera med sitt barn samt att uppmuntra och komma med förslag på ett sätt som skulle stödja mammornas självkänsla och tilltro till egen förmåga. Kontrollgruppen fick sedvanlig vård. Det saknas informations om interventionens längd. Utfallet var depressionssymtom och mättes med EPDS eller BDI.

5.5.2 Resultat och bedömning av tillförlitlighet

Resultatets tillförlitlighet bedömdes som mycket låg på grund av risk för bias, bristande precision och osäker överförbarhet (Tabell 5.5).

5.5.3 Sammanfattning

Tabell 5.5 *Sammanfattning av resultatet för interventioner för att främja föräldrars lyhördhet och barns utveckling jämfört med sedvanlig vård.*

Utfallsmått	Antal deltagare Antal studier Studiedesign	Effekt (95 % KI)	Resultatets tillförlitlighet	Avdrag
Minskning av depressionssymtom mätt med screeninginstrument (EPDS), efter avslutad behandling	42 1 RCT [89]	MD –0,5 (–3,86 till 2,86)	⊕○○○	–1 Risk för bias* –1 Precision** –1 Överförbarhet***
Minskning av depressionssymtom mätt med BDI	73 1 NRSI [90]	MD –5.97 (–13,05 till 1,11)	⊕○○○	–1 Risk för bias**** –1 Precision***** –1 Överförbarhet***

BDI = Becks Depression Inventory (0–63, högre=sämre); **EPDS** = Edinburgh Postnatal Depression Scale (0–30, högre=sämre); **KI** = konfidensintervall; **MD** = medelvärdesskillnad; **NRSI** = icke-randomiserad kontrollerad studie; **RCT** = randomiserad kontrollerad studie
* Risk för bias på grund av att studien är oblindad.
** Ett totalt sett lågt antal observationer.
*** Vi har bedömt att det är osäkert om det går att generalisera resultatet till en bredare population då vi enbart har data från en studie.
**** Risk för bias på grund av bristande kontroll av confounders samt oblindad studie
***** Mycket brett konfidensintervall

5.6 Övriga interventioner

5.6.1 Beskrivning av ingående studie

Vi identifierade en icke-randomiserad kontrollerad studie från USA som var publicerad år 2004 [91]. Studiepopulationen bestod av 16 kvinnor i åldrarna 22 till 30 år (medel 25,9 år). Deltagarnas BDI-värde vid startmätning varierade mellan 13 och 17 (medel 15,1). Interventionen gavs i form av gruppterapi bestående av fyra aspekter: (1) utbildning och information, (2) stressreducerande tekniker, (3) utveckling av stödsystem och (4) kognitiv omstrukturering. De veckovisa sessionerna leddes av en sjuksköterska och varade i en timme under tio veckors tid. Interventionen jämfördes med sedvanlig vård.

5.6.2 Resultat och bedömning av tillförlitlighet

Resultatets tillförlitlighet bedömdes som mycket låg på grund av risk för bias, bristande precision och osäker överförbarhet (Tabell 5.6).

5.6.3 Sammanfattning

Tabell 5.6 *Sammanfattning av resultatet jämfört med sedvanlig vård.*

Utfallsmått	Antal deltagare Antal studier Studiedesign Referens	Effekt (95 % KI)	Resultatets tillförlitlighet	Avdrag
Minskning av depressionssymtom mätt med BDI	16 1 NRSI [91]	MD –1,7 (–3,9 till 0,4)	⊕○○○	–1 Risk för bias* –1 Precision** –1 Överförbarhet***

BDI = Becks Depression Inventory (0–63, högre=sämre)
* Risk för bias på grund av att studien är oblindad, relativt stort bortfall i studien samt selektionsbias
** Få deltagare vilket resulterar i brett konfidensintervall.
*** Vi har bedömt att det är osäkert om det går att generalisera resultatet till en bredare population då vi enbart har data från en studie.

6. Upplevelser och erfarenheter av depressionsbehandling post partum

6.1 Sammanfattning av resultaten

Åtta studier inkluderades i syntesen som utfördes enligt Thomas och Hardens riktlinjer [60] och genererade två huvudteman med totalt sex underteman.

Huvudtema ett, *Kvinnornas förutsättningar och förväntningar*, hade två underteman.

- Viktiga förutsättningar för kvinnorna att få behandling var de egna praktiska möjligheterna och socialt stöd (låg tillförlitlighet).
- Kvinnornas förväntningar, tidigare erfarenheter och syn på postpartumdepression inverkade på deras upplevelse av behandling och dess möjligheter (måttlig tillförlitlighet).

Det andra huvudtemat, *Kvinnornas erfarenheter av behandling*, innehöll fyra underteman.

- Den givna behandlingens format upplevdes av de flesta som positivt, men specifika önskemål framfördes angående individuell anpassning och omfattning (måttlig tillförlitlighet).
- En god relationen till behandlaren, och tankar om dennes kompetens, hade betydelse för kvinnornas upplevelse av behandlingen (måttlig tillförlitlighet).
- Kvinnorna uttryckte skilda åsikter om behandlingarnas innehåll, terapeutiska förhållningssätt och förväntad egen insats (måttlig tillförlitlighet).
- Kvinnorna beskrev positiva resultat av behandlingen såsom högre självtillit och ökad föräldrakompetens, men enstaka kvinnor upplevde inte någon förbättring (måttlig tillförlitlighet).

6.2 Beskrivning av inkluderade studier

Underlaget bestod av åtta sakkunniggranskade publicerade studier med kvalitativa ansatser. Sex var genomförda i Storbritannien [92-97], en i Australien [98] och en i Kanada [99]. Studierna var genomförda i västvärlden, i höginkomstländer och i länder med betydande inslag av invandring.

Totalt deltog 256 kvinnor, varav 121 lämnade utförliga svar i djupintervjuer [92-97], 111 lämnade handskrivna svar på 14 öppna frågor i en pappersenkät [98] och 24 lämnade svar på tio frågor i en online-enkät [99]. I samtliga av de sex intervjubaserade studierna användes semi-strukturerade intervjuguider, och intervjuerna varade mellan 30 minuter och två timmar. I tre av studierna arbetade forskarna med en iterativ datainsamlingsstrategi; de fortsatte att intervjua nya deltagare tills materialet bedömdes vara mättat [93-95].

Kvinnorna i studierna var mellan 18 och 45 år. I sju av åtta fall var studien om kvinnornas upplevelser och erfarenheter kopplade till en större studie som utvärderade terapeutisk effektivitet eller vårdorganisatoriska frågor. Endast Hadfield och medarbetare sökte specifikt i sin forskning fram kvinnor som behandlats för depression post partum för att göra en kvalitativ undersökning [92].

Studierna använde olika interventioner eller behandlingar. Två studier gällde stödjande hembesök inom brittisk primärvård [95, 97]. En australisk studie gällde ett längre hembesöksprogram med inslag av föräldra-barn-interaktion [98]. En brittisk studie undersökte erfarenheter av att ha fått en kulturellt anpassad KBT-behandling i grupp [93]; kvinnorna var urdu-talande från Pakistan, Indien och Bangladesh. Två studier, från Storbritannien respektive Kanada, gällde KBT-behandling över internet [94, 99]. Hadfield och medarbetare [92], inkluderade brittiska kvinnor som fått KBT antingen i grupp eller individuellt, och i studien av Slade och medarbetare [96] jämfördes KBT med personcentrerade hembesök och sedvanlig behandling i brittisk kontext. I samtliga studier gavs behandlingen av för ändamålet utbildade professionella. I samtliga studier genomfördes datainsamlingen efter avslutad behandling.

De flesta studierna redovisade ingen specifik kunskapsfilosofisk eller vetenskapsteoretisk ansats. O'Mahen och medarbetare [94] anger att de gjorde sin tematiska analys utifrån *grounded theory*-principer, och Hadfield och medarbetare [92] utgick från en realistisk, kvalitativ position.

Flertalet studier analyserade datamaterialet med hjälp av *tematisk analys* [93-95, 98, 99], några använde *framework analysis* [92, 97], och i en studie användes en *template approach* [96].

I flera av de inkluderade studierna användes begreppet *health visitors*. Dessa är specialistutbildade sjuksköterskor eller barnmorskor. Dock hänvisade deltagarna i studierna sällan till dessa som *nurses*, utan oftare *health visitors*.

En sammanställning av inkluderade studier och detaljinformation om dem finns i Bilaga 5.

6.3 Resultat av syntes

Resultaten från de inkluderade studierna syntetiserades enligt metoden Tematisk syntes [60], se Kapitel 3. Från resultatavsnitten i de inkluderade studierna extraherades meningsbärande enheter, som översattes och fick koder, se Bilaga 4.

Syntesarbetet resulterade i två huvudteman (nivå 3), med två respektive fyra tillhörande underteman (nivå 2). I detta avsnitt presenteras syntesens fynd. Texter med kursiv stil är illustrerande citat från deltagare i de inkluderade studierna. Vi har valt att inte översätta dessa för att behålla deltagarnas direkta uttryck om sina erfarenheter och upplevelser. I syntesen har vi betraktat de åtta studierna som ett material och inte delat upp utifrån till exempel land eller behandlingsmodell. Detta dels för att materialets omfång (antalet studier) inte skulle räckt till meningsfulla uppdelningar, dels för att vid en genomläsning av materialet blev det tydligt att upplevelserna och erfarenheterna inte skilde sig åt beroende på behandlingsmodell.

Tabell 6.1 *Resultat av tematisk syntes: Huvudteman och underteman.*

Nivå 3: huvudteman	Nivå 2: underteman	Tillförlitlighet enligt CERQual
Kvinnornas förutsättningar och förväntningar	Viktiga förutsättningar för kvinnorna att få behandling var de egna praktiska möjligheterna och socialt stöd.	⊕⊕○○
	Kvinnornas förväntningar, tidigare erfarenheter och syn på postpartumdepression inverkade på deras upplevelse av behandling och dess möjligheter.	⊕⊕⊕○
Kvinnornas erfarenheter av behandling	Den givna behandlingens format upplevdes av de flesta som positivt, men specifika önskemål framfördes angående individuell anpassning och omfattning.	⊕⊕⊕○
	En god relationen till behandlaren, och tankar om dennes kompetens, hade betydelse för kvinnornas upplevelse av behandlingen.	⊕⊕⊕○
	Kvinnorna uttryckte skilda åsikter om behandlingarnas innehåll, terapeutiska förhållningssätt och förväntad egen insats.	⊕⊕⊕○

	Kvinnorna beskrev positiva resultat av behandlingen såsom högre självtillit och ökad föräldrakompetens, men enstaka kvinnor upplevde inte någon förbättring.	⊕⊕⊕○

6.3.1 Kvinnornas förutsättningar och förväntningar

Deltagarna i sju av studierna berörde på olika sätt möjligheten att få behandling, och förväntningar om denna behandling påverkades av både inre och yttre identifierade faktorer [92-97, 99]. Huvudtemat består av två underteman:

- Viktiga förutsättningar för kvinnorna att få behandling var de egna praktiska möjligheterna och socialt stöd.
- Kvinnornas förväntningar, tidigare erfarenheter och syn på postpartumdepression inverkade på deras upplevelse av behandling och dess möjligheter.

6.3.1.1 Viktiga förutsättningar för kvinnorna att få behandling var de egna praktiska möjligheterna och socialt stöd

I fem studier [92-94, 97, 99] beskrev kvinnorna hur viktigt det var att ha praktiska möjligheter och sociala förutsättningar för att överhuvudtaget kunna medverka i behandlingarna. Tillförlitligheten för detta undertema bedömdes enligt CERQual som låg.

Att ha möjlighet att delta i behandling och att denna skedde vid lämplig tid och plats var viktigt för många av deltagarna. I detta sammanhang berättade kvinnorna om praktiska saker som möjlighet att resa till behandlingen [93] och barnpassning [92, 93] som helt avgörande. Det framkom att det var positivt med att internetterapin var tillgänglig utanför vanliga kontorstider trots det fanns det synpunkter om att några kvinnor hade begränsad tid för att ägna sig åt behandlingsprogrammet [99].

> *"Yes, there was the issue of traveling. I cannot drive and my husband was admitted to the hospital. But then they said they would pay me, so I continued..."*
>
> *(Masood [93], grupp-KBT)*

En annan aspekt som framkom var att många deltagare uttryckte brist på stöd från familj och vänner [93, 94, 97]. Behandlingen beskrevs som det enda tillfället där kvinnorna kunde prata om sin depression:

"I didn't have anyone to talk to and no one actually knew about me being diagnosed with postnatal depression, my mum or anyone, no one knew, not even my partner. So it was quite nice just to offload on someone."

(Turner [97], stödjande hembesök)

Andra kvinnor upplevde varierande grad av stöd från sin familj, och menade att stödet var avgörande för behandlingen [93]. Det framkom också röster om att hela situationen upplevdes som så överväldigande att även om en behandlingskontakt var inledd var det risk att behandlingen inte kunde genomföras [93].

"The feeling of isolation and aloneness and no hope is overwhelming"

(O'Mahen [94], online-KBT)

6.3.1.2 Kvinnornas förväntningar, tidigare erfarenheter och syn på postpartumdepression inverkade på deras upplevelse av behandling och dess möjligheter

Kvinnor i sju av studierna bidrog med upplevelser och erfarenheter till detta undertema, som inbegrep hur tidigare vårderfarenheter, förväntningar på och motivation till behandling och tankar om postpartumdepression påverkade upplevelsen [92-97, 99]. Tillförlitligheten för detta undertema bedömdes enligt CERQual som måttlig.

Kvinnorna uttryckte många förväntningar på de föreslagna behandlingarna och att de ville komma ut ur sin depression [93] och hade motivation att delta [92, 99]. Det förekom olika uttryck om förväntningar, främst positiva [92], men även sådana som inte förväntade sig någon egentlig förbättring [94]. En aspekt var att märka att man inte var ensam om depressionen, och att detta i sig bidrog till vilja att bli bättre.

Yes, definitely! I wanted to come out of depression and wanted to meet new people because to me loneliness was the main reason of my depression. And to me, if there are other women who are lonely, they should meet up and join these groups. Because of these you get to know about other people and their situations.

(Masood [93], grupp-KBT)

Kvinnorna beskrev sina negativa förväntningar och brist på tilltro till vårdinsatser. Det kunde handla om upplevelser som rädsla för att inte bli förstådda [96, 97] eller tagna på allvar [94]. Andra pratade om hur de inte kunde leva upp till egna förväntningar om moderskapet. De

upplevde skamkänslor kring sin depression, av att vara en dålig mamma ("*bad mum*"), och att de därför trodde att vårdgivarna skulle se ned på kvinnor med postpartumdepression [95, 97].

"None of us have ever admitted to having post-natal depression...there is still a stigma it's incredible"

(O'Mahen [94], online-KBT)

Hinder för att söka vård påverkades också av tidigare erfarenheter, där både dåliga erfarenheter av viss vårdpersonal [95, 96] och av screeningproceduren [95] nämndes. Det fanns kvinnor som tydligt uttryckte en rädsla att barnet skulle tas ifrån dem om de berättade om sin depression för vårdgivarna.

"I didn't want anyone's help to be honest after I had [my previous child]. I was so frightened that people would think I couldn't cope and take her off me"

(Slade [96], personcentrerat hembesök)

Kvinnor som hade egna uppfattningar om sin depression, vad som orsakade den och hur den borde behandlas [92, 95, 96], uttryckte tankar om behandlingarnas möjligheter.

"I just hoped, even at that point, I was a great believer in talking therapies because I'd had talking therapies before and other types of therapy, so I sort of knew [what] it was roughly about, it would look at how I was"

(Hadfield [92], individ-KBT)

HVs who aren't like your Nanna, they like have counselling training and …they're able to listen to you… All you want is someone to actually listen to what you're saying, even if it is complete crap and it's all coming out wrong. You just want someone to say "it's alright, sit down and I'll listen to what you've got to say". That would do you the world of good and I think it would actually stop people from developing worse symptoms because people just won't talk about it

(Slade [96], personcentrerat hembesök)

En särskild aspekt som lyftes av några kvinnor handlade om sekretess. Skulle deltagare i gruppterapisessionerna [93] eller specialistsjukköterskan [97] bryta sekretessen? Oron för det gjorde att dessa kvinnor valde att inte dela med sig av alla sina tankar och problem.

6.3.2 Kvinnornas erfarenheter av behandling

De åtta inkluderade studierna visade sammantaget att kvinnorna var nöjda med de erhållna behandlingarna, och att faktorer som bidrog till detta var behandlingarnas format, innehåll och hur behandlaren förhöll sig till den deprimerade kvinnan [92-99]. Huvudtemat består av fyra underteman:

- Den givna behandlingens format upplevdes av de flesta som positivt, men specifika önskemål framfördes angående individuell anpassning och omfattning.
- En god relationen till behandlaren, och tankar om dennes kompetens, hade betydelse för kvinnornas upplevelse av behandlingen.
- Kvinnorna uttryckte skilda åsikter om behandlingarnas innehåll, terapeutiska förhållningssätt och förväntad egen insats.
- Kvinnorna beskrev positiva resultat av behandlingen såsom högre självtillit och ökad föräldrakompetens, men enstaka kvinnor upplevde inte någon förbättring.

6.3.2.1 Den givna behandlingens format upplevdes av de flesta som positivt, men specifika önskemål framfördes angående individuell anpassning och omfattning

I sex av de åtta studierna framkom kvinnornas tankar och upplevelser om de olika erbjudna behandlingsformaten, såsom grupp eller individ, internet eller fysiska möten, och erfarenheter av hembesök som behandlingsform [92-94, 96, 97, 99]. Tillförlitligheten för detta undertema bedömdes enligt CERQual som måttlig.

De kvinnor som fick behandling i grupp hade i huvudsak positiva upplevelser. Kvinnorna berättade att man uppskattade att få lyssna på andra kvinnor, och att man kunde ge varandra stöd [92, 93]. Enstaka invändningar mot gruppformatet var att inte passa in i gruppen och att behandling i grupp inte passar för alla [92]. Andra menade att de gärna hade sett fler gruppsessioner och uttryckte önskemål om individuella sessioner som tillägg till gruppsessionerna [93].

> *I think open discussion was good and felt discussions helped in overcoming my anxieties and shyness. To me, these open discussions gave me the confidence to interact and overcome my depression*
>
> *(Masood [93], grupp-KBT)*

Kvinnor som fick hembesök var nöjda med att få stöd i hemmet. Hembesöken erbjöd en kontinuitet och en känsla att bli sedd i sin egen miljö [96-98].

De kvinnor som var nöjda med hembesökarens person och kompetens (Avsnitt 6.3.3.2.) var extra nöjda med att hon avsatte tid och erbjöd trygghet i vardagen [97]. I en studie träffade kvinnorna hembesökare som också gav mer specifik behandling (antingen KBT eller personcentrerade stödjande samtal) och detta uppskattades särskilt [96].

> *Provided me with on-going reassurance and support during an extremely difficult year. The next appointment was always a 'target' date in my diary.*
>
> *(Rossiter [98], stödjande hembesök)*

De kvinnor som fick internetbaserad KBT-behandling uttryckte många tankar om formatet. Bland fördelarna var tillgängligheten och flexibiliteten, att det var praktiskt att kunna arbeta med moduler hemma när tid gavs i vardagslivet [94, 99]. Internetbaserad terapi upplevdes inte som lika granskande som terapi ansikte mot ansikte [99] och det upplevdes som mindre stigmatiserande att få internetterapi [94]. Upplägget i studien av Pugh var att internetbehandlingen åtföljdes av personliga mejl från terapeuten, och detta individanpassade stöd uppskattades särskilt av kvinnorna.

> *When my maternal depression was really bad, there was no way I would have left my house to speak with a therapist — I was so weepy, shaky and terrified. The online program was a perfect program for me. I would have no problem speaking with a therapist now, but in those early weeks, the sort of anonymous nature of this program was a Godsend.*
>
> *(Pugh [99], internet-KBT)*

Oavsett behandlingsformat märktes röster om önskan om fler behandlingstillfällen, om en ökad flexibilitet och personanpassning [93, 94, 97, 99]. Den flexibilitet i upplägget som vissa upplevde som en fördel kunde andra uppfatta som negativt för motivationen [94]. Många önskade sig fler sessioner eller fler hembesök [93, 94, 97], men några hävdade att mängden var precis lagom [99]. I studien av O'Mahen och medarbetare, som undersökte en internetbehandling utan personlig kontakt med terapeut, uttrycktes flera förslag till förbättring: önskemål om behovsbaserat och mer relevant innehåll, önskemål om mer interaktivt upplägg med extra personligt stöd som uppmuntran i behandlingen [94]. I den studien noterades dessutom enstaka avhopp från behandlingen, på grund av avsaknaden av individualiserad behandling och fysiska möten med en terapeut.

A repeated contact with one person, not an anonymous thing

(O'Mahen [94], internet-KBT utan personlig kontakt)

I loved that I could access the program anytime. It fit into my schedule in a way that traditional therapy could not have, as my baby is demanding and my husband works out of town.

(Pugh [99], internet-KBT med personlig kontakt)

Kvinnorna beskrev hur avslutet av behandlingen var en potentiellt ångestframkallande tidpunkt [92, 97]. Om det fanns ett fortsatt stöd av familj, gruppbehandlingsmedlemmar eller profession, behövde inte detta vara ett problem [92], men om inget stöd fanns tillgänglig kunde avslutet uppfattas mycket negativt, som att bli lämnad helt ensam i en svår situation. Detta var kopplat till upplevelsen att den erhållna terapin eller hembesöken inte var tillräckliga i omfattning [97].

Just me thinking about it [the idea of no treatment after the visits] now makes me feel quite panicky... what would have been the point of ripping off the plaster and starting to abrade the wound, only to then just say, oh well.

(Turner [97], stödjande hembesök)

6.3.2.2 En god relationen till behandlaren, och tankar om dennes kompetens, hade betydelse för kvinnornas upplevelse av behandlingen

I samtliga åtta studier berättade kvinnorna om hur de upplevde relationen med sin behandlare och dennes kompetenser [92-99]. Tillförlitligheten för detta undertema bedömdes enligt CERQual som måttlig.

Relationen mellan patient och behandlare beskrevs som viktig oavsett behandlingsmodell, format och teori. Kvinnorna underströk hur viktigt det var med en fungerande relation till sin behandlare [92, 95-98], för att känna förtroende och kunna prata om sin depression. Många framhöll särskilda aspekter, såsom att de känt en bra personkemi med terapeuten [92, 99], att specialistsjuksköterskan ingav förtroende, hade bred kompetens och höga interpersonella förmågor [93, 95, 97, 98].

She [health visitor] was so understanding end easy to talk to and willing to listen, that I actually opened up, otherwise I wouldn't have done

(Shakespeare [95], stödjande hembesök)

The most fantastic non-judgmental home visitor, sensitive to my needs and emotions. At no time condesceding

(Rossiter [98], stödjande hembesök)

Andra kvinnor beskrev hur de både uppskattade terapeuten som person och att de gillade att arbeta med terapeuten [99], och ytterligare andra uppskattade behandlarens interpersonella, kulturella och språkliga kompetenser [93]. De hembesökare som hade kompetens om både nyfödda barns behov och kvinnans nedstämdhet uppskattades särskilt [98]. Att få stöd från *professionella* (till skillnad från familj, vänner) upplevdes som särskilt viktigt [94].

Den andra sidan av myntet är de gånger när en bra relation inte etablerades, eller när kvinnorna inte uppfattade att behandlaren hade rätt kompetens eller personliga egenskaper [95-97]. De skäl kvinnor angav när de avböjde ytterligare stödsamtal var att de inte kände förtroende för hembesökaren [96], eller att de upplevde att hembesökaren inte hade tillräcklig kompetens om psykisk ohälsa [95].

...If I was feeling miserable or whatever, she's the last person in the whole wide world that would be of any help whatsoever, she's the most unsympathetic person and, you know, it has the opposite effect, makes you feel awful, you know

(Shakespeare [95], stödjande hembesök)

Andra menade att hembesökarna brast i flexibilitet [97]. Det märktes också osäkerhet i hembesökarnas fokus: kom de för kvinnans eller barnets skull [96].

6.3.2.3 Kvinnorna uttryckte skilda åsikter om behandlingarnas innehåll, terapeutiska förhållningssätt och förväntad egen insats.

Sju av åtta studier innehöll åsikter om den erhållna behandlingens specifika innehåll, det terapeutiska förhållningsättet och hur detta påverkade den egna insatsen [92, 93, 95-99]. Tillförlitligheten för detta undertema bedömdes enligt CERQual som måttlig.

I studierna om KBT-terapier framkom många erfarenheter om de specifika komponenterna som utgjorde terapin [92, 93, 96, 99].

I found the modules very helpful, and will continue to refer to them in the future.

(Pugh [99], internet-KBT)

Erfarenheter om hemläxor mellan sessionerna varierade mellan att dessa varit stressande men ändå bra [92], till användbara men svåra att hinna med [93].

The homework was useful but my children were young and I couldn't do that much. I tried but could not do that much.

(Masood [93], grupp-KBT)

I think […] lots of homework when you got home just felt like something added to that stress that you didn't need

(Hadfield [92], individ-KBT)

Vissa komponenter uppskattades av många, såsom att utmana sina tankar [92], att arbeta i berättelseform i gruppsessionerna [93] och att få del av psykoedukation om postpartumdepression [96, 99].

We've analysed all the reasons why I've been down and depressed, how to sort of, challenge negative thoughts.

(Slade [96], individ-KBT)

There is some very good information in this program that assisted me in learning more about maternal depression.

(Pugh [99], internet-KBT)

De kvinnor som fick stödjande hemsök hade många tankar om de hembesökande sjuksköterskornas förhållningssätt [95-98]. Det aktiva lyssnandet, med ett empatiskt och icke-dömande sätt uppskattades av många; det upplevdes som hjälpsamt mot känslor av skuld och otillräcklighet, och som generellt värdefullt [98]. Kvinnorna upplevde det som positivt att bli lyssnade på, och att de kunde styra samtalet själva [97].

The non-critical attitude of [the nurse] and the acceptance of my efforts to care properly for my child.

(Rossiter [98], stödjande hembesök)

When like [health visitor name] came to see me, it was nice because it was like my time and our time and we could talk and stuff.

(Turner [97], stödjande hembesök)

I de äldre studierna i materialet [95, 96] finns exempel på kvinnor som inte upplevde de stödjande hembesöken särskilt meningsfulla. Samtalen upplevdes som ostrukturerade och

ledde i något fall till avbrott [95]. I de något nyare studierna ses mer positiva vårderfarenheter [97, 98]. I studien av Turner och medarbetare jämfördes specialistutbildade sjuksköterskor med och utan särskild utbildning i aktivt lyssnande, och de kvinnor som fick besök av de med den senare utbildningen delade med sig av positiva erfarenheter.

Också kvinnor som erhöll KBT uttryckte positiva erfarenheter av sina terapeuter och deras förhållningssätt [92, 99].

> *[The internet therapist was] so helpful and thoughtful. She wasn't hard on me like I am on myself and really made me stop and think about how I treat myself*
>
> *(Pugh [99], individ-KBT)*

Trots att de stödjande hembesöken ska vara stödjande och inte rådgivande, fanns det kvinnor som efterfrågade just tydliga och mer konkreta råd från sin hembesökare [96-98].

6.3.2.4 Kvinnorna beskrev positiva resultat av behandlingen såsom högre självtillit och ökad föräldrakompetens, men enstaka kvinnor upplevde inte någon förbättring

Samtliga åtta studier innehöll tankar från de behandlade kvinnorna om följderna av att ha gått i depressionsbehandling postpartum [92-99]. Tillförlitligheten för detta undertema bedömdes enligt CERQual som måttlig.

Kvinnorna upplevde att den vårdkontakt de haft hade varit givande och positiv för den egna självtilliten och det egna självförtroendet, och generellt positiva erfarenheter av att ha fått psykologisk behandling eller psykosocialt stöd [92, 93, 95-97, 99]. Många menade att interventionen lett till acceptans och normalisering av synen på depression [92, 93, 99], till en bättre förståelse av den egna psykiska ohälsan och insikter om depression [93, 97] och generellt en mer positiv livssyn inför framtiden och ökad känsla av kontroll [92, 93, 99].

> *I am more relaxed and confident. Earlier, I could not speak and even go out of my house; now I go out with my friends and feel that I can learn new things as well.*
>
> *(Masood [93], grupp-KBT)*

> *Not dwelling on all the negatives that I might feel, and she really made me see the little things that actually were big things that I'd done in life, so yeah, I think it made me a very different, you know, person*

(Hadfield [92], individ-KBT)

En återkommande erfarenhet efter avslutad behandling var en förbättrad relation med barnet [92, 94, 98, 99]. Kvinnorna menade att behandlingen givit dem ökad kunskap om spädbarn och hur viktiga de som mammor är för barnets utveckling [98]. Många beskrev att den egna förbättrade sinnesstämningen hade lett till bättre relation med barnet [92, 99] och att de som föräldrar efter behandling blivit mer avslappnade och tålmodigare och mer säkra på sig själva som mödrar [98, 99].

The most positive aspect of the program was the outcome. I now have a fantastic mother-daughter relationship growing. We both feel confident and happy together

(Rossiter [98], stödjande hembesök)

By 12 months, I felt I had the tools within myself to continue with sureness that I was a capable, confident mother

(Rossiter [98], stödjande hembesök)

It helped me to be more objective about my feelings and thoughts, instead of just being controlled by them. I am now more relaxed and have peace even when I am having a frustrating day (usually). I can also take more joy in my children, and do more activities with them because I feel more empowered and confident

(Pugh [99], internet-KBT)

Det fanns kvinnor som var mer skeptiska till verkliga förändringar, men menade att terapin nog kunde vara hjälpsam för de som hade stora svårigheter med just moderskapet [94]. Att ta del av andras erfarenheter upplevdes som hoppgivande [93, 94].

Det fanns kvinnor som inte upplevde någon förbättring av erhållet psykosocialt stöd. Det gemensamma för dem vara att de inte såg stödjande samtal som terapi [95] eller som en tillräckligt kraftfull intervention [95, 97]. Dessa kvinnor sökte sig till annan behandling, såsom antidepressiva mediciner eller psykoterapi hos annan behandlare. Detta märktes särskilt för de som menade att antalet hembesök varit alltför litet och dessutom haft depressionsepisoder tidigare i livet [97] eller var drabbade av mer kronisk depression [95].

6.4 Bedömning av fyndens tillförlitlighet: CERQual

Bedömningen av fyndens tillförlitlighet skiljde sig inte åt för syntesens huvudteman och underteman på ett nämnvärt sätt. Därför sker diskussionen av tillförlitlighet enligt CERQual för respektive undertema. I Tabell 6.2 presenteras en sammanställning av våra bedömningar av tillförlitligheten för respektive undertema och med kommentarer för gjorda avdrag. Hur vi gjorde CERQual-bedömningen framgår i Kapitel 3.

Tabell 6.2 *Sammanfattning av fynden på Nivå 2.*

Fynd på nivå 2: underteman	Antal studier Antal deltagare för undertemat Referenser	Fyndets tillförlitlighet (CERQual)	Kommentar till gjorda avdrag
Viktiga förutsättningar för kvinnorna att få behandling var de egna praktiska möjligheterna och socialt stöd.	5 99 [92-94, 97, 99]	⊕⊕OO Låg tillförlitlighet	–1 för metodbrister totalt –1 för mindre brister i tillräckliga data och relevans
Kvinnornas förväntningar, tidigare erfarenheter och syn på postpartumdepression inverkade på deras upplevelse av behandling och dess möjligheter.	7 145 [92-97, 99]	⊕⊕⊕O Måttlig tillförlitlighet	–1 för metodbrister
Den givna behandlingens format upplevdes av de flesta som positivt, men specifika önskemål framfördes angående individuell anpassning och omfattning.	6 129 [92-94, 96, 97, 99]	⊕⊕⊕O Måttlig tillförlitlighet	–1 för metodbrister
En god relationen till behandlaren, och tankar om dennes kompetens, hade betydelse för kvinnornas upplevelse av behandlingen.	8 256 [92-99]	⊕⊕⊕O Måttlig tillförlitlighet	–1 för metodbrister
Kvinnorna uttryckte skilda åsikter om behandlingarnas innehåll, terapeutiska förhållningssätt och förväntad egen insats.	7 234 [92, 93, 95-99]	⊕⊕⊕O Måttlig tillförlitlighet	–1 för metodbrister
Kvinnorna beskrev positiva resultat av behandlingen såsom högre självtillit och ökad föräldrakompetens, men enstaka kvinnor upplevde inte någon förbättring.	8 256 [92-99]	⊕⊕⊕O Måttlig tillförlitlighet	–1 för metodbrister

6.4.1 Generella observationer

Nedan diskuteras våra överväganden för respektive domän i CERQual. Generellt kan sägas att de gjorda fynden, de sex undertemana, var väl underbyggda eftersom en majoritet av studierna bidrog med data. Det enda undantaget är det första undertemat om förutsättningar för behandling, där fem studier bidrog till fyndet. Detta undertema är också det som enligt CERQual bedöms ha låg tillförlitlighet, medan de andra fem bedöms ha måttlig tillförlitlighet.

En övergripande observation är att de inkluderade studierna, trots olikheter i behandlingsmodeller, använde en likartad intervjumetodik med semistrukturerade intervjuguider som i stor utsträckning behandlade samma frågeteman. Därför har svaren blivit likartade, vilket i vår syntes märks på att en majoritet av undertemana har bidrag från de flesta inkluderade studierna.

6.4.2 Metodbrister

Risken för att tillförlitligheten i fynden skulle ha påverkats av brister i metodologi bedömdes motsvara ett avdrag. Samtliga åtta inkluderade studier hade måttliga metodbrister. Genomgående rapporterades i studierna mycket bristfälligt om forskarnas kompetens och erfarenhet, och om forskarnas eventuella relation till deltagarna (alla 8 studierna). Därmed fanns brister i hur författarnas egen förförståelse hanterades.

Andra metodbrister som märktes var måttliga brister i datainsamlingsprocedur [92, 95, 96, 98]. Tre av studierna hade vissa brister i beskrivningen av sin analys [93, 96, 98]. Enstaka andra metodbrister noterades: beskrivning av deltagare [92, 95], och överensstämmelse mellan teoretisk utgångspunkt och metodval [92, 93].

Sammanfattningsvis har vi gjort ett avdrag (–1) för samtliga fynd på nivå 2, eftersom fynden byggde på minst fem av de inkluderade studierna, i två fall på alla åtta studier.

6.4.3 Koherens

De huvudteman och underteman som framträder i syntesen representerar väl de inkluderade studiernas data. Huvuddelen av data har använts i analyserna och framkommer i de formulerade undertemana, inklusive motstridiga eller avvikande röster. Sammantaget reflekterar syntesen innehållet och komplexiteten i deltagarnas upplevelser. Den metod som användes för syntesen med att organisera och strukturera data från de olika artiklarna har

säkerställt att alla relevanta data har inkluderats och diskuterats för att utmynna i gemensam konsensus. Såväl positiva som negativa upplevelser och erfarenheter förkommer i studierna.

Inget avdrag har gjorts för koherensdomänen.

6.4.4 Tillräckliga data

De flesta av studierna var relativt små till deltagarantalet, men de allra flesta studierna använde långa individuella intervjuer som bas för sina analyser. Individuella intervjuer på 45 minuter till 2 timmar gav möjlighet till rika data, där deltagarna fick möjlighet att ingående tala om sina upplevelser och erfarenheter. Vi extraherade ett stort antal meningsbärande enheter ur studierna, se Bilaga 4. Samtliga inkluderade studier är renodlade studier med kvalitativ metodik, det vill säga inte *mixed methods* eller påhängda kvalitativa delar som en mindre del av resultaten. De resultat som presenteras i studierna är därför fylliga och åskådliggjorda i temastrukturer.

Inget generellt avdrag har gjorts för CERQual-domänen tillräckliga data. Vissa otillräckligheter föreligger för det första undertemat, då detta endast bygger på fem av de inkluderade studierna [92-94, 97, 99]. En av dessa studier använde inte djupintervjumetoden utan lät sina deltagare ange svar i en online-enkät, vilket innebär mindre komplexa och rika svar [99]. Tillsammans med vissa brister i relevans (Avsnitt 6.4.5) för samma fynd gjordes ett avdrag (–1) för detta undertema.

6.4.5 Relevans

Vi bedömer att kontexten i de inkluderade studierna är tillräckligt lik svenska vårdförhållanden vad gäller behandling av depression post partum. Studierna var genomförda i Storbritannien, Australien och Kanada. Ingen av de undersökta behandlingsformerna är främmande för svensk sjukvård (personcentrerade hälsobesök, KBT i grupp eller individuellt), och det instrument som använts för att screena är gemensamt och validerat. Eftersom studierna fokuserade på deltagarnas upplevelser och erfarenheter av att få behandling, och inte på synpunkter om vårdorganisation, bedömde vi att inget generellt avdrag behövde göras för domänen relevans.

En enstaka studie ledde till ett mindre avdrag för relevans då den endast undersökte upplevelserna hos en etnisk minoritetsgrupp som inte är särskilt stor i Sverige, urdutalande kvinnor från främst Pakistan [93]. Vi bedömde att resultaten från den studien var partiellt

relevanta. Tillsammans med vissa brister i tillräckliga data (Avsnitt 6.4.4) för samma fynd gjorde vi ett avdrag (–1) för detta första undertema.

7. Hälsoekonomiska aspekter

7.1 Sammanfattning av resultaten

- Den systematiska litteraturöversikten fann mycket begränsad forskning kring kostnadseffektiviteten av relevanta insatser. Totalt identifierades två studier, båda från England. Den ena utvärderade stödjande samtal och den andra KBT i grupp, båda jämfört med sedvanlig behandling. Utifrån den hälsoekonomiska vetenskapliga litteraturen går det inte att bedöma kostnadseffektiviteten av psykologiska behandlingar eller stödjande samtal inom hälso- och sjukvården för postpartumdepression.

7.2 Syfte och frågeställningar

Den huvudsakliga frågeställningen som är av intresse för beslutsfattare i svensk vård gällande behandling av postpartumdepression är hur behandlingar bör prioriteras bland de som erbjuds inom hälso- och sjukvården. Relevanta hälsoekonomiska frågeställningar rör jämförelsen av kostnader och effekter som uppstår till följd av olika psykologiska behandlingar. För att besvara uppdragets fråga om behandlingarnas kostnadseffektivitet kan den hälsoekonomiska frågeställningen formuleras som följer:

- Hur ser relationen mellan kostnader och effekter ut för de i Sverige tillgängliga behandlingsalternativen psykologiska behandlingar och stödjande samtal inom hälso- och sjukvården för postpartumdepression?

7.3 Resultat av översikten av hälsoekonomisk litteratur

Totalt identifierades 2 310 publikationer i sökningen efter hälsoekonomiska studier för behandling av postpartumdepression, varav 30 bedömdes vara relevanta för projektets frågeställningar och lästes i fulltext. Av dessa bedömdes två studier uppfylla projektets inklusions- och exklusionskriterier. Båda studierna var av tillräcklig kvalitet och överförbarhet.

Morrell och medarbetare genomförde en ekonomisk utvärdering av stödjande samtal baserade på psykologiska principer från kognitiv beteendeterapi (KBT) eller personcentrerad terapi i Storbritannien [100]. Utvärderingen gjordes utifrån en klinisk studie som inkluderats i Kapitel 5 [86]. Interventionen bestod av upp till åtta entimmes sessioner med en specialistsjuksköterska (*health visitor*) som utbildats i att identifiera depressionssymtom och

att föra samtal baserade på KBT eller personcentrerad terapi. Kontrollgruppen erhöll vanlig behandling, från specialistsjuksköterska, med ett innehåll som speglade variationen i klinisk praxis gällande utbildning kring postpartumdepression.

Den ekonomiska grundanalysen använde sig av livskvalitetsdata mätt vid sex månader post partum, då det generiska livskvalitetsinstrumentet SF-12 ingick som ett av de sekundära effektmåtten i studien. Kostnaderna inkluderade besök inom hälso- och sjukvården, läkemedel, och eventuella kontakter med socialtjänsten. Jämfört med sedvanliga hembesök var kostnaderna 633 kronor lägre i interventionsarmen efter ett halvår, samtidigt som skillnaden i kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) var 0,003 högre i interventionsarmen. Även om skillnaderna för kostnader och effekter inte var statistiskt signifikanta, tydde probabilistiska känslighetsanalyser (där osäkerheten kring modellens variabler inkluderas i analysen) på att interventionen var förknippad med en hög (80 %) sannolikhet att anses kostnadseffektiv utifrån vad som brukar anses som rimligt i brittiska hälso- och sjukvården.

Den kliniska studien bedömdes ha måttlig risk för snedvridning, delvis på grund av bortfall [86]. I den hälsoekonomiska utvärderingen var bortfallet 35 procent vid sex månader (195 av 271 patienter i behandlingsgruppen ingick i de ekonomiska analyserna, jämfört med 78 av 147 i kontrollgruppen). Känslighetsanalyser med imputerad data (där saknade värden ersatts med skattade värden) tyder på att de övergripande resultaten inte påverkades av detta. Överlag bedömdes den hälsoekonomiska utvärderingen ha medelhög till hög metodologisk kvalitet och medelhög överförbarhet till svenska förhållanden. I Sverige ses stödjande samtal som ett första steg i en tydlig vårdkedja, och ges generellt inte i hemmet, utan på mottagning.

Stevenson och kollegor genomförde en ekonomisk utvärdering av KBT i grupp jämfört med sedvanlig behandling i primärvården för kvinnor med postpartumdepression i en brittisk kontext [101]. Författarna genomförde en modellanalys baserad på effektdata från Honey och medarbetare som inkluderats i Kapitel 5 [65]. Behandlingen i grupp bestod av åtta veckovisa behandlingstillfällen som varade två timmar. Kostnader och effekter skattades över en tidshorisont på ett år.

Endast kostnaden för gruppbehandlingen inkluderades i analyserna; den skattades till omkring 24 350 kronor per kvinna. Effekter på livskvalitet skattades utifrån EPDS-data från Honey och medarbetare [65] och SF-6D-data från Morrell och medarbetare [100], och resulterade i en vinst på 0,032 i kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) under ett år. Den inkrementella

kostnadseffektkvoten (ICER) beräknades vara 754 349 kronor per QALY i grundscenariot, och probabilistiska analyser tydde på att det är osannolikt att grupp-KBT är kostnadseffektivt utifrån brittiska tröskelvärden (95-procentiga konfidensintervallet för ICERn låg över vad som brukar anses kostnadseffektivt i brittiska hälso- och sjukvården). Däremot gav känslighetsanalyser med rimliga antaganden, till exempel gällande behandlingskostnad samt behandlingens effekt och varaktighet, resultat som skulle kunna ses som kostnadseffektiva. Författarna konkluderade att det inte gick att ge något tydligt svar kring kostnadseffektiviteten utifrån existerande data, utan att mer säkra data behövdes kring kostnaderna av grupp-KBT, effekten av renodlad grupp-KBT, samt hur länge effekterna håller i sig.

Den hälsoekonomiska utvärderingen bedömdes vara av medelhög snarare än hög metodologisk kvalitet på grund av otydlighet i vissa antaganden, till exempel kring beräkningen av livskvalitetsvikter (så kallade nyttovikter), och ha medelhög överförbarhet till svenska förhållanden.

7.4 Resultat av kostnadsberäkningar för KBT, IPT och stödjande samtal

Den systematiska översikten av effekter visade att KBT minskar depressionssymtom mätt med EPDS efter avslutad behandling (måttlig tillförlitlighet), och att effekten kvarstår efter 3–6 månader (måttlig tillförlitlighet). För IPT visade den systematiska översikten en minskning av depressionssymtom mätt med EPDS efter avslutad behandling (låg tillförlitlighet). För stödjande samtal framkom en minskning av depressionssymtom efter avslutad behandling (låg tillförlitlighet).

Livskvalitet förekom endast som sekundärt utfallsmått i ett fåtal studier. Därmed är det inte möjligt att göra kostnadseffektivitetsberäkningar där kostnader sätts i relation till effekter uttryckta i termer av QALYs eller livskvalitet, utan endast kostnader för de två behandlingarna presenteras.

För att skatta kostnaden per behandlingsserie använde vi oss av medelantalet sessioner för de olika behandlingsformaten för KBT, IPT respektive stödjande samtal i de ingående effektstudierna (se Tabell 7.1 samt Bilaga 9 för detaljerad information om interventionerna i studierna). Flest antal studier fanns för individuell behandling. Resultaten diskuterades med projektgruppens sakkunniga, som ansåg att medelantalen var rimliga även för en svensk kontext.

Medelantalet sessioner multiplicerades med minutkostnaden för psykologbesök och tidsåtgången för olika behandlingsformat, vilket ger en genomsnittlig kostnad per patient och behandlingsserie. Eftersom individuell terapi är förknippat med längst behandlartid per patient och flest antal sessioner är kostnaden högst för detta terapiformat, och skattas till omkring 23 700 kronor för KBT och IPT. Kostnaden för gruppterapi skattas till omkring 14 800 kronor för KBT och 20 300 kronor för IPT, medan kostnaden för internetbehandling är omkring 6 300 kronor för KBT. För stödjande samtal hos sjuksköterska eller annan profession föreligger stor variation i antalet besök i de inkluderade studierna; vid ett antaget medelvärde om fem besök är kostnaden i genomsnitt omkring 4 300 kronor.

Tabell 7.1 *Genomsnittliga kostnader per patient för KBT, IPT och stödjande samtal, utifrån effektstudier.*

Behandling	Format	Medelantal sessioner effektstudier*	Medelkostnad per patient och behandlingsserie (SEK)
KBT	Individuell	10	23 705
	Grupp	8	14 750
	Internet**	8	6 321
IPT	Individuell	10	23 705
	Grupp	11***	20 281
Stödjande samtal	Individuell	5	4 340

IPT = interpersonell psykoterapi; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **SEK** = svenska kronor.
* Utifrån studier inkluderade i Kapitel 5.
** Endast relevant för KBT (kognitiv beteendeterapi) i svensk kontext.
*** Endast 1 studie ingick för IPT i grupp.

I klinisk praxis förekommer en större variation i antalet besök än vad som kan förväntas i kliniska studier. Exempelvis visar statistik från Region Kronoberg att det genomsnittliga antalet besök för samtalsbehandling hos psykolog inom mödra-barn-hälsovården är sex samtal per kvinna, dock med stor spridning [102]. Om man utgår ifrån sex sessioner för individuell terapi med KBT eller IPT istället för tio skulle kostnaden för en behandlingsserie bli omkring 14 220 kronor (dvs. knappt 9 500 kronor lägre).

8. Etiska aspekter

I detta kapitel diskuterar vi de etiska värden och etiska dilemman som har aktualiserats i relation till rapporten. Vi har utgått från SBU:s vägledning *Etiska aspekter på insatser inom hälso- och sjukvården* i detta arbete. Syftet med denna rapport är att utvärdera det vetenskapliga stödet för psykologiska behandlingar och interventioner vid postpartumdepression. Huvudresultatet är att både KBT och IPT ger signifikant minskade depressionssymtom, och att det finns visst stöd också för stödjande samtal. Kvinnornas upplevelser och erfarenheter av behandlingarna var positiva, och de allra flesta kvinnorna menar att behandlingarna, oavsett terapeutisk inriktning, haft positiv effekt både på depressionssymtomen och på relationen till barnet.

Hälso- och sjukvårdens mål är att skapa förutsättningar för god hälsa, förebygga och behandla sjukdom och minska lidande genom att tillhandahålla evidensbaserad vård med respekt för patientens självbestämmande, delaktighet och integritet. Det är därför avgörande för kvinnan med postpartumdepression, hennes nyfödda barn och övrig familj, att resurser och möjligheter ges till interventioner och behandlingar eftersom brister i vården kan få långtgående konsekvenser för de berördas hälsa och välbefinnande. Vi konstaterar att inga negativa effekter av de undersökta behandlingarna har kommit fram i effektstudierna eller i studierna om upplevelser och erfarenheter.

8.1 Autonomi och integritet

Metasyntesen av studierna med kvalitativ metodik visade att en viktig aspekt för de allra flesta kvinnorna var att känna sig delaktiga i vården. De ville kunna välja terapiinriktning, och kunna välja ordning på de moduler inom behandlingen som var aktuella. Andra fynd var att vissa upplevde internetbaserad behandling som ett format helt i linje med egna önskemål, medan andra upplevde att fysiska möten med behandlaren var bäst för just dem. Ytterligare andra var mycket nöjda med att ha gått i gruppterapi, och upplevde sig stärkta av den formen. Med andra ord, kvinnor med postpartumdepression önskar bli erbjudna behandling som passar egna önskemål och i möjligaste mån anpassad för de egna behoven. Metasyntesen är i linje med Hälso- och sjukvårdslagstiftningen, att vården ska bygga på respekt för vårdtagares självbestämmande [103].

Vikten av att behandlande personal bemöter kvinnorna på ett empatiskt och professionellt vis var återkommande i metasyntesen. I princip samtliga menade att en god personlig relation var avgörande för framgångsrik behandling och avgörande för viljan att fullfölja påbörjad behandling. Tidigare studier har visat att postpartumdepression är förknippat med känslor av skuld och skam, och känslan av att vara en "dålig mamma". Därför blir behandlarens förhållningssätt, oavsett terapeutisk inriktning, av stor vikt för den drabbade kvinnans möjlighet till tillfrisknande. Den goda relationen som skapas bidrar till att bibehålla den personliga integriteten genom att behandlaren agerar insiktsfullt och med varsamhet med kvinnor i en sårbar situation.

8.2 Jämlikhet och rättvisa

En grundläggande etisk princip som uttrycks i hälso- och sjukvårdslagstiftningen är att vård och omsorg ska ges på lika villkor för hela befolkningen [103]. Om det finns evidens för behandlingar, men alla inte får tillgång till dessa är det ett etiskt dilemma. Se nedan (Avsnitt 8.3) om hur kopplingen mellan bristande resurser och olika sätt att organisera vården kan leda till etiska problem angående jämlikhet och rättvisa.

Tidigare forskning visar att utrikesfödda kvinnor har hög förekomst av PPD och att språkbarriärer är hinder för behandling [18]. Samtidigt är den gruppen differentierad; asylsökande, flyktingar, anhöriginvandrare och arbetskraftsinvandrare kan ha helt olika möjligheter att orientera sig i vårdorganisationen. Grupper av kvinnor med annat modersmål än svenska och med behov av tolk har särskilda behov av stöd och kan stöta på svårigheter vid screeningsamtal, interventioner och behandlingar. Här väcks frågan om dessa grupper verkligen får likvärdig vård.

Kopplat till jämlikhetsaspekten är också praktiska möjligheter att komma hemifrån om behandlingen ges på mottagning utan barnpassningsmöjlighet. Att det krävs ett utvecklat socialt stöd för att kunna delta i behandlingen kan leda till att vård inte ges på lika villkor, vilket inte är förenligt med etiska principer för vården.

8.3 Resurser och organisation

Sverige har en modell med stegvis vård där många kvinnor med lättare depressiva tillstånd erbjuds stödjande personcentrerade samtal hos BHV-sjuksköterska som en första åtgärd. Åtgärden är inte tänkt som ett alternativ till remiss för psykologisk behandling, vanligtvis hos

psykolog inom mödra- och barnhälsovården, utan som en första intervention som samtidigt ger möjlighet till ytterligare bedömning och uppföljning, och ställningstagande till om remiss till nästa vårdnivå behövs. Detta gör att det till viss del är oklart hur denna rapports resultat ger stöd för den svenska modellen. Modellen som helhet är inte utvärderad, men rapporten bidrar med kunskap om effektiviteten och upplevelserna av komponenterna i den.

Tillgången till psykologiska behandlingar för kvinnor med postpartumdepression är inte med självklarhet lika god över hela landet. Regionerna är självstyrande varför olika prioriteringar och resurser kan läggas på olika vårdfrågor. Även skillnader i personalens utbildning kan finnas, och lokala eller regionala brister på vissa personalgrupper kan bidra till ojämlik vård [104]. Här finns därmed en risk att olika tillgänglighet till vårdens resurser skapar ett etiskt problem: Vården finns, men kan inte nås av alla. Dessutom kan boende i glesbygd ha långa vägar till behandling, vilket kan utgöra hinder för att söka och tillgodogöra sig vård. Detta kan dock i viss utsträckning vägas upp av ett större inslag av internetbaserade behandlingar för postpartumdepressioner.

8.4 Kostnadseffektivitet

Enligt kostnadseffektivitetsprincipen i den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska det vid val mellan olika åtgärder finnas en rimlig relation mellan kostnader och effekt för att den ska erbjudas. I denna rapport var det inte möjligt att bedöma kostnadseffektiviteten av de undersökta behandlingarna eftersom det saknades tillförlitliga studier på området. Möjligen finns en risk att en förenklad tolkning av resultaten, med ett alltför strikt fokus på vissa behandlingsmodeller och behandlingsformat, bidrar till ett utbud som styrs av kostnadstänk snarare än av patienters vårdbehov och önskemål.

8.5 Etiska konsekvenser för tredje part

Rapporten utvärderar behandlingsmetoder utifrån effekter på kvinnans depression. Det är oklart i vilken utsträckning behandlingarna också förbättrar föräldra-barnrelationen och barnets hälsa och utveckling. Det är möjligt att behandlingsmetoder som är effektiva på individnivå är otillräckliga utifrån ett familje- och relationsperspektiv. Interventioner som främst har ett individfokus kan behöva kompletteras med komponenter som rör föräldraskapet. Det finns relativt goda förutsättningar för detta i Sverige då både stödjande samtal och psykologiska behandlingar oftast ges inom ramen för Barnhälsovården, av sjuksköterskor eller psykologer med kompetens kring barn och föräldraskap. I de fall det

behövs samspelsbehandling med specifik fokus på föräldra-barnrelationen är tillgången till detta både begränsad och mycket ojämnt fördelad i landet [105]. Den ökade risken för att postpartumdepression har en negativ påverkan på barnets hälsa och utveckling är en viktig anledning till de rutiner för strukturerad identifiering av PPD, och stegvis vård, som införts i Sverige.

Med tanke på betydelsen av andra potentiella samtidiga riskfaktorer för negativa konsekvenser för barnet, såsom konflikter i partnerrelationen och våldsutsatthet, socioekonomisk utsatthet, substansbruk och bristande socialt stöd [6], är det viktigt att vid identifiering av depression hos en förälder alltid utvidga bedömningen och inkludera frågor om eventuella tidigare och nuvarande stressfyllda erfarenheter, om aktuell partnerrelation och livssituation och om barnet och upplevelsen av föräldraskapet. Familjen kan ha andra behov av stöd och insatser utöver en förälders behandling för depression. Etiskt kan det betyda att man genom att enbart fokusera på behandling för att minska depressionssymtom, missar det som är lika viktigt eller ännu viktigare.

8.6 Sammanfattande kommentar

Kvinnor som drabbas av postpartumdepression kan uppleva stigmatisering och känslor av skuld och skam över att vara en dålig mamma. Omgivningen kan upplevas vara oförstående över tillståndet, vilket ytterligare pekar på vikten av adekvat identifiering och behandling. Resultatet från metasyntesen visar på vikten av att låta de deprimerade kvinnorna få tillgång till de behandlingar som passar just deras behov. Vår rapport visar att det finns interventioner och behandlingar som minskar depressionssymtomen, och att dessa upplevs som givande och effektiva.

9. Diskussion

I denna rapport har vi undersökt det vetenskapliga stödet för psykologisk behandling eller psykosocialt stöd vid postpartumdepression, samt erfarenheter och upplevelser av sådana insatser. För både det vetenskapliga stödet med avseende på behandlingseffekter och för erfarenheter och upplevelser är resultaten positiva och mestadels måttligt tillförlitliga. Effekter av, och jämförelser med, läkemedelsbehandling redovisas i en annan SBU-rapport [4].

9.1 Resultatdiskussion

Baserat på 15 behandlingsstudier indikerar våra analyser att KBT har en medelstor effekt på postpartumdepression hos mammor direkt efter behandlingen jämfört med sedvanlig vård. Resultaten indikerar även att KBT med måttlig tillförlitlighet har en medelstor effekt på postpartumdepression vid uppföljningar efter 3–6 månader. Våra analyser visar att IPT har en stor effekt på postpartumdepression direkt efter behandlingen jämfört med sedvanlig vård. Några uppföljningsstudier om effekt av IPT på längre sikt hittades inte. Inga sammanvägda resultat kunde beräknas för studier som utvärderat stödjande samtal, men resultaten indikerar att dessa har en effekt direkt efter behandlingen jämfört med sedvanlig vård. Sammantaget är rapportens resultat om behandlingseffektivitet i linje med den senaste publicerade översikten om psykologisk behandling vid perinatal depression [106]: både KBT- och IPT-behandlingar minskar depressionssymtom.

För att ge ett lättare tolkningsbart mått på behandlingseffekt, tog vi också fram *Number needed to treat* (NNT), för de olika undersökta behandlingsformerna. NNT för KBT och stödjande samtal är av ungefär samma magnitud som Cuijpers och medarbetare visat [106]. Däremot var NNT för IPT lägre i våra beräkningar (3,4) än värdet i studien av Cuijpers och medarbetare (5,8).

Metasyntesen baserades på studier som utforskat kvinnors upplevelser av KBT (5 av 8 studier) eller stödjande hembesök (3 av 8 studier). Behandlingen skedde i grupp eller individuellt. Kvinnorna var generellt tillfredsställda med den behandling de fått, men yttre förutsättningar och egna förväntningar inverkade på deltagande i och upplevelse av behandling. Särskilt lyfte kvinnorna vikten av att etablera en god relation med sin behandlare, oavsett behandlingsinriktning. Många kvinnor upplevde barriärer och problem med att söka

hjälp, men den hjälp de därefter erhöll upplevdes positiv. Andra fynd från metasyntesen var att kvinnorna ansåg att både det egna sinnestillståndet och relationen till det nyfödda barnet förbättrades som en följd av interventionerna. Dessa resultat stödjer i stort de som rapporterats i en publicerad metasyntes [107]. Rapportens tredje frågeställning – kvinnornas upplevelser och erfarenheter och hur den erhållna vården och bemötandet har påverkat dessa – besvarades genom metasyntesens teman. Bemötandet var av stor vikt för kvinnornas upplevelser, för att vilja fortsätta behandlingen och bygga god relation med behandlaren och inte minst för upplevelsen av behandlingsutfallen.

Den hälsoekonomiska litteraturöversikten visade på mycket begränsad forskning kring kostnadseffektiviteten av psykologiska behandlingar eller stödjande samtal, och inga studier för svenska förhållanden. För att genomföra egna ekonomiska utvärderingar skulle det behövas effektdata kopplade till livskvalitet, samt information om alternativkostnader, det vill säga kostnaderna för kvinnor med postpartumdepression som inte får psykologisk eller stödjande behandling.

Skillnaden mellan en postpartumdepression och annan depression är i huvudsak tidpunkten då depressionsepisoden uppstår. Därmed är det troligt att behandlingar som visat sig effektiva för depression i en bredare bemärkelse även är effektiva för postpartumdepression. Både KBT och IPT har i utvärderingar visat sig vara effektiva mot depression och resultatet vad gäller dessa behandlingsformer i denna rapport kan därför anses vara rimliga [108]. Resultaten i denna rapport liknar till stor del också resultaten från tidigare metaanalyser av psykologisk behandling specifikt för postpartumdepression, där KBT visat medelstora effekter [48] och IPT stora effekter men med relativt stor osäkerhet gällande precision [109].

De teman i de studier med kvalitativ metodik som framkom i denna rapport är till stor del samstämmiga med de teman som extraherats i en nyligen publicerad syntes som undersökt upplevelser av psykologisk behandling för depression i en bredare bemärkelse [110]. Till exempel är teman som generell tillfredsställelse med behandling, vikten av relationen till behandlare, praktiska möjligheter och stöd för att genomgå behandling, och behov av individuell anpassning och omfattning överlappande.

Resultaten från rapporten bör till stor del vara generaliserbara till svenska förhållanden. I Sverige finns en god erfarenhet av att bedriva KBT inom såväl primärvård som specialiserad psykiatrisk vård för att behandla depression. Flertalet psykologer som arbetar inom mödra-

och barnhälsovården har också grundläggande utbildning i IPT. Vidare bedöms resultaten, både vad gäller vetenskapligt stöd och patienters erfarenheter och upplevelser, vara samstämmiga oberoende av i vilket land de genomfördes. Dock bör betonas att alla de inkluderade studierna, förutom en studie om stödjande samtal, är gjorda utanför Sverige. Eftersom utformningen av hälso- och sjukvården i andra länder till viss del skiljer sig från Sverige är det tänkbart att överförbarheten av fynden till viss del kan vara försvårad.

I rapporten har vi inte analyserat skillnader mellan formatet för behandlingar inom olika behandlingsmodeller, till exempel skillnader i behandlingseffekter mellan KBT som ges som individuell behandling, gruppbehandling eller behandling som förmedlas på distans. De relativt homogena effektresultaten mellan studier av KBT vittnar däremot om att formatet inte uppenbart är avgörande för effektstorleken. Det finns olika för- och nackdelar med de olika undersökta formaten, och i resultaten om patienters upplevelser och erfarenheter framkommer tydligt önskemål om individuell anpassning och omfattning. Utifrån våra beräkningar skiljer sig de olika formaten när det gäller kostnader. Dock bör kostnader inte vara avgörande för valet av behandling, utan bör ses som en del i beslutsunderlaget, där hänsyn behöver tas till individuella behov hos patienter samt sjukvårdens organisation. Sammantaget talar detta för att olika behandlingsformat med fördel kan erbjudas till patientgruppen.

Sammanfattningsvis finns det i rapporten stöd för att psykologiska och psykosociala interventioner vid postpartumdepression har goda behandlingseffekter, och att dessa upplevs positivt av patienterna. Detta är goda nyheter, eftersom det är dessa interventioner som Socialstyrelsen rekommenderar i sina behandlingsriktlinjer, och det finns forskning om att kvinnor med PPD föredrar psykologiska och psykosociala insatser framför exempelvis läkemedelsbehandling [31].

9.2 Metoddiskussion

Samtliga studier som ingår i analysen hade måttlig risk för snedvridning, vilket generellt sänker tillförlitligheten till resultatet. Samtidigt är det svårt av både etiska och praktiska skäl att undvika kännedom om erhållen terapiform av både behandlare och patient. Generellt var beskrivning av vården som gavs till kontrollgruppen bristfällig. I de flesta fall saknades information om viktiga aspekter såsom erhållen behandling, alternativa behandlingsval (t.ex. samtidig läkemedelsbehandling) eller motivation att fullfölja studien. Sammantaget kan detta påverka tillförlitligheten.

Grad av depressionssymtom mättes med olika instrument, vilket försvårar direkta jämförelser. Av den anledningen omvandlades studiernas rapporterade effekter till SMD vilket i viss utsträckning påverkar den kliniska tolkningen av resultaten. För att förenkla tolkningen har vi med hjälp av matematiska formler omvandlat SMD-värden till NNT. Beräkningar bygger på antagandet att antalet patienter som uppnår spontan förbättring är 23 procent.

Resultaten för de olika terapiformerna redovisas separat i rapporten. Förklaring till detta är att vi ville kunna uttala oss om effektiviteten av de behandlingar som erbjuds i Sverige. Dessutom var skillnaderna mellan studierna med avseende på design och terapiupplägg för stora för att kunna vägas samman på ett meningsfullt sätt.

Vid analysen av kvinnornas upplevelser och erfarenheter inkluderade vi studier med låga och måttliga metodbrister i en metasyntes. Vi fann endast åtta publicerade artiklar som inkluderades i rapporten. Detta kan ses som en svaghet, men då vi fann samstämmiga resultat om upplevelsen av behandling så kan man dra vissa slutsatser utifrån detta material. Vi valde att lägga samman de åtta studierna till ett material, och har således inte jämfört upplevelser av olika behandlingsmodeller eller behandlingsformat. Dessutom innehöll de inkluderande artiklarna i samtliga fall rika data i form av långa intervjuer eller, i något fall, långa fritextsvar. Vidare var det tre forskare (två externa experter och en projektledare vid SBU) som genomförde analysen och tillsammans nådde konsensus. Detta bidrar till tillförlitlighet av fynden. Vi valde att utföra GRADE CERQual på nivå 2-fynden, eftersom dessa var rent deskriptiva. I nivå 3 (huvudtemana) förekom vissa tolkande inslag, och därför var dessa inte föremål för bedömning av tillförlitlighet enligt [111].

10. Överväganden för forskning

10.1 Studier gällande svenska förhållanden

Det är nödvändigt att ta hänsyn till studiers kontext när man sammanställer resultat. Det saknas helt studier med kvalitativ metodik, och det finns högst begränsat med kvantitativa studier, från Sverige och de nordiska länderna, vilket kan utgöra en brist i överföringen till den svenska kontexten. Behandlingsformerna som studerats, kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell terapi (IPT), och personcentrerade stödjande samtal erbjuds dock i Sverige. För att säkerställa att dessa behandlingar är säkra och effektiva för mammor med postpartumdepression (PPD) i Sverige är det viktigt att genomföra studier även inom den svenska vården. Sådan forskning bör även undersöka patienters upplevelser av de olika behandlingsformerna med fokus på svenska förhållanden. Det är angeläget att utvärdera den svenska modellen – från identifieringen och processen vidare genom den stegvisa vården (stödjande samtal hos BHV-sjuksköterska, psykologisk behandling hos psykolog inom BHV eller på vårdcentral och eventuella andra åtgärder) – ur de berörda kvinnornas perspektiv, men också utifrån ett barn- och föräldraskapsperspektiv.

10.2 Erfarenheter och upplevelser av behandling

Det är angeläget att förstå patienters upplevelser och erfarenheter av olika behandlingsmetoder. Sådan förståelse kan användas i planering av vården för att öka sannolikheten att patienten fullföljer behandling. I vår utvärdering framkom att det saknas studier med kvalitativ metodik som fokuserat på upplevelsen av IPT för PPD. Sådana studier är därmed önskvärda, och skulle även kunna inkludera upplevelser och erfarenheter av internetbaserad IPT, eftersom ett sådant format även kan nå kvinnor som av olika skäl har begränsade möjligheter att närvara vid fysiska möten.

Vi fann vissa metodbrister, speciellt i analysförfarandet av studier med kvalitativ metodik. Analysen var inte alltid väl beskriven och författarnas hanterande av reflexivitet saknas ofta vilket ökar risk för subjektivitet. Det är önskvärt med fler studier som använder kvalitativ metod mer djupgående och som inkluderar ett reflekterande förhållningssätt i analysprocessen.

10.3 Studier om specifika behandlingsmodeller

Det saknas studier som direkt jämför olika behandlingsmetoder med varandra. De studier som inkluderats i denna rapport har i regel jämfört behandling med sedvanlig vård. Vad den sedvanliga vården innehöll varierade mellan olika studier, vilket bör beaktas i tolkning av effektstorlekar. För att värdera olika behandlingsmetoders effektivitet mot varandra behövs studier där sådana jämförelser görs. Resultaten tyder på att KBT har en medelstor effekt jämfört med sedvanlig vård direkt efter avslutad behandling och efter uppföljning upp till sex månader. Det behövs dock mer kunskap och forskning om övriga metoder, där studier saknas för att styrka en långtidseffekt av IPT. Dessutom fanns det få studier om stödjande samtal och det behövs fler och nyare studier om personcentrerade stödjande hälsobesök. Uppföljning efter KBT hittades men uppföljning efter andra metoder såsom IPT samt långsiktiga effekter behöver studeras mer ingående. Vidare uppfyllde inga studier om korttids-PDT (psykodynamisk terapi) vårt uppställda PICO. För denna behandlingsmodell finns behov av välgjorda studier.

10.4 Brist på studier av klinisk förändring på individnivå

I studier av psykologisk behandling analyseras oftast skillnader i medelvärden mellan behandlingsgrupp och kontroll. Ett tillägg som regelbundet görs, för att ytterligare förstå den kliniska nyttan av behandlingen, är att undersöka hur stor andel som svarar på behandling, förbättras signifikant, eller inte längre uppfyller kriterier för depression. Sådan förbättring kan definieras på olika sätt. Studier som identifieras i denna rapport saknar genomgående den typen av analyser. För att ytterligare få en förståelse för den kliniska nyttan av psykologiska och psykosociala interventioner är det viktigt att den typen av analyser görs i framtida studier.

10.5 Forskning kring föräldra-spädbarnsinterventioner och föräldraskap

Det finns sparsamt med studier som utifrån våra frågeställningar undersöker effekten av föräldra-spädbarnsinterventioner vid PPD. För att bedöma effekten av sådana interventioner behövs det fler studier, där de studerade utfallen är både förälderns grad av depressionssymtom och andra aspekter såsom lyhördhet för barnets signaler.

I vår metasyntes framkom att kvinnorna upplevde en bättre interaktion med barnen efter behandling (med KBT och stödjande samtal) även om de givna behandlingarna inte var renodlade föräldra-spädbarnsinterventioner. Detta kan undersökas vidare för att ta reda på

vilken behandling som kan öka självförtroendet gällande föräldraskapet och även kontakten med barnet.

10.6 Hälsoekonomiska analyser

Gällande hälsoekonomiska aspekter skulle man behöva undersöka kostnadseffektiviteten hos olika behandlingsmetoder genom koppling av effekter på depressionssymtom till livskvalitet. Dessutom saknas forskning som utvärderar kostnader och effekter ur ett svenskt perspektiv. Det finns en osäkerhet om hur lång tid effekten kvarstår av olika behandlingar. Ur ett samhällsperspektiv är även produktivitetsförluster kopplat till postpartumdepressionen för kvinnan och partnern av vikt, samt långtidseffekter för barnets hälsa och utveckling.

11. Medverkande

11.1 Projektgrupp

11.1.1 Sakkunniga

Ewa Andersson, barnmorska, docent, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet

Anna Dencker, barnmorska, docent, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet

Pamela Massoudi, leg psykolog, fil.dr., klinisk lektor, FoU Region Kronoberg och Specialistpsykiatrin Barn och unga

Johan Åhlén, leg. psykolog, fil.dr., Institutionen för global folkhälsa, Karolinska Institutet

11.1.2 Kansli

Leif Strömwall, projektledare

Naama Kenan Modén, biträdande projektledare

Jenny Berg, hälsoekonom

Maja Kärrman Fredriksson, informationsspecialist

Sara Fundell, projektadministratör

11.1.3 Externa granskare

Lisa Ekselius, senior professor, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet

Malin Skoog, Med Dr, hälso- och sjukvårdsstrateg, Koncernkontoret, Region Skåne

Elin Alfredsson, universitetslektor, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet

SBU anlitar externa granskare av sina rapporter. De har kommit med värdefulla kommentarer som förbättrat rapporten. SBU har dock inte alltid möjlighet att tillgodose alla ändringsförslag och de externa granskarna står därför inte med nödvändighet bakom samtliga slutsatser och texter i rapporten.

11.1.4 Bindningar och jäv

Sakkunniga och externa granskare har i enlighet med SBU:s krav lämnat deklarationer om bindningar och jäv. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisats där är förenliga med myndighetens krav på saklighet och opartiskhet.

11.1.5 SBU:s vetenskapliga råd

Svante Twetman, Köpenhamns universitet, ordförande (tandvård)

Anna Ehrenberg, Högskolan Dalarna, vice ordförande, (omvårdnad)

Magnus Svartengren, Uppsala universitet (arbetsmiljö)

Ulrik Kihlbom, Karolinska Institutet (etik)

Titti Mattsson, Lunds universitet (etik, juridik)

Pernilla Åsenlöf, Uppsala universitet (fysioterapi)

Katarina Steen Carlsson, Lunds universitet (hälsoekonomi)

Jahangir Khan, Göteborgs universitet (hälsoekonomi)

Jan Holst, Malmö och Lunds universitet (medicin)

Mussie Msghina, Örebro universitet (medicin)

Britt-Marie Stålnacke, Umeå universitet (medicin)

Sverker Svensjö, Falun och Uppsala universitet (medicin)

Eva Uustal, Linköpings universitet (medicin)

Carina Berterö, Linköpings universitet (omvårdnad)

Ata Ghaderi, Karolinska institutet (psykologi)

Petter Gustafsson, Karolinska institutet (psykologi)

Martin Bergström, Lunds universitet (socialt arbete)

Lena Dahlberg, Högskolan Dalarna (socialt arbete)

Urban Markström, Umeå universitet (socialt arbete, funktionstillstånd- och funktionshinder)

Christina Nehlin Gordh, Uppsala universitet (socialt arbete)

11.1.6 SBU:s nämnd

Kerstin Nilsson (ordförande SBU:s nämnd), seniorprofessor, obstetrik och gynekologi, Institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet

Britta Björkholm, generaldirektör, SBU

Jonas Claesson, hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Örebro län

Heike Erkers, ordförande, Akademikerförbundet SSR

Björn Halleröd, professor, Institutionen för sociologi och arbetsvetenskap, Göteborgs universitet

Fredrik Lennartsson, chef för avdelningen vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Thomas Lindén, chef för avdelningen kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen

Olle Lundberg, huvudsekreterare, Forte

Ulf Näslund, prefekt vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet

Monica Persson, socialdirektör, Karlstads kommun

Jenny Rehnman, chef för avdelningen kunskapsstyrning för socialtjänsten, Socialstyrelsen

Sineva Ribeiro, ordförande, Vårdförbundet

Sofia Rydgren Stale, ordförande, Sveriges läkarförbund

Johan Sanmartin Berglund, professor, institutionen för hälsa, Blekinge Tekniska Högskola

Elisabeth Wallenius, ordförande, Funktionsrätt Sverige

12. Ordförklaringar och förkortningar

BDI	Beck Depression Inventory. Självskattningsinstrument för bedömning av grad av depression samt förändringar i depressionstillstånd såväl i den kliniska vardagen som i forskningssammanhang.
BHV	Barnhälsovården
Blindning	Maskering, åtgärder för att hemlighålla vissa centrala omständigheter i en undersökning tills den är avslutad och resultaten ska bearbetas.
EQ-5D	EuroQoL-5 Dimension Questionnaire är ett instrument för att beskriva och mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet.
Exklusionskriterier	Omständighet som förhindrar att en person föreslås delta i en studie, eller att en viss studie inte tas med i en systematisk litteraturöversikt.
GRADE	Internationellt utarbetat system för att bland annat göra en strukturerad bedömning av tillförlitligheten hos varje sammanvägt delresultat i en systematisk litteraturöversikt.
GRADE CERQual	Internationellt utarbetat system för att bland annat göra en strukturerad bedömning av tillförlitligheten hos varje sammanvägt fynd från studier med kvalitativ metodik i en systematisk litteraturöversikt.
HRSD	Hamilton Depression Rating Scale.
Inklusionskriterium	De betingelser som ska föreligga för att en person ska kunna erbjudas att delta i en undersökning. Kriterierna kan gälla sjukdomsdiagnos, åldersgrupp med mera. Begreppet används också om under vilka förhållanden en studie tas med i en systematisk litteraturöversikt.
Inkrementell kostnadseffektkvot (ICER)	Resultatet av en hälsoekonomisk utvärdering. I kvoten beräknas skillnaden i genomsnittliga kostnader mellan den utvärderade insatsen och en alternativ insats, vilket blir den inkrementella kostnaden. Denna divideras med skillnaden i genomsnittlig effekt mellan de två insatserna, det vill säga den inkrementella effekten. Resultatet av kvoten blir den inkrementella kostnaden per effekt för den utvärderade insatsen jämfört med ett specifikt alternativ.
IPT	Interpersonell terapi är en strukturerad terapiform med fokus på hur problem i mänskliga relationer bidrar till psykiska symtom, och även hur vårt eget mående påverkar våra relationer till andra. IPT sker oftast individuellt, och utmärker sig genom att huvudsakligen fokusera på relationsproblem.
KBT	Kognitiv beteendeterapi är ett samlingsnamn för psykologiska behandlingsmetoder som syftar till att konkret och systematiskt arbeta med beteenden, känslor och tankemönster för att lära sig hantera psykiska eller medicinska problem. En analys av hur problemen vidmakthålls utgör en bas för de tekniker som används. KBT kan ske individuellt eller i grupp, som internetbehandling eller i fysiskt möte.

Konfidensintervall (KI)	Osäkerhetsintervall för en statistisk skattning. Konfidensintervallet förväntas vid upprepade statistiska tester innehålla det sanna värdet i en i förväg vald andel av fallen. Ofta väljs 95 %.
Kontrollgrupp	Den deltagargrupp i en klinisk prövning som endera får overksam behandling eller standardbehandling för tillståndet.
Kostnadseffektivitetsanalys	Hälsoekonomisk analysmetod där relationen mellan de kostnader och effekter som är förknippade med en viss insats jämförs med motsvarande relation för andra insatser. Resultatet av analysen presenteras som en inkrementell kostnadseffektkvot (ICER).
Kvalitetsjusterat levnadsår (QALY)	Antalet levnadsår en individ befinner sig i ett visst tillstånd viktat med en skattad livskvalitetsvikt för det aktuella tillståndet (0=död, 1=perfekt hälsa). Ett kvalitetsjusterat levnadsår (1 QALY) motsvarar ett år med perfekt hälsa.
Livskvalitetsvikt	Uttrycker en persons livskvalitet på en skala mellan 0 och 1, där 0 motsvarar död eller ett hälsotillstånd som anses likvärdigt) och 1 motsvarar full hälsa.
MD	Medelvärdesskillnad (engelska: *mean difference, MD*). Jämförelse av två gruppers medelvärden som har testats med samma test vid samma tidpunkt.
Metaanalys	Statistisk analysmetod för att väga samman resultat från primärstudier av samma diagnosmetod, behandling eller intervention.
Metasyntes	Metod som analyserar resultaten från flera studier med kvalitativ metodik. Kan ge ny information som inte ses i enskilda studier. Resulterar ofta i en temastuktur med huvudteman och underteman.
NNT	Antal personer som statistiskt sett behöver behandlas under en viss tidsperiod för gynnsamt behandlingsutfall.
PDT	Psykodynamisk terapi
Postpartumdepression (PPD)	Postpartumdepression är en depression som kan drabba nyblivna mödrar en kort tid efter förlossningen. I DSM-5 och ICD-11 kommer diagnosen att vidgas till perinatal depression. Den kännetecknas av ihållande nedstämdhet, brist på intresse, ångest, oro, sömnsvårigheter, minskad självkänsla, somatiska symtom som aptitstörning och trötthet, svårigheter att tänka, koncentrera sig och fatta beslut och svårigheter att klara av vardagliga sysslor.
Randomisering	Slumpmässig fördelning av deltagarna till grupperna i en undersökning.
RCT-studie	Engelska: *Randomised Controlled Trial.* En randomiserad kontrollerad studie är upplagd så att individer har fördelats slumpmässigt mellan en behandling- och en kontrollgrupp i syfte att undersöka effekter av en behandling.
Reflexivitet	Författarnas förförståelse och hur denna påverkat kvalitativa analyser
Riskskillnad (RD)	Absolut mått på skillnader i risk mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen.
SF-12	12-item Short-Form Health Survey Questionnaire är ett självskattningsinstrument som mäter livskvalitet.

SF-6D	Short-Form Six-Dimension är ett självskattningsinstrument som mäter livskvalitet.
SMD	Standardiserad medelvärdesskillnad används som ett sammanfattande statistiskt mått i metaanalyser då studierna bedömer samma effektmått, och ofta använder sig av olika kontinuerliga skalor.
Stödjande samtal	Samtal som ges på ett personcentrat sätt utifrån ett aktivt lyssnade. Samtalen är inte rådgivande utan syftar till att ge stöd åt individen.
Systematisk översikt	Sammanställning av resultat från sådana studier som med systematiska och explicita metoder har identifierats, valts ut och bedömts kritiskt och som avser en specifikt formulerad fråga.
Tillförlitlighet	Giltigheten hos ett systematiskt sökt, relevans- och kvalitetsgranskat och sammanvägt forskningsresultat (evidens) bedömt utifrån GRADE eller GRADE CERQual
Treatment As Usual (TAU)	Sedvanlig vård. Term som används om sådan behandling för viss störning som är den vanliga eller traditionella och kan inbegripa flera olika typer av åtgärder.
Utfallsmått	Det mått på effekt eller tillförlitlighet som en klinisk studie avser att utvärdera

13. Referenser

1. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2020. [accessed Aug 12 2022]. Available from: https://www.sbu.se/metodbok.
2. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. Available from: https://doi.org/10.1136/bmj.b2535.
3. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. BMC Med Res Methodol. 2012;12(1):181. Available from: https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181.
4. SBU. Antidepressiva läkemedel som behandling vid depression efter förlossningen (postpartumdepression). Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022. SBU Kommenterar 2022_08. [accessed Aug 30 2022]. Available from: https://www.sbu.se/2022_08.
5. 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.
6. 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.
7. Putnam KT, Wilcox M, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Bergink V, Munk-Olsen T, et al. Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: analysis of data from an international consortium. Lancet Psychiatry. 2017;4(6):477-85. Available from: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30136-0.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5 ed. Arlington, Va: American Psychiatric Association; 2013.
9. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization (WHO); 1993.
10. 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. J Clin Psychiatry. 2014;75(4):393-8. Available from: https://doi.org/10.4088/JCP.13m08646.
11. 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.
12. Lyubenova A, Neupane D, Levis B, Wu Y, Sun Y, He C, et al. Depression prevalence based on the Edinburgh Postnatal Depression Scale compared to Structured Clinical Interview for DSM DIsorders classification: Systematic review and individual participant data meta-analysis. Int J Methods Psychiatr Res. 2021;30(1):e1860. Available from: https://doi.org/10.1002/mpr.1860.
13. 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.

14. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. J Affect Disord. 2017;219:86-92. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003.
15. Massoudi P, Hwang CP, Wickberg B. Fathers' depressive symptoms in the postnatal period: Prevalence and correlates in a population-based Swedish study. Scand J Public Health. 2016;44(7):688-94. Available from: https://doi.org/10.1177/1403494816661652.
16. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. Arch Womens Ment Health. 2005;8(2):97-104. Available from: https://doi.org/10.1007/s00737-005-0078-8.
17. Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. Acta Psychiatr Scand. 1996;94(3):181-4. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09845.x.
18. Falah-Hassani K, Shiri R, Vigod S, Dennis CL. Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2015;70:67-82. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.08.010.
19. Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. JAMA Psychiatry. 2018;75(3):247-53. Available from: https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4363.
20. 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.
21. Orth U, Berking M, Burkhardt S. Self-conscious emotions and depression: rumination explains why shame but not guilt is maladaptive. Pers Soc Psychol Bull. 2006;32(12):1608-19. Available from: https://doi.org/10.1177/0146167206292958.
22. Brydsten A, Rostila M, Dunlavy A. Social integration and mental health - a decomposition approach to mental health inequalities between the foreign-born and native-born in Sweden. Int J Equity Health. 2019;18(1):48. Available from: https://doi.org/10.1186/s12939-019-0950-1.
23. Fair F, Raben L, Watson H, Vivilaki V, van den Muijsenbergh M, Soltani H, et al. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. PLOS ONE. 2020;15(2):e0228378. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378.
24. Statistikmyndigheten (SCB). Utrikes födda i Sverige. Statistikmyndigheten. [updated Apr 08 2022; accessed Dec 12 2022]. Available from: https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/utrikes-fodda/.
25. Bauer A, Knapp M, Parsonage M. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. J Affect Disord. 2016;192:83-90. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.005.
26. Cox JL, Holden J, Henshaw C. Perinatal mental health : the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). 2 ed. London: RCPsych Publications; 2014.
27. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Artikelnummer 2021-4-7339 [accessed Aug 11 2022]. Available from: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf.
28. Rikshandboken Barnhälsovård. Screening med EPDS för depression hos nyblivna mammor. Riktlinjer och praktiska anvisningar för screening med EPDS för depression

hos nyblivna mammor. Stockholm: Inera AB. [updated May 29 2020; accessed Aug 11 2022]. Available from: https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/screening-med-epds/.
29. SFOG. Mödrahälsovård, Sexuell och reproduktiv Hälsa. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG); 2016. Rapport nr 76. [accessed Aug 11 2022]. Available from: https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf.
30. Kunskapscentrum kvinnohälsa och Kunskapscentrum barnhälsovård. För jämlik mödra- och barnhälsovård i Skåne. En nulägesrapport och underlag för handling. Malmö: Region Skåne; 2019. [accessed Oct 25 2022]. Available from: https://vardgivare.skane.se/contentassets/ce37827f5cc74da8816f1d752ad7ae0f/for-jamlik-modra--och-barnhalsovard-i-skane-2019.pdf.
31. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. Birth. 2006;33(4):323-31. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x.
32. Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. N Engl J Med. 2016;375(22):2177-86. Available from: https://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649.
33. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. BMJ. 1989;298(6668):223-6. Available from: https://doi.org/10.1136/bmj.298.6668.223.
34. McCabe JE, Wickberg B, Deberg J, Davila RC, Segre LS. Listening Visits for maternal depression: a meta-analysis. Arch Womens Ment Health. 2021;24(4):595-603. Available from: https://doi.org/10.1007/s00737-020-01101-4.
35. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Artikelnummer 2010-3-4. [accessed Aug 30 2022]. Available from: https://slf.se/sfbup/app/uploads/2022/03/Riktilinje-SoS-depr-2010-3-4.pdf.
36. Cuijpers P, Karyotaki E. The effects of psychological treatment of perinatal depression: an overview. Arch Womens Ment Health. 2021;24(5):801-6. Available from: https://doi.org/10.1007/s00737-021-01159-8.
37. Leahy RL. Cognitive Therapy: Basic Principles and Applications. 1 st ed. New Jersey: Jason Aronson, Inc.; 1996.
38. Dimidjian S, Martell CR, Herman-Dunn R, Hubley S. Behavioral activation for depression. In: Barlow DH, editor. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (pp 353–393) 5th ed. New York: Guilford Press; 2014.
39. Van Lieshout RJ, Layton H, Savoy CD, Brown JSL, Ferro MA, Streiner DL, et al. Effect of Online 1-Day Cognitive Behavioral Therapy-Based Workshops Plus Usual Care vs Usual Care Alone for Postpartum Depression: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2021;78(11):1200-7. Available from: https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2488.
40. Wozney L, Olthuis J, Lingley-Pottie P, McGrath PJ, Chaplin W, Elgar F, et al. Strongest Families Managing Our Mood (MOM): a randomized controlled trial of a distance intervention for women with postpartum depression. Arch Womens Ment Health. 2017;20(4):525-37. Available from: https://doi.org/10.1007/s00737-017-0732-y.
41. Bright KS, Charrois EM, Mughal MK, Wajid A, McNeil D, Stuart S, et al. Interpersonal psychotherapy for perinatal women: a systematic review and meta-analysis protocol. Syst Rev. 2019;8(1):248. Available from: https://doi.org/10.1186/s13643-019-1158-6.

42. Stuart S. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. Clin Psychol Psychother. 2012;19(2):134-40. Available from: https://doi.org/10.1002/cpp.1778.
43. Stuart S, Robertson MD. Interpersonal psychotherapy : a clinician's guide. 2 ed. London: Hodder Arnold; 2012.
44. Nylen KJ, Moran TE, Franklin CL, O'Hara M W. Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. Infant Ment Health J. 2006;27(4):327-43. Available from: https://doi.org/10.1002/imhj.20095.
45. Barlow J, Bennett C, Midgley N, Larkin SK, Wei Y. Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. Cochrane Database Syst Rev. 2015;1(1):CD010534. Available from: https://doi.org/10.1002/14651858.CD010534.pub2.
46. Goodman JH, Santangelo G. Group treatment for postpartum depression: a systematic review. Arch Womens Ment Health. 2011;14(4):277-93. Available from: https://doi.org/10.1007/s00737-011-0225-3.
47. Zhao L, Chen J, Lan L, Deng N, Liao Y, Yue L, et al. Effectiveness of Telehealth Interventions for Women With Postpartum Depression: Systematic Review and Meta-analysis. JMIR Mhealth Uhealth. 2021;9(10):e32544. Available from: https://doi.org/10.2196/32544.
48. Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. J Affect Disord. 2015;177:7-21. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.052.
49. Sockol LE. A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women. J Affect Disord. 2018;232:316-28. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.018.
50. Covidence systematic review software. Melbourne, Australia: Veritas Health Innovation. Available from: www.covidence.org.
51. SBU. Bedömning av randomiserade studier. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2020. [accessed Aug 30 2022]. Available from: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_randomiserade_studier_tilldelas.pdf.
52. SBU. Bedömning av icke-randomiserade studier av interventioner. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2020. [accessed Aug 30 2022]. Available from: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_icke_randomiserade_studier_tilldelas.pdf.
53. SBU. Bedömning av studier med kvalitativ metodik. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022. [accessed Oct 25 2022]. Available from: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf.
54. Comprehensive Meta-Analysis (CMA). New Jersey, USA: Biostat Inc. Available from: https://www.meta-analysis.com/.
55. Review Manager (RevMan). Version 5.3. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration; 2014.
56. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2 ed. Hillsdale: L. Erlbaum Associates; 1988.
57. Whiteford HA, Harris MG, McKeon G, Baxter A, Pennell C, Barendregt JJ, et al. Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2013;43(8):1569-85. Available from: https://doi.org/10.1017/s0033291712001717.

58. Interpreting Cohen's d Effect Size: An Interactive Visualization (Version 2.6.0). Magnusson, K; 2022. [accessed Oct 25 2022]. Available from: https://rpsychologist.com/cohend/.
59. Furukawa TA, Leucht S. How to Obtain NNT from Cohen's d: Comparison of Two Methods. PLOS ONE. 2011;6(4):e19070. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0019070.
60. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2008;8(1):45. Available from: https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45.
61. GRADE. The GRADE working group. [accessed Aug 11 2022]. Available from: http://www.gradeworkinggroup.org/.
62. GRADE-CERQual. The GRADE-CERQual project group. [accessed Aug 11 2022]. Available from: https://www.cerqual.org/.
63. SBU. Internetförmedlad psykologisk behandling – jämförelse med andra behandlingar vid psykiatriska syndrom. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. SBU Utvärderar 337. [accessed Aug 30 2022]. Available from: https://www.sbu.se/337.
64. Ammerman RT, Putnam FW, Altaye M, Stevens J, Teeters AR, Van Ginkel JB. A clinical trial of in-home CBT for depressed mothers in home visitation. Behav Ther. 2013;44(3):359-72. Available from: https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.01.002.
65. Honey KL, Bennett P, Morgan M. A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression. Br J Clin Psychol. 2002;41(Pt 4):405-9. Available from: https://doi.org/10.1348/014466502760387515.
66. Hou Y, Hu P, Zhang Y, Lu Q, Wang D, Yin L, et al. Cognitive behavioral therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression. Braz J Psychiatry. 2014;36(1):47-52. Available from: https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1170.
67. Leung SS, Lee AM, Wong DF, Wong CM, Leung KY, Chiang VC, et al. A brief group intervention using a cognitive-behavioural approach to reduce postnatal depressive symptoms: a randomised controlled trial. Hong Kong Med J. 2016;22 Suppl 2:S4-8.
68. Milgrom J, Danaher BG, Gemmill AW, Holt C, Holt CJ, Seeley JR, et al. Internet Cognitive Behavioral Therapy for Women With Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster. J Med Internet Res. 2016;18(3):e54. Available from: https://doi.org/10.2196/jmir.4993.
69. Milgrom J, Danaher BG, Seeley JR, Holt CJ, Holt C, Ericksen J, et al. Internet and Face-to-face Cognitive Behavioral Therapy for Postnatal Depression Compared With Treatment as Usual: Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster. J Med Internet Res. 2021;23(12):e17185. Available from: https://doi.org/10.2196/17185.
70. Milgrom J, Holt CJ, Gemmill AW, Ericksen J, Leigh B, Buist A, et al. Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling. BMC Psychiatry. 2011;11:95. Available from: https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-95.
71. O'Mahen HA, Richards DA, Woodford J, Wilkinson E, McGinley J, Taylor RS, et al. Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. Psychol Med. 2014;44(8):1675-89. Available from: https://doi.org/10.1017/S0033291713002092.
72. O'Mahen HA, Woodford J, McGinley J, Warren FC, Richards DA, Lynch TR, et al. Internet-based behavioral activation--treatment for postnatal depression (Netmums): a

randomized controlled trial. J Affect Disord. 2013;150(3):814-22. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.005.
73. Pinheiro RT, Botella L, de Avila Quevedo L, Pinheiro KAT, Jansen K, Osório CM, et al. Maintenance of the Effects of Cognitive Behavioral and Relational Constructivist Psychotherapies in the Treatment of Women with Postpartum Depression: A Randomized Clinical Trial. J Constr Psychol. 2014;27(1):59-68. Available from: https://doi.org/10.1080/10720537.2013.814093.
74. Prendergast J, Austin M-P. Early Childhood Nurse-Delivered Cognitive Behavioural Counselling for Post-Natal Depression. Australas Psychiatry. 2001;9(3):255-9. Available from: https://doi.org/10.1046/j.1440-1665.2001.00330.x.
75. Pugh NE, Hadjistavropoulos HD, Dirkse D. A Randomised Controlled Trial of Therapist-Assisted, Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Women with Maternal Depression. PLoS One. 2016;11(3):e0149186. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149186.
76. Van Lieshout RJ, Layton H, Savoy CD, Haber E, Feller A, Biscaro A, et al. Public Health Nurse-delivered Group Cognitive Behavioural Therapy for Postpartum Depression: A Randomized Controlled Trial. Can J Psychiatry. 2022;67(6):432-40. Available from: https://doi.org/10.1177/07067437221074426.
77. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory : manual. 2 ed. San Antonio, Texas: Psychological Corp; 1996.
78. Dennis CL, Grigoriadis S, Zupancic J, Kiss A, Ravitz P. Telephone-based nurse-delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: nationwide randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2020;216(4):189-96. Available from: https://doi.org/10.1192/bjp.2019.275.
79. Mulcahy R, Reay RE, Wilkinson RB, Owen C. A randomised control trial for the effectiveness of group Interpersonal Psychotherapy for postnatal depression. Arch Womens Ment Health. 2010;13(2):125-39. Available from: https://doi.org/10.1007/s00737-009-0101-6.
80. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(11):1039-45. Available from: https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.11.1039.
81. Vigod SN, Slyfield Cook G, Macdonald K, Hussain-Shamsy N, Brown HK, de Oliveira C, et al. Mother Matters: Pilot randomized wait-list controlled trial of an online therapist-facilitated discussion board and support group for postpartum depression symptoms. Depress Anxiety. 2021;38(8):816-25. Available from: https://doi.org/10.1002/da.23163.
82. Reay RE, Owen C, Shadbolt B, Raphael B, Mulcahy R, Wilkinson RB. Trajectories of long-term outcomes for postnatally depressed mothers treated with group interpersonal psychotherapy. Arch Womens Ment Health. 2012;15(3):217-28. Available from: https://doi.org/10.1007/s00737-012-0280-4.
83. Posmontier B, Neugebauer R, Stuart S, Chittams J, Shaughnessy R. Telephone-Administered Interpersonal Psychotherapy by Nurse-Midwives for Postpartum Depression. J Midwifery Womens Health. 2016;61(4):456-66. Available from: https://doi.org/10.1111/jmwh.12411.
84. Posmontier B, Bina R, Glasser S, Cinamon T, Styr B, Sammarco T. Incorporating Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression Into Social Work Practice in Israel. Res Soc Work Pract. 2019;29(1):61-8. Available from: https://doi.org/10.1177/1049731517707057.

85. Glavin K, Smith L, Sorum R, Ellefsen B. Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. J Adv Nurs. 2010;66(6):1317-27. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05263.x.
86. Morrell CJ, Slade P, Warner R, Paley G, Dixon S, Walters SJ, et al. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. BMJ. 2009;338:a3045. Available from: https://doi.org/10.1136/bmj.a3045.
87. Tamaki A. Effectiveness of home visits by mental health nurses for Japanese women with post-partum depression. Int J Ment Health Nurs. 2008;17(6):419-27. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00568.x.
88. Wickberg B, Hwang CP. Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. J Affect Disord. 1996;39(3):209-16. Available from: https://doi.org/10.1016/0165-0327(96)00034-1.
89. Goodman JH, Prager J, Goldstein R, Freeman M. Perinatal Dyadic Psychotherapy for postpartum depression: a randomized controlled pilot trial. Arch Womens Ment Health. 2015;18(3):493-506. Available from: https://doi.org/10.1007/s00737-014-0483-y.
90. Gelfand DM, Teti DM, Seiner SA, Jameson PB. Helping mothers fight depression: Evaluation of a home-based intervention program for depressed mothers and their infants. J Clin Child Psychol. 1996;25(4):406-22. Available from: https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2504_6.
91. Ugarriza DN. Group therapy and its barriers for women suffering from postpartum depression. Arch Psychiatr Nurs. 2004;18(2):39-48. Available from: https://doi.org/10.1053/j.apnu.2004.01.002.
92. Hadfield H, Glendenning S, Bee P, Wittkowski A. Psychological Therapy for Postnatal Depression in UK Primary Care Mental Health Services: A Qualitative Investigation Using Framework Analysis. J Child Fam Stud. 2019;28(12):3519-32. Available from: https://doi.org/10.1007/s10826-019-01535-0.
93. Masood Y, Lovell K, Lunat F, Atif N, Waheed W, Rahman A, et al. Group psychological intervention for postnatal depression: a nested qualitative study with British South Asian women. BMC Womens Health. 2015;15:109. Available from: https://doi.org/10.1186/s12905-015-0263-5.
94. O'Mahen HA, Grieve H, Jones J, McGinley J, Woodford J, Wilkinson EL. Women's experiences of factors affecting treatment engagement and adherence in internet delivered Behavioural Activation for Postnatal Depression. Internet Interv. 2015;2(1):84-90. Available from: https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.11.003.
95. Shakespeare J, Blake F, Garcia J. How do women with postnatal depression experience listening visits in primary care? A qualitative interview study. J Reprod Infant Psychol. 2006;24(2):149-62. Available from: https://doi.org/10.1080/02646830600643866.
96. Slade P, Morrell CJ, Rigby A, Ricci K, Spittlehouse J, Brugha TS. Postnatal women's experiences of management of depressive symptoms: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2010;60(580):e440-8. Available from: https://doi.org/10.3399/bjgp10X532611.
97. Turner KM, Chew-Graham C, Folkes L, Sharp D. Women's experiences of health visitor delivered listening visits as a treatment for postnatal depression: a qualitative study. Patient Educ Couns. 2010;78(2):234-9. Available from: https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.05.022.
98. Rossiter C, Fowler C, McMahon C, Kowalenko N. Supporting depressed mothers at home: their views on an innovative relationship-based intervention. Contemp Nurse. 2012;41(1):90-100. Available from: https://doi.org/10.5172/conu.2012.41.1.90.

99. Pugh NE, Hadjistavropoulos HD, Hampton AJD, Bowen A, Williams J. Client experiences of guided internet cognitive behavior therapy for postpartum depression: a qualitative study. Arch Womens Ment Health. 2015;18(2):209-19. Available from: https://doi.org/10.1007/s00737-014-0449-0.
100. Morrell CJ, Warner R, Slade P, Dixon S, Walters S, Paley G, et al. Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomised trial and economic evaluation. The PoNDER trial. Health Technol Assess. 2009;13(30):iii-iv, xi-xiii, 1-153. Available from: https://doi.org/10.3310/hta13300.
101. Stevenson MD, Scope A, Sutcliffe PA, Booth A, Slade P, Parry G, et al. Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: a systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness and value of information analyses. Health Technol Assess. 2010;14(44):1-107, iii-iv. Available from: https://doi.org/10.3310/hta14440.
102. Barnhälsovård. Barnhälsovården i Kronoberg - för en jämlik barnhälsa. Årsrapport 2021. Växjö: Region Kronoberg; 2021. [accessed Oct 25 2022]. Available from: https://www.regionkronoberg.se/contentassets/917a001acd1142f5920179050b38d09a/arsredovisning-barnhalsovard-2021.pdf.
103. SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag Svensk författningssamling. Stockholm: Socialdepartementet. [accessed Oct 25 2022]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30#K17.
104. Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Artikelnummer 2022-2-7759. [accessed Oct 26 2022]. Available from: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7200.pdf.
105. Furmark C, Neander K. Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning. Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (Nka). 2018:2. [accessed Oct 25 2022]. Available from: https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/barn-som-anhorig/spad--och-smabarnsverksamheterteam-i-sverige--en-kartlaggning/bsa-2018-2_furmark_neander_webb.pdf.
106. Cuijpers P, Franco P, Ciharova M, Miguel C, Segre L, Quero S, et al. Psychological treatment of perinatal depression: a meta-analysis. Psychol Med. 2021:1-13. Available from: https://doi.org/10.1017/S0033291721004529.
107. Hadfield H, Wittkowski A. Women's Experiences of Seeking and Receiving Psychological and Psychosocial Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Thematic Synthesis of the Qualitative Literature. J Midwifery Womens Health. 2017;62(6):723-36. Available from: https://doi.org/10.1111/jmwh.12669.
108. Cuijpers P, Quero S, Noma H, Ciharova M, Miguel C, Karyotaki E, et al. Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. World Psychiatry. 2021;20(2):283-93. Available from: https://doi.org/10.1002/wps.20860.
109. Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. Ann Fam Med. 2016;14(5):463-72. Available from: https://doi.org/10.1370/afm.1967.
110. McPherson S, Wicks C, Tercelli I. Patient experiences of psychological therapy for depression: a qualitative metasynthesis. BMC Psychiatry. 2020;20(1):313. Available from: https://doi.org/10.1186/s12888-020-02682-1.
111. Lewin S, Bohren M, Rashidian A, Munthe-Kaas H, Glenton C, Colvin CJ, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 2: how

to make an overall CERQual assessment of confidence and create a Summary of Qualitative Findings table. Implement Sci. 2018;13(Suppl 1):10. Available from: https://doi.org/10.1186/s13012-017-0689-2.

14. Bilagor

Bilaga 1 Sökstrategier

Bilaga 2 Exkluderade artiklar och artiklar med hög risk för bias eller stora metodbrister

Bilaga 3 Tabell över inkluderade kvantitativa studier

Bilaga 4 Extraktion av meningsbärande enheter och koder

Bilaga 5 Tabell över inkluderade studier med kvalitativ metodik

Bilaga 6 Tabell över inkluderade studier, hälsoekonomi

Bilaga 7 Granskningsmallar

Bilaga 8 Etisk vägledning

Bilaga 9 Information om interventionerna i studierna