

Förebyggande av postpartumdepression

Psykosocial och psykologisk profylax mot depression efter förlossningen

Inledning

Depression efter förlossningen, så kallad postpartumdepression (kallas även för förlossningsdepression), drabbar 8–15 procent av alla nyblivna mödrar i Sverige under de första månaderna efter barnets födelse (cirka 10 000 kvinnor årligen). En depression [påverkar inte bara den drabbade](#), utan även spädbarnet, partnern och andra i familjen. Det som skiljer depression efter förlossning från depression vid andra tider i livet är att familjen, och speciellt spädbarnet, befinner sig i ett utsatt läge. Effektiva insatser som förebygger depression efter förlossning skulle inte bara gagna den drabbade kvinnan utan även minska riskerna för en långsiktig negativ påverkan på barnen.

Här sammanfattar och kommenterar SBU en systematisk översikt från The Cochrane Collaboration som har sammanställt det vetenskapliga underlaget om effekten av psykosociala och psykologiska behandlingar för att förebygga depression efter förlossning [1].

Kommenterad rapport

Dennis CL, Dowswell T. [Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;2. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3

Publikationsdatum: Februari 2013
Senaste sökdatum: December 2012

SBU:s kommentar

Den systematiska översikten visar att psykosociala och psykologiska interventioner i sen graviditet eller inom sex veckor efter förlossningen kan minska risker för postpartumdepression jämfört med sedvanlig hälsovård:

- Individuellt anpassade behandlingar (psykosociala eller psykologiska) som inleds kort efter förlossningen är mest effektiva.
- Psykosocialt stöd i form av individualiserade hembesök av vårdpersonal efter förlossningen förebygger depressiva symtom och minskar risken för att insjukna med cirka 40 procent.

- Gruppterapi (psykosociala eller psykologiska) före och efter förlossningen hade ingen förebyggande effekt.

SBU:s specifika kommentarer på översikten

- Av de utvärderade psykologiska interventionerna var det endast interpersonell psykoterapi (IPT) som uppvisade effekt i att förebygga depression efter förlossning. IPT är en av Socialstyrelsens [rekommendationer](#) vid behandling av [egentlig depression](#).
- Enligt rapporten är insatser till kvinnor som har screenats för depressionssymtom mer effektiva än interventioner till nyförlösta kvinnor oavsett om de visar några tecken på depression. Enligt [Socialstyrelsens riktlinjer](#) bör nyblivna mammor [screenas](#) 6–8 veckor efter förlossningen i syfte att hitta kvinnor med depressiva symtom. Detta sker oftast vid ett besök på barnhälsovården, men kan också ske i samband med efterkontrollen på mödrahälsovården. I april 2014 publicerade Socialstyrelsen "[Vägledning för barnhälsovården](#)" samt "[Kunskapsstöd för mödrahälsovården](#)" som tar upp screening med EPDS.
- Överförbarhet av resultaten till svenska förhållanden kan ifrågasättas. Majoriteten av de ingående studierna är från Australien, England och USA där hälsovården skiljer sig på flera sätt från svensk mödra- och barnhälsovård. Det är därför inte säkert att man skulle få samma resultat i Sverige. Det vore önskvärt med studier som bekräftar att de undersökta metoderna ger samma effekt och kostnadseffektivitet även hos blivande och nyblivna mammor i Sverige.
- Kognitiv beteendeterapi (KBT) används ofta vid behandling av depression i Sverige. I Cochrane-rapporten kommer man dock fram till att det vetenskapliga underlaget för KBT är otillräckligt för att visa en förebyggande effekt

på depressiva symtom vid depression efter förlossning. Här behövs fler studier.

- En amerikansk studie visade att lekmanbaserat telefonstöd kan förebygga uppkomsten av depressiva symtom efter förlossning. Det behövs mer forskning för att undersöka om denna metod kan anpassas till svenska förhållanden, och särskilt om telefonstödet kan tillämpas på kvinnor med ett annat modersmål än svenska som bedömts ha en lindrig depression enligt EPDS- screening och behöver stöd i sitt modersmål. I denna studie användes EPDS per telefon av lekman, vilket inte är korrekt enligt upphovsmännen, då skalan är konstruerad för att användas av vårdpersonal.
- Ett intressant fynd i rapporten är att lekmanbaserat telefonstöd gav större effekt än hembesök av lekman. En förklaring skulle kunna vara att telefonstödet var fokuserat på den nyblivna mamman, medan hembesöket var mer fokuserat på barnet och hemmiljön.

Sammanfattning av originalrapporten

Om studierna

Denna Cochrane-rapport är en uppdatering av en rapport som publicerades 2009.

Rapporten omfattar 28 randomiserade kontrollerade studier publicerade mellan 1995 och 2011 med låg risk för bias, enligt författarna. Tillsammans innefattar studierna 16 912 gravida eller nyförlösta (mindre än 6 veckor efter förlossning) kvinnor från sju olika länder: Australien (8), Storbritannien (8), USA (7), Kina (2), Kanada (1), Tyskland (1) och Indien (1). Endast studier där behandlingen började inom sex veckor efter förlossningen inkluderades. Tolv av studierna riktade sig mot kvinnor med en ökad depressionsrisk. Studierna där fler än 20 procent av kvinnorna var deprimerade i början av studien exkluderades. Ingen avgränsning gjordes på kvinnans ålder eller antal tidigare förlossningar.

Syftet var att undersöka den förebyggande effekten av olika former av psykologiska eller psykosociala behandlingar mot uppkomsten av depressionssymtom hos nyblivna mödrar jämfört med standardbehandling¹. De ingående studierna hade olika design. Behandlingen varierade från enstaka insatser till behandling vid flera upprepade tillfällen och med varierande start från strax före förlossningen till sex veckor efter att barnet fötts.

¹ Sedvanligt omhändertagande på mödra-, förlossnings- samt barnhälsovården.

Mätningstidpunkterna varierade från 3 till mer än 24 veckor efter förlossningen.

Primärt effektmått var depressionssymtom. Depressionssymtom mättes i 21 studier med självskattningsformuläret [Edinburgh Postnatal Depression Scale \(EPDS\)](#) med en gräns för trolig depression på ≥ 10 eller $\geq 12^2$ av 30 möjliga poäng. Andra självskattningsskalor som användes ensamt eller tillsammans med EPDS, var Beck Depression Inventory, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Kessler-10, eller SF36 Mental Health Subscale. I fyra studier användes det semistrukturerade intervjuformuläret Structured Clinical Interview for DSM-IV, och i en studie användes en icke namngiven semistrukturerad intervju.

Sex olika psykosociala behandlingar utvärderades:

- Gruppterapi före eller efter förlossning
- Lekmanbaserat telefonstöd
- Hembesök av vårdpersonal
- Hembesök av lekman (postnatal support worker)
- Läkarbesök en vecka efter förlossning
- Kontinuitetsvårdmodeller (används inte i Sverige).

Tre olika psykologiska behandlingar utvärderades:

- [Interpersonell psykoterapi \(IPT\)](#)
- [Kognitiv beteendeterapi \(KBT\)](#)
- [Debriefing](#).

Flera subgruppsanalyser gjordes, baserade på till exempel uppföljningstid, individuell eller gruppbehandling, eller screeningmetod.

Resultat

Enbart resultat för primära effektmått redovisas här, för övriga resultat hänvisas till originalrapporten.

Alla behandlingar sammantaget

Kvinnor som har fått någon psykosocial eller psykologisk behandling under graviditeten eller med start före sex veckor efter förlossning, var mindre benägna att få depression efter förlossningen än de som fick standardbehandling:

- depression eller inte, [RR](#) 0,78; 95 % KI, 0,66 till 0,93 (20 studier, n=14 727)
- mätning av depressionssymtom på kontinuerliga skalor [SMD](#) -0,13; 95 % KI, -0,28 till 0,01 (19 studier, n=12 376).

Minskningen i RR var störst för de kvinnor där sista mätning gjordes minst 24 veckor efter förlossningen (24+ veckor: [RR](#) 0,66; 95% KI, 0,54 till 0,82; 5 studier, n=2 936).

² Det lägre gränsvärdet ger en högre sensitivitet för att hitta tecknen på depression medan det högre gränsvärdet ökar specificiteten [2].

Psykosocial behandling

Psykosociala behandlingar minskade i snitt risken för depression efter förlossning med 17 procent jämfört med standardbehandlingen (RR 0,83; 95% KI, 0,70 till 0,99 (12 studier, n=11 322)).

I två av de redovisade psykosociala behandlingarna visades tydliga förebyggande effekter mot depressiva symtom:

- hembesök av vårdpersonal (RR 0,56; 95 % KI, 0,43 till 0,73; 2 studier, 1 262 patienter)
- lekmanbaserat telefonstöd (RR 0,54; 95 % KI, 0,38 till 0,77; 1 studie, 612 patienter).

Ingen signifikant förebyggande effekt på depressiva symtom hittades för gruppterapi före eller efter förlossningen, hembesök av lekmän, tidig uppföljning efter förlossning, eller kontinuitetsvårdmodeller.

Psykologisk behandling

Kvinnor som fått någon psykologisk intervention var mindre benägna att få depression efter förlossningen vid den sista analyserade tidpunkten än de som fick standardbehandlingen (RR 0,61; 95 % KI, 0,39 till 0,96; 8 studier; n=3 405 och SMD -0,10; 95 % KI, -0,31 till 0,13; 7 studier, n=1 432).

Bland de analyserade psykologiska behandlingarna visade enbart IPT en förebyggande effekt mot depressiva symtom (5 studier, 366 patienter SMD -0,27; 95 % KI, -0,52 till -0,01; 5 studier, 366 patienter).

Man kunde inte se någon signifikant förebyggande effekt på depressiva symtom vid debriefing (5 studier, 3 050 patienter) eller behandling med KBT (1 studie, 150 patienter).

Metaanalyser

Individanpassade behandlingar gav en minskad relativ risk för nedstämdhetssymtom över standardbehandlingar (RR 0,71; 95 % KI, 0,56 till 0,91; 11 studier, n=10 653). Däremot sågs ingen statistiskt signifikant effekt vid gruppterapi (RR 0,92; 95 % KI, 0,71 till 1,19; 6 studier, n=1 813).

I de studier där kvinnor valts ut för att de löpte större risk för att insjukna i depression efter förlossning, visade det sig att interventionerna hade bättre förebyggande effekt mot depressiva symtom (RR 0,66; 95 % KI, 0,50 till 0,88, 8 studier, n=1 853; och SMD -0,13; 95 % KI, 0,25 till -0,01, 7 studier, n=1 087) än studierna där kvinnor utan uttalad risk valdes (RR 0,83; 95 % KI, 0,68 till 1,02, 12 studier, n=12 874 och 12 studier, n=11 289; SMD -0,15; 95 % KI, -0,33 till 0,04).

Slutsatser enligt originalrapport

Författarna påpekar att heterogenitet i effekten av förebyggande insatser och de vitt skilda tidpunkterna för mätningarna bör uppmana till en viss försiktighet i tolkningen av sammanslagna data.

Författarna anser att behandlingar som är individuellt anpassade och inleds kort efter födseln är mest lovande:

- Hembesök av vårdpersonal
- Lekmanbaserat telefonstöd
- Interpersonell psykoterapi.

Enligt författarna kan interventioner riktade till mödrar som löper högre risk för depressioner ha störst nytta och bli mer genomförbara än de som riktar sig till alla nyblivna mödrar. Dock varnar författarna för att det inte finns något pålitligt sätt att förutsäga om en symptomfri kvinna kommer att utveckla depressionssymtom vid ett senare tillfälle.

Kurser eller gruppterapi, före eller efter förlossning, verkar inte fungera enligt författarna.

Bevisen om effekten på depression efter förlossning är otillräckliga för:

- hembesök av lekmän efter förlossning
- tidig uppföljning efter förlossning
- kontinuitet/vårdmodeller
- psykologisk debriefing
- KBT.

Kunskapsluckor (enligt rapport)

I endast en studie har man undersökt förebyggande effekt av KBT i grupp mot utvecklingen av depression efter förlossningen, och där var inte effekten statistiskt signifikant. Författarna till Cochrane-rapporten tyckte att fler studier om effekten av KBT för att förebygga depression efter förlossning bör prioriteras.

Ingen av studierna testade förebyggande effekt av collaborative care eller stegvisa vårdbehandlingar mot depression efter förlossning, trots att båda behandlingsmetoderna har bra effekt vid egentlig depression, enligt författarna.

SBU:s granskning av originalrapporten

Vid SBU:s kvalitetsbedömning av originalöversikten användes en granskningsmall för systematiska översikter [3]. Granskningen visade att studieurval och dataextraktion uppfyllde definierade kvalitetskrav för en systematisk översikt. Cochraneöversikten saknar hälsoekonomisk utvärdering och litteratursökningen är inte utförd på ett alltför transparent sätt.

Depression efter förlossning – effekter på barnet

Depression eller depressionssymtom, särskilt om de blir långvariga, kan försvåra för mamman att samspela på ett känsligt och lyhört sätt med barnet. Detta kan hindra utvecklingen av en trygg anknytning mellan mamma och barn, och påverka barnets socio-, emotionella- och kognitiva utveckling negativt [4]. Flera longitudinella studier har visat att depression efter förlossning har en negativ effekt för barnets utveckling under spädbarnstiden och ända till åtminstone tonåren [5].

Psykologiska termer

Postpartumdepression

Postpartumdepression, som också kallas för förlossningsdepression, används för att beskriva en lindrig till måttlig depression som inträffar inom de första tre månaderna efter förlossningen. Postpartumdepression kan också förekomma hos nyblivna pappor.

Varken **ICD-10-SE** (internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem, tionde revisionen) eller **DSM-5** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – femte revisionen) klassificerar postpartumdepression som skilt från egentlig depression i andra skeden i livet, även om båda manualerna tillåter beteckningen post partum eller puerperal (dvs i samband med förlossning) om depressionen debuterar inom sex (F53) respektive fyra veckor från barnafödande.

Egentlig depression

En episod av egentlig depression är ett allvarligt kliniskt tillstånd som beskrivs i både **DSM-5** och **ICD-10-SE**. Kärnsymtom är nedsatt stämningsläge, minskat intresse för dagliga aktiviteter eller nedsatta energinivåer (bara ICD-10) som har pågått större delen av tiden under två veckor. För att få diagnosen egentlig depression måste personen uppleva minst ett av kärnsymtomen samt flera andra karakteristiska symtom såsom förändringar i sömn- och matvanor, förändringar i aktivitetsgrad, nedsatt koncentrationsförmåga, skuld eller självmordstankar.

fortsätter i nästa spalt

Psykologiska termer, fortsättning

Interpersonell psykoterapi (IPT)

IPT är en strukturerad form av psykoterapi där fokus ligger på hur mänskliga relationer medverkar till psykologisk stress eller tvärtom, hur psykologiska besvär påverkar våra relationer till andra.

IPT är effektivt för att behandla lindriga och måttliga egentliga depressioner (Evidensstyrka 1, enligt det gamla evidensgraderingssystemet) enligt SBU:s rapport "Behandling av depressionssjukdomar, volym 3" [6].

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

KBT är ett samlingsnamn för psykoterapier där en person tränar på att bygga och använda sig av nya beteenden och tankemönster för att minska psykologiska besvär.

KBT är effektivt för att behandla lindriga och måttliga egentliga depressioner (Evidensstyrka 1 enligt det gamla evidensgraderingssystemet) enligt SBU:s rapport "Behandling av depressionssjukdomar, volym 3" [6].

Debriefing

Debriefing är en form av bearbetning med syfte att minska stressreaktionerna efter ett trauma samt påskynda återhämtningsprocessen. I bästa fall tyder evidensen på att debriefing inte fungerar, och i vissa fall kan det utlösa posttraumatisk stress hos dem som utsatts för debriefing [7].

Collaborative care

Enligt Socialstyrelsen, beskriver begreppet **collaborative care** en vårdorganisation med integrering mellan primär- och sekundärvård och med resurstillskott i form av möjlighet till sammansatta interventioner (ofta genom en case manager). I praktiken innebär collaborative care att den somatiska och psykiatriska vården håller ett nära samarbete för att koordinera behandlingen av hela människan. Detta är validerat mot svenska förhållanden [8].

Stegvis vård (stepped care)

Enligt Socialstyrelsen är **stegvis vård** ett sätt att välja mellan olika behandlingsmetoder med väldokumenterad effekt. I stegvisa vårdmodeller väljer man först den minst intensiva behandlingen, om sedan patienten inte uppnår det förväntade resultatet, väljs metoder med stegvis högre intensitet.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

EPDS används för att mäta depressiva symtom i samband med förlossning [9] men är inget diagnostiskt verktyg. Den är översatt till mer än 50 olika språk och används över hela världen [2].

En [svensk version av EPDS](#) har validerats för bruk i Sverige [10–12]. Screening tillsammans med ett förbättrat patientomhändertagande kan signifikant minska symtombördan av postpartumdepression hos nyblivna mammor, enligt SBU:s rapport "Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom" [13]. En svensk journalstudie gjord på barnavårdscentraler visade att 2 procent av mammorna identifierades som deprimerade under de tre första månaderna efter förlossningen utan screening, men där screening med EPDS inleds ökade andelen till 8,4 procent [14].

Enligt [Socialstyrelsens riktlinjer](#) bör nyblivna mammor screenas 6–8 veckor efter förlossningen i syfte av att hitta kvinnor med depressiva symtom. Detta sker oftast vid ett besök på barnhälsovården, där fler än hälften av sjuksköterskorna har utbildats i användning av EPDS i de flesta delar av landet [15]. Även om screening är omfattande i vissa områden, finns det fortfarande kvinnor, särskilt nyblivna mammor med ett annat modersmål än svenska, som aldrig blir screenade.

Om screeningen med EPDS visar tecken på depression bedöms svårighetsgraden av de depressiva symtomen och kvinnan erbjuds stöd i linje med hennes behov. Det kan röra sig om allt från stödjande samtal med BVC-sjuksköterskan till att kvinnan remitteras direkt till psykiatri.

Statistiska begrepp

SMD, Standardised mean difference, ett skaloberoende effektmått där medelvärdeskillnaden dividerats med en vägd spridning avseende interventions- respektive kontrollgrupp. Enheten är standardavvikelse och inte t ex ett värde på en skattningsskala. Enligt konventionen räknas 0,20 som en liten effekt, 0,50 som en måttlig effekt och 0,80 som en stor effekt.

KI = Konfidensintervall; RR = Relativ risk

Referenser

1. Dennis CL, Dowswell T. *Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;2. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub31.
2. Cox J, Holden J, Henshaw C. *Perinatal Mental Health (2nd edn): The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual*, RC Psych; 2014.
3. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.
4. Birgitta Wickberg PH. Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande. *Statens folkhälsoinstitut* 2003;59 2003.
5. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:460-70.
6. SBU. *Behandling av depressionssjukdomar, volym 3. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. SBU-rapport nr 166/3. ISBN 91-87890-94-1.
7. Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD000560. DOI: 10.1002/14651858.CD000560.
8. Akerblad AC, Bengtsson F, Ekselius L, von Knorring L. Effects of an educational compliance enhancement programme and therapeutic drug monitoring on treatment adherence in depressed patients managed by general practitioners. *Int Clin Psychopharmacol* 2003;18:347-54.
9. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
10. Department of Health, Government of Western Australia. (2006). *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translated versions – validated*. Perth, Western Australia: State Perinatal Mental Health Reference Group.
11. Rubertsson C, Borjesson K, Berglund A, Josefsson A, Sydsjö G. The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. *Nord J Psychiatry* 2011;65:414-8.
12. Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:181-4.
13. SBU. *Diagnostik och uppföljning av förstärkningsyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012. SBU-rapport nr 212. ISBN 978-91-85413-52-2.
14. Bagedahl-Strindlund M, Monsen Borjesson K. Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:272-5.
15. Magnusson M, Lindfors A, Tell J. [Big differences in Swedish child health care. Child health care units decide their services – alarming that a national program is missing]. *Lakartidningen* 2011;108:1618-21.

Projektgrupp

Sakkunnig

Ann Josefsson, docent, överläkare, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, Linköping samt adjungerad universitetslektor, Linköpings universitet, Institutionen för klinisk och experimentell medicin, obstetrik och gynekologi

Granskare

Karin Monsen Börjesson, barnmorska, med dr, vårdutvecklare psykosomatisk obstetrik, Kvinnokliniken K 77, Psykosomatiska enheten, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge

Birgitta Wickberg, docent, leg psykolog

Projektledare

Rebecca A Silverstein, SBU

Pernilla Östlund, SBU

Projektadministratör

Madelene Lusth Sjöberg, SBU

Kommenterad rapport

Dennis CL, Dowswell T. [Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013:2. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3

SBU utvärderar sjukvårdens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med svensk vårdpraxis. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården ska utformas.

SBU Kommenterar och sammanfattar utländska medicinska kunskapsöversikter. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit senare.

SBU Kommenterar publicerad: 2014-05-08
Originalrapporten publicerad: Februari 2013
Rapporten kan hittas på www.sbu.se/2014_06

Läs fler SBU Kommenterar på www.sbu.se

Ansvarig utgivare: Måns Rosén, Direktör SBU
Programchef: Jan Liliemark, SBU
Grafisk produktion: Elin Rye-Danjelsen, SBU

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering
Box 3657, 103 59 Stockholm • Olof Palmes Gata 17
Telefon: 08-412 32 00 • Fax: 08-411 32 60
E-post: registrator@sbu.se • www.sbu.se