

Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for samfunnsmedisin

Effect of interventions to prevent depression associated with childbirth in women at risk. A systematic review and meta-analysis.

Effekt av tiltak for å forebygge depresjon i forbindelse med fødsler hos kvinner i risiko. En systematisk oversikt og meta-analyse.

Anette Moltu Thyraug

HEL-3950 Master's thesis in Public Health, Juli 2014

Veileder: Førsteamanuensis Sturla Fossum, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Nord) UiT.

Forord

Interessen for tematikken i oppgaven har oppstått som følge av erfaringer fra praksis som sykepleier og senere helsesøster. Gjennom arbeid i postoperativ/intensiv avdeling ved et sykehus med stor fødeavdeling møtte jeg mange gravide og forløste kvinner med helseutfordringer som utløste behov for overvåkning. Senere møtte jeg syke nyfødte og premature barn og foreldrene deres gjennom arbeid i neonatalavdeling. I begge sammenhenger var det ofte utfordringer knyttet til å etablere gode møter mellom mor og det nyfødte barnet, som på samme måte som sin mor kunne ha en ustabil og uavklart helsetilstand etter fødsel, og som kunne befinne seg på en annen avdeling med vanskelig tilgjengelighet. Gjennom helsestasjonsarbeid senere har interessene utvidet seg fra individrettet arbeid mot folkehelsearbeid.

Jeg vil rette en stor takk til Inger Norderhaug Natvig, som vekket min interesse for kunnskapsoppsummering, og for at hun var en god mentor i innledende fase av oppgaven. Stor takknemlighet rettes også til Sturla Fossum, som uten å nøle tok over ansvaret med å være hovedveileder da det ble nødvendig. I tillegg til å være en svært dyktig fagmann i psykologi og en flink forsker, er han en usedvanlig trivelig kar med stor tålmodighet og toleranse for dem som ikke i like stor grad som han er bevandret i det samme terrenget. Ved biblioteket på Institutt for Psykologi skal Torstein Låg ha takk for god hjelp og støtte i å utvikle strategi for det systematiske litteratursøket. Jeg vil også takke min arbeidsgiver RKBU for å ha gitt meg rom til faglig fordypning. Til slutt, men ikke minst: tusen takk til den kjære mannen min Svein og de flotte ungene Aurora og Sivert for at dere har vist forståelse og aksept for at mye av min tid som kunne ha vært brukt på dere har gått til eksamenslesing og oppgaveskriving.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
1 Sammendrag	4
1 Abstract	5
2 Innledning	6
2.1 Bakgrunn	6
2.2 Depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel	7
2.3 Spedbarn og foreldres depresjon	10
2.4 Problemstilling	12
3 Metode	12
3.1 Utvalgsriterier for litteratursøket	13
3.2 Søkestrategi	14
3.3 Begrensning etter litteratursøket	14
3.4 Fremgangsmåte for meta-analyse	16
4 Resultater	17
4.1 Resultat av litteratursøket	17
4.2 Vurdering av artiklenes kvalitet	18
4.3 Karakteristika ved populasjonene i inkluderte artikler	20
4.4 Resultater fra meta-analysen	20
5 Diskusjon	24
Begrensninger og styrker ved studien	30
6 Konklusjon	31
Referanser	33
Vedlegg 1	36
Vedlegg 2	37
Vedlegg 3	38

1 Sammendrag

Bakgrunn: En andel på 10-15 % av norske gravide og fødende kvinner opplever symptomer på depresjon i et slikt omfang at de kan ha behov for hjelp. I tillegg til å komplisere livsfasen for mor, er det en fare for at barnets utvikling kan påvirkes i negativ retning av morens tilstand.

Mål med oppgaven er å avgjøre om det kan påvises forskjell i effekt av tiltak mellom to grupper kvinner i risiko, selektert på forskjellig måte. Videre relateres funn og tematikk til norske forhold.

Metode: En kunnskapsoversikt publisert av Cochrane Library i 2013 konkluderte med at flere typer tiltak reduserte forekomsten av depresjon, spesielt for kvinner i risiko. Et supplerende systematisk litteratursøk til den omtalte oversikten utføres. Forskningsspørsmålet søkes besvart gjennom bruk av meta- analyse.

Resultater: Som følge av det systematiske litteratursøket ble det funnet ytterligere to vitenskapelige artikler. Kombinert med de sju artiklene fra det opprinnelige søket, ble det til sammen ni. Disse studiene involverte til sammen over 2600 kvinner. Meta- analysen viste at det ikke var noen signifikant forskjell i effekt mellom de to ulike gruppene. Materialets beskaffenhet ga ikke grunnlag for å gjøre moderatoranalyse.

Konklusjon: Denne studien indikerer at det ikke er en forskjell av betydning i effekt av tiltak, etter om man selekterer kvinner i risiko etter risikofaktorer generelt, eller som følge av en forhøyet sum-score på et kartleggingsverktøy. Det er mange spørsmål som bør avklares i arbeidet med å avdekke og å forebygge kvinners depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsler i Norge. Spesielt må fokus på tiltak som spesifikt bedrer deres spedbarns utviklingsvilkår økes.

1 Abstract

Background: A proportion of 10-15% of Norwegian mothers experience symptoms of depression in such an extent that they may need help. In addition to complicate life for the mother, there is a danger that the child's development may be adversely affected by the mother's condition.

Objectives of the study are to determine if it can be proven difference in efficacy of interventions between two groups of women at risk, selected differently. Results and theme are discussed, related to Norwegian conditions.

Methods: A literature review published by the Cochrane Library in 2013 concluded that several types of interventions reduced the incidence of depression, particularly for women at risk. A supplementary systematic search of scientific literature is performed. Meta- analysis is used to find answer to the research question.

Results: As a result of the systematic literature search, two more scientific papers were detected. Combined with the seven articles from the original search, it was a total of nine. These studies involved over 2600 women. Meta-analysis showed that there was no significant difference in efficacy between the two different groups. Constituent material gave no basis for making moderator analysis.

Conclusion: This study indicates that there is no significant difference in the efficacy of interventions if one selects women at risk by risk factors in general, or as a result of elevated total-score of a mapping. There are many questions that should be clarified in the work of uncovering and preventing depression in women during pregnancy and births in Norway. In particular the focus on measures that specifically improves infant's development conditions must be increased.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn

Nedstemthet og depresjon blant kvinner i tilknytning med barnefødsler har fått økende fokus de siste årene. Folkehelseinstituttet anslår forekomsten til at mellom 10 og 15 % av norske gravide og nylig forløste kvinner har symptomer på angst og depresjon av et slikt omfang at det bør utløse ekstra oppmerksomhet fra helsepersonell kvinnene møter i svangerskaps- og barselomsorgen (1). Verdens helseorganisasjon slår fast at depresjon er en ledende årsak til nedsatt funksjonsevne i hele livsløpet, og at depresjon innen år 2020 kommer til å være den sykdom som truer kvinners helse i aller størst grad (2). Det er dermed både et nåværende og framtidig voksende folkehelseproblem vi har med å gjøre.

I Norge er det nå omtrent 160 norske kommuner som har innført screening med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i sine helsestasjoner. Intensjonen bak dette er å identifisere kvinner som kan være deprimerte, eller er i risiko for å utvikle depresjon. Det er videre lagt opp til at kvinner med subkliniske nivåer av depresjonssymptomer skal få mulighet for støttende samtaler i helsestasjonene (3).

Spørsmålet om screening med hensyn til nedstemthet og depresjon for gravide og kvinner som nylig har født, har vært gjenstand for vurdering i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenestene, basert på en kunnskapsoppsummering utført av Kunnskapscenteret (4).

Konklusjonen i rådet var at det ikke ble anbefalt å innføre generell screening med EPDS foreløpig. Noen av grunnene for dette var at screening for barseldepresjon ikke oppfyller WHO sine kriterier for screening og at bruk av EPDS medfører at for mange kvinner tester falsk

positivt. Faren er da at man risikerer og medikalisere normaltstand og å gi unødvendig behandling til friske kvinner (5). Parallelt med dette har Helsedirektoratet etablert opplæringsprogrammet “Tidlig inn”, og tilbyr opplæring i blant annet EPDS for de som arbeider med svangerskaps- og nyfødtsomsorg i norske kommuner (6). I Sverige har det vært en anbefaling fra Socialstyrelsen over flere år å screene med EPDS i barseltiden (7), mens anbefalingen fra National Institute for Clinical Excellence (NICE) i England primært er å benytte Whooley questions (8).

2.2 Depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel

Depresjon er av de vanligste lidelsene for kvinner etter fødsel (9), og tilstanden kan prege en person gjennom følelser som likegyldighet og håpløshet (10). Depressive lidelser kjennetegnes ved at man får senket stemningsleie og følelse av nedtrykthet og meningsløshet. Man mister energi og interesse for andre mennesker, samt daglige gjøremål. I tillegg får man gjerne nedsatt selvfølelse og økning i selvbebreidelser og skyldfølelse. Evne til å være glad svekkes og spesielt kvinner har tendens til å bli blir triste og trekker seg gjerne tilbake (11). Ved depresjon endres tankemønstre negativt, med overdimensjonering av negative responser fra andre og tilsvarende manglende registrering av vennlighet. En deprimert person kan derfor oppleves krevende å leve sammen med for sine nære. For de som blir deprimerte, vil halvparten oppleve depresjon senere (11).

Betegnelsen depresjon brukes ofte om et vidt spekter av nedstemthet, også når symptombyrden ikke nødvendigvis kvalifiserer for diagnosen klinisk depresjon (1). Selv om svangerskap og barseltid inntil fem måneder etter fødsel kan være en sårbar periode med inntil tre ganger så høy

sjanse for å utvikle depresjon (12), er det ikke slik at depresjoner som oppstår i denne fasen av livet skiller seg vesentlig fra depresjoner som oppstår ellers i livet (13). Depresjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel er ingen egen kategori i diagnosesystemene ICD-10 og DSM IV, men det ser heller ut til at denne perioden av livet kan vekke gamle bekymringer og at tidligere sårbarhet kan reaktiveres (13).

Det er mange ulike faktorer som kan spille inn i utvikling av nedstemthet og depresjon og det er ofte slik at jo flere risikofaktorer som er tilstede, jo større er faren for depresjonsutvikling (1).

Ved analyse av data fra den store mor-barn kohorten (MoBa) i regi av Folkehelseinstituttet, er det funnet at et dårlig forhold til partner er den mest dominerende enkeltfaktor i forhold til depresjonsutvikling hos kvinner som har født (14). I figur 1 s. 9 er karakteristika hos mor sammenfattet i en teoretisk modell, og sårbarhetsfaktorer som tankemønster, personlighet, utdanning og stress blir nevnt (15).

Uten behandling vil en alvorlig depressiv tilstand gjerne vare et halvt år. Behandling med medikamenter eller samtaler, som for eksempel kognitiv samtaleterapi, kan lette på symptomene og forkorte sykdomsperioden- som imidlertid ofte har spontan tilfriskning (11).

Behandlingsmetoder som anbefales er psykososial støtte, og i tillegg til kognitiv samtaleterapi kan interpersonlig psykoterapi eller problemløsningstilnærming brukes. Antidepressiva anbefales, men ikke for de lettere tilstander i første omgang (16).



Figur 1. Oversatt fra artikkelen “ A model based intervention for depressed mothers and their infants” (15). Benyttet med tillatelse fra hovedforfatter Karin van Doesum.

Selv om det etter hvert er god dokumentasjon på hva som kan være effektiv behandling av sykdommen depresjon og forstadier til sykdom, er ikke kunnskapsgrunnlaget like klart med hensyn til om disse metodene er hensiktsmessige å benytte i primærforebygging av lidelsen, og på hvilken måte det er best å organisere dette. Dette forholdet påpekes i en Cochrane review publisert i 2013 (17), der noe av utgangspunktet er at kunnskap om behandling av depresjon teoretisk sett kan være nyttig med hensyn til hvordan man kan forebygge tilstanden. I en rapport fra Folkehelseinstituttet (18) fremheves viktigheten av også å sette fokus på samfunnsforhold som gir grobunn for utvikling av depresjon hos enkeltindivider. Dette er forhold som dreier seg om sosial ulikhet, arbeidsledighet, marginalisering av innvandrere og mindre velfungerende nærmiljøer (18). Den teoretiske modellen i figur 1 (15) illustrerer også tydelig at faktorer og

omstendigheter utenfor selve individet, som i mors omgivelser og miljø har betydning for utviklingen av en mulig depresjon hos henne.

2.3 Spedbarn og foreldres depresjon

En av begrunnelsene for at man bør ha fokus på depresjon hos gravide og kvinner som har født, er konsekvensene deres sinnstilstand kan ha for deres spedbarn (1). Årsaken til dette er at symptomene på depresjon, som beskrevet i 2.2, kan minske mors kapasitet til å være i et adekvat samspill med barnet. Når den voksne er preget av depressive symptomer, kan det være vanskelig for vedkommende å fange opp barnets signaler, fortolke dem på hensiktsmessig vis og å gi et adekvat tilsvarende (19). I denne perioden der barnet er som mest sårbar og avhengig av sin omsorgsperson, har en manglende sensitivitet hos foreldre størst skadepotensiale.

En alvorlig konsekvens av samspillsvansker kan være at barnets tilknytning blir skadelidende, og tilknytningen til et barn utgjør et viktig fundament for barnets videre utvikling og helse (20).

Figur 1 (15) s. 9 illustrerer også mulige negative utviklingsmessige utfall for barnet, som økt sårbarhet og nedsatt mestringsevne, når mor er deprimert. En studie relatert til norske forhold (21) viser at barn av deprimerte mødre har økt forekomst av atferdsvansker. De har også seks ganger høyere risiko for å utvikle egen depresjon, sammenlignet med barn som ikke har mødre som er deprimerte. Barna er også mer utsatte for å utvikle hyperkinetiske forstyrrelser, rusmisbruk, og man anser depresjon hos mor som medierende faktor for utvikling av uhensiktsmessig tilknytningsmønster hos barnet. (21)

I tillegg til utfall hos barnet som kan tilskrives interaksjon og samspillskvalitet etter fødsel, er det viktig å merke seg at figur 1(15) s. 9 viser at overføring av genetisk og biokjemisk art under svangerskapet også har en rolle. Resultater fra en stor engelsk kohort- studie (22) indikerer at depresjon hos mor i svangerskapet er en selvstendig faktor for utvikling av depresjon hos barnet ved 18 års alder, og støtter teorien om at biokjemisk påvirkning av fosteret har betydning for senere utfall. Den samme studien viste også at når det gjaldt depresjon etter fødsel, klarte barn med mødre som hadde høyere utdanning seg bra mens barn av kvinner i en mer ressurs svak livssituasjon hadde økt risiko for utvikling av egne problemer som følge av morens depresjon (22).

Antidepressiva anbefales av WHO ikke brukt i behandling av depresjon hos barn (16).

Antidepressiva brukes imidlertid i behandling av depresjon under svangerskap, men man har i liten grad kjennskap til hvilke langtidsvirkninger dette kan ha for barnet. En studie basert på data fra Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa), indikerer sammenheng mellom bruk av antidepressiva i svangerskap og forsinket språkutvikling hos barnet (23).

Når man er opptatt av å forbygge at spedbarn ikke skal ta skade av mors depresjon er det vist at det ikke er tilstrekkelig å behandle mors depresjon og slik fjerne en risikofaktor for barnet. I en metaanalyse er det vist at hvis depresjon først har oppstått og uheldige mønster for interaksjon har etablert seg med følgen at kontakten er mangelfull, er det nødvendig med tiltak innrettet mot å gjenskape kontakten mellom mor og barn (24). En helsefremmende kontakt kommer dermed ikke nødvendigvis av seg selv, selv om risikofaktoren depresjon hos mor forsvinner. Et tiltak som har vist god effekt med hensyn til å etablere godt samspill mellom deprimerte mødre og deres spedbarn er "Parent- baby intervention" av Karin van Doesum (25). I dette tiltaket trener mor

sammen med en veileder på kommunikasjon med barnet, og mor lærer og utvikler seg gjennom tilbakemelding på videoopptak fra treningssekvensene (25). Et annet viktig funn i van Doesum sin studie er imidlertid at mødre med høyere nivåer av livs stress, i mindre grad profiterer på intervensjonen. Et forslag er at de som en del av tiltakspakken får hjelp til å arbeide med de underliggende livsfaktorene som stresser dem (26).

2.4 Problemstilling

I oppgaven søkes det svar på følgende spørsmål:

Basert på en kunnskapsoppsummering foretatt av Cochrane Library (17) vil det vurderes om det er noen signifikant forskjell i effekt av tiltak, med hensyn til å forbygge depresjon i forbindelse med barnefødsler mellom to ulike kategorier risikogrupper kvinner.

Funnet vil diskuteres opp mot relevans for norske forhold, og hvilken innsikt dette kan gi med hensyn til hvordan det kan være hensiktsmessig å arbeide videre i folkehelsesammenheng relatert til tematikken.

3 Metode

Cochrane Library publisert i 2013 en oversiktsartikkel med tema forebygging av depresjon hos kvinner i forbindelse med fødsel, og en konklusjon fra denne var at psykologiske og psykososiale tiltak kan ha effekt for risikogrupper (17). Oversiktsartikkelen inneholder svært mange ulike analyser, og i analyse 11.6 s. 200 (17) deles studiene som inngår i analysen inn i to grupper kategorisert etter om populasjonen er i risiko eller ikke. Med utgangspunkt i den nevnte

oversiktsartikkelen og den spesifikke analysen gjøres det et supplerende systematisk litteratursøk for perioden etter at oversikten ble publisert.

I Cochrane oversikten (17) refereres det til et stort kontinuerlig søk (27) som er benyttet som grunnlag for kunnskapsoppsummeringen. Dette søket er stort og svært generelt på mange aspekter ved kvinners helse i forbindelse med fødsel og barseltid, og det er ikke umiddelbart hensiktsmessig å bruke samme strategi for å finne nye artikler til denne oppgaven. Det utarbeides derfor et nytt, supplerende systematisk litteratursøk til det søket som er benyttet som grunnlag i Cochrane oversikten.

3.1 Utvalgsriterier for litteratursøket

Det systematiske litteratursøket settes opp med følgende PICO:

Populasjon: Gravide og kvinner inntil ett år etter fødsel

Intervensjon: Psykologiske og psykososiale forebyggende tiltak

Comparison: Udefinert

Outcome: Depresjon

Fordi det er vanskelig på forhånd å vite hvilke tiltak som er blitt eksperimentelt testet ut, og hva de er sammenlignet med, er sammenligningsgruppen udefinert i søket. I realiteten er det rimelig å anta at forebyggingstiltaket blir sammenlignet med ingen tiltak, et begrenset tiltak eller den vanlige praksis, som ofte ikke omtales mye nærmere.

Studiedesign: Randomiserte kontrollerte studier (RCT)

Språk: Engelskspråklige primærartikler publisert i vitenskapelig tidsskrifter

3.2 Søkestrategi

De kilder som velges for søket er MEDLINE (Ovid), PsycINFO (Ovid), Embase (Ovid) og Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) i Cochrane Library. Det første søket etter relevant vitenskapelig dokumentasjon settes opp i MEDLINE, og detaljert strategi for søket er beskrevet i vedlegg 1. Den samme strategien er videre benyttet for søk i PsycINFO, Embase og CENTRAL, med tilpasninger med hensyn til hvilke tesauruser og kommandoer (forkortelser) i søkefeltene som er relevante for hver av databasene.

3.3 Begrensning etter litteratursøket

For å unngå å gå glipp av artikler med relevans for å besvare spørsmålet i denne studien favner søket forholdsvis bredt. I MEDLINE ble det filtrert for studiedesign, noe som bidro til raskt å begrense antall artikler som ble nærmere vurdert. CENTRAL inneholder kun kontrollerte studier, slik at filtrering ikke var nødvendig. I PsycINFO og Embase ble det søkt uten filter, noe som resulterte i et høyere antall treff i disse søkene. Søkene ble siden silt manuelt. I de to sistnevnte søkebasene hadde de fleste studiene annen studiedesign enn RCT, og det var flere av artiklene som var duplikater.

Etter at søkene var gjennomført ble artiklene videre silt med henblikk på følgende kriterier:

- 1) Tiltaket skal være forebyggende, slik at artikler som omhandlet behandlingstiltak ble ekskludert.
- 2) Det forebyggende tiltaket skulle være testet ut eksperimentelt, og artiklene skulle rapportere effekten på kvinnenes psykisk helse av de utprøvde tiltakene. Dermed ble artikler som kun beskrev tiltak, eller erfaringer med bruk av disse ekskludert.
- 3) Studiepopulasjonen i artiklene skulle være definert til å være i en eller annen form for risiko. Hvis det var snakk om eksperimenter utført med gravide eller ny forløste kvinner fra generell populasjon som deltagere, ble studiene ekskludert.
- 4) Tiltaket som ble testet skulle kunne defineres som psykologisk eller psykososialt. Studier som rapporterte effekt på psykisk helse av medikamenter, kosttilskudd, livsstilsendring generelt og fysisk aktivitet som eneste tiltak ble derfor forkastet.
- 5) Artiklene skulle være publisert i tidsrommet etter at Cochrane- søket var avsluttet 31.12.2012 og fram til 28.2.2014.

I enkelte tilfeller var det nok å lese artiklens sammendrag for å avgjøre om studiene oppfylte kriteriene, mens det for flere av artiklene var nødvendig med en grundigere gjennomgang for å kunne avgjøre dette. Figur 2 s. 17 gir en skjematisk presentasjon av litteratursøket og resultatet av dette.

3.4 Fremgangsmåte for meta-analyse

For meta-analyse blir studiene som inkluderes vektet, og følgende formel benyttes:

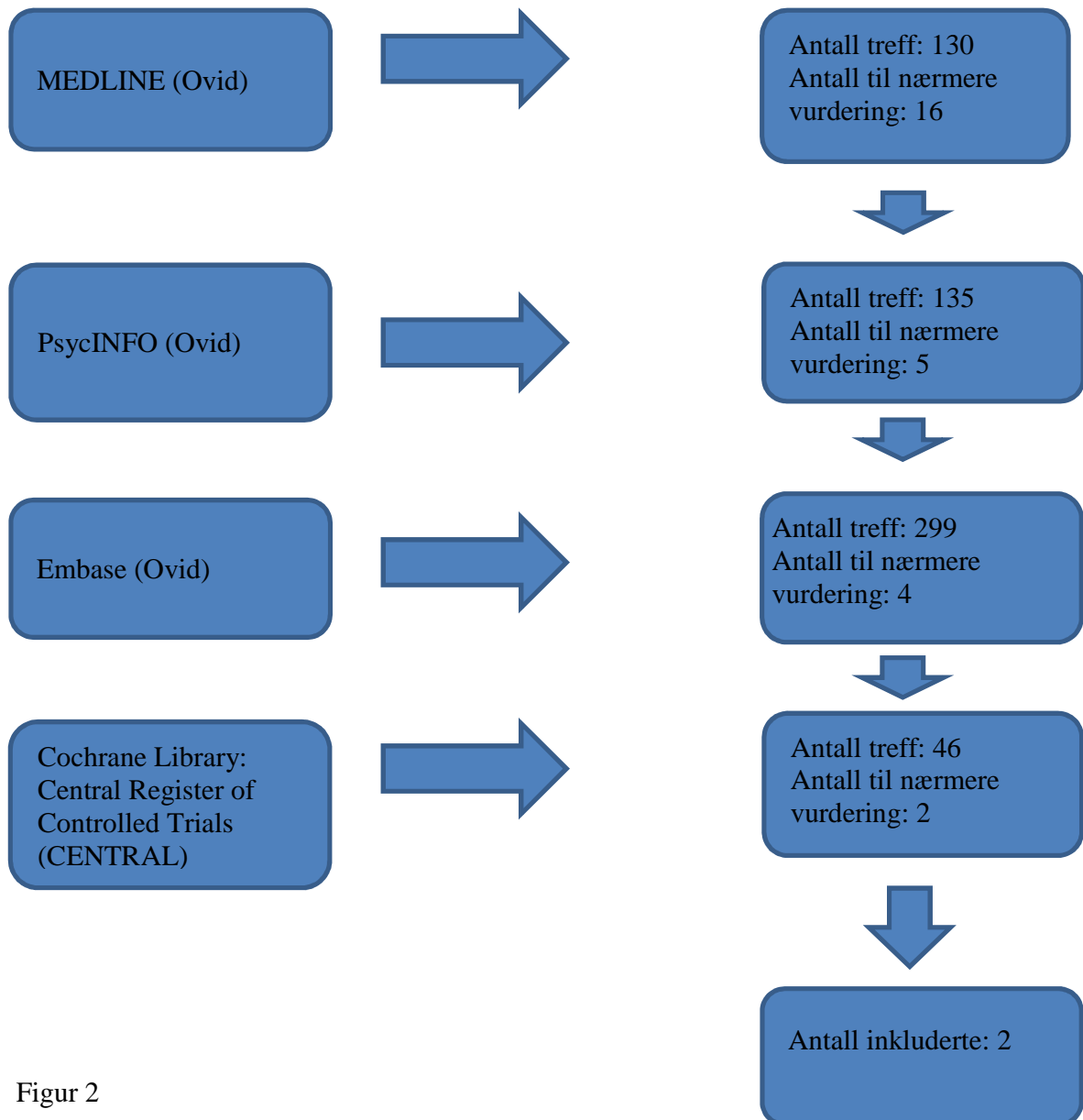
$$ES = \frac{m_{\text{Itid2}} - m_{\text{Ctid2}}}{SD_{(\text{pooled tid2})}}$$

Meta-analysene gjennomføres ved hjelp av meta-analyseprogrammet “Comprehensive Meta Analyses”, utviklet av Borenstein og Rothstein (28) på PC. Det ble utviklet kodeskjema (se vedlegg 2), bestående av til sammen 14 variabler for å kartlegge studiene og for videre å gjøre moderatoranalyser justert for studiens vektning i SPSS.

Ved å benytte meta-analyse vil det gjøres en vurdering av om det er forskjeller i effektene fra de ulike studiene og hvor store de gjennomsnittlige endringene i depresjon er. Utfall i meta-analysen er utvikling av depresjon, og om det er forskjell med hensyn til dette mellom to ulikt selekterte utvalg av kvinner. Forskjell i rate er regnet ut på grunnlag av hvor mange som ikke har hatt effekt av tiltakene i behandlingsgruppa versus kontrollgruppa.

4 Resultater

4.1 Resultat av litteratursøket



Figur 2

4.2 Vurdering av artiklenes kvalitet

I den opprinnelige oversiktsartikkelen fra Cochrane var det gjort kvalitetsvurderinger av alle de inkluderte artiklene. Cochrane stiller høye krav til artiklene de benytter, og det kan festes lit til bedømmelsene av artiklene som er gjort der. Disse vurderingene presenteres i figur 1 “Risk of bias summary” på s. 11 i den nevnte oversiktsartikkelen (17). I analyse 11.6, på side 200 defineres åtte av publikasjonene til å omhandle populasjon i risiko (17). Artiklene med populasjon i risiko ble hentet herfra, unntatt Gorman (1997). Denne kilden er ikke publisert i noe vitenskapelig tidsskrift og dermed så vanskelig tilgjengelig at den ble utelatt. Studien omhandler dessuten et svært lite antall deltagere, slik at utelatelse ikke skulle ha så veldig stor innvirkning på analyseresultater videre.

For de resterende sju artiklene i analyse 11.6 (17) som omfatter risikopopulasjoner, benyttes vurderingene uendret. For de to nye artiklene som ble identifisert gjennom det systematiske litteratursøket beskrevet i oppgavens kapittel 3, er kvalitetsvurderingene gjort ved hjelp av “Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)”, utgitt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2008 (29). I denne sjekklisten vurderes artiklene opp mot kriterier som om formålet med studien er klart formulert og om en randomisert kontrollert studie er en adekvat måte å besvare forskningsspørsmålet på. Videre avgjøres det om randomiseringsprosedyre er tilfredsstillende, om gruppene behandles likt bortsett fra tiltaket som evalueres, om blinding av deltagere og personell er gjort hvis mulig og om det er gjort rede for deltagerne ved enden av studien. Til slutt gjøres det en vurdering av hva som er resultatene, hvor presise de er, om viktige utfallsmål er vurdert, om resultatene kan overføres til praksis og om

praksis bør endres som følge av resultatene i studien (29). Kvalitetsvurdering av de to artiklene som ble identifisert som følge av det supplerende litteratursøket er beskrevet i vedlegg 3.

Studiekvaliteten i utvalget av artikler er gjennomgående høy. Fire (44 %) av artiklene får full score på sju poeng, og to (22 %) av dem får seks poeng. Det er videre to (22 %) artikler som får fem poeng og til slutt får en artikkel (11 %) fire poeng. Vurderingene av alle artiklene er sammenstilt i tabell 1, og de to sist identifiserte artiklene er innlemmet sammen med de opprinnelige sju.

Tabell 1

	Tilfeldig randomiseringsprosedyre	Skjult gruppefordeling	Blinding av personell og deltagere	Blinding av utfallsmåler	Ikke komplette data utfall	Selektiv rapportering	Andre feilkilder
Armstrong 1999*	+	+	+	+	+	+	+
Brugha 2000*	+	-	+	-	+	+	+
Dennis 2009*	+	+	+	+	+	+	+
Dugravier 2013	+	+	+	+	+	+	?
Gamble 2005*	+	+	+	+	+	+	+
Le 2011*	+	+	+	-	+	+	?
Phipps 2013	+	+	+	+	+	+	?
Stamp 1995*	+	+	+	+	+	+	+
Tam 2003*	+	+	?	?	?	+	+

* Kvalitetsvurderingen er hentet fra Cochrane- oversikten, figur 1 “Risk of bias summary” på s. 11 (17)

4.3 Karakteristika ved populasjonene i inkluderte artikler

Ved nærmere gjennomsyn av artiklene fra tabell 1, er det slik at status for risiko i utvalgene er definert forskjellig, og dermed har de ulike kriterier for inklusjon av kvinnene i studiene. I studiene det refereres til i artiklene av Dennis (30) og Le (31), ble risiko definert ved at kvinnene scoret over et definert kuttepunkt for den kartleggingsmetode som er benyttet for å vurdere deres grad av nedstemthet. I studien til Armstrong (32) er høyscorerne i utvalget skilt ut som en egen gruppe i analysen. I studiene til Dugravier (33), Phipps (34) og Brugha (35) er en felles risikofaktor for inklusjon i studiene at mødrene er førstegangsfødende. I studiene til Dugravier (33) og Armstrong (32) er materiell fattigdom en eksplisitt risikofaktor. Forhøyet risiko defineres også ut fra demografiske forhold som ung alder, og at de er alene om omsorgen for barnet.

I artikkelen av Stamp (36) benevnes studiepopulasjonen som sårbare kvinner, uten at dette defineres mye nærmere. Studiene det refereres til i artiklene av Gamble (37) og Tam (38) fokuserer på kvinner som har opplevd traumatiske fødsler, eller har hatt uventede og uønskede fødselsutfall. Disse to artiklene har altså et noe annet fokus enn de andre studiene.

4.4 Resultater fra meta-analysen

I meta-analysen gjøres det en beregning av om tiltakene har effekt i de av studiene der den inkluderte populasjonen eller en del av populasjonen oppgis å ha en økt risiko for å utvikle depresjon (“Forhøyet risikogruppe”, tabell 2). Disse ble identifisert i artiklene ved at de ligger over en viss sum-score på det kartleggingsverktøyet som er benyttet for å avgjøre deres symptombyrde. Effektene sammenlignes med effektene fra studiene der populasjonenes risikosituasjon er definert av demografiske forhold, sosioøkonomisk situasjon, ytre

omstendigheter og livsbetingelser kvinnene befinner seg i og som assosieres med risiko for utvikling av depresjon (“Gjennomsnitt”, tabell 2).

Tabell 2 gir en oversikt over hvilke studier som inngår i denne studien i henhold til de to ulike kategorier for risiko, størrelse på studiepopulasjonene, hvilke risikofaktorer som oppgis, i hvilken arena tiltaket gis og doseringen av det. Videre er måletidspunktene i studiene oppgitt, samt artiklenes kvalitet. Til slutt rapporteres effektene for fire måletidspunkt som er inkludert i denne kartleggingen.

Studie	N	risk	Tx	dose	FU	kval	ES ₁	ES ₂	ES ₃	ES ₄
Gjennomsnitt:										
Armstrong et al., 1999	91/ 90	Fattigdom	Hjemmebesøk	12	0, 6,-,-	7	0.19	0.44	-	-
Dennis et al., 2009	349/352	EPDS> 9	Telefon	8	-, -,12,24	7	-	-	0.19*	0.13
Le et al., 2011	112/105	Latinas, CES-D> 16	Klinikk	11	-, 6, 16, 52	5	-	-0.04	-0.09	-0.13
Tam et al., 2003	261/255	Traumatisk fødsel	Klinikk	1-4	0, -, -, -	4	0.07	-	-	-
Dugravier et al., 2013	182/183	Fattige førstegangsfødende	Hjemmebesøk	14	0, -, 12, -	6	0.11	-	0.15	-
Forhøyet risiko gruppe:										
Armstrong et al., 1999	18/ 23	Fattigdom	Hjemmebesøk	12	0, 6, -, -	7	0.06	0.16*	-	-
Brugha, et al., 2000	103/106	Førstegangsfødende	Klinikk	6	-, -, 12, -	5	-	-	0.03	-
Gamble et al., 2005	50/53	Stress/traumatisk fødsel	Klinikk	2	-, 4, 12, -	7	-	0.03	0.24*	-
Stamp et al., 1995	73/71	Udefinert sårbarhet	Klinikk	3	-, 6, 12, 26	7	-	0.05	0.04	-0.05
Phipps et al., 2013	54/52	Førstegangsfødende< 17 år	Klinikk	5	-, -, -, 26	6	-	-	-	0.10
Note. N= intervensjon, sammenligning, risk = risikogruppe, Tx= arena for tiltak, dose= målt i antall sesjoner, FU= måletidspunkt i uker, kval= studiekvalitet i poeng 0-7, ES1-4= effekt ved måletidspunktene, *p>.01										

Artiklene som inngår i analysen er publisert mellom 1995 og 2013, med en artikkel fra hver av årene 1995, 1999, 2000, 2003, 2005, 2009 og 2011 mens to er fra 2013. Australia er opprinnelsesland for tre studier (33 %) av Armstrong (32), Gamble (37) og Stamp(36), mens de to (22 %) studiene av Le (31) og Phipps (34) er utført i USA. Videre er det en studie hver fra Canada [Dennis (30)], Kina [Tam (38)], England [Brugha (35)] og Frankrike [Dugravier (33)].

Når det gjelder hva som er måten tiltaket er innrettet på, er det seks (67 %) av studiene hvor tiltaket er gitt individuelt. Dette gjelder studiene av Armstrong (32), Dennis (30), Gamble (37), Tam (38), Phipps (34) og Dugravier (33). I de to (22 %) studiene av Brugha (35) og Stamp(36) er tiltaket gitt i gruppe og i den ene studien (11 %) av Le (31) er tiltaket gitt i en kombinasjon av individuelle møter og gruppesamling.

Med hensyn til hvor tiltakene er gitt jamfør tabell 2, er det i seks av studiene (67 %) hvor arenaen var klinikk, i to (22 %) studier var tiltaket utført i hjemmet, mens i en (11 %) studie var det telefon som ble brukt. Hva angår antall sesjoner som inngikk, var det stor variasjon mellom tiltakene. Ingen studier hadde samme antall, og en studie hadde to, en hadde tre, en hadde fem og en hadde seks sesjoner. En av studiene hadde gjennomsnittlig 8,8 sesjoner mens tre studier hadde henholdsvis elleve, tolv og fjorten sesjoner. For en av studiene kom det ikke tydelig fram hva som var frekvensen for møtene.

Når det gjelder gruppen med forhøyet risiko, har de fem studiene til sammen en populasjon etter frafall på 267 individer som har fått en eller annen form for intervensjon, mens til sammen 270 individer er i kontrollgruppe. Måleinstrumentet EPDS ble benyttet i studiene til Armstrong (32), Brugha (35), Gamble (37) og Stamp (36). Alle brukte > 12 poeng som terskelverdi for inklusjon, unntatt Brugha (35) som satte grensen ved 11 poeng. I studien til Phipps (34) ble det benyttet et strukturert diagnostisk intervju for å avgjøre inklusjon.

Sett under ett i disse fem studiene har 25 (9,4 %) individer i intervensjonsgruppen utviklet depressive symptomer som overstiger den grensen som var satt for fare for sykdom etter

intervensjon. Sammenlignet med dette hadde 63 (23 %) av personene i kontrollgruppen en symptombyrde over fastsatt grense, noe som viser at det var færre i intervensjonsgruppene enn i kontrollgruppene som indikerte forhøyede skårer på depresjon. Det er imidlertid slik at måletidspunktene i de fem studiene er ulike, slik at en av studiene rapporterer på 6 uker (32), for tre av studiene er rapporteringen fra måling på 3 måneder lagt til grunn (35, 36,37) mens for en (34) er målingen gjennomført 6 måneder etter at tiltaket ble avsluttet.

Tabell 3. Vektete gjennomsnittseffekt størrelser i endringer i mødrenes depresjon

	endring i mors depresjon				
	<i>k</i>	<i>n</i>	ES	95%CI	Q
Depresjon ved avsluttet behandling	3	609	0.13	-.03-.29	.26
Depresjon ved ca 6 uker	2	398	0.10	-.02-.37	5.47*
Depresjon ved ca 12 uker	3	1285	0.13*	.02-.24	3.28
Depresjon ved ca 24 uker eller lengre	2	851	0.09	-.04-.22	2.04
<hr/>					
Forhøyet symptomnivå:	<i>k</i>	<i>n</i>	ES ₂	95%CI	Q
Depresjon ved avsluttet behandling	1	24	0.16	-.89-1.19	-
Depresjon ved ca 6 uker	3	77	0.06	-.42-.54	.04
Depresjon ved ca 12 uker	3	71	0.07	-.43-.58	.10
Depresjon ved ca 24 uker eller lengre	2	31	0.02	-.73-.78	.04

Note. *k* = antall studier, *n* = antall personer, ES = Effekt størrelse (hedges *g*), CI = Konfidens Intervall, Q = test av heterogenitet, effektstørrelse beregnet på bakgrunn av rate differences.

**p* < .05

Endringene i skårene på de kartleggingsverktøy som er brukt i de ulike studiene er små på alle tidspunktene. Det er også relativt stor variasjon i tidspunktene som de ulike studiene rapporterer for. Av analysen i tabell 3 fremkommer det at det også i de studiene hvor kvinnene hadde forhøyet symptomnivå ved inklusjon, synes det som om effektene av tiltaket er små rapportert ved fire målinger. For studiene med forhøyet symptomnivå er dette sub-populasjoner med forhøyet risiko/skåre. Effektene er kalkulert som gjennomsnitts effektstørrelser for sub-populasjonene med forhøyet symptomnivå. Effektene er små også her.

Når det gjelder den planlagte moderatoranalysen, utgår denne. Det er kun signifikant heterogenitet som inkluderer to studier ved 6 uker. Det gir liten mening å gjennomføre en moderatoranalyse når det er så få studier som rapporterer effekten av tiltaket på samme måletidspunkt. Dette fører til at det i realiteten ikke er mulig å avdekke systematiske forskjeller i effekter, som var målet med moderatoranalysen. At testene for heterogenitet er signifikante er en forutsetning for å gjennomføre en moderatoranalyse (39). For at det skal kunne gjennomføres en moderatoranalyse, bør dette i alle fall inkludere minimum tre studier, helst flere studier (Fossum, personlig kommunikasjon 20.06.14).

5 Diskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å vurdere nytten av tiltak for å forebygge fødselsdepresjon hos kvinner i risiko. For å besvare dette spørsmålet, er det gjort en meta-analyse av et materiale bestående av randomiserte og kontrollerte studier, som fokuserte på å forebygge fødselsdepresjon. Meta-analyse er velegnet og anerkjent metode, for på en systematisk måte å oppsummere forskningsresultater etter at man har gjort en grundig litteraturgjennomgang (39).

Denne studien rapporterer gjennomsnittlige endringer i symptomer på fødselsdepresjon og endringer i forhøyede skårer for kvinner med økt symptomatologi på fødselsdepresjon.

Resultatene fra denne studien viser at det er en liten forskjell i effekt av tiltak mellom de to ulikt selekterte gruppene av kvinner. De samlede resultater av studiene rapportert ved de kategoriske utfall viser ikke en betydelig forskjell.

I Norge har det hittil ikke vært en tydelig offisiell strategi med hensyn til å avdekke nedstemthet og å forbygge utvikling av depresjon for gravide og nybakte mødre. Et tiltak er en undervisningspakke Helsedirektoratet i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har utviklet. Opplæringsprogrammet "Tidlig inn" er primært rettet mot personell i kommunal sektor, som jordmødre, helsesøstre og fastleger (6). Screeningsverktøyet EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) inngår i den nevnte opplæringspakken, og blir i økende grad benyttet i førstelinjetjenestene i norske kommuner. Som oppfølging av funn tilknyttet EPDS er tiltaket støttesamtale introdusert. Som kilde til at tiltaket er virksomt vises det til en kunnskapsoppsummering fra 2005 (40), der det antydes at ikke-førende støttesamtaler kan bedre depresjon. I opplæringsprogrammet omtales denne typen samtale i generelle ordelag, og utførelsen av den er ikke manualisert.

Det er noen forhold ved studiene som er inkludert i denne meta-analysen som kan ha betydning for vurderingen om nytten ved forebyggende tiltak for fødselsdepresjon. Det er verd å merke seg at populasjonene som inngår i studien er karakterisert ved risikosituasjoner og tilstander som er noe spesielle. Hos Armstrong (32) er populasjonen kjennetegnet ved stor sårbarhet som familievold, dårlig omsorg for barn i generasjoner, lav utdanning, rusmisbruk og fattigdom. En

lignende populasjon inngår i studien til Dugravier (33). Dette er selvfølgelig kjennetegn som vi kan finne hos marginaliserte grupper og individer i Norge også. Men selv om det er en forskjell i levekår mellom de som har det best og dårligst i Norge (41), er det likevel slik at gjennomsnittsnordmannen jevnt over har gode levekår. Dette gjør at funnene i disse studiene kan være mindre gyldige og relevante for norske forhold generelt.

Populasjonene i studiene av Gamble (37) og Tam (38) består også av særegne utvalg. I disse studiene inngår kvinner som har hatt traumatiske fødsler, eller at fødselsutfallet kan ha vært traumatisk for dem. I disse studiene har tiltakene kanskje vært like mye eller kanskje også mer orientert mot debrifing og sorgbearbeidelse, enn forebygging av fødselsdepresjon. Igjen bør man kanskje være svært varsom med å generalisere funnene fra disse studiene til norske forhold, da storparten av norske kvinner har normale fødsler som de sannsynligvis mestrer, har normale fødselsutfall og generelt neppe kan sies å være i krise med negativt fortegn (42).

Mange av studiene oppgir å ha populasjoner som er inkludert som følge av mødrenes lave alder eller at de blir mødre for første gang. Utvalgene i studiene av Armstrong (32) og Phipps (34) er tenåringer, og i studiene til Brugha (35), Dugravier (33) og Phipps (34) er kvinnene førstegangsfødende. Selv om alderen på norske førstegangsfødende stadig stiger, og det ikke lenger er så vanlig med tenåringssvangerskap (43), vil det fortsatt være noen i målgruppen som resultatene kan være aktuelle for. Det å være førstegangsfødende er en stor overgang i de fleste kvinners liv, men er en normal utviklingsfase som generelt ikke bør medikaliseres i unødvendig grad. Hvis dette skal regnes som en vesentlig risikofaktor for fødselsdepresjon i Norge, som har god svangerskapsomsorg for de aller fleste, bør man vurdere om ikke det også bør omfatte flere risikofaktorer.

Siden det er så stor variasjon i hvilke risiker som preger de ulike populasjonene i studien, og det er stor variasjon i hva som er tiltakene, er det stor sannsynlighet for at selv om man skulle finne at en type tiltak var mer effektivt, måtte man være forsiktig med å trekke slutninger om at tiltaket vil passe for alle. Det er kanskje slik at tiltak må skreddersys den enkelte, alt etter hva som er den underliggende årsaken til nedstemtheten. Hvis den underliggende årsaken er fattigdom, vil det nok være vanskelig å komme i mål med samtaleterapi alene. Hvis vi legger van Doesum (26) sitt funn til grunn, vil de kvinnene som har det vanskelig i livet sitt og har høyt stress som følge av dette, liten nytte av intervensjon før de har fått redusert stresset.

Ved å se tilbake på figur 1 (15) s. 9 viser den at omstendigheter utenfor individet kan ha stor betydning for depresjonsutvikling. Det er derfor viktig at man ikke bare fokuserer på individuelle risikofaktorer når man legger strategier for å forbygge og å avhjelpe depresjon. Den sosiale gradienten har en rolle i depresjonsutvikling, og dette forholdet understrekes i en underlagsrapport til en ny kunnskapsoversikt (41) om sosial ulikhet i helse i Norge. Der er depresjon ved svangerskap og fødsel fremhevet som en risikofaktor som følger en sosial gradient (44). Dette medfører at det er større sjanse for å utvikle depresjon i denne livsfasen, dess lavere sosioøkonomisk status man har.

Forskjeller i helse knyttet til sosiale determinanter er for det meste kun indirekte problematisert i studiene som inngår i denne meta-analysen. Det kan nok være hensiktsmessig å ha et mer eksplisitt fokus på dette i Norsk sammenheng. Hvis ikke risikerer man å bli for lite målrettet i de tiltak man setter inn ved avdekking av nedstemthet. Det kan kanskje være til lite hjelp med terapeutiske virkemidler alene hvis det underliggende problemet hos en person hovedsakelig

dreier seg om en vanskelig eller konfliktfylt livssituasjon. I en overgangsfase som familiedannelsen er for de fleste, kan det nok være slik at sårbarhet for sviktende nettverk kommer særskilt til syne, og terapeutiske samtaler kan neppe erstatte folks behov for fellesskap, omsorg og gode levekår. Selv om helsetjenestene har en viktig rolle i å påpeke aspekter ved samfunnets innretninger som kan øke sykkeligheten i befolkningen, vil det vanskelig direkte kunne påvirke sosiale determinanter.

Som beskrevet i oppgavens 2.3 kan det ha stor innvirkning på samspill med barnet når moren er nedstemt eller deprimert. Hvis moren er preget av likegyldighet og håpløshet som kan være tilfellet ved depresjon (10), kan hun ha utilstrekkelig kapasitet til å tilby den kvaliteten i samspillet som barnet har behov for (19). Dette kan i sin tur medføre fare for at barnet utvikler et mindre hensiktsmessig tilknytningsmønster, som i sin tur kan minske mulighetene for en god emosjonell og kognitiv utvikling hos barnet, noe som igjen kan følge barnet videre i livet (21). Det er derfor overraskende å konstatere at de inkluderte studiene i liten grad rapporterer noen utfallsmål som gjelder barna direkte, og da spesielt utfall som har direkte betydning for barnas psykiske helse. Armstrong (32) rapporterer på utfall som ernæring, vaksinasjonsstatus og skader for barna, mens de andre viser til at depresjon er ufordelaktig i barns nære omgivelser, uten å gå videre med temaet.

Her er det en fare for at man mister barnas situasjon av syne. Spedbarna er de minste og mest sårbare pårørende, og hvis man ønsker å forbygge at deres helse skal ta skade av foreldres psykiske vansker, må det legges eksplisitte strategier på hvordan sikre deres helse hvis mors helse svikter. Som vist i metaanalysen av Kersten-Alvarez (24) hjelper det ikke barnet hvis tiltak rettes kun mot den voksnes lidelse alene.

Et annet viktig element som det kanskje bør fokuseres ytterligere på, er forebygging av depresjon i selve svangerskapet. Det regnes med at minst 30 % av depresjonene oppstår allerede da (1). Studien av Pearson (22) indikerer at depresjon under svangerskapet utgjør en selvstendig risikofaktor for utvikling av depresjon når barna når blir ungdommer. Svangerskapsomsorgen i Norge er innrettet på en slik måte at den gir fastleger og jordmødre anledning til å ta opp nåværende og tidligere psykisk helse og kartlegge risikofaktorer for uhelse hos de som skal bli mødre, noe som kan gi grunnlag for tett oppfølging. På denne måten kan det skapes muligheter for å ta tak i det som er vanskelig før barnet kommer, samt forsøke å redusere den kanskje stressutløste biokjemiske påvirkningen av fosteret.

På samme måte som for andre helseområder, bør det stilles høye krav til at de tiltak som anbefales når det kommer til å forebygge psykisk uhelse skal være godt faglig funderte. I Cochranes oversikten (17) slås det fast at det ikke er opplagt hvilke forebyggingsmetoder som er de beste, og at det trengs mer forskning på området. Når man skal velge strategi vil det være viktig å ha kunnskap om effekten av tiltakene man iverksetter, hva som er de virksomme elementer i tiltakene samt hvordan man praktisk går fram i gjennomføringen og utførelsen av tiltakene for å oppnå den ønskede effekten. Dette blir spesielt viktig siden det nå i økende grad forventes (1) at helsesøstre, som primært ikke er samtaleterapeutisk utdannet, i forbindelse med barnas konsultasjoner i helsestasjonene skal avdekke og intervensere i forhold til mødres nedstemthet.

Det er flere utfordringer i tillegg til de faglige som må overvinnes for å komme videre med hensyn til forebygging av depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel i Norge. Forskere

fra Folkehelseinstituttet påpeker i en artikkel (3) at de ulike delene av helsetjenestene ikke er innrettet på en slik måte at det er enkelt å samarbeide om å hjelpe nedstemte kvinner i denne fasen av livet. Når det kreves at helsestasjonene skal avdekke og intervensere i forhold til mødres nedstemthet på den ene siden, men uten at mandatet fra helsemyndighetene er klart på dette området er det problematisk. Samtidig med at programmet “Tidlig inn” (6) tilbys i regi av Helsedirektoratet, anbefaler ikke Rådet for kvalitet og prioritering i helse og omsorgstjenestene på den andre siden generell screening med EPDS (5). Det er også av ressurshensyn viktig med en avklaring av hva som skal gjøres på området og hvilke tjenester som får ansvar for utførelsen. Hvis det er snakk om tiltak rettet mot hele befolkningene, vil dette kunne innebære allokering av en betydelig andel av helseressursene, og da bør i så fall tiltakene være godt vurdert med hensyn til kostnad-nytte i tillegg til faglig fundament.

Begrensninger og styrker ved studien

Kategorisering av kontinuerlige variabler er nokså vanlig i samfunnsfag, men det er en kostnad forbundet med dikotomisering av kontinuerlige variabler på denne måten (45). Studier som rapporterer kategoriske eller todelte data mister en tredjedel til to tredjedeler av informasjon om variansen i utvalget (46). Dette kan være en utilsiktet og uønsket bieffekt, da vi nettopp er ute etter å finne hva som kan være årsaker til variansen mellom studier når vi gjør meta-analyse (39).

En svakhet ved denne studien er at den inneholder litt få studier. Det er en fordel å ha minst ti, og helst flere for å gjøre metaanalyse (39). Det kan også sies at det er stor variasjon i hvilken seleksjonsmetode som brukes og hvilke tiltak som er testet ut i de inkluderte studiene, men den

overordnede problemstilling er om vi kan finne forskjeller i effekt som kan tilskrives hvordan man selekterer studiepopulasjon.

En styrke ved studien er at det er gjort et bevisst valg om å benytte random effects- modell i analysen, fordi det er så stor variasjon i populasjonene og at vi har med ulike studier å gjøre. En annen styrke er at de studiene som er inkludert er av rimelig høy metodisk kvalitet. En tredje styrke er at de metodiske krav for å gjøre metaanalyse er fulgt, med nøyaktig koding av utvalgte variabler, og med intensjon om å gjøre moderatoranalyse.

Selv om det ikke ble mulig å gjøre en moderatoranalyse, ville det ha vært veldig interessant om det hadde vært mulig å påvise en relevant forskjell mellom gruppene i denne studien. Dette kunne ha økt kunnskapen om hvordan det kan være hensiktsmessig å gå fram når det gjelder å finne de som trenger hjelp. Det ville også ha vært mulig å vurdere flere faktorer opp mot hverandre, for å se om noen av dem hadde mer betydning på effekt av intervensjon enn andre.

6 Konklusjon

Meta- analysen viste en liten forskjell i effekt mellom de to ulikt selekterte gruppene av kvinner, i favør av gruppen som var vurdert i risiko som følge av å score over en terskelverdi på det kartleggingsverktøy som ble benyttet. Populasjonene i studien er preget av å inneha ulike typer risikofaktorer. Dette gjør at man bør være varsom med å replisere resultatene fra de inkluderte studiene på en generell, norsk populasjon. For en populasjon med lignende risikosituasjon kan tiltakene være aktuelle i en mer målrettet sammenheng. Som følge av at effektforskjellen var så liten, er det vanskelig å legge noen avgjørende vekt på den når det kommer til å gjøre et valg av

på hvilken måte det er hensiktsmessig å identifisere kvinner i risiko. På samme måte er det vanskelig å si noe mer om hvilke enkeltfaktorer som kan ha betydning for effekt, da det ikke var grunnlag for å kunne gjøre en moderatoranalyse.

Selv om det ikke var en stor forskjell i effekt i denne studien, er det fortsatt viktig å søke nærmere svar på spørsmål som hvordan man på best mulig måte kan avdekke hvem som trenger hjelp, hvordan komme i posisjon for å gi de som trenger det hjelp, og hva som kan være de beste metoder å gi hjelp gjennom, relatert til folkehelseproblemet som nedstemthet i svangerskaps og nyfødtefasen utgjør. Det vil fortsatt være viktig å arbeide mot en økt kunnskap om og bedre forståelse av hva som er de mest hensiktsmessige strategier på området, samt hva som kan være en god kombinasjon av disse. Det må legges egne strategier for å sikre barnas helse og utvikling, og det bør ikke tas for gitt at det som hjelper voksne automatisk er tilstrekkelig for deres barn.

Referanser

1. Eberhard-Gran M, Slinning K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2007.
2. World Health Organization . Mental Health: Depression. Geneva: WHO
http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf?ua=1 [22.4.2014].
3. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for barseldepresjon-en kunnskapsoppsummering. Tidsskr Nor Legeforen 2014;134:297-301.
4. Larun L, Fønhus MS, Håvelsrud K et al. Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner. Rapport nr. 2013:1. Oslo: Kunnskapscenteret 2013.
5. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Saksnr.2011/249
<http://www.kvalitetogprioritering.no/saker/depresjonsscreening-av-kvinner-ved-svangerskap-og-barsel> [27.2.2014].
6. Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms og familiedirektoratet. Tidlig inn- ved vansker knyttet til psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner.
<http://tidligintervensjon.no/Tema/Gravide/Helse/Hva-gjør-jeg/Oplæringsprogrammet/>. [3.1.2014].
7. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen 2010.
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest/sokiriktlinjerna/kvinnorefterforlossning> [22.4.2014].
8. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG45) London: National institute for health and clinical excellence (2007).
<http://publications.nice.org.uk/antenatal-and-postnatal-mental-health-cg45/research-recommendations#case-finding-for-depression> [14.4.2014].
9. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression- a meta-analyses. International Review of Psychiatry 1996;8; 37-54.
10. Brown G, Harris T. Social origins of depression. London: Tavistock 1978.
11. Folkehelseinstituttet. Faktaark
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5767&MainContent_6263=6464:0:25,5768&List_6212=6218:0:25,5775:1:0:0::0:0
<http://www.fhi.no/artikler/?id=41924>. [3.2.2014].
12. Munch-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB et al. New parents and mental disorders- a population-based register study. JAMA 2006: 296; 2582-2589.
13. Musters C, McDonald E, Jones I. Management of postnatal depression. BMJ 2008; 337:a736.
14. Røsand GM, Slinning K, Eberhard-Gran M et al. Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. BMC Public Health. 2011, Mar 14;11:161. doi: 10.1186/1471-2458-11-161.

15. Van Doesum KTM, Hosman CMH, Riksen-Walraven JM. A model based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal* 2005; 26(2),157-176
16. World Health Organization. Faktaark.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> Geneve:WHO [13.3.14].
17. Dennis CL, Dowswell T. [Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression](#). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
18. Dalgard OS, Bøen H. Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder. FHI rapport 2008:1. Oslo: Folkehelseinstituttet.
19. Ainsworth MS, Bell SM, Stayton DJ. Infant-mother attachment and social development: "Socialisation" as a product of reciprocal responsiveness to signals. I Richards MPM red. *The integration of the child into a social world*. London: Cambridge Univ. Press, 1974.
20. Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E et al. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.
21. Azak S. Differential developmental pathways among young children of depressed mothers. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for psykologi, Universitetet i Oslo, 2012.
22. Pearson RM, Evans J, Kounali D et al. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(12):1312-1319. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.2163.
23. Skurtveit S, Selmer R, Roth C et al. Prenatal exposure to antidepressants and language competence at age three. Results from a large population based pregnancy cohort in Norway. *BJOG*, 14 apr 2014. DOI: 10.1111/1471-0528.12821.
24. Kersten-Alvarez LE, Hosman CMH, Riksen-Walraven JM et al. Which preventive interventions effectively enhance depressed mothers' sensitivity? A meta-analysis. *Infant Mental Health Journal* 2011; 32: 362–376. doi: 10.1002/imhj.20301.
25. Van Doesum KTM, Riksen-Walraven JM, Hosman CMH et al. A randomized controlled trial of home- visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development* 2008; Vol 79, Issue 3: 547–561.
26. Van Doesum KTM. An early preventive intervention for depressed mothers and their infants, its efficacy and predictors of maternal sensitivity. Doktoravhandling, kap.5. Nijmegen: Department of Clinical Psychology, Radboud University Nijmegen, 2007.
27. Cochrane Library, Specialized register
<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clabout/articles/PREG/frame.html> [8.5. 2014].
28. Borenstein M, Rothstein H. *Comprehensive meta analyses. A computer program for research synthesis*. New Jersey: Biostat, Englewood, 1999.
29. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekklister for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008.
30. Dennis C-L, Hodnett E, Reisman HM et al. Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomized controlled trial. *BMJ* 2009;338:a3064.

31. Le H-N, Perry DF, Stuart EA. Randomized Controlled Trial of a Preventive Intervention for Perinatal Depression in High-Risk Latinas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011; 79, 2:135-141.
32. Armstrong KL, Fraser JA, Dadds MR et al. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborn. *J Paediatr Child Health* 1999;35;237-244.
33. Dugravier R, Tubach F, Saias T et al. Impact of a Manualized Multifocal Perinatal Home-Visiting Program Using Psychologists on Postnatal Depression: The CAPEDP Randomized Controlled Trial. *PLOS ONE* 2013; 8(8):e72216. Doi:10.1371/journal.pone.0072216.
34. Phipps MG, Raker CA, Ware CF, et al. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers. *Am J Obstet Gynecol* 2013;208:192.e1-6.
35. Brugha TS, Wheatly S, Taub NA et al. Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. *Psychological Medicine* 2000; 30: 1273-1281.
36. Stamp GE, Williams AS, Crowter CA. Evaluation of Antenatal and Postnatal Support to Overcome Postnatal Depression: A Randomized, Controlled Trial. *Birth* 1995; 22:3.
37. Gamble J, Creedy D, Moyle W et al. Effectiveness of a Counselling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial. *Birth* 2005; 32:1.
38. Tam WH, Lee DKS, Chiu HFK et al. A randomised controlled trial of educational counseling on the management of women who have suffered suboptimal outcomes of pregnancy. *BJOG: an International Journ. of Obstetr. and Gynaecol.* 2003;110:853-859.
39. Martinussen M. Meta-analyse. I: Martinussen M red. *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag.* Bergen: Fagbokforlaget, 2010: 251-284.
40. Larun L, Lyngstadaas A, Wiik IN et al. Svangerskap og psykisk helse. Kvinners psykiske helse i forbindelse med svangerskap og første året etter fødsel. Rapport fra Kunnskapssenteret nr.2/2005. Oslo: Norsk kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005.
41. Dahl E, Bergsli H, van der Wel KA. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk, 2014.
42. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien. IS-2057. Oslo: Helsedirektoratet, 2014
43. Kleven L, Hauge O. Norske tenåringsmødre - få, men fattige. *Samfunnsspeilet*, 2004/3. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2004.
44. Arntzen A. Sosial ulikhet i spedbarns og barns helse. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for Historie, sosiologi og innovasjon, 2013.
45. Altman DG, Royston P. The cost of dichotomising continuous variables. *BMJ* 2006;332(7549):1080.
46. Cohen J. The cost of dichotomization. *Appl Psychol Meas* 1983; 7(249).

Vedlegg 1

Søkestrategi i Ovid MEDLINE

1. Postpartum.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier]
2. Postnatal.mp.
3. Post partum.mp.
4. Post natal.mp.
5. Maternal.mp.
6. Pregnant*.mp.
7. Newborn.mp.
8. Birth.mp.
9. Antepart*.mp.
10. Antenatal.mp.
11. Perinatal.mp.
12. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11
13. pc.fs.
14. exp Preventive Health Services/
15. exp Preventive Medicine/
16. (prevent*).mp.
17. early intervention*.mp.
18. 13 or 14 or 15 or 16 or 17
19. exp Depression/ or exp Depressive Disorder/
20. (adjustment disorder* or depress* or dysthymi* or mood disorder* or affective disorder* or affective symptom*).mp.
21. 12 and 18 and 19
22. Depression, Postpartum/
23. 21 or 22
24. *Filter for RCTer*
25. 23 and 24
26. 2013\$.ed,ep,yr.
27. 2014\$.ed,ep,yr.
28. 26 or 27
30. 25 and 28

Vedlegg 2

Coding: Effects from prevention of depression – a meta-analytical review

By Anette M. Thyrahaug, Sturla Fossum

Study number: 1-9

1. Authors:
2. Title:
3. Year:
4. Journal:
5. Country:
6. N: n; intervention, n; control)
7. Mean age mother: _____ <input type="checkbox"/> unknown
8. Prevention method description: <input type="checkbox"/> Communication technique oriented <input type="checkbox"/> Other kind
9. Prevention format: <input type="checkbox"/> individual <input type="checkbox"/> group <input type="checkbox"/> combined <input type="checkbox"/> unknown
10. Riskfaktors in target Group:
11. Arena for intervention <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/> Telephone
12. number of sessions in average: _____ <input type="checkbox"/> unknown
13. Outcome measured:
14. Effect:

Vedlegg 3

Kvalitetsvurdering av de to nye artiklene identifisert i litteratursøket beskrevet i oppgavens kapittel 3. Vurdert ved hjelp av "Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)" (28)

Artikkel: Dugravier R, Tubach F, Saias T et al. Impact of a Manualized Multifocal Perinatal Home- Visiting Program Using Psychologists on Postnatal Depression: The CAPEDP Randomized Controlled Trial. (33)

	Ja	Uklart	Nei
Er spørsmålet med studien klart formulert?	x		
Er RCT velegnet design for å besvare spørsmålet?	x		
Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?	x		
Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?	x		
Ble deltagerne, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet?	x		
Ble alle deltagerne gjort rede for ved slutten av studien?	x		
Kan man enkelt oppsummere resultatene?	x		
Er resultatene presise?	x		

Artikkel: Phipps MG, Raker CA, Ware CF, et al. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers (34)

	Ja	Uklart	Nei
Er spørsmålet med studien klart formulert?	x		
Er RCT velegnet design for å besvare spørsmålet?	x		
Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?	x		
Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?	x		
Ble deltagerne, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet?	x		
Ble alle deltagerne gjort rede for ved slutten av studien?	x		
Kan man enkelt oppsummere resultatene?	x		
Er resultatene presise?	x		