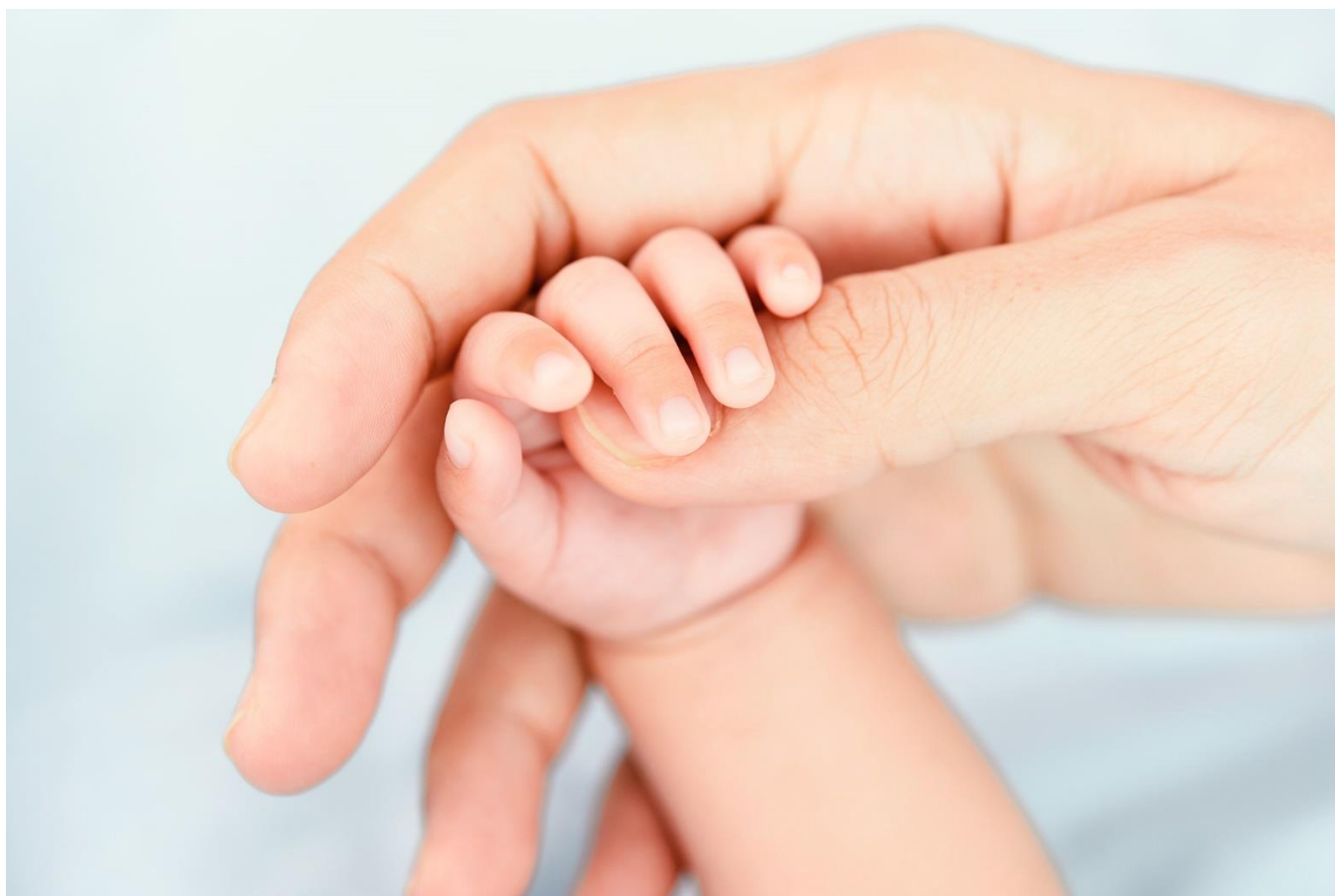


Indsatser i forhold til fødselsdepression

En litteraturgennemgang af eksisterende viden



Maiken Pontoppidan, Johanne Smith-Nielsen og Katrine Nøhr

*Indsatser i forhold til fødselsdepression – En
litteraturgennemgang af eksisterende viden*

© VIVE og forfatterne, 2022, opdateret version

e-ISBN: 978-87-7119-979-6

Forsidefoto: Shutterstock

Projekt: 302065

Finansiering: Sundhedsstyrelsen

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

VIVE

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Forord

Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national strategi for forældre med fødselsdepression. Strategien skal sikre en mere effektiv og forebyggende indsats samt understøtte et tæt samarbejde på tværs af sektorer mellem fødesteder, jordemødre, praktiserende læger, psykiatrien, den kommunale sundhedstjeneste og med forældrene. Til udviklingsarbejdet er der politisk udpeget et fagligt følgepanel.

Denne litteraturgennemgang bidrager med et videnskabeligt grundlag for en national strategi til systematisk opsporing og behandling for forældre med fødselsdepression. Litteraturgennemgangen afdækker også indsatser til at undgå stigmatisering og tabuisering omkring fødselsdepression.

Foreløbige resultater af litteraturgennemgangen er præsenteret for det sundhedsfaglige panel. Forfatterne ønsker at takke panelet for deres kommentarer og faglige refleksioner.

Rapporten er udarbejdet af seniorforsker Maiken Pontoppidan, lektor Johanne Smith-Nielsen og senioranalytiker og projektleder Katrine Nøhr. Rapporten er internt kvalitets-sikret og har været i eksternt review. Bibliotekar Kirsten Birkefoss, seniorforsker Nina Thorup Dalgaard og studentermedhjælperne Malene Wallach Kildemoes, Maluhs Hau-lund Christensen og Anton Dam har medvirket til udarbejdelsen af rapporten.

Litteraturgennemgangen er finansieret af Sundhedsstyrelsen.

God læselyst!

Mickael Bech

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

2022

Indhold

Sammenfatning	5
1 Baggrund og formål.....	10
1.1 Hvad ved vi om fødselsdepression?	10
2 Systematisk opsporing af fødselsdepression	14
2.1 EPDS cutoff-værdi for gravide og mødre	14
2.2 Psykometri og cutoff-værdi for EPDS til fædre	16
2.3 EPDS og GMDS til fædre og partnere	18
2.4 Kort EPDS-version på 5 items	18
2.5 EPDS og opsporing af angst	19
2.6 Opsummering og opmærksomhedspunkter	20
3 Behandling af fødselsdepression	22
3.1 Meta-reviews af interventioner rettet mod fødselsdepression.....	23
3.2 Farmakologiske og ikke-farmakologiske former for intervention	25
3.3 Farmakologiske interventioner	26
3.4 Samtalebaserede interventioner	29
3.5 Interventioner baseret på fysisk aktivitet	33
3.6 Interventioner tilbudt virtuelt eller via telefon	34
3.7 Interventioner udført af jordemødre og/eller sundhedsplejersker	35
3.8 Alternative interventioner.....	37
3.9 Andre typer af interventioner.....	41
3.10 Guidelines	44
3.11 Opsummering og opmærksomhedspunkter	44
4 Indsatser og strategier til afstigmatisering og aftabuisering af fødselsdepression	47
4.1 Indsatser til at reducere stigma i forhold til fødselsdepression	47
4.2 Strategier til at reducere stigma i forhold til fødselsdepression	49
4.3 Opsummering og opmærksomhedspunkter	52
Litteratur	54
Bilag 1 Metode	66
Bilag 2 Søgedokumentation.....	76

Sammenfatning

Baggrund og formål

Depression i forbindelse med graviditet og fødsel er relativt almindeligt og forekommer hos omkring 11 % af mødre (1) og 7 % af fædre (2). Fødselsdepression kan ramme forældre i alle aldre og sociale grupper. Depression påvirker en persons tanker, følelser og adfærd, fx kan mødre med depression være mindre sensitive og kan have svært ved at læse barnets signaler. En fødselsdepression kan derfor påvirke hele familien og kan, hvis den ikke behandles, få langsigtede konsekvenser for barnets udvikling og mentale helbred. Det er således afgørende for såvel mødres, fædres som barnets udvikling og mentale helbred at forebygge, opspore og behandle fødselsdepressioner så tidligt som muligt.

Med Finansloven for 2019 afsatte regeringen og Dansk Folkeparti 5 mio. kr. om året i perioden 2019-2022 til, at Sundhedsstyrelsen kan udvikle en national strategi for forældre med fødselsdepression. Strategien skal sikre en mere effektiv og forebyggende indsats samt understøtte et tæt samarbejde på tværs af sektorer mellem fødesteder, jordemødre, praktiserende læger, psykiatrien og den kommunale sundhedstjeneste og med forældrene. Som en del af udviklingen af strategien foretager VIVE for Sundhedsstyrelsen en litteraturgennemgang af eksisterende viden om indsatser vedrørende fødselsdepression.

Litteraturgennemgangen bidrager med et videnskabeligt grundlag til udvikling af strategien til opsporing og behandling af forældre med fødselsdepression. Litteraturgennemgangen afdækker også indsatser til at undgå stigmatisering og tabuisering omkring fødselsdepression. Alle former for interventioner inkluderes, uanset om de aktuelt anvendes i dansk praksis eller ej. Litteraturgennemgangen afdækker således følgende tre temaer:

1. Systematisk opsporing af fødselsdepression med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) eller Gotland Male Depression Scale (GMDS)
2. Behandling af fødselsdepression
3. Strategier til afstigmatisering og aftabuering af fødselsdepression.

Formål og metode for hvert tema er beskrevet i Tabel 1.

Tabel 1 De tre temaers formål og metoder

Tema	Formål	Metode
Tema 1: Systematisk opsporing af fødselsdepression	At tilvejebringe overblik over, hvordan EPDS og GMDS kan anvendes til systematisk opsporing af fødselsdepression i en dansk kontekst	Kort gennemgang af eksisterende viden om EPDS og systematisk litteratursøgning efter psykometriske studier af EPDS og GMDS til fædre
Tema 2: Behandling af fødselsdepression	At skabe systematisk overblik over eksisterende viden om behandling af fødselsdepression	Systematisk litteraturgennemgang af eksisterende reviews
Tema 3: Strategier til afstigmatisering og aftabuering af fødselsdepression	At afdække indsatser og strategier til afstigmatisering og aftabuering af fødselsdepression	En litteraturafdækning

Litteraturgennemgangens metodiske grundlag og afgrænsning

Vi har gennemført tre systematiske søgninger efter litteratur. Litteratursøgningen er foretaget i juli 2021. Søgningen er nærmere beskrevet i Bilag 1. Vi har samlet set screenet 1.643 studier og inkluderet 126 studier, heraf 12 studier under tema 1, 101 under tema 2 og 13 under tema 3.

Da der eksisterer meget litteratur om behandling af fødselsdepression, er litteratursøgningen for tema 2 begrænset til systematiske reviews, der undersøger effekten af interventioner rettet mod fødselsdepression enten til gravide eller til kvinder, mænd eller partnere i efterfødselsperioden. I forhold til udfald har fokus været på depressionssymptomer og prævalens, men ikke fx forældre-barn-relation eller barnets udvikling. Selvom det vil fremgå, at stort set alle studier handler om kvinder, så har vi søgt åbent efter studier, der inkluderer både kvinder og/eller mænd/partnere. Da der fremkom væsentligt flere reviews, end det var muligt at gennemgå i detaljer, har vi prioriteret i de fundne studier og beskrevet omkring halvdelen af de 101 reviews i rapporten.

I og med at vi udelukkende har inkluderet systematiske reviews i tema 2, bør læseren notere sig, at vi i denne rapport kun inkluderer interventioner, der indgår i systematiske reviews. At en intervention ikke er nævnt her, er således ikke ensbetydende med, at den ikke har nogen dokumenteret effekt. I opsamlingen af tema 2 gengiver vi de konklusioner, der overordnet kan drages på tværs af forskellige undergrupper. Da forskellige reviews kommer til lidt forskellige konklusioner, kan resultaterne enkelte steder virke modstridende.

For alle tre temaer gælder, at vi ikke har gennemført kvalitetsvurdering af studierne. Vi præsenterer dermed resultaterne, som de præsenteres af forfatterne i de forskellige studier.

Hovedfund for de tre temaer

Boksene nedenfor opsummerer hovedfund for hver af de tre temaer.

Hovedfund Tema 1: Systematisk opsporing af fødselsdepression

Mødre (EPDS)

Både danske og internationale data anbefaler at anvende en cutoff-værdi på 11 for mødre, der udfylder EPDS.

Gravide eller kvinder i efterfødselsperioden, der scorer 11 eller derover, er i risiko for at have depression, og det anbefales at følge op med yderligere udredning og evt. behandling.

Fædre (EPDS og GMDS)

Der er nogle få mindre studier, der undersøger EPDS-ens psykometriske egenskaber, når den bruges til fædre i efterfødselsperioden. Samlet set er der begrænset dokumentation for, at EPDS psykometrisk set fungerer tilfredsstillende i forhold til at opspore fædre med fødselsdepression efter fødslen. Der foreligger aktuelt ikke nogen psykometriske studier, der undersøger, hvordan EPDS fungerer for fædre/partnere til gravide kvinder.

Hovedfund Tema 1: Systematisk opsporing af fødselsdepression

EPDS og GMDS fungerer forskelligt for fædre og identificerer overlappende, men også meget forskellige, grupper af fædre med tegn på depression efter fødslen. Baseret på den eksisterende evidens, er der ikke belæg for at konkludere, om det ene måleredskab er mere anvendeligt end det andet i forhold til systematisk opsporing af depression hos fædre/partnere i efterfødselsperioden.

Der er behov for flere studier, der undersøger, hvordan depression under graviditet og i efterfødselsperioden måles hos mænd/fædre/partnere.

Kort version af EPDS

Den korte version af EPDS – EPDS-Dep-5 – ser ud til at fungere stort set ligeså godt som den fulde EPDS og kan anvendes med en cutoff-værdi på 7 for kvinder, hvis der er brug for en meget kort version.

Opsporing af angst med EPDS

De eksisterende studier tyder på, at EPDS-3A kan anvendes til systematisk opsporing af mødre med angst med en cutoff-værdi på 5.

Kvinder i efterfødselsperioden, der scorer 5 eller derover på EPDS-3A, er i risiko for at have angst. Stort set alle, der opspores med EPDS-3A, vil dog også blive identificeret med den fulde EPDS.

Det vides ikke, hvorvidt EPDS-3A kan bruges til at opspore angst hos fædre i efterfødselsperioden.

Note: EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale, GMDS = Gotland Male Depression Scale

Kilde: VIVE

Hovedfund Tema 2: Behandling af fødselsdepression

Opsamling af resultater

Ifølge de inkluderede **meta-reviews** er der tegn på, at følgende interventioner kan være effektive i forhold til reduktion af symptomer på fødselsdepression: kognitiv adfærdsterapi, fysisk aktivitet, antidepressiv medicin, støttende telefonsamtaler og traditionel kinesisk urtemedicin. Kvaliteten af studierne er dog ifølge forfatterne lav.

De reviews, der undersøger effekter af **både farmakologiske og ikke-farmakologiske** interventioner til kvinder med fødselsdepression, peger på, at kognitiv adfærdsterapi, interpersonel psykoterapi, forældreuddannelse, støtte til forældre-barn-relation og peer support er effektive, samt at fysisk aktivitet, yoga og graviditetsmassage viser lovende resultater.

I forhold til **farmakologisk behandling** alene viser litteraturgennemgangen, at der er lovende resultater for Brexanolone (anvendes ikke aktuelt i Danmark), men at der er begrænset evidens for effekt i forhold til forebyggende og behandlende brug af antidepressiv medicin, særligt i tilfælde af alvorlig depression. Samlet set er der udført relativt få effektstudier af farmakologisk behandling af depression hos gravide og kvinder i efterfødselsperioden, og vidensgrundlaget er derfor stadig relativt begrænset.

I forhold til **samtalebaserede interventioner** viser de inkluderede reviews, at der er nogen evidens for, at psykoterapeutisk intervention som kognitiv adfærdsterapi, interpersonel psykoterapi, gruppebaseret terapi, familie/partnerbaseret terapi, mor-spædbarnsterapi og terapi

Hovedfund Tema 2: Behandling af fødselsdepression

til unge gravide kan reducere depressive symptomer. Dette gælder ligeledes for samtalebaserede interventioner som mindfulness og psykoedukation. For nogle interventioner gælder resultaterne både for gravide og for kvinder med depression efter fødslen. For andre er der kun undersøgt eller fundet effekt i forbindelse med graviditet eller efter fødslen.

Litteraturen tyder på, at **fysisk aktivitet** reducerer depressionssymptomer både under graviditeten og i efterfødselsperioden.

Litteraturen tyder på, at ikke-farmakologiske interventioner **tilbudt virtuelt eller via telefon** (inklusive SMS, onlineprogrammer og selvhjælpsprogrammer) kan reducere depressionssymptomer både hos gravide og kvinder i efterfødselsperioden.

I forhold til **interventioner udført af jordemødre og sundhedsplejersker** er det uvist, om fødselsforberedelse i små hold og interventioner tilbudt i ambulant obstetrisk praksis har nogen effekt på depressive symptomer i graviditeten, men det tyder på, at psykologiske interventioner, udført af sundhedsplejersker eller jordemødre, reducerer depressionssymptomer.

I forhold til **alternative interventioner** viser de inkluderede studier tegn på, at den traditionelle kinesiske medicin Chai Hu Shun Gan San, aromaterapi, Omega3, Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) og musikterapi kan reducere fødselsdepression. Til gengæld er det uklart, om akupunktur, massage, mindfulness, lysterapi og yoga har nogen effekt på fødselsdepression.

I forhold til **andre typer af interventioner** viser litteraturgennemgangen, at systematisk opsporing i efterfødselsperioden i sig selv reducerer risikoen for depression, og den foreliggende evidens tyder på, at psykoedukation reducerer depressionssymptomer for mor, men måske ikke for far. Der er desuden tegn på, at social støtte, peer support-interventioner og interventioner tilbudt til forældre på neonatalafdeling reducerer depressionssymptomer. I forhold til omkostningseffektivitet tyder vores gennemgang af forskningen på, at systematisk opsporing og samtale med sundhedsplejerske eller praktiserende læge/psykiater er omkostningseffektive. Desuden finder forskningen, at følgende interventioner måske er omkostningseffektive: ambulant psykiatrisk behandling, rådgivning af sundhedsplejerske, peer support-telefonsamtaler samt psykoedukation.

Opmærksomhedspunkter

I forhold til de overordnede resultater for tema 2 er det væsentligt at være opmærksom på følgende:

- Stort set alle studier er rettet imod den gravide/mor.
- Far/partner inddrages stort set ikke i hverken interventioner eller analyser.
- Der er færre studier, der undersøger interventioner i graviditeten end i efterfødselsperioden.
- Mange reviews bygger på relativt få studier – oftest 6-15 studier (varierende fra 2-86).
- Hovedparten af primærstudierne, der indgår i de reviews, vi gennemgår, er relativt små – ofte under 100 deltagere.
- Den samlede vurdering af kvalitet er sjældent bedre end moderat.
- I mange studier er det uvist, om den gravide eller mor modtager nogen form for farmakologisk behandling sideløbende.
- Nogle primærstudier indgår i flere reviews, hvilket kan betyde, at nogle interventioner eller metoder fremstår som mere velundersøgte end andre.

Hovedfund Tema 2: Behandling af fødselsdepression

- Der er stort set ikke nogle reviews eller primærstudier, der direkte sammenligner forskellige former for interventioner, så man kan vurdere, hvor effektive de er i direkte sammenligning.

Hovedfund Tema 3: Indsatser og strategier i forhold til afstigmatisering og aftabuisering af fødselsdepression

I forhold til konkrete indsatser viser litteraturgennemgangen, at:

- der er få studier, som undersøger effekter af konkrete indsatser, der har til formål at afstigmatisere og aftabuisere fødselsdepression.
- et studie viser, at en informationsindsats ikke havde nogen effekt i forhold til oplevet stigma, eller for hvorvidt der blev søgt hjælp.
- et studie viser, at en kort motiverende interviewintervention under rutinemæssige forbyggende sundhedsundersøgelser fik flere til at søge hjælp og deltage i terapi.
- to studier af gruppeindsatser, et med fysisk fremmøde og et review af studier, der undersøgte onlinegrupper, viser, at gruppeindsatser kan give et støttende forum for gravide og kvinder med depression efter fødslen, der kan reducere skam og styrke mestringsevnen.
- et studie viser, at farmaceuter muligvis kan spille en rolle i forhold til at støtte gravide og kvinder i efterfødselsperioden, fx via deres kontakt i forbindelse med udlevering af medicin.

Andre studier, der beskæftiger sig med strategier til at reducere stigma, peger på følgende:

- Uddannelse af sundhedsprofessionelle er væsentlig og kan gøre disse i stand til bedre at opspore og hjælpe forældre med fødselsdepression.
- Sundhedspersonalets rolle er særligt vigtig i forhold til at hjælpe minoritetsgrupper.
- Der skal være kontinuitet i de forløb, der tilbydes.
- To studier (et hollandsk og et canadisk) viser, at kun få gravide eller kvinder, der opnår en score over cutoff på fx EPDS, får tilbudt behandling – og at en del oplever uopfyldte behov for hjælp.
- Nogle kvinder forstår ikke deres symptomer og har svært ved at sætte ord på, hvordan de har det.
- Indsatser skal tilpasses kvindernes præferencer både i forhold til, om det skal være individuelle eller gruppebaserede indsatser, og hvorvidt indsatser skal gives af professionelle, eller om de skal have til formål at aktivere mere uformelle netværk.

1 Baggrund og formål

Med Finansloven for 2019 afsatte regeringen og Dansk Folkeparti 5 mio. kr. om året i perioden 2019–2022 til Sundhedsstyrelsen til udvikling af en national strategi for forældre med fødselsdepression. Strategien skal sikre en mere effektiv og forebyggende indsats samt understøtte et tæt samarbejde på tværs af sektorer mellem fødesteder, jordemødre, praktiserende læger, psykiatrien og den kommunale sundhedstjeneste og med forældrene. Som udgangspunkt for udviklingen af strategien foretager VIVE for Sundhedsstyrelsen en litteraturgennemgang af eksisterende viden om indsatser vedrørende fødselsdepression.

Litteraturgennemgangens formål

Formålet med litteraturgennemgangen er at bidrage med et videnskabeligt grundlag for en kommende vejledning på området i forhold til opsporing og behandling, som kan indgå i udvikling af strategien på området. Litteraturgennemgangen skal desuden anvendes til at vurdere, hvordan en eventuel afstigmatiserings- og aftabuiseringsindsats for fødselsdepression skal være en del af den kommende strategi.

Litteraturgennemgangen afdækker følgende tre temaer:

1. Systematisk opsporing af fødselsdepression med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) eller Gotland Male Depression Scale (GMDS), som handler om, hvordan EPDS og GMDS kan bruges til opsporing af fødselsdepression i Danmark.
2. Behandling af fødselsdepression, som handler om interventioner rettet mod fødselsdepression.
3. Strategier til afstigmatisering og aftabuisering af fødselsdepression, som handler om indsatser til at undgå stigmatisering og tabu omkring fødselsdepression.

1.1 Hvad ved vi om fødselsdepression?

Depression i forbindelse med graviditet og fødsel er relativt almindeligt. Meta-analyser finder, at prævalensen for mødre er 11 % for højindkomstlande (12 % for alle lande) (1) og 7 % for fædre i Europa (8 % for alle lande) (2). Fødselsdepression kan ramme kvinder i alle aldre og sociale grupper (3–5). Imidlertid gælder det, at kvinder, der oplever/har oplevet mange belastende livsomstændigheder (fx tab, skilsmisse, firing), mangler social støtte, har været eller aktuelt bliver udsat for overgreb (fysiske, psykiske eller seksuelle), tidligere har haft depression, eller som lever i et dårligt parforhold, er i særlig risiko. At have haft depression før eller under graviditeten samt aktuelt at blive udsat for overgreb, gør kvinder særligt sårbare i forhold til at udvikle fødselsdepression (5).

Fødselsdepression kan optræde i graviditeten, men opstår oftest efter fødslen. I mange lande gennemføres systematiske opsporingsindsatser omkring 8 uger efter fødslen. Imidlertid kan fødselsdepression også opstå senere end dette tidspunkt. Et nyt fransk studium af 3.310 kaukasiske veluddannede kvinder finder, at omkring 18% af deltagerne opfyldte kriterier for depression på et eller andet tidspunkt i løbet af det første år efter fødslen (4). Cirka 8% af disse havde udviklet depression 8 uger efter fødslen, mens lige

knap 13 % havde udviklet depression et år efter fødslen. For nogle kvinder viser symptomerne sig således først på et senere tidspunkt.

Depression har en negativ indflydelse på, hvordan en person tænker, føler og opfører sig. Mødre med depression udviser ofte formindsket følelsesmæssig reaktion og kan være mindre sensitive, mindre responsive, og/eller de kan være mere invaderende og 'stressede' i kontakten med barnet samt have en tendens til at have svært ved at læse og imødekomme deres barns behov (6,7) end ikke-depressive mødre. Depression hænger ofte også sammen med lavere tilfredshed i parforholdet (8). En fødselsdepression kan derfor påvirke hele familien og kan, hvis den ikke behandles, bl.a. medføre udfordringer med tilknytning, barnets socio-emotionelle udvikling og kognitive udvikling og kan dermed få mere langsigtede konsekvenser for barnets udvikling og mentale helbred (9–11). Gentagelsesrisikoen for fødselsdepression hos kvinder er omkring 41 % (12), og selvmord er den hyppigste direkte årsag til mødredødelighed inden for det første år efter en fødsel (13).

Der er desuden en positiv sammenhæng imellem mødres og fædres niveau af depressionssymptomer (14). Kvinder med fødselsdepression har således en større sandsynlighed for at have en partner, der også har depressive symptomer (15). Hvis både mor og far/partner har depressionssymptomer, er der risiko for, at det har en yderligere negativ effekt på barnets udvikling (16,17). Det er uklart, hvorvidt en far/partner uden depressionssymptomer har en beskyttende effekt på barnets udvikling (16). Et studie finder fx, at det ikke har nogen beskyttende effekt på barnet, også selvom far tilbringer meget tid sammen med barnet (18). Der er dog andre studier der finder, at en sensitiv far kan have en beskyttende effekt på barnet (19). Det er således afgørende for såvel mødre, fædre som barnets udvikling og mentale helbred at forebygge, opspore og behandle fødselsdepression så tidligt som muligt (9,20–22).

1.1.1 Systematisk opsporing af fødselsdepressioner i Danmark

Systematisk opsporing af fødselsdepression foregår primært i den kommunale sundhedspleje. En VIVE-rapport baseret på data fra 60 kommuner fra 2017 viser, at 98 % af kommunerne tilbyder en eller anden form for opsporing af mødre med fødselsdepression, mens kun 63 % angiver at tilbyde opsporing til fædrene (23)¹. Systematisk opsporing gennemføres oftest, når barnet er omkring 2 måneder gammelt, mens færre opspores i graviditeten, fx hos jordemoder eller egen læge.

Systematisk opsporing af fødselsdepression gennemføres oftest med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). EPDS er for nylig blevet valideret på dansk for mødre, og der er beregnet en cutoff-værdi på 11 (24). I VIVE-undersøgelsen fra 2017 angav 96 % af kommunerne, at de anvendte EPDS til opsporing af mødre, hvorimod der blandt de kommuner, der opsporer fædre, anvendes EPDS i 70 % og Gotland Male Depression Scale (GMDS) i 81 % af kommunerne (23).

Det komplekse samspil imellem de komplikationer og mentale helbredsproblemer, der kan opstå i løbet af graviditeten, i forbindelse med fødslen og i efterfødselsperioden,

¹ Helt nye tal kan findes i evalueringsrapport, udført af Rambøll Management for Sundhedsstyrelsen. "Tidlig indsats for sårbare familier. Afsluttende evalueringsrapport. Sundhedsstyrelsen 2021" Kan findes på www.sst.dk.

kræver en tværfaglig og tværsektoriel tilgang, såfremt opsporende og forebyggende interventioner skal virke efter hensigten (25). Samarbejdet på tværs af sektorer og professioner er derfor afgørende for, at der kan etableres en tidlig kontakt og eventuel intervention til de forældre, der oplever fødselsdepression. I en undersøgelse fra 2017 svarer 22 % af kommunerne, at de har et formaliseret tværfagligt samarbejde, 13 % svarer, at det tværfaglige samarbejde er ad hoc, mens 65 % kommunerne angiver, at deres tværfaglige samarbejde er en kombination af formaliseret og ad hoc samarbejde (26).

1.1.2 Behandling af fødselsdepression

Der findes mange forskellige interventioner til gravide/forældre med fødselsdepression. Nogle interventioner tilbydes i graviditeten eller til alle gravide/spædbarnsforældre med det formål at forebygge fødselsdepression. Andre interventioner har et forebyggende sigte, så tilstanden ikke forværres, mens en tredje type intervention er målrettet behandling af forældre med fødselsdepression. Disse interventioner kan have meget forskelligt indhold svingende fra farmakologisk behandling over samtalebaserede interventioner til motion og kosttilskud. I nogle studier vil de målte udfald være specifikt rettet mod mors/fars depressionssymptomer, mens andre studier fokuserer på ændring i andre udfald som fx forbedring af kvaliteten af forældre-barn-samspelet, på kvaliteten af tilknytningen eller på barnets trivsel og udvikling. Samtalebaserede interventioner rettet imod fødselsdepression kan være individuelle eller gruppebaserede og have forskellig længde og teoretisk grundlag.

Både kommuner og regioner tilbyder behandling til gravide og kvinder/mænd i efterfødselsperioden, der har en fødselsdepression. I en VIVE-rapport fra 2017 fandt vi fx, at 57 % af kommunerne havde gruppetilbud til mødre, men kun 9 % havde tilbud til fædre (23). Generelle indsatser, som sundhedsplejeordningerne tilbyder, er hjemmebesøg, konsultationer og åbent hus samt forældreuddannelseskurser (26). Sidstnævnte er ofte gruppebaserede tilbud, hvor der deltager en jordemoder og en sundhedsplejerske og eventuelt andre relevante faggrupper.

1.1.3 Stigma og tabu i forbindelse med fødselsdepression

At have en fødselsdepression kan være forbundet med stigma for både mødre og fædre (27). Stigma kan komme til udtryk på mange måder, men giver ofte en følelse af at være en 'dårlig mor' eller far, hvilket kan forhindre forældre i at søge hjælp. Forskning tyder desuden på, at der særligt blandt grupper af kvinder i etniske minoritetsmiljøer er et tabu omkring og manglende viden om fødselsdepression (og symptomer herpå) (28). At være partner til en mor eller far med fødselsdepression kan ligeledes opleves som stigmatiserende og overvældende og give anledning til isolation og nedsat mental trivsel (29).

Der anvendes mange forskellige begreber på området, og vi har i Boks 1.1 beskrevet, hvordan vi definerer centrale begreber.

Boks 1.1 Centrale begreber

Fødselsdepression svarer til 'perinatal depression' på engelsk. Dette omfatter både depression før og efter fødslen, dvs. både 'ante- and postnatal depression'.

Boks 1.1 Centrale begreber

Depression i graviditeten svarer til 'antenatal' og 'prenatal' depression på engelsk.

Depression efter fødslen svarer til 'postnatal' og 'postpartum' depression på engelsk og omfatter her perioden fra fødslen, til barnet fylder 1 år.

Depressionssymptomer er i de fleste studier målt med spørgeskemaer som fx EPDS eller andre spørgeskemabaserede redskaber, som personen selv udfylder.

Klinisk depression henviser til, at der er en kliniker, der ved hjælp af et diagnostisk interview har konstateret, at personen opfylder de diagnostiske kriterier for depression.

Systematisk opsporing svarer til begrebet 'screening', hvor der i forhold til depression fx bruges et måleredskab til at vurdere det aktuelle niveau af symptomer, og vurdere, om der er forhøjet risiko for at have en klinisk depression.

Gravid/mor/far/partner. Vi anvender *den gravide*, når vi taler om den kvinde, der bærer barnet. *Mor* anvendes om den kvinde eller de kvinder, der indtager rollen som mor over for barnet, uanset om hun er biologisk mor eller ej. *Far* anvendes om den mand eller de mænd, der indtager rollen som far over for barnet, uanset om han er biologisk far til barnet eller ej. *Partnere* anvendes om personer, der er partner til en forælder og indtager en forældrerolle over for fosteret eller barnet uanset køn, eller om denne er biologisk forælder til barnet.

Behandling henviser i denne rapport til alle former for interventioner, der er tilbydes gravide og forældre, hvor der er mistanke om, eller konstateret depression uanset, hvem der udfører interventionen.

1.1.4 Læsevejledning

I de følgende tre kapitler vil vi præsentere de tre temaer vi undersøger i rapporten. I kapitel 2 gennemgår vi studier, der ser på systematisk opsporing af fødselsdepression til både kvinder og mænd/partnere. I kapitel 3 gennemgår vi reviews, der undersøger effekten af indsatser, der skal reducere fødselsdepression hos gravide og forældre i efterfødselsperioden. I kapitel 4 gennemgår vi studier, der ser på indsatser rettet mod at reducere stigma og tabu i forbindelse med efterfødselsdepression. I bilag 1 og 2 følger en detaljeret beskrivelse af metodiske overvejelser, søgestrategier og resultat af søgningerne.

2 Systematisk opsporing af fødselsdepression

I dette kapitel gennemgår vi relevant litteratur i forhold til, hvordan måleredskaberne EPDS og GMDS kan anvendes til systematisk opsporing af fødselsdepression i en dansk kontekst både i forhold til kvinder og mænd/partnere.

EPDS er det mest anvendte instrument til at opspore fødselsdepression hos gravide og nybagte forældre (30). Dette gælder også i Danmark. EPDS blev udviklet af John Cox, Keele University, UK og kolleger i 1987. EPDS er specifikt udviklet til brug i efterfødselsperioden, og derfor medtager skalaen ikke en række af de somatiske symptomer på depression, fx vægtændring, som er normale lige efter en fødsel (31).

Den enkelte persons samlede score anvendes til at adskille 'normale symptomer', som forekommer i forbindelse med graviditet, fødsel og tidligt forældreskab, fra symptomer, der har et niveau, der er så alvorligt, at der er risiko for, at personen har en depression. Cutoff-scoren er den værdi, der afgør, hvem der er i risiko for at have depression, og som derfor bør henvises til yderligere undersøgelse og evt. behandling. Når det handler om at anvende et instrument til opsporing af fødselsdepression, er det derfor væsentligt, at undersøge, om det psykometrisk set fungerer godt både for mødre og fædre, samt at den anvendte cutoff-værdi er retvisende.

Boks 2.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

EPDS er et spørgeskema, der indeholder 10 udsagn (items), hvor kvinden, som bliver screenet, skal markere, i hvilken grad udsagnene passer på hende.

Skalaen måler emotionelle og kognitive symptomer på depression, men udelader de fysiske symptomer med undtagelse af søvnvanskeligheder.

Hvert item scores med mellem 0 og 3 – jo højere score, des værre har kvinden det.

Når kvinden (uden afbrydelser) har udfyldt EPDS-skemaet, gør den professionelle scoren op og taler med kvinden om resultatet.

Især kvindens svar på item 10 (om selvskadende adfærd/tanker om selvmord) bør altid bemærkes.

Den nyeste version af EPDS-manualen udkom i 2014, og den indeholder en grundig introduktion til, hvad fødselsdepression er, alle de oversættelser, som eksisterede i 2014 samt retningslinjer for, hvordan man administrerer EPDS.

Kilde: (31)

2.1 EPDS cutoff-værdi for gravide og mødre

EPDS er oversat til mange forskellige sprog og er valideret på mindst 37 sprog (31). I den engelske version anbefalede man et cutoff på 13. Det vil sige, at kvinder, der scorede 13 eller derover, blev vurderet til at være i risiko for at have depression. Cutoff-værdierne, der er blevet anbefalet på baggrund af valideringsstudier af den oversatte skala til andre

sprog end engelsk, har været forskellige, fx 9 i Grækenland og Italien, 7 i Litauen eller 12 i Sverige (24).

Det har også været forskelligt i Danmark, hvilket cutoff man har brugt, fordi der ikke har været nogen retningslinjer for anvendelse af EPDS i Danmark. I 2018 publicerede Smith-Nielsen et al. et valideringsstudie (24) af den danske version af EPDS udført med 324 danske kvinder med børn i alderen 2-10 måneder, kombineret med EPDS-data fra 5.000 københavnske kvinder.

De 324 kvinder skulle udfylde EPDS og gennemgik et grundigt diagnostisk interview. Diagnoseerne blev stillet efter både WHO's diagnosekriterier (ICD-10), som er det officielle diagnosesystem i Danmark og i de fleste andre lande, hvor EPDS bliver brugt, og de amerikanske diagnosekriterier (DSM-5) for depression, som bliver brugt i mange internationale forskningsstudier.

Baseret på de danske data anbefales en cutoff-værdi på 11. Det vil sige, at kvinder med en score på 11 eller derover er i risiko for at have en depression. Med et cutoff på 11 finder man godt 80 % af de kvinder, som har en depression (sensitivitet). Ved en cutoff-værdi på 11 er specificiteten 90 % – det vil sige, at der vil være omkring 10 % såkaldt falsk-negative, altså kvinder, der ligger under cutoff og derfor ikke vurderes til at have en depression, men som i virkeligheden har en depression. Den positivt prædiktive værdi (PPV) er 49 %, hvilket betyder, at hver anden kvinde, som screenes positiv (opnår en total score på 11 eller mere), faktisk vil have en depression. Den anden halvdel, der screenes som positiv, vil derimod ikke opfylde kravene til en klinisk depression. Hvis en cutoff-værdi på 7 eller derover anvendes, stiger sensitiviteten til næsten 97 %, dvs. at 97 % af alle de kvinder, som faktisk opfylder diagnostiske kriterier for depression, identificeres. Omvendt falder PPV til 28 % (24,31). Det betyder, at en stor del af de kvinder, der screenes positiv, ikke vil opfylde kravene til en klinisk depression.

Boks 2.2 Anbefalinger fra Smith-Nielsen et al.

Smith-Nielsen et al., 2019 (31), anbefaler følgende i forhold til systematisk opsporing med EPDS i Danmark:

- Kvinder med en score på 11 eller derover er i risiko for at have depression. Den professionelle bør spørge ind til kvindens besvarelse og evt. henvise kvinden til egen læge for yderligere udredning.
- Hvis kvinden ikke henvises direkte til egen læge, administreres EPDS igen efter 1-2 uger for at undersøge, om den første høje score var udtryk for noget forbigående. Hvis scoren ved den anden administration stadig er 11 eller derover, bør kvinden altid henvises til egen læge.
- En score på 7 eller derover afspejler, at kvinden muligvis har depressive symptomer, og den professionelle bør spørge ind til kvindens besvarelse for at afklare, om der er tale om noget forbigående. Der screenes igen efter 1-2 uger.
- Den professionelle bør altid (uanset total score) tjekke kvindens besvarelse af item 10, som screener for selvskadende adfærd og/eller selvmordstanker. En positiv score på item 10 bør altid tages alvorligt, og enhver organisation, som implementerer EPDS, bør have klare retningslinjer for, hvad den professionelle skal gøre, hvis han/hun identificerer en selvmordstruet kvinde.

Kilde: (31)

Eftersom undersøgelsen er gennemført med kvinder, der har børn i alderen 2-10 måneder, kan den ikke bruges til at give nogen vejledning i forhold til, hvilket cutoff man bør anvende i forhold til gravide (31).

Undersøgelsen kan heller ikke give noget svar på, hvilket cutoff der skal anvendes i forhold til hverken kommende fædre eller fædre i efterfødselsperioden.

Levis et al. (30) har i et nyt review fra 2020 udført en individbaseret metaanalyse i forhold til at undersøge præcisionen af EPDS i forhold til systematisk opsporing af fødselsdepression. De inkluderer individuelle deltagerdata fra 58 studier med i alt 15.557 deltagere, hvor alle deltagere har udfyldt EPDS samt er blevet udredt med en såkaldt guldstandard diagnostisk interview (data fra studiet af Smith-Nielsen et al. (24) indgår). Således bliver EPDS-data og diagnostisk status sammenlignet for at kunne vurdere, hvor præcis EPDS er i forhold til at identificere kvinder, som opfylder diagnostiske kriterier for depression. De finder følgende resultater:

- Sensitivitet og specificitet er optimal ved et cutoff på 11.
- Et cutoff på 11 er optimalt både for gravide og kvinder i efterfødselsperioden.
- Hvis man ønsker at identificere kvinder, som med stor sandsynlighed har depression, kan man bruge et cutoff på 13 (på bekostning af en lavere sensitivitet).
- Hvis man ønsker at reducere risiko for falsk-negative (at kvinder, der reelt har en depression, scorer under cutoff) kan man bruge en lavere cutoff-værdi end 11. Dette vil dog medføre en højere grad af falsk positive (kvinder, der reelt ikke har en depression, scorer over cutoff).

Anbefalingen fra Levis et al. om, at 11 er det optimale cutoff, er således i overensstemmelse med, hvad Smith-Nielsen et al. (24) finder baseret på danske data.

2.2 Psykometri og cutoff-værdi for EPDS til fædre

Igennem de senere år er der kommet større fokus på fædre og på, at fædre også kan opleve depression under graviditeten og i efterfødselsperioden. Nogle studier tyder på, at fødselsdepression kommer til udtryk på en anden måde hos fædre end hos mødre, fx igennem fjendtlighed, konflikt og vrede i stedet for igennem almindelig tristhed (15,32).

Der er ikke enighed omkring, hvilket måleredskab der er mest anvendeligt i forhold til at måle depression hos mænd/personer, der har en gravid partner eller mænd/'medmødre'/medfædre', som for nylig har fået et barn (33). I et review af Pérez C. et al. (15) undersøges, hvordan depressive symptomer måles hos fædre i barnets første leveår. På baggrund af 52 studier finder de, at EPDS anvendes hyppigst til fædre, men at der også anvendes mange andre redskaber som fx the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS (34)), the General Health Questionnaire (GHQ-12 (35)), the Beck Depression Inventory (BDI-I (36)) og the Center for Epidemiologic Studies (CES-D (37)). Forfatterne fremhæver, at der kan være behov for at bruge andre redskaber end EPDS, da der ikke er entydige resultater i forhold til sensitivitet og specificitet, og at redskabet ikke nødvendigvis kan opspore fødselsdepression hos mænd, da det er udviklet til brug hos kvinder.

I et andet review undersøger Edward et al. (38) den eksisterende forskning om depression hos fædre samt muligheder for systematisk opsporing og henvisning. Baseret på 63 studier finder forfatterne, at risikoen for depression hos fædre i efterfødselsperioden er øget, hvis der tidligere har været depressive episoder, eller hvis partneren har haft depression i graviditeten eller umiddelbart efter fødslen. Forfatterne anbefaler, at begge forældre bør tilbydes at blive undersøgt med et opsporingsinstrument som fx EPDS både under graviditeten og i efterfødselsperioden. De vurderer desuden, at EPDS er velegnet til systematisk opsporing hos fædre, dog uden at dokumentere skalaens psykometriske egenskaber, når den anvendes til partnere/mænd. Afslutningsvist fremhæver forfatterne, at systematisk opsporing af fædre skal kobles til henvisningsmuligheder til velegnede interventioner.

2.2.1 Valideringsstudier af EPDS til fædre

Vi har fundet fire studier, der undersøger EPDS-ens psykometriske egenskaber, når den anvendes til fædre.

Matthey et al. (39) validerer EPDS på et sample bestående af 208 australske mænd med børn på 6 uger. De konkluderer, at EPDS er et pålideligt og validt instrument til opsporing af fædre, der er i risiko for at have depression, og at den optimale cutoff-værdi er 10 eller derover. De påpeger, at det særligt er spørgsmålet om, hvorvidt man græder, at de finder fædre, der svarer anderledes end mødre.

Edmondson et al. (40) validerer EPDS på et sample bestående af 192 engelske fædre med børn på 7 uger., De anbefaler at bruge et cutoff på 10 eller derover (89,5 % sensitivitet og 78,2 % specificitet). De påpeger dog, at studiet bygger på et relativt lille sample.

Loscalzo et al. (41) validerer EPDS på to samples bestående af i alt 436 nybagte italienske fædre, hvoraf 61 opfyldte kriterier for depression. De finder, at EPDS for fædre har en to-faktorstruktur, der adskiller sig fra den til kvinder. De finder ligeledes, at EPDS ikke opfanger depression, men mere generelt forhøjet psykologisk symptomniveau der inkluderer en blanding af depressive symptomer, angst og ulykkelighed. Cutoff anbefales til at være 13 eller derover. De konkluderer, at EPDS er valid i forhold til at opspore fædre, der er i risiko for at have nedsat psykisk trivsel eller egentlige psykiske vanskeligheder i efterfødselsperioden og med et behov for yderligere udredning og evt. psykologisk eller psykiatrisk hjælp.

Massoudi et al. (42) validerer EPDS på et sample bestående af 1.014 svenske fædre, 3 måneder efter barnet er født. De finder, at EPDS har en anden faktorstruktur for fædre end for mødre, og at den ud over depression også opfanger 'distress', dvs. generelt forhøjet symptomniveau hos fædre. De finder, at EPDS har høj sensitivitet og specificitet ved et cutoff på 12 eller derover, men at den positive prædiktive værdi er lav i forhold til at finde svær depression. Præcisionen for moderat eller let depression er moderat, men lav i forhold til at fange angst. De konkluderer, at EPDS er valid i forhold til at fange svær depression hos fædre, men at den ikke nødvendigvis er god til at identificere mænd i risiko for at have let depression.

De fire studier, der har undersøgt brugen af EPDS til mænd, tyder på, at selvom de fleste konkluderer, at EPDS er pålidelig og valid til mænd, så er der også visse problemer med at bruge skalaen til mænd. I forhold til cutoff foreslås forskellige værdier fra 10 eller derover til 13 eller derover. 3 af de 4 studier er baseret på relativt små samples, og man har ikke undersøgt, hvordan EPDS fungerer til fædre og partnere i graviditeten.

Samlet set er der endnu begrænset evidens for brugen af EPDS i forhold til at opspore fædre og partnere i risiko for at have depression efter fødslen og ingen evidens for brugen af EPDS til at opspore depression hos mænd/personer, der har en gravid partner. I forhold til at bruge EPDS til fædre og partnere i efterfødselsperioden mangler der et dansk valideringsstudium til at kunne anbefale en cutoff-værdi.

2.3 EPDS og GMDS til fædre og partnere

I Danmark anvendes både EPDS og GMDS (Gotland Male Depression Scale) til fædre. Det er derfor vigtigt at undersøge, i hvor høj grad der er overensstemmelse imellem de to måleredskaber, og hvorvidt et af dem fungerer bedre end det andet. Vi har fundet to studier, der undersøger dette.

Madsen & Juhl (32) undersøger, hvordan EPDS og GMDS fungerer i forhold til hinanden med et sample bestående af 549 danske fædre med børn på 6 uger. De finder, at prævalensen er 5,0 % ved en EPDS cutoff på 10 og 3,4 % ved GMDS cutoff på 13. Overensstemmelsen imellem de to måleredskaber er angivet ved Cohen's Kappa på 0,49, hvilket indikerer en moderat overensstemmelse. De konkluderer, at der er behov for at udvikle bedre redskaber til at kunne identificere fædre med fødselsdepression.

Carlberg et al. (43) undersøger, om der er forskelle på EPDS og GMDS i et sample bestående af 3.556 svenske fædre med børn på 3-6 måneder. De sammenligner cutoff-scores på de to måleredskaber og finder, at de identificerer 13,3 % ved en cutoff-score for EPDS på 10 (minor depression), 8,1 % ved en cutoff-score for EPDS på 12 (major depression) i forhold til 8,6 % ved en cutoff-score på 13 for GMDS. Interkorrelationen mellem EPDS og GMDS angives til at være 0,76 ($p < 0,001$). De finder, at der er forskellige risikofaktorer, der spiller ind i forhold til de to måleredskaber. De konkluderer, at ingen af de to skaler kan stå alene i forhold til at vurdere depression hos fædre, og at det er afgørende, hvilken cutoff-værdi man vælger for EPDS.

Samlet set finder de to studier, at EPDS og GMDS fungerer forskelligt for fædre og identificerer overlappende, men også meget forskellige grupper af fædre, med tegn på depression efter fødslen. Ud fra de to studier kan vi ikke konkludere, om et af de to måleredskaber er bedre end det andet i forhold til systematisk opsporing af fædre med depression efter fødslen

2.4 Kort EPDS-version på 5 items

Selvom EPDS-spørgeskemaet er relativt kort med sine 10 spørgsmål, er der forskere, der har undersøgt, hvordan en kortere version på 5 spørgsmål fungerer i forhold til originalen. De fem spørgsmål svarer til item nummer 1, 2, 8, 9, og 10 i den originale EPDS. Disse fem

items dækker de to kernesymptomer 'low mood' (item 8 og 9) og 'anhedonia' (item 1 og 2) samt 'selvskade' (item 10). Ingen af de tre angstspørgsmål (item 3, 4 og 5) indgår i den korte version. Vi har fundet to studier, der undersøger den psykometriske kvalitet af den korte version af EPDS (også kaldet EPDS-Dep-5).

Harel et al. (44) undersøger i dette studie, om en kortere version af EPDS, der er pålidelig og valid, kan anvendes. Studiet er baseret på data fra 5.157 gravide og mødre (heraf 765 med svær depression) baseret på individuelle deltagerdata fra 22 forskellige studier på tværs af lande og kulturer og inklusive data fra Smith-Nielsen et al.'s danske studie (24). De finder, at den korte version er endimensionel og har en Cronbachs alpha 0.82, dvs. den har en relativt høj intern konsistens. Endvidere korrelerer den korte EPDS i høj grad med den fulde EPDS ($r = 0,91$). Ved et cutoff på 4 er sensitiviteten 0,83 og specificiteten 0,86, hvilket ikke er dårligere end den fulde EPDS. Forfatterne konkluderer, at EPDS-Dep-5 er pålidelig og valid, og at man kun mister en minimal mængde af information ved at anvende den i forhold til den fulde EPDS.

Thombs et al. (45) undersøger i et andet studie baseret på individuelle deltagerdata fra 3.958 kvinder fra 19 forskellige studier fra en lang række lande, hvordan 5-item versionen af EPDS klarer sig til at forudsige depression i forhold til et diagnostisk interview (the Structured Clinical Interview for DSM (SCID)). De finder, at prævalensen for svær depression er 9,2 % ved SCID og 16,2 % ved EPDS-Dep-5 med cutoff på 7 point, svarende til en forskel på 8,0 %. De finder desuden, at prævalensen falder, jo ældre deltagerne er. De konkluderer, at prævalensen af svær depression er højere, når man bruger EPDS-Dep-5, og at det er vigtigt at anvende diagnostiske interviews til at konstatere, om der reelt er tale om en svær depression, når en person scorer højt på EPDS-Dep-5.

Samlet set tyder de to studier på, at den korte 5-item version af EPDS fungerer stort set ligeså godt som den fulde EPDS og kan anvendes, hvis der er brug for en meget kort version.

2.5 EPDS og opsporing af angst

Der indgår tre spørgsmål i EPDS, hvor der er blevet peget på, at de måske i højere grad er specifikke for angst end for depression (item nummer 3, 4 og 5). Nogle forskere har derfor undersøgt, om EPDS kan anvendes til at opspore angst. Vi har fundet to studier, der validerer EPDS-3A i forhold til at opspore personer i risiko for at have kliniske niveauer af angst i efterfødselsperioden.

Matthey (46) undersøger, om EPDS-3A kan bruges til systematisk opsporing af angst i et australsk sample bestående af 238 mødre og 218 fædre 6 uger efter fødslen. Matthey finder, at den optimale cutoff-værdi for EPDS-3A hos kvinder er 6, og at en del af de kvinder, der scorer over cutoff for angst, ikke scorer over cutoff-værdien 13 for den samlede EPDS-score og derfor ikke ville være blevet identificeret, hvis man kun havde brugt den fulde EPDS cutoff-værdi. Matthey finder desuden i en faktoranalyse, at items 6 og 7 skal grupperes sammen med de tre angst-items for fædre. Han foreslår, at der kan anvendes en cutoff-værdi på 4 for EPDS-3A hos fædre, men at der er behov for mere forskning for at kunne være sikker på resultatet.

Smith-Nielsen et al. (47) undersøger ligeledes, om EPDS-3A kan bruges til systematisk opsporing af angst i to danske samples bestående af i alt 762 kvinder med børn i alderen 2-11 måneder. Datasættet vægtes i forhold til et datasæt bestående af næsten 5.000 EPDS-screeninger. Via konfirmatorisk faktoranalyse bekræftes, at EPDS indeholder en subskala bestående af items 3, 4 og 5. Endvidere peger resultaterne på, at en cutoff-værdi på 5 er det optimale i forhold til at identificere mødre med kliniske niveauer af angst (sensitivitet: 70,9; specificitet: 92,2; areal under kurven: 0,926). Resultaterne viser desuden, at EPDS-3A identificerer en lille gruppe af mødre med angst (2,5 %), som ikke ville være blevet fundet med en cutoff på 11 på den fulde EPDS. Forfatterne konkluderer, at EPDS-3A kan bruges som et kort redskab til at opspore angst hos mødre, men at det kun vil tilføje en lille gruppe af mødre, som ikke ville blive fanget af den fulde EPDS. Endvidere fremhæver forfatterne, at deres resultater er i overensstemmelse med andre studier, der har indikeret, at EPDS ikke kun opsporer depression, men også opsporer mødre med angst, og at udredning i forhold til den specifikke problematik er vigtig.

Samlet set tyder det på, at EPDS-3A kan anvendes til systematisk opsporing af mødre med angst med en cutoff-værdi på 5, mens det er mere usikkert, hvorvidt EPDS-3A fungerer i forhold til fædre.

Anden relevant forskning om EPDS: (48–50)

2.6 Opsummering og opmærksomhedspunkter

2.3 opsummerer hovedfund for litteraturgennemgangen vedrørende systematisk opsporing af fødselsdepression med EPDS og GMDS i en dansk kontekst.

Boks 2.3 Hovedfund: Systematisk opsporing af fødselsdepression

Mødre (EPDS)

Både danske og internationale data anbefaler at anvende en cutoff-værdi på 11 for mødre, der udfylder EPDS.

Gravide eller kvinder i efterfødselsperioden, der scorer 11 eller derover, er i risiko for at have depression, og det anbefales at følge op med yderligere udredning og evt. behandling.

Fædre (EPDS og GMDS)

Der er nogle få mindre studier, der undersøger EPDS-ens psykometriske egenskaber, når den bruges til fædre i efterfødselsperioden. Samlet set er der begrænset psykometrisk dokumentation for, at EPDS fungerer tilfredsstillende i forhold til at opspore fædre med fødselsdepression efter fødslen. Der foreligger aktuelt ikke nogen psykometriske studier, der undersøger, hvordan EPDS fungerer for fædre/partnere til gravide kvinder.

EPDS og GMDS fungerer forskelligt for fædre og identificerer overlappende, men også meget forskellige, grupper af fædre med tegn på depression efter fødslen. Baseret på den eksisterende evidens, er der ikke belæg for at konkludere, om det ene måleredskab er mere anvendeligt end det andet i forhold til systematisk opsporing af depression hos fædre/partnere i efterfødselsperioden.

Der er behov for flere studier, der undersøger, hvordan depression under graviditet og i efterfødselsperioden måles hos mænd/fædre/partnere.

Boks 2.3 Hovedfund: Systematisk opsporing af fødselsdepression

Kort version af EPDS

Den korte version af EPDS – EPDS-Dep-5 – ser ud til at fungere stort set ligeså godt som den fulde EPDS og kan anvendes med en cutoff-værdi på 7 for kvinder, hvis der er brug for en meget kort version.

Opsporing af angst med EPDS

De eksisterende studier tyder på, at EPDS-3A kan anvendes til systematisk opsporing af mødre med angst med en cutoff-værdi på 5.

Kvinder i efterfødselsperioden, der scorer 5 eller derover på EPDS-3A, er i risiko for at have angst. Stort set alle, der opspores med EPDS-3A, vil dog også blive identificeret med den fulde EPDS.

Det vides ikke, hvorvidt EPDS-3A kan bruges til at opspore angst hos fædre i efterfødselsperioden.

3 Behandling af fødselsdepression

I dette kapitel vil vi gennemgå reviews, der undersøger effekten af interventioner rettet mod at reducere fødselsdepression hos gravide og kvinder/mænd/partnere i efterfødselsperioden.

Interventioner til gravide og forældre med fødselsdepression findes i mange versioner lige fra farmakologisk behandling, over samtalebaserede interventioner til motion og kosttilskud. De varierer på mange parametre, fx i forhold til, om de tilbydes i graviditeten, eller når barnet er født, om de udføres af fagprofessionelle eller er virtuelle tilbud, om der er få eller mange sessioner samt eventuelle oplevede bivirkninger.

Der findes en stor mængde litteratur på området, og det har derfor været nødvendigt at afgrænse søgningen til systematiske reviews, der undersøger effekten af interventioner rettet mod fødselsdepression enten til gravide eller til forældre i efterfødselsperioden. Et review er en artikel, hvor man systematisk samler og opsummerer viden om et specifikt emne på tværs af flere primærstudier. Vi har ikke haft nogen afgrænsning i forhold til køn.

I forhold til udfald har fokus været på depressionssymptomer og prævalens men ikke fx forældre-barn-relation eller barnets udvikling.

For tema 2 har vi fundet væsentligt flere reviews, end det var muligt at gennemgå i detaljer i denne rapport. Vi har derfor prioriteret imellem disse reviews (omkring halvdelen er beskrevet i rapporten). De kriterier, der har været grundlag for vores prioritering, er beskrevet i Boks 3.1.

Boks 3.1 Prioriteringskriterier for udvælgelse af reviews inkluderet i Tema 2

Reviews med følgende karakteristika er prioriteret:

- Indeholder Risk of Bias-vurdering af studier
- Er et Cochrane eller Campbell review
- Indeholder metaanalyse
- Er relativt nyt
- Har fokus på depression frem for overordnet mentalt helbred
- Har fokus på både graviditet og efterfødselsperioden
- Indeholder mindst 10 studier
- Har lavet subgruppeanalyser.

Da interventioner rettet mod gravide og effekterne heraf kan være forskellige fra interventioner rettet mod forældre i efterfødselsperioden, har vi i behandlingen af tema 2 været opmærksomme på at fremhæve, hvis studierne rapporterer separate resultater for henholdsvis gravide og kvinder i efterfødselsperioden.

I opsamlingen af tema 2 gengiver vi de konklusioner, der overordnet kan drages på tværs af de forskellige undergrupper. Da forskellige reviews kommer til lidt forskellige konklusioner, kan resultaterne enkelte steder virke modstridende.

Vi har i alt fremsøgt 101 systematiske reviews om behandling af fødselsdepression. De 95 studier, der er inkluderet, har vi kategoriseret under følgende undergrupper:

- Meta-reviews om effekter af interventioner rettet mod fødselsdepression
- Farmakologiske og ikke-farmakologiske former for intervention
- Farmakologisk behandling
- Samtalebaserede former for intervention
- Interventioner tilbudt virtuelt eller via telefon
- Interventioner baseret på fysisk aktivitet
- Ikke-farmakologiske alternative interventioner
- Interventioner udført af jordemødre
- Andre typer interventioner (fx universelle opsporings- og informationsinterventioner).

Det første afsnit samler således den viden, der er genereret i meta-reviews (et review af reviews), hvorimod de resterende afsnit samler viden baseret på reviews.

3.1 Meta-reviews af interventioner rettet mod fødselsdepression

Et meta-review er et systematisk review, der samler viden på tværs af eksisterende reviews. Vi har fundet fire meta-reviews, der handler om interventioner rettet mod fødselsdepression. De er publiceret i 2013, 2019 og to er publiceret i 2021. Der er ingen af de fire meta-reviews, der gennemfører en egentlig metaanalyse på baggrund af de reviews, de inkluderer.

Branquinho et al. (51) undersøger effekten af psykologiske interventioner til gravide og kvinder med depression efter fødslen samt identificerer typiske egenskaber ved effektive interventioner. Meta-reviewet er baseret på syv reviews, hvoraf de fleste undersøger effekten af kognitiv adfærdsterapi. Forfatterne konkluderer, at kognitiv adfærdsterapi er den mest effektive intervention i forhold til at reducere depressive symptomer både hos gravide og hos kvinder i efterfødselsperioden, både på kort og lang sigt og uanset format (individuel, gruppe, web). Det var uklart, hvorvidt interpersonel psykoterapi (IPT) havde effekt. Samlet set vurderes kvaliteten af de syv inkluderede reviews til at være kritisk lav.

Chow et al. (52) undersøger effekten af interventioner rettet imod fødselsdepression og evaluerer den metodologiske kvalitet af studierne. Meta-reviewet er baseret på 83 reviews. Forfatterne finder, at antidepressiv medicin og telefonisk støtte var de mest effektive interventioner til behandling af fødselsdepression baseret på de systematiske review med den højeste metodiske kvalitet. Derudover viste traditionel kinesisk urtemedicin sig også at være effektivt til behandling af fødselsdepression. De vurderer, at det

er uklart, hvorvidt der er en effekt af fysisk aktivitet, hormonterapi og kognitiv adfærdsterapi. Samlet set konkluderer forfatterne, at kvaliteten af de inkluderede review er lav til moderat, og at kvaliteten ikke er steget over de seneste 20 år.

Dipietro et al. (53) opsummerer evidensen fra rapporten '2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report' og bidrager med ny evidens fra en opdateret søgning af effekten af fysisk aktivitet på mødres sundhed under graviditet og efter fødslen. Reviewet er baseret på 76 reviews. Forfatterne konkluderer, at der er stærk evidens for, at fysisk aktivitet af moderat intensitet reducerede symptomer på depression efter fødslen samt reducerede vægtøgning og graviditetsdiabetes. For alle udfald var det uklart, hvorvidt forholdene varierede efter alder, race/etnicitet, socioøkonomisk status eller vægt før graviditet. Forfatterne konkluderer endvidere, at graviditeten er en periode, hvor det er muligt at fremme positiv sundhedsadfærd, der kan have betydning for både mor og barn. Forfatterne skriver, at der er lavet en vurdering af studierne kvalitet, men der er ikke nogen information i artiklen om dette.

Alderdice et al. (54) undersøger effekten af interventioner udført af jordemødre, som kan forbedre den mentale trivsel hos gravide. Reviewet er baseret på 32 reviews. Forfatterne konkluderer, at man på nuværende tidspunkt ikke kan anbefale nogen specifikke jordemoderbaserede interventioner frem for andre. Forfatterne anbefaler, at følgende interventioner undersøges nærmere i forhold til forebyggelse og behandling af depression i graviditeten: støttende samtaler med jordemødre, der har til hensigt at forebygge depression, psykologiske interventioner, mind-body interventioner, fysisk aktivitet samt forældretræning. Forfatterne påpeger, at jordemødre kunne udfylde en vigtig rolle i forhold til at fremme trivsel og mental sundhed hos gravide. Kvaliteten af studierne vurderes til at være svingende, og mange af studierne er små og af dårlig kvalitet.

3.1.1 Opsamling på meta-reviews

Samlet set giver de fire meta-reviews et noget broget og nogle gange modstridende billede af effekten af interventioner til kvinder med fødselsdepression. Følgende interventioner kan på baggrund af de fire eksisterende meta-reviews fremhæves som værende effektive i forhold til fødselsdepression:

- Antidepressiv medicin
- Kognitiv adfærdsterapi
- Støttende samtaler via telefon
- Fysisk aktivitet
- Traditionel kinesisk urtemedicin.

Eftersom ingen af de fire meta-review gennemfører nogen metaanalyse, er det begrænset, hvad de bidrager med af ekstra værdi i forhold til at vurdere effekten af interventioner til kvinder med fødselsdepression. Dog er det meget tydeligt, at kvaliteten af de reviews, der indgår, generelt set er ret lav. Dette stemmer overens med, hvad vi finder, at mange af forfatterne i de efterfølgende reviews fremhæver: at kvaliteten af primærstudierne i mange tilfælde er relativt lav.

I de efterfølgende afsnit præsenterer vi resultater på baggrund af enkeltstående reviews opdelt efter tema.

3.2 Farmakologiske og ikke-farmakologiske former for intervention

I dette afsnit ser vi på reviews, der har undersøgt alle former for interventioner i forhold til at reducere fødselsdepression. Det omfatter derfor i bred forstand både farmakologiske og ikke-farmakologiske interventioner.

Vi har i alt fundet fire reviews, der undersøger effekten af både farmakologiske og ikke-farmakologiske interventioner rettet mod fødselsdepression. De studier, der indgår i disse reviews, indgår i mange tilfælde også i de mere afgrænsede reviews, som vi gennemgår i de efterfølgende afsnit.

Nillni et al. (55) undersøger effekten af interventioner målrettet mentale helbredsproblemer hos gravide og kvinder med børn op til 12 måneder diagnosticeret med PTSD, depression, panik disorder, angst, fobi eller OCD. Reviewet er baseret på 78 studier, hvoraf 73 havde fokus på depression. Interventionerne omfatter kognitiv adfærdsterapi, interpersonel psykoterapi, andre samtaleterapi (peer support, listening visits, psykoedukation), collaborative care models, fysisk aktivitet, yoga, massage, akupunktur, lysterapi, omega3, hjernestimulation, og farmakologisk behandling. Der gennemføres ikke nogen metaanalyse. Forfatterne konkluderer, at kognitiv adfærdsterapi, efterfulgt af interpersonel psykoterapi, er de mest undersøgte psykologiske interventioner, og at de har en stærk evidensbase. Fysisk aktivitet, yoga og graviditetsmassage viser lovende resultater, men der er brug for flere studier. Forfatterne konkluderer ligeledes, at der er knaphed på studier, der undersøger effekten af farmakologisk behandling, særligt set i forhold til, at der er stigende brug af medicin i graviditeten og efterfødselsperioden. Endelig peger forfatterne på, at der er behov for flere studier i forhold til lavindkomstgrupper og minoriteter.

Morrell et al. (56) undersøger effekten af forebyggende, målrettede eller indikerede interventioner til gravide og kvinder i de første 6 uger efter fødslen i forhold til fødselsdepression. Reviewet er baseret på 86 kvantitative studier og 44 kvalitative studier. Interventionerne omfatter forskellige former for farmakologisk behandling, psykologiske interventioner, social støtte, uddannelse, organisering af 'maternity care', musikterapi, akupunktur, yoga, massage, aromaterapi, fysisk aktivitet, urtemedicin og interventioner udført af jordemødre. Metaanalyse viser, at de mest effektive interventioner er en jordemoderbaseret intervention ('midwifery redesigned postnatal care') (EPDS forskel -1.43 (95% credible interval -4.00 til 1.36)), personcentreret psykoterapi, kognitiv adfærdsterapi (universel og indikeret behandling), interpersonel psykoterapi (behandling), forældreuddannelse (målrettet), støtte af forældre-barn-relationen og peer support. Det fremhæves, at kvinderne værdsatte at have en fast kliniker, involvering af partner og mulighed for adgang til flere besøg af jordemoder eller sundhedsplejerske trænet i personfokuseret eller kognitiv adfærdsterapi. Der var højere Risk of Bias ved de studier, der undersøgte universelle interventioner, i forhold til de studier, der undersøgte målrettede og indikerede interventioner. Forfatterne konkluderer, at resultaterne er inkonklusive i

forhold til at drage konklusioner om, hvad der er mest effektivt, fordi der ikke er mulighed for at sammenligne de forskellige interventioner.

Opsamlende finder de to reviews, at kognitiv adfærdsterapi, interpersonel psykoterapi, forældreuddannelse, støtte til forældre-barn-relation og peer support ser ud til at reducere fødselsdepression, samt at fysisk aktivitet, yoga og graviditetsmassage viser lovende resultater.

Yderligere reviews, der undersøger effekten af alle former for interventioner til kvinder med fødselsdepression: (57,58)

3.3 Farmakologiske interventioner

I dette afsnit undersøger vi effekten af farmakologiske interventioner i forhold til behandling af fødselsdepression. Afsnittet er opdelt således, at vi først gennemgår reviews om Brexanolone, derefter reviews, der undersøger effekter af antidepressive præparater. Til sidst præsenteres reviews, der undersøger effekter af farmakologisk behandling generelt. Der er et vist overlap i de typer medicin, der indgår i de forskellige studier.

3.3.1 Brexanolone

Vi har fundet tre reviews, der undersøger effekten af Brexanolone. Brexanolone er et intravenøst administreret, neuroaktivt steroidt antidepressivt middel, der anvendes til behandling af moderat til svær fødselsdepression.

Powellet al. (59) gennemgår de studier, der indgår i den amerikanske Food and Drug Administration (FDA) godkendelse af Brexanolone som behandling af moderat til svær depression, for at undersøge sikkerheden og effektiviteten. Reviewet er baseret på et fase II og to fase III studier. Forfatterne konkluderer, at Brexanolone er en effektiv behandling af moderat til svær depression efter fødslen og reducerer hurtigt symptomer.

Zheng et al. (60) undersøger effekten af injektion/infusion af Brexanolone i forbindelse med depression efter fødslen. Reviewet er baseret på tre studier. De konkluderer, at en enkelt infusion af Brexanolone ser ud til at have en overraskende hurtig og signifikant effekt på depressionssymptomer med en effekt varende op til en uge. Både korttids- og langtidseffekter skal undersøges nærmere i større randomiseret kontrolleret forsøg.

Cooper et al. (61) undersøger effekten af Brexanolone-injektion i forhold til Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) til behandling af depression efter fødslen. Reviewet er baseret på seks studier. Analyserne tyder på, at der ses en større ændring af depressive symptomer fra baseline til opfølgning for Brexanolone i forhold til SSRI. Dette gælder både for patient- og klinikerrapporterede udfald og på alle undersøgte tidspunkter.

3.3.2 Antidepressiv medicin

Der findes mange typer af antidepressiv medicin, som påvirker signalstoffer i hjernen som fx serotonin og noradrenalin. De meste kendte typer antidepressiv medicin hører til gruppen af serotonin-specifikke genoptagelseshæmmere, også kaldet SSRI eller Lykkepiller. SSRI hæmmer signalstoffet serotonins genoptagelse i hjernecellerne.

Vi har fundet tre reviews, der undersøger effekten af antidepressiv medicin. De to er Cochrane reviews, der undersøger brugen af antidepressiv medicin, som en forebyggende eller en behandlende intervention.

Molyneaux et al. (62) undersøger effekten af at give antidepressiv medicin forebyggende til gravide eller kvinder, der har født inden for de seneste 6 uger, der tidligere havde haft fødselsdepression. Reviewet er baseret på to studier. På grund af få studier er det uvist, om forebyggende behandling med antidepressiv medicin (nortriptylin og sertralin) reducerer antallet af kvinder, der udvikler fødselsdepression. Risk of Bias var lav eller uklar i de inkluderede studier. Forfatterne vurderer, at sikkerheden for evidensen er ret lav. De påpeger, at det er meget kritisk, at der ikke er lavet nye studier på området i mere end 10 år.

Brown et al. (63) undersøger i dette Cochrane-review forskellige antidepressiv mediciners effektivitet på depression efter fødslen i forhold til placebo, sædvanlig behandling eller andre former for behandling. Reviewet er baseret på 11 studier. Ved 5-12 ugers opfølgning finder de:

1. SSRI ser ud til at være bedre end placebo i forhold til respons (55 % versus 43 %; pooled risk ratio (RR) 1,27, 95 % confidence interval (CI): 0,97 til 1,66) og remission (42 % versus 27 %; RR 1,54, 95 % CI: 0,99 til 2,41)
2. SSRI reducerede depressionssymptomer i forhold til placebo (SMD -0,30, 95 % CI: -0,55 til -0,05; 4 undersøgelser, 251 kvinder).
3. Der var ingen tegn på forskel på acceptability mellem SSRI og placebo (27 % versus 27 %; RR 1,10, 95 % CI: 0,74 til 1,64; 4 undersøgelser; 233 kvinder).

Forfatterne vurderer, at sikkerheden for evidensen var lav eller meget lav på grund af det lille antal inkluderede undersøgelser og en række potentielle kilder til bias, herunder høje frafaldsprocenter. Der var utilstrækkeligt evidens for at vurdere SSRI'ernes effektivitet i forhold til andre typer af antidepressiv medicin, med andre farmakologiske interventioner, komplementære lægemidler, psykologiske og psykosociale interventioner eller sædvanlig praksis. Forfatterne påpeger, at en betydelig del af kvinderne oplevede negative virkninger, men der var ingen tegn på forskelle i antallet af negative virkninger mellem behandlingsgrupper i nogen af undersøgelserne. Der er begrænset data om effekten på børn (herunder babyer, der bliver ammet), på forældreskab og familieliv. Forfatterne konkluderer følgende:

1. Der er begrænset evidens for effekt og sikkerhed i forhold til antidepressiv medicin som behandling af fødselsdepression, særligt for dem med mere alvorlig depression.
2. Der er evidens på et lavt niveau (low-certainty), for at SSRI-præparater er mere effektive end placebo i forhold til fødselsdepression, når man ser på remissionsrater. Dette er i overensstemmelse med mange studier udført på ikke-gravide og kvinder i efterfødselsperioden.
3. Den lave grad af sikkerhed peger imod, at fremtidig forskning kan komme til at ændre markant på effektestimaterne og dermed vurderingen af effekten.

4. Det er afgørende at opnå en bedre forståelse for, om, og for hvem, antidepressiv medicin eller andre behandlinger er effektive i forhold til fødselsdepression, samt hvorvidt nogle slags antidepressiv medicin tolereres bedre end andre.
5. I forhold til klinisk praksis er det væsentligt at vurdere den enkelte kvindes sygdomshistorie og aktuelle symptomer i forhold til aktuelle guidelines og studier på området for at kunne lave en individuel risikovurdering og beslutning om behandling for den enkelte gravide eller kvinde i efterfødselsperioden.

Opsamlende kan vi sige, at studierne peget lidt i forskellig retning i forhold til effekt, men at det sandsynligvis hænger sammen med, at der ikke er udført særligt mange studier om effekten af antidepressiv medicin på gravide og kvinder i efterfødselsperioden.

Yderligere review, der undersøger effekten af antidepressiv medicin: (64)

3.3.3 Farmakologisk intervention

Viswanathan et al. (65) undersøger effekten af farmakoterapi til kvinder i den reproduktive alder (inklusive gravide og kvinder i efterfødselsperioden) med mentale problemer. Reviewet er baseret på 19 studier, hvoraf en stor del er observationsstudier. Metaanalyse viser, at:

- Brexanolone måske kan forbedre depressive symptomer 60 timer efter infusion (least square mean difference $-4,1$, standard error $0,9$, $p < 0,001$) og ved 30 dage efter (LS mean difference, SE $-2,6$, $1,1$, $p = 0,02$) i forhold til placebo målt med Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D). Resultaterne for Brexanolone var uklare i forhold til andre depressionsmål.
- Brexanolone måske kan forøge risiko for dødsghed, hvilket leder til reduktion i indtag eller afbrydelse.
- Sertraline måske kan forbedre respons, remission og depressive symptomer sammenlignet med placebo.
- for kvinder med bipolar lidelse kan ophør af stemningsstabiliserende medicin under graviditet være forbundet med forhøjet risiko for tilbagevenden af stemningsforstyrrelse.

De påpeger, at der kun har været få studier af gravide og kvinder i efterfødselsperioden. En del studier rapporterer om negative bivirkninger, men de er generelt af dårlig kvalitet, og det kan ikke afvises, at alvorlig underlæggende sygdom kan være skyld i bivirkningerne.

Forfatterne har en konklusion, der meget præcist rammer stort set alle de interventioner, vi undersøger i tema 2, nemlig at manglen på evidens ikke betyder, at den undersøgte intervention ikke virker, eller at den ikke har bivirkninger, men derimod, at det tydeliggør manglen på forskning af høj kvalitet på området.

Yderligere review, der undersøger effekten af farmakologisk intervention: (66)

3.3.4 Opsamling på farmakologiske interventioner

I forhold til Brexanolone er der generel enighed om, at der er lovende resultater. Der er dog også behov for flere og større undersøgelser for bedre at kunne vurdere effekten.

Det er uvist, om forebyggende behandling med antidepressiv (nortriptylin og sertralin) reducerer antallet af kvinder, der udvikler fødselsdepression

Der er begrænset evidens for effekt og sikkerhed i forhold til antidepressiv medicin som behandling af fødselsdepression, særligt for dem med mere alvorlig depression.

Der er evidens på et lavt niveau (low-certainty), for at SSRI-præparater er mere effektive end placebo i forhold til fødselsdepression, når man ser på remissionsrater.

Der er udført få studier, hvor man undersøger effekten af farmakologiske interventioner til gravide og kvinder i efterfødselsperioden.

En del studier rapporterer negative bivirkninger af farmakologiske interventioner, men kvaliteten af studierne er generelt dårlig, og det kan ikke afvises, at andre forhold spiller ind i forhold til bivirkningerne.

3.4 Samtalebaserede interventioner

I dette afsnit præsenterer vi reviews, der undersøger effekten af forskellige former for samtalebaserede interventioner til kvinder med fødselsdepression. Vi har delt dem op i undergrupper baseret på, hvilken slags metode der er tale om, eller til hvem den er målrettet. Der er et stort overlap imellem studier, der indgår i undergruppen, der er baseret på alle former for samtalebaserede interventioner, og efterfølgende undergrupper, der ser på mere specifikke reviews af fx kognitiv adfærdsterapi.

3.4.1 Samtalebaserede interventioner – overordnet

Vi har fundet seks reviews, der overordnet set undersøger effekten af samtalebaserede interventioner rettet mod fødselsdepression.

Yasuma et al. (67) undersøger effekten af forebyggende psykologiske interventioner tilbudt til gravide med fødselsdepression. Reviewet er baseret på 18 studier, der omfatter interventioner som kognitiv adfærdsterapi, mindfulness, interpersonel psykoterapi og psykoedukation. Metaanalysen viser en signifikant reduktion af både depression i graviditeten (SMD = 0,28, 95 % CI = 0,11 til 0,44) og efterfødselsperioden (SMD = 0,37, 95 % CI = 0,08 til 0,66). Subgruppeanalyse viser, at kognitiv adfærdsterapi reducerer depression i graviditeten (SMD = 0,53, 95 % CI = 0,13 til 0,94), men ikke i efterfødselsperioden (SMD = 0,45, 95 % CI = -0,03 til 0,92). Forfatterne konkluderer, at forebyggende psykologiske interventioner tilbudt til gravide kan reducere depression i graviditeten og i efterfødselsperioden. De påpeger, at resultaterne er inkonklusive på grund af relativt lav kvalitet af de inkluderede studier.

Li et al. (68) undersøger effekten af psykoterapi for gravide med depression i graviditeten, angst og generel trivsel. Reviewet inkluderer 22 studier, der omfatter interventioner

som kognitiv adfærdsterapi (13 studier) og interpersonel psykoterapi (9 studier). Metaanalysen viser, at psykoterapi reducerer depression i graviditeten (g: -0,48, 95 % CI: -0,76 til -0,19, P = ,001, I²: 39 %) sammenlignet med konventionel obstetrisk støtte. De finder også en effekt på angst og generel trivsel. Forfatterne konkluderer, at der er støtte på evidens niveau 1b for at anvende psykoterapi til at reducere depression og angst samt forbedre trivslen hos gravide kvinder.

Yderligere reviews, der undersøger effekten af psykoterapi på fødselsdepression: (69–72)

3.4.2 Kognitiv adfærdsterapi

Vi har fundet 11 reviews, der undersøger effekten af forskellige former for kognitiv adfærdsterapi i forhold til fødselsdepression. Traditionelt finder man ret mange studier, når man undersøger kognitiv adfærdsterapi. Indtrykket af de reviews, vi finder her, er dog, at mange af dem er relativt gamle og inddrager relativt få studier. Der findes fx heller ikke et Cochrane-review af kognitiv adfærdsterapi til fødselsdepression.

Li et al. (73) undersøger effekten kognitiv adfærdsterapi til gravide og kvinder med fødselsdepression. Reviewet er baseret på 13 studier. Metaanalysen viser, at kognitiv adfærdsterapi reducerede depressionssymptomer hos gravide (SMD = -0,52; 95 % CI: -0,77 til -0,28; p < ,001; I² = 67 %). Forskellen ses stadig 4 måneder efter fødslen (SMD = -0,41; 95 % CI: -0,74 til -0,08; p = ,02; I² = 69 %; p < ,001), men ikke derefter (dog kun baseret på et enkelt studie). De fandt en reduktion både for EPDS, BDI og PHD-9 i graviditeten, men forskellen var ikke signifikant efter fødslen. Risk of Bias var moderat.

Huang et al. (74) undersøger effekten af kognitiv adfærdsterapi til kvinder med depression efter fødslen. Interventionen omfatter internetbaserede terapi, telefonbaseret terapi, terapi i hjemmet og mindfulness terapi udført af psykologer, sygeplejersker eller forskere og varede fra 1 til 12 sessioner. Kontrolgruppeinterventioner omfatter medicin, rådgivning, collaborative care og andre former for terapi. Reviewet er baseret på 20 studier. Metaanalyse viser, at kognitiv adfærdsterapi reducerede depressionssymptomer målt med EPDS short term (mean difference = -2,86, 95 % CI: -4,41 til -1,31; P < 0,05) og long-term (mean difference = -1,68, 95 % CI: -1,81 til 1,56; P < 0,05). Dette var også tilfældet for Beck Depression Inventory BDI (mean difference = -6,30, 95 % CI: -11,32 til -1,28; P < 0,05) short term og (mean difference = -4,31, 95 % CI: -6,92 til -1,70; P < 0,05) long term, men ikke for Depression Anxiety Stress Scales (DASS). Subgruppeanalyser viser, at der er signifikant reduktion i EPDS-score, hvis interventionen udføres i hjemmet eller via telefon. Kognitiv adfærdsterapi reducerede risikoen for fødselsdepression short term (OR = 6,57, 95 % CI: 1,84 til 23,48; P < 0,05) og long term (OR = 2,00, 95 % CI: 1,61 til 2,48; P < 0,05). Risk of Bias var lav for 60 % af studierne, uklar for 30 % og høj for 10 % af studierne. Forfatterne konkluderer, at kognitiv adfærdsterapi kan lindre symptomerne på fødselsdepression og reducere prævalencen, men at der er behov for flere randomiserede studier af høj kvalitet for at underbygge resultaterne.

Roman et al. (75) undersøger effekten af online kognitiv adfærdsterapi mod fødselsdepression. Reviewet er baseret på seks studier. Metaanalysen viser en moderat reduktion i depressionssymptomer (d = -0,54, 95 % CI: -0,716; -0,423).

Scope et al. (76) undersøger effekten af gruppekognitiv adfærdsterapi på fødselsdepression. Reviewet er baseret på syv studier. Metaanalysen viser, at kognitiv adfærdsterapi i gruppe reducerer depressionssymptomer ($d = 0,57$ (95 % CI: 0,34 til 0,80, $p < 0,001$) 10-13 uger efter randomisering. Effekten reduceres ved 6 måneder efter randomisering ($d = 0,28$ (95% CI: 0,03 til 0,53, $p = 0,025$). Kvaliteten af studierne var lav.

Scope et al. (77) undersøger kvinders oplevelse med kognitiv adfærdsterapi leveret i gruppe, men da der var for få studier med kognitiv adfærdsterapi har de inkluderet andre former for gruppeterapi tilbudt til kvinder med fødselsdepression. Reviewet inkluderer seks studier. Forfatterne konkluderer, at der var forskel på, hvordan kvinderne oplevede gruppeterapi. Fordele var, at behandlingen gav kvinderne mulighed for at udvikle et bedre forhold til deres baby og forstå fødselsdepression. Ulemper var, at det var svært at anvende teknikkerne fra kognitiv adfærdsterapi, samt at der kunne opstå uheldige sammenligninger imellem deltagerne.

Samlet set tyder det på, at kognitiv adfærdsterapi har en effekt i forhold til at reducere symptomer på depression hos gravide og kvinder i efterfødselsperioden.

Yderligere reviews, der undersøger effekten af kognitiv adfærdsterapi til fødselsdepression: (78-83)

3.4.3 Gruppebaseret terapi

Goodman & Santangelo (84) undersøger effekten af psykologisk gruppebehandling på depression efter fødslen. Reviewet er baseret på 11 studier. De finder, at alle studier på nær ét viste signifikant forbedring i depressionssymptomer. De konkluderer, at resultaterne tyder på, at gruppeinterventioner er effektive, men at man skal være varsom med at tolke på det, da der er stor heterogenitet, og kvaliteten af studierne er svingende.

3.4.4 Mor-spædbarnsterapi

Huang et al. (85) undersøger effekten af mor-spædbarnsterapi på fødselsdepression hos mor-barn dyader. Reviewet er baseret på 13 studier. Metaanalysen viser, at mor-spædbarnsterapi reducerer depressionssymptomer (SMD $-0,25$, 95 % CI: $-0,40$, $-0,09$) og fødselsdepression (RR 0,71, 95 % CI: 0,55 til 0,91, $P = 0,007$, 4 studier, 359 deltagere). De ser ikke nogen effekt på mor-barn relationen (herunder sensitivitet, positivitet), dyadisk tilpasning eller tilknytning, men der var kun få studier med få deltagere, der rapporterede på disse udfald. Kvaliteten af studierne var moderat. De konkluderer, at mor-spædbarnsterapi har potentiale i forhold til at forebygge og behandle fødselsdepression.

3.4.5 Samtalebaserede interventioner til unge

Vi har fundet to reviews, der undersøger effekten af samtalebaserede interventioner til unge gravide.

Sangsawang et al. (86) undersøger effekten af interventioner, der har til formål at forebygge depression hos unge gravide. Reviewet er baseret på 13 studier. Der gennemføres ikke nogen metaanalyse. Det konkluderes, at hjemmebesøg, undervisning, kognitiv adfærdsterapi, interpersonel terapi og træning i spædbarnsmassage ser ud til at reducere

depressive symptomer hos unge gravide mødre, og at man bør overveje at implementere dem i den antenatale pleje til unge gravide. Det var dog ikke alle studier, der havde positive resultater. De nævner, at fire af interventionerne viser effekt på forældrene, og et enkelt viser effekt på barnet. Forfatterne vurderer, at kvaliteten af studierne er relativt god.

Yderligere review, der undersøger effekten af samtalebaserede interventioner til unge: (87)

3.4.6 Samtalebaserede interventioner rettet mod partnere eller som involverer partneren eller andre familiemedlemmer

Vi har fundet fire reviews, der undersøger samtalebaserede interventioner rettet mod partneren eller andre familiemedlemmer til kvinder med fødselsdepression. Det ene af studierne er baseret på kvalitative studier.

Cluxton-Keller & Bruce (88) undersøger effekten af familierapi (hvor mindst ét familiemedlem deltager) til at forebygge og behandle fødselsdepression. Reviewet er baseret på syv studier, hvoraf hovedparten klassificeres som kognitive-adfærdsmæssige. Metaanalysen viser, at familierapi reducerer depressionssymptomer (SMD = -0,178, 95 % CI = -0,317, -0,039; $z = 2,51$, $p = ,01$; $I^2 = 1.1$ %). Desuden finder de, at målrettet forebyggelse (SMD = -0,373, 95 % CI = -0,725, -0,020; $z = 2,07$, $p = 0,04$) og behandling (SMD = -0,523, 95 % CI = -1,045, -0,002; $z = 1,97$, $p = 0,05$) er mere effektivt end universel forebyggelse (SMD = -0,093, 95 % CI = -0,253, 0,068; $z = 1,13$, $p = 0,26$). For målrettet forebyggelse finder de en større effekt, hvis familiemedlemmet deltager i mindst 80 % af sessionerne, og tegn på, at der er en større effekt ved at deltage seks eller flere gange i forhold til fem eller færre. Kvaliteten af studierne var moderat til høj.

Noonan et al. (89) undersøger effekten af at inkludere partner og familiemedlemmer i psykosociale intervention for gravide og kvinder i risiko for at udvikle fødselsdepression og angst. Reviewet er baseret på ni studier med meget forskellige psykosociale interventioner (fx psykoedukation, hjemmebesøg, intervention rettet mod parrets kommunikation og dialektisk adfærdsterapi). Der gennemføres ikke nogen metaanalyse. De finder, at alle på nær ét af de inkluderede studier rapporterer, at interventionen reducerer symptomniveauet. Forfatterne vurderer, at kvaliteten af studierne er relativt god.

Alves et al. (90) syntetiserer kvalitative studier af forebyggende eller behandlende interventioner rettet mod kvinder med fødselsdepression, hvor partneren inkluderes. Reviewet er baseret på 26 studier. De finder, at partnere i højere grad deltager i forebyggende interventioner, og at parrene vurderer, at der er en række fordele ved at inkludere begge forældre i interventioner rettet mod fødselsdepression hos moderen. På grund af relativt dårlig kvalitet af studierne og mangel på viden om, hvor meget partneren deltog, var det ikke muligt at vurdere, om partnerens deltagelse hang sammen med effekten af interventionen samt at konkludere noget om, hvorvidt partneren bør inkluderes i interventioner rettet mod fødselsdepression. Forfatterne vurderer, at kvaliteten af studierne er blandet. Samlet set tyder det på, at terapi, der inkluderer partner eller andre familiemedlemmer, kan reducere fødselsdepression.

Yderligere review, der undersøger effekten af interventioner til at forebygge fødselsdepression, der inkluderer partneren: (91)

3.4.7 Andre former for samtalebaseret terapi

Ud over de reviews, der er præsenteret i dette kapitel, har vi yderligere fundet tre reviews, der undersøger effekten af forskellige former for samtalebaseret terapi: (92–94)

3.4.8 Opsamling på samtalebaserede interventioner

Der er nogen evidens for, at samtalebaserede interventioner som kognitiv adfærdsterapi, mindfulness, interpersonel psykoterapi og psykoedukation kan reducere depression. Det gælder både for gravide og for kvinder med depression efter fødslen.

Gruppebaseret terapi (inklusive kognitiv adfærdsterapi) ser ud til at kunne reducere depressive symptomer, men man skal være opmærksom på fordele og ulemper ved gruppeformatet.

Det tyder på, at terapi, der inkluderer partner eller andre familiemedlemmer, kan reducere depressionssymptomer. Interventionen er mere effektiv som indikeret forebyggelse og behandling end som universel forebyggelse.

Mor-spædbarnsterapi ser ud til at kunne reducere symptomer på depression.

Der er nogen evidens for, at samtalebaseret terapi kan reducere depressive symptomer hos unge gravide mødre.

3.5 Interventioner baseret på fysisk aktivitet

I dette afsnit ser vi på effekten af interventioner til at reducere fødselsdepression, som er baseret på fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan omfatte alle former for aktivitet og kan være både organiserede aktiviteter, og noget man kan lave hjemme i stuen.

Vi har fundet syv forskellige reviews, der undersøger effekten af fysisk aktivitet på fødselsdepression:

I forhold til fysisk aktivitet under graviditeten undersøger Nakamura et al. (95) effekten af fysisk aktivitet under graviditeten på fødselsdepression. Reviewet er baseret på 21 studier. I den overordnede metaanalyse, hvor også observationelle studier indgår, finder de en reduktion i fødselsdepressionsscorer (overordnet SMD = -0,22 95 % CI: -0,42 til -0,01, $p = 0,04$; $I^2 = 86,4\%$) for kvinder, der er fysisk aktive i graviditeten i forhold til dem, der ikke er aktive. For de seks interventionsstudier finder de samme resultat (SMD = -0,58 95 % CI: -1,09 til -0,08, $p = 0,02$, $I^2 = 90,7\%$). Interventionsstudierne havde lav til moderat Risk of Bias. De påpeger, at der er brug for høj-kvalitetsstudier.

I forhold til fysisk aktivitet i efterfødselsperioden undersøger Carter et al. (96) effekten af træning/fysisk aktivitet på fødselsdepression. Metaanalysen viser en moderat effekt af fysisk aktivitet i forhold til depressive symptomer (SMD = -0,64, 95 % CI: -0,96, -0,33, $p < 0,001$). På grund af stor heterogenitet ekskluderede de studier med høj Risk of Bias,

hvilket reducerede effektestimatet til $SMD = -0,30$. I subgruppeanalyser fandt de en større effekt af målrettede forebyggende og behandlende interventioner ($SMD = -0,75$, 95 % CI = $-1,22, -0,28$, $p = 0,002$) i forhold til universelle forebyggende interventioner ($SMD = -0,52$, 95 % CI: $-0,99, -0,05$, $p = 0,03$). De fandt også, at aktive bevægelsesorienterede interventioner var mere effektive end coachende/motiverende interventioner ($SMD = -1,19$, 95 % CI: $-1,84, -0,53$, $p = 0,0004$ for aktive interventioner og $SMD = -0,21$, 95 % CI: $-0,37, -0,05$, $p = 0,009$ for coachende. Desuden fandt de, at interventioner, der varede mindre end 12 uger, var mere effektive ($SMD = -1,72$, 95 % CI: $-3,05, -0,39$ $p = 0,01$) end interventioner, der varede længere tid ($SMD = -0,52$, 95 % CI: $-0,84, -0,19$, $p = 0,002$). De vurderede, at de inkluderede studier havde lav kvalitet. De konkluderer: *"In summary, our confidence in the effect estimate for depression symptoms is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect."* Forfatterne konkluderer, at der ikke er evidens for på nuværende tidspunkt at implementere interventioner baseret på fysisk aktivitet som behandling af fødselsdepression.

Pritchett et al. (97) undersøger effekten af interventioner baseret på aerob-bevægelse i forhold til sædvanlig praksis hos kvinder med depression efter fødslen. Reviewet er baseret på 13 studier. Metaanalysen viser, at aerob bevægelse reducerede depressive symptomer ($SMD -0,44$; 96 % konfidens interval = $-0,75$ til $-0,12$). Subgruppeanalyse viste, at reduktionen var omtrent lige stor hos kvinder, hvor depressionen var diagnosticeret igennem interviews, i forhold til kvinder, hvor depressionen var målt med fx EPDS. Det tydede desuden på, at typen af intervention kunne have betydning for effekten. Halvdelen af studierne havde høj Risk of Bias – de restende havde uklar Risk of Bias. Forfatterne konkluderer, at selvom der er usikkerhed om resultaterne, så er bevægelse en billig, tilgængelig intervention, som bør anbefales til kvinder med depressionssymptomer, eller som har fået diagnosticeret depression efter fødslen.

Yderligere reviews, der undersøger effekten af fysisk aktivitet, og som har lignende resultater: (98–101)

3.5.1 Opsamling på fysisk aktivitet

Det tyder på, at fysisk aktivitet kan reducere depressionssymptomer både under graviditeten og i efterfødselsperioden.

3.6 Interventioner tilbudt virtuelt eller via telefon

I takt med digitaliseringen af samfundet er der sket store udviklinger i forhold til at tilbyde interventioner til borgere via fx SMS, telefonopkald, virtuelle opkald som fx Teams/Zoom, apps og hjemmesider. Dette gælder også i forhold til interventioner til gravide og forældre i efterfødselsperioden med fødselsdepression.

Vi har fundet 9 reviews, der undersøger effekten af forskellige former for interventioner tilbudt virtuelt, via web, telefon eller lignende. Et review (75) undersøger kognitiv adfærdsterapi tilbudt online, hvilket blev behandlet i afsnit 3.4.2.

Mu et al. (102) undersøger effekten af internetbaserede interventioner (så som web, e-mail, telefon og Skype) til gravide eller kvinder umiddelbart efter fødslen. Baseret på syv

studier. Metaanalyse viser, at internetbaserede interventioner moderat reducerer fødselsdepression (effektstørrelse 0,642 (95 % CI: 0,508 til 0,813). Kvaliteten af studierne var blandet, og en del af studierne havde et stort frafald i interventionsgruppen. Forfatterne påpeger, at fremtidige studier bør undersøge effektive komponenter, formater og tilgange.

Dol et al. (103) undersøger effekten af 'mobile health' (mHealth) interventioner målrettet gravide og kvinder, der har født for højst 6 uger siden i højindkomstlande. Reviewet er baseret på 21 studier. Interventioner var især rettet mod fødselsdepression og bestod mest af SMS og onlineinterventioner, der varede fra 4 uger til 6 måneder. Metaanalyse viser, at mHealth-interventioner rettet mod fødselsdepression reducerede depressive symptomer målt med EPDS (OR = -6,01, 95 % CI = -8,34 til -3,67, $p < 0,00001$). Resultatet var uafhængigt af interventionslængde eller followup-periode. Studierne var relativt små og af rimelig kvalitet. Forfatterne vurderer, at der er moderat sikkerhed for resultatet. De anbefaler, at fremtidige studier undersøger effekten af mHealth-interventioner rettet mod kvinder med nyfødte børn.

Lin et al. (104) undersøger effekten af selvhjælpstiltag, designet til at behandle og forebygge fødselsdepression hos gravide og kvinder med børn op til 12 mdr. gamle. Reviewet er baseret på ni studier. Selvhjælpstiltag omfattede psykologiske interventioner tilbudt som fx bog eller onlineprogrammer. Samlet var der en stor reduktion i depressionssymptomer for kvinder, der modtog selvhjælpstiltag (effektstørrelse -1,08 (95 % CI: -1,61 til -0,55). Subgruppeanalyser viser, at effektstørrelsen er -0,60 (95 % CI: -1,16 til -0,05, $P = ,001$, $I^2 = 80,7\%$) for selvhjælp om bevægelse, -0,84 (95 % CI: -1,55 til -0,14) for selvhjælp om stressmanagement; -1,88 (95 % CI: -2,29 til -1,46, $P = ,153$, $I^2 = 51,0\%$) for adfærdsaktivering og -1,50 (95 % CI: -2,18 til -0,82) for kognitiv adfærdsterapi. Studier, der undersøgte selvhjælp som behandling, var mere effektive end studier, der undersøgte selvhjælp som forebyggelse ($g = 0,51$ for behandlingsstudier). De inkluderede studier var små men af rimelig kvalitet.

Yderligere reviews, der undersøger effekten af interventioner tilbudt virtuelt eller via telefon: (105–110)

3.6.1 Opsamling på interventioner tilbudt virtuelt eller via telefon

Det tyder på, at internetbaserede interventioner af forskellig art (inklusive SMS, onlineprogrammer og selvhjælpsprogrammer) kan reducere depressionssymptomer for både gravide og kvinder i efterfødselsperioden

3.7 Interventioner udført af jordemødre og/eller sundhedsplejersker

Jordemødre er den gruppe af professionelle, der sædvanligvis har mest kontakt til kvinder i løbet af graviditeten, hvorimod sundhedsplejersker er dem, der sædvanligvis har mest kontakt til familierne, efter barnet er født. Derfor er de to faggrupper væsentlige i forhold til at både opspore og støtte op om gravide og forældre med depression efter fødslen.

Vi har fundet fire reviews, der undersøger effekten af forskellige interventioner til kvinder under graviditeten udført af jordemødre og/eller sundhedsplejersker. Det første review er gennemført af danske forskere og inkluderer et dansk studie.

Brixval et al. (111) undersøger effekten af fødselsforberedelse i små hold (maksimum 20 deltagere). Reviewet er baseret på 17 studier. Der kunne ikke gennemføres metaanalyse, da studierne var for forskellige, og der var stor risiko for bias. Derfor konkluderer forfatterne, at der ikke kan drages nogen konklusioner om effekten af fødselsforberedelse i mindre hold i forhold til kvinder med fødselsdepression. Ingen af de studier, der inkluderer depressionssymptomer som udfald, finder en positiv effekt på dette udfald.

Simas et al. (112) undersøger effekten af interventioner integreret i ambulante obstetrisk praksis (obstetriker, praktiserende læge, jordemoder) til gravide eller kvinder i efterfødselsperioden med fødselsdepression. Reviewet er baseret på 21 studier og omfatter indsatser som Perinatal Mental Health (PMH) model, the Massachusetts Child Psychiatry Access Program (MCPAP) for Moms, the Program In Support of Moms (PRISM), Healthy Outcomes of Pregnancy Education (DC-HOPE) og the Perinatal Depression Management Program (PDMP). Interventionerne er meget forskellige, og der kunne ikke laves metaanalyse, men det tyder på, at interventioner, der bygger på flere komponenter, er mest succesfulde. Forfatterne konkluderer, at de inkluderede studier tyder på, at interventionerne kan implementeres, er acceptable for kvinderne og kan være effektive i forhold til fødselsdepression.

Wang et al. (113) undersøger effekten af psykologiske interventioner udført af sundhedsplejersker eller jordemødre til gravide og kvinder med depression efter fødslen. Reviewet er baseret på 12 studier. Metaanalyse viser, at psykologiske interventioner udført af sundhedsplejersker eller jordemødre signifikant reducerer symptomer på fødselsdepression (RR: 0,72, 95% CI: 0,64 til 0,82). 'Supportive counselling' var den mest effektive intervention (RR: 0,58; 95 % CI: 0,42 til 0,80), og det mest favorable antal sessioner var 6-8 (RR: 0,66; 95 % CI: 0,55 til 0,79). 8 % af studierne havde lav Risk of Bias, for 59 % var det nogle bekymringer, for 25 % moderat Risk of Bias, og 8% havde høj Risk of Bias.

Han et al. (114) undersøger effekten af psykoterapi udført af jordemoder mod depression og angst blandt gravide kvinder. Reviewet er baseret på 11 studier. Interventionerne omfatter kognitiv adfærdsterapi og 'self-regulation therapy'. Metaanalysen viser positiv effekt af psykoterapi udført af jordemoder på de gravides depression (Hedges g: -0,9). Overordnet set var kvaliteten af studierne dårlig.

3.7.1 Opsamling på interventioner udført af jordemødre

Det er uvist, om fødselsforberedelse i små hold og af interventioner integreret i ambulante obstetrisk praksis har nogen effekt på fødselsdepression. Til gengæld tyder det på, at psykologiske interventioner udført af sundhedsplejersker eller jordemødre reducerer depressionssymptomer.

3.8 Alternative interventioner

I dette afsnit præsenterer vi reviews, der undersøger forskellige alternative interventioner mod fødselsdepression. Dette omfatter fx aromaterapi, fiskeolie og akupunktur.

3.8.1 Alle former for ikke-farmakologiske og ikke-psykologiske interventioner

Dennis & Dowswell (115) undersøger i dette Cochrane-review effekten af ikke-farmakologiske og ikke-psykologiske interventioner til behandling af depression i graviditeten. Reviewet er baseret på seks studier. Metaanalyse finder:

- ikke nogen effekt af massage sammenlignet med ikke-specifik akupunktur
- Ikke nogen effekt af akupunktur i forhold til ikke-specifik akupunktur, men kvinder der fik depressionsspecifik akupunktur var mere tilbøjelige til at respondere på behandlingen i forhold til dem, der fik ikke-specifik akupunktur (RR 1,68, 95 % CI: 1,06 til 2,66).
- massage udført af partner/anden nært tilknyttet person, reducerede antallet af kvinder med depressive symptomer (MD -6,70, 95 % CI: -9,77 til -3,63).
- at lysterapi reducerede depressionssymptomer (one trial, n = 27; MD -4,80, 95 % CI: -8,39 til -1,21), men ikke risiko for remission
- Omega3 reducerede depression i et studie (one trial, n = 33; MD -4,70, 95 % CI: 7,82 til -1,58), men ikke i et andet (MD 0,36, 95 % CI: -0,17 til 0,89).

Forfatterne konkluderer, at der ikke er evidens til at kunne konkludere, om nogen af de nævnte interventioner er effektive i forhold til depression i graviditeten. De inkluderede studier var små, og populationerne var ikke generaliserbare.

Der er publiceret en ny Cochrane protokolartikel i 2019 med samme titel og samme førsteforfatter, så det er sandsynligt, at der er et opdateret review på vej: (116)

Der findes desuden en tidligere version af reviewet: (117)

3.8.2 Kinesisk medicin og akupunktur

To reviews undersøger effekten af Chai Hu Shu Gan San, en traditionel kinesisk medicin primært bestående af urterne Chai Hu (*Bupleurum Chinese*), men også Xiangfu (*Cyperus rotundus*) og Chuanxiong (*Ligusticum chuanxiong*).

Sun et al. (118) undersøger effekten af Chai Hu Shun Gan San (traditionel kinesisk medicin) på depression, herunder fødselsdepression. På baggrund af 42 studier finder de, at Chai Hu Shun Gan San er mere effektivt end fluoxetin (antidepressiv medicin) ved fødselsdepression (MD = -4,10, fra -7,48 til -0,72, 7 trials, $I^2 = 86\%$). Resultaterne tyder på, at bivirkninger er mindre ved Chai Hu Shun Gan San end ved traditionel medicin. Forfatterne påpeger, at der er brug for store høj kvalitets- multicenter randomiserede kontrollerede forsøg for at kunne vurdere effekten af Chai Hu Shun Gan San.

Yderligere review, der undersøger effekten af kinesisk medicin og akupunktur og finder lignende resultater: (119)

Vi har fundet fire reviews, der undersøger effekten af akupunktur på fødselsdepression.

Li et al. (120) undersøger effekten af akupunkturbehandling på depression efter fødslen. Reviewet er baseret på otte studier. Metaanalysen viste, at akupunktur overordnet set reducerer depressionssymptomer målt med Hamilton Rating Scale for Depression (SMD: -1,08; 95 % CI: -2,11 til -0,05; P = 0,040), men ikke når de er målt med EPDS (RR: 1,23; 95 % CI: 0,90 til 1,67; P = 0,195). Subgruppeanalyse viser, at akupunktur var effektivt i forhold til antidepressiv medicin (SMD: -1,54; 95 % CI: -2,92 til -0,15; P = 0,030), men ikke i forhold til ikke-farmakologiske behandlinger (SMD: 0,25; 95 % CI: -0,13 til 0,63; P = 0,201). De fandt ikke nogen effekt i forhold til klinisk respons og serum estradiol level.

I et andet review af Tong et al. (121), der også undersøger effekten af akupunktur på fødselsdepression, inkluderer 12 studier (stort overlap med studierne i Li), og de finder ligeledes, at akupunktur reducerer depressionssymptomer målt med HAM-D (pooled MD -1,27 (95 % CI: -2,55 til 0,01; p = 0,05, I² = 83 %), men ikke i forhold til EPDS (MD = -0,49; 95 % CI: -1,01 til 0,02). Hvis man ser på konfidensintervallet for de to analyser, ses det, at for HAM-D krydser intervallet lige præcis ikke 0, hvorimod det lige præcis krydser 0 ved EPDS-analysen. Sikkerheden ved analyserne er derfor ikke stor.

Begge studier påpeger, at de inkluderede studier er små og med relativt høj Risk of Bias. Tong konkluderer: *“Traditional Chinese acupuncture seems to be effective in improving some symptoms of postpartum depression, although the evidence is uncertain”*.

Yderligere reviews, der undersøger effekten af kinesisk medicin og/eller akupunktur: (122,123)

3.8.3 Aromaterapi

Effekten af aromaterapi er blevet undersøgt i et enkelt studie.

Rezaie-Keikhaie et al. (124) undersøger effekten af aromaterapi på symptomer typisk oplevet af kvinder i efterfødselsperioden. Reviewet er baseret på 17 studier. Interventionen omfatter både inhalation, bade med aroma, aromaterapi massage og konsumtion af væsker med aroma. Reviewet finder, at aromaterapi har en positiv effekt på depression og forskellige andre symptomer. Forfatterne konkluderer, at aromaterapi er en billig, let anvendelig og holistisk metode til at reducere depression og andre symptomer på nedsat psykisk trivsel i efterfødselsperioden. De påpeger dog også, at aromaerne skal anvendes med forsigtighed, samt at der er brug for flere studier på området. Studierne vurderes til at have lav Risk of Bias. Der laves ikke metaanalyse.

3.8.4 Omega3 – Fiskeolie

Vi har fundet fem studier, der undersøger effekten af Omega3 i forhold til fødselsdepression, heraf var de tre studier fra 2020-21.

Selvom fokus for de tre studier er stort set ens, inkluderer de et forskelligt antal studier, hhv. 8, 11 og 18 studier. Der er stort overlap imellem de studier, der indgår i de tre reviews. Suradom (125) finder ikke nogen signifikant forskel imellem n-3 PUFA gruppen og placebo (N = 920, SMDs = -0,05, 95 % CI: -0,20 til 0,10, I² 21 %), hverken i forhold til

forebyggelse eller behandling (8 studier). Zhang et al. (126) og Mocking et al. (127) finder derimod begge, at der er en positiv effekt af Omega3.

Mocking finder en medium til stor effekt i forhold til placebo for kvinder i efterfødselsperioden (SMD = -0,545), men en lille effekt for gravide (SMD = -0,071). De finder størst effekt af Omega3 i studier, der specifikt undersøgte effekten i forhold til fødselsdepression (SMD = -0,886). Dette review inkluderer 18 studier og laver metaregression. De konkluderer, at Omega3 er lovende i forhold til at være et effektivt supplement til kvinder, der oplever depression efter fødslen.

Zang finder en moderat effekt af Omega3 i forhold til placebo (SMD = 0,65). De finder både effekt på gravide (SMD=0,46) og kvinder i efterfødselsperioden (SMD = 1,59). De finder desuden, at produkter med en højere ratio af EPA/DHA ($\geq 1,5$) var mere effektive end dem med mindre ratio. De finder desuden effekter både ved op til 8 ugers indtagelse og ved længere tids indtagelse. Der blev rapporteret få bivirkninger af Omega3.

Alle tre reviews vurderer kvaliteten af hovedparten af studierne til at være moderat til høj og kun få studier har høj Risk of Bias. De fleste studier er relativt små.

Yderligere reviews, der undersøger effekten af Omega3 på fødselsdepression: (128,129)

3.8.5 Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS)

Vi har fundet fire reviews, der undersøger effekten af rTMS ved fødselsdepression. Ved rTMS udsættes hjernevævet noninvasivt for en strømpåvirkning via et dynamisk varierende magnetfelt. Feltet inducerer svage elektriske strømme, som påvirker signaloverførelsen mellem nervecellerne i hjernebarkens øverste lag. Alle fire reviews er publiceret i 2019-2020. Vi har prioriteret de to reviews, der kun inkluderer studier, der anvender lodtrækningsforsøg. De to studier inkluderer 10 til 14 review, og der er stort overlap imellem studierne.

Formålet med begge studier var at undersøge effekten af rTMS på fødselsdepression. Begge studier finder, at rTMS har en reducerende effekt på depressionssymptomer. Ligeledes finder det en generel forbedrende effekt på kognitiv funktion.

1. Liu et al. (130) finder en moderat effekt på fødselsdepression (SMD = -0,65; 95 % CI: -0,98 til -0,31; $P < 0,001$; $I^2 = 73$ %; $n = 582$) og højere remission i interventionsgruppen (43,59 % i intervention VS 30,09 % i kontrol; OR = 1,83; 95 % CI: 1,05 til 3,18; $P < 0,05$; $I^2 = 0$ %; $n = 230$)
2. Peng et al. (131) finder, at effekten er større ved to måneders behandling (SMD = -2,47; 95 % CI: -3,03 til -1,91) i forhold til én måneds behandling (SMD = -0,78; 95 % CI: -1,00 til -0,56). Peng finder desuden en positiv effekt på kognitiv funktion af rTMS (MD = 3,64; 95 % CI: 0,19 til 7,09, $I^2 = 89$ %).

Begge reviews finder, at de inkluderede studier var relativt små, og at Risk of Bias var relativt høj i mange af studierne. De anbefaler, at der laves større og bedre studier.

Yderligere reviews, der undersøger effekten af rTMS og finder lignende resultater: (132,133)

3.8.6 Andre ikke-farmakologiske og ikke-samtalebaserede interventioner

Smith et al. (134) undersøger effekten af komplementerede behandlinger på depression og angst hos gravide kvinder. Reviewet er baseret på 20 randomiserede studier. Meta-analyse viste følgende:

- akupunktur reducerede antallet af kvinder diagnosticeret med antenatal depression (RR 1,68; 95% CI: 1,06 til 2,66, 1 trial) men der var ikke nogen reduktion i depressive symptomer.
- massage reducerede sværhedsgraden af depressionssymptomer (SMD -0.73; 95 % CI: -1.07 til -0.39 – et enkelt studie).
- Der var ikke nogen effekt på depression af yoga, mindfulness, lysterapi og fiskeolie.

Overordnet set var de inkluderede studier små og med høj Risk of Bias.

I dette Cochrane review fra 2013 (117) undersøges effekten af ikke-farmakologiske/psykosociale/psykologiske interventioner sammenlignet med sædvanlig intervention for gravide med depression.

De finder:

- at massage af den gravide ikke reducerede antallet af kvinder diagnosticeret med klinisk depression umiddelbart efter behandling (et forsøg, n = 38; risikoforhold (RR) 0,80; 95 % CI: 0,25 til 2,53) eller ved slutvurdering 10 uger efter fødslen (et forsøg, n = 32; RR 1,93; 95 % CI: 0,37 til 10,01).
- at akupunktur ikke gav et signifikant fald i antallet af kvinder diagnosticeret med klinisk depression umiddelbart efter behandlingen (et forsøg, n = 35; RR 0,48; 95 % CI: 0,11 til 2,13) eller ved endelig vurdering 10 uger efter fødslen (et forsøg, n = 32; RR 0,64; 95 % CI: 0,06 til 6,39).

Zhu et al. (135) undersøgte effekten af musik, massage, yoga og bevægelse på gravide med fødselsdepression. Baseret på 24 studier.

De finder:

- en stor samlet effekt af intervention på depression (SMD = -0,74; 95 % CI: -0,98, -0,5, p < 0,00001, I² = 86 %, Chi 2 = 176,60, p < 0,00001)
- en moderat effekt af massage på depression i graviditeten (SMD = -0,43, 95 % CI: -0,79, -0,06, p = 0,02, I² = 55 %, Chi2 = 8,86, p = 0,06)
- en stor effekt af musik på depression i graviditeten (SMD = -1,35; 95 % CI: -1,87, -0,84, p < 0,00001, I² = 92 %, Chi2 = 73,05, p < 0,00001)
- en stor effekt af fysisk aktivitet på depression i graviditeten (SMD = -0,66; 95 % CI: -1,00, -0,31, p = 0,0002, I² = 69 %, Chi2 = 9,79, p = 0,02).

De konkluderer at musik (især 'Chinese Medicine Five Elements') ser ud til at være det mest effektive i forhold til depression i graviditeten, men påpeger, at de inkluderede studier havde moderat Risk of Bias.

Yang et al. (136) undersøger i et andet review effekten af musikterapi på fødselsdepression. Reviewet er baseret på syv studier. I lighed med ovenstående review finder Yang, at musikterapi havde en signifikant effekt på depression (SMD: -0,87; 95 % CI: -1,23 til 0,51, $p < 0,00001$). Kvaliteten af studierne blev vurderet til at være acceptabel. Der ser ikke ud til at være overlap imellem de studier, der indgår her, og i reviewet af Zhu.

3.8.7 Opsamling på alternative interventioner

Det tyder på, at den traditionelle kinesiske medicin Chai Hu Shun Gan San er mere effektiv end fluoxetine (antidepressiv medicin) i forhold til fødselsdepression.

Det er uklart, om akupunktur er mere effektivt end antidepressiv eller anden ikke-farmakologisk behandling i forhold til fødselsdepression.

Der er tegn på, at aromaterapi har en positiv effekt på depression og andre symptomer, der er almindelige i efterfødselsperioden.

Der er tegn på, at Omega3 reducerer depressionssymptomer både for gravide og for kvinder i efterfødselsperioden.

Det tyder på, at Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) kan være en effektiv og sikker behandling mod fødselsdepression.

Det er uklart, om massage, lysterapi, mindfulness og yoga har nogen effekt på fødselsdepression, men det tyder på, at musikterapi reducerer depressionssymptomer.

3.9 Andre typer af interventioner

I dette afsnit præsenterer vi reviews, som vi synes er væsentlige, men som vi ikke har kunnet placere i de foregående afsnit. De omfatter fx systematisk opsporing, psykoeducation og samfundsøkonomiske analyser.

3.9.1 Systematisk opsporing og effekt af interventioner

O'Connor et al. (137) undersøger fordele og ulemper ved systematisk opsporing af depression hos gravide og kvinder i efterfødselsperioden. Reviewet er baseret på 6 studier af systematisk opsporing og 16 studier af effekter af indsatser. Metaanalyse viser, at systematisk opsporing (med og uden intervention) reducerer risikoen for depression 3 til 5 måneder efter (18 %-59 % relativ reduktion, 2,1 %-9,1 % absolut reduktion). Kun et ud af seks studier lavede systematisk opsporing i graviditeten. Ingen studier rapporterer nogen bivirkninger af systematisk opsporing. Forfatterne undersøgte også effekt af forskellige interventioner og fandt, at for kognitiv adfærdsterapi var der en øget sandsynlighed for bedring af fødselsdepression (pooled relative risk, 1,34; 95 % CI: 1,19 til 1,50, No. of studies [K] = 10, $I^2 = 7,9$ %) sammenlignet med sædvanlig praksis, hvor bedring svingede fra 6,2 % til 34,6 %. Dette gælder både for gravide og for kvinder i efterfødselsperioden. De fandt ligeledes, at kognitiv adfærdsterapi reducerede depressionssymptomer (SMD -0,82; 95 % CI: -1,10 til -0,54; $K = 7$, $I^2 = 35,4$ %). Baseret på observationelle studier finder de, at brug af andengenerations-antidepressiv medicin (især SSRI

og venlafaxin) under graviditeten kan være relateret til små stigninger i potentielt alvorlige bivirkninger som præeklampsi, abort, for tidlig fødsel samt medfødte misdannelser. Kvaliteten af studierne var rimelig til god.

3.9.2 Psykoedukation

Park et al. (138) undersøger effekten af psykoedukation for gravide og deres partner på det mentale helbred og parforholdet. Reviewet er baseret på 11 studier. Metaanalyse viser, at psykoedukation reducerer depressionssymptomer for mor (SMD = -0,309; 95 % CI: -0,51 til -0,09) men ikke for far (SMD = -0,267; 95 % CI: -0,79 til 0,25). Dette skyldes måske, at der var færre studier med fædre. De fandt desuden en positiv effekt på parrenes tilfredshed med forholdet. Risk of Bias var vurderet til lav.

3.9.3 Social støtte

Fagbemi (139) undersøger effekten af social støtte på unge mødres depressive symptomer efter fødslen. Reviewet er baseret på 11 studier. Der konkluderes, at social støtte har en positiv effekt på depressionssymptomer. Forfatterne påpeger, at alle de inkluderede studier havde høj Risk of Bias, særligt fordi ingen af dem var randomiserede.

3.9.4 Peer support interventioner

Vi har fundet to reviews, der undersøger peer support interventioner i forhold til fødselsdepression. Peer support omfatter interventioner, der udføres af ikke-professionelle personer, der selv har erfaring med fx fødselsdepression.

Huang et al. (140) undersøger effekten af peer support-interventioner på fødselsdepression. Reviewet inkluderer 10 studier. Metaanalysen viser, at peer support-interventioner reducerer depressionssymptomer (SMD -0,37; 95% CI: -0,66 til -0,08) og reducerer risiko for depression (RR 0,69; 95% CI: 0,49 til 0,96). Der var høj heterogenitet, hvilket tyder på, at der er potentielle mediatorer som fx intensitet, frekvens og interventions-type. De konkluderer, at peer support-interventioner potentielt kan forebygge og reducere fødselsdepression, samt at der er behov for større studier af højere kvalitet. 65 % af studierne havde lav Risk of Bias, for resten af studierne var Risk of Bias uklar.

Yderligere review, der undersøger effekten af peer support-interventioner er: (141)

3.9.5 Interventioner tilbudt forældre med for tidligt fødte og/eller på neonatalafdeling

Mendelson et al. (142) undersøger effekten af interventioner tilbudt forældre med et barn på neonatalafdelingen. Reviewet er baseret på 12 studier, der omfatter kognitiv adfærdsterapi, undervisning, lysterapi, forældre-kliniker kommunikation samt interventioner mod at berolige eller reducere ængstelighed, at stimulere og røre barnet. Metaanalyse viser en overordnet reduktion af depressive symptomer for mødre i interventionsgruppen (effekt -0,16; 95% CI: -0,32 til -0,002; P = ,05). Moderatoranalyse viser, at kognitiv adfærdsterapi reducerede depressive symptomer (effekt -0,44; 95% CI: -0,77 til -0,11; P = ,01), mens kombinerede og undervisningsbaserede interventioner ikke viste nogen reduktion. Interventioner, der varede længere end 3 uger, var mere effektive end kortere

(effekt -0,23; 95 % CI: -0.47 til 0,004, P = ,054). Forfatterne konkluderer, at interventionerne har potentiale, og at særligt kognitiv adfærdsterapi ser ud til at have en effekt. De påpeger, at dette kan skyldes, at der mangler studier af andre interventioner. To studier havde høj Risk of Bias (og blev derfor ikke inkluderet i metaanalysen), fire havde moderat, og fem havde lav.

Scime et al. (143) undersøger effekten af hud mod hud tilgang for mødre med for tidligt fødte eller børn med lav fødselsvægt i forhold til fødselsdepression. Barnet skulle være indlagt på neonatalafdeling. Reviewet er baseret på otte studier. Metaanalyse viser, at skin-to-skin care har en lille, men beskyttende effekt på depressionssymptomer (SMD -1,04, CI: -1,30 til -0,79). Kvaliteten af studierne var moderat. Forfatterne påpeger, at den kliniske relevans af resultatet er minimal, og at der er behov for flere gode studier.

3.9.6 Samfundsøkonomiske analyser

Camacho & Shields (144) undersøger omkostningseffektiviteten af interventioner til forebyggelse eller behandling af fødselsdepression og/eller angst. Reviewet er baseret på otte studier, hvoraf alle på nær et studie kun så på depression efter fødslen. Tre studier undersøgte forebyggelse, tre undersøgte behandling, og to studier var mere komplekse interventioner med både identifikation og behandling. Forfatterne finder, at følgende to interventioner er omkostningseffektive: 1) systematisk opsporing og rådgivning/samtale med sundhedsplejersker (ICER GBP 15.666/QALY) og 2) systematisk opsporing og behandling hos praktiserende læge/psykiater. Derudover var følgende fire interventioner sandsynligvis omkostningseffektive: 1) ambulante psykiatriske behandling, 2) forebyggende rådgivning af sundhedsplejerske, 3) forebyggende peer support-telefonsamtaler og 4) forebyggende psykoedukation. For gruppekognitiv adfærdsterapi vurderede forfatterne, at det var usandsynligt, at det var omkostningseffektivt i forhold til fødselsdepression. Seks studier var af høj kvalitet, og to var gennemsnitlige. Forfatterne påpeger, at det ikke var muligt at sammenligne omkostningseffektiviteten imellem interventionerne.

Dette review laver også en samfundsøkonomisk analyse. Da det handler om kognitiv adfærdsterapi, er det er også nævnt i afsnittet om kognitiv adfærdsterapi (83).

3.9.7 Opsamling på andre typer af interventioner

Systematisk opsporing i efterfødselsperioden reducerer risikoen for depression.

Det tyder på, at psykoedukation reducerer depressionssymptomer for mor, men måske ikke for far.

Der er tegn på, at social støtte, peer support-interventioner og interventioner tilbudt til forældre på neonatalafdeling reducerer depressionssymptomer.

I forhold til omkostningseffektivitet tyder det på, at systematisk opsporing og rådgivning/samtale med sundhedsplejersker eller praktiserende læge/psykiater er omkostningseffektive, mens interventioner som ambulante psykiatriske behandling, rådgivning af sundhedsplejerskede, peer-support telefonsamtaler samt psykoedukation vurderes til måske at være omkostningseffektive.

3.10 Guidelines

Der vil ofte foreligge officielle guidelines i forhold til, hvordan man skal forholde sig til sundhedsmæssige problemstillinger som fx fødselsdepression. Vi har derfor søgt efter officielle guidelines fra anerkendte institutioner i forhold til systematisk opsporing og behandling af fødselsdepression. Vores søgning har kun frembragt en enkelt officiel guideline omkring behandling af fødselsdepression. Vi har ikke søgt på hjemmesider hos specifikke organisationer, men har udelukkende ledt efter guidelines i vores litteratursøgning. Det er derfor muligt, at der findes flere guidelines.

I denne guideline, der er lavet af US Preventive Services Task Force (USPSTF), Lancet (145), undersøger gruppen den nyeste evidens om fordele og ulemper ved interventioner, der skal forebygge fødselsdepression hos gravide og kvinder i efterfødselsperioden.

Forfatterne finder, at terapeutiske interventioner, som fx kognitiv adfærdsterapi og interpersonel psykoterapi, er effektive til at forebygge fødselsdepression. De finder desuden, at kvinder, der enten har depression/har en historie med depression eller har sociale udfordringer (fx lav indkomst, ung eller enlig) bør betragtes som havende større risiko og vil have gavn af terapeutiske interventioner. USPSTF finder tilstrækkelig evidens for, at de potentielle bivirkninger ved terapeutiske interventioner er små og utilstrækkelig evidens omkring potentielle bivirkninger ved ikke-terapeutiske interventioner. USPSTF anbefaler, at klinikere henviser eller tilbyder gravide og personer i efterfødselsperioden, der har forhøjet risiko for depression, terapeutisk behandling.

3.11 Opsummering og opmærksomhedspunkter

Boks 3.2 opsummerer hovedfund for behandling af fødselsdepression og lister en række opmærksomhedspunkter, der er væsentlige i forhold til resultaterne.

Boks 3.2 Hovedfund: Behandling af fødselsdepression

Opsamling af resultater

Ifølge de inkluderede **meta-reviews** er der tegn på, at følgende interventioner kan være effektive i forhold til reduktion af symptomer på fødselsdepression: kognitiv adfærdsterapi, fysisk aktivitet, antidepressiv medicin, støttende telefonsamtaler og traditionel kinesisk urtemedicin. Kvaliteten af studierne er dog ifølge forfatterne lav.

De reviews, der undersøger effekter af **både farmakologiske og ikke-farmakologiske** interventioner til kvinder med fødselsdepression, peger på, at kognitiv adfærdsterapi, interpersonel psykoterapi, forældreuddannelse, støtte til forældre-barn-relation og peer support er effektive, samt at fysisk aktivitet, yoga og graviditetsmassage viser lovende resultater.

I forhold til **farmakologisk behandling** alene viser litteraturgennemgangen, at der er lovende resultater for Brexanolone (anvendes ikke aktuelt i Danmark), men at der er begrænset evidens for effekt i forhold til forebyggende og behandlende brug af antidepressiv medicin, særligt i tilfælde af alvorlig depression. Samlet set er der udført relativt få effektstudier af farmakologisk behandling af depression hos gravide og kvinder i efterfødselsperioden, og vidensgrundlaget er derfor stadig relativt begrænset.

Boks 3.2 Hovedfund: Behandling af fødselsdepression

I forhold til **samtalebaserede interventioner** viser de inkluderede reviews, at der er nogen evidens for, at psykoterapeutisk intervention som kognitiv adfærdsterapi, interpersonel psykoterapi, gruppebaseret terapi, familie/partnerbaseret terapi, mor-spædbarnsterapi og terapi til unge gravide kan reducere depressive symptomer. Dette gælder ligeledes for samtalebaserede interventioner som mindfulness og psykoedukation. For nogle interventioner gælder resultaterne både for gravide og for kvinder med depression efter fødslen. For andre er der kun undersøgt eller fundet effekt i forbindelse med graviditet eller efter fødslen.

Litteraturen tyder på, at **fysisk aktivitet** reducerer depressionssymptomer både under graviditeten og i efterfødselsperioden.

Litteraturen tyder på, at ikke-farmakologiske interventioner **tilbudt virtuelt eller via telefon** (inklusive SMS, onlineprogrammer og selvhjælpsprogrammer) kan reducere depressionssymptomer både hos gravide og kvinder i efterfødselsperioden.

I forhold til **interventioner udført af jordemødre og sundhedsplejersker** er det uvist, om fødselsforberedelse i små hold og interventioner tilbudt i ambulante obstetrisk praksis har nogen effekt på depressive symptomer i graviditeten, men det tyder på, at psykologiske interventioner, udført af sundhedsplejersker eller jordemødre, reducerer depressionssymptomer.

I forhold til **alternative interventioner** viser de inkluderede studier tegn på, at den traditionelle kinesiske medicin Chai Hu Shun Gan San, aromaterapi, Omega3, Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) og musikterapi kan reducere fødselsdepression. Til gengæld er det uklart, om akupunktur, massage, mindfulness, lysterapi og yoga har nogen effekt på fødselsdepression.

I forhold til **andre typer af interventioner** viser litteraturgennemgangen, at systematisk opsporing i efterfødselsperioden i sig selv reducerer risikoen for depression, og den foreliggende evidens tyder på, at psykoedukation reducerer depressionssymptomer for mor, men måske ikke for far. Der er desuden tegn på, at social støtte, peer support-interventioner, og interventioner tilbudt til forældre på neonatalafdeling, reducerer depressionssymptomer. I forhold til omkostningseffektivitet tyder vores gennemgang af forskningen på, at systematisk opsporing og samtale med sundhedsplejersker eller praktiserende læge/psykiater er omkostningseffektive. Desuden finder forskningen, at følgende interventioner måske er omkostningseffektive: ambulante psykiatriske behandlinger, rådgivning af sundhedsplejerske, peer support-telefonsamtaler samt psykoedukation.

Opmærksomhedspunkter

I forhold til de overordnede resultater for tema 2 er det væsentligt at være opmærksom på følgende:

- Stort set alle studier er rettet imod den gravide/mor.
- Far/partner inddrages stort set ikke i hverken interventioner eller analyser.
- Der er færre studier, der undersøger interventioner i graviditeten end i efterfødselsperioden.
- Mange reviews bygger på relativt få studier – oftest 6-15 studier (varierende fra 2-86).
- Hovedparten af primærstudierne, der indgår i de reviews, vi gennemgår, er relativt små – ofte under 100 deltagere.
- Den samlede vurdering af kvalitet er sjældent bedre end moderat.

Boks 3.2 Hovedfund: Behandling af fødselsdepression

- I mange studier er det uvist, om den gravide eller mor modtager nogen form for farmakologisk behandling sideløbende.
- Nogle primærstudier indgår i flere reviews, hvilket kan betyde, at nogle interventioner eller metoder fremstår som mere velundersøgt end andre.
- Der er stort set ikke nogle reviews eller primærstudier, der direkte sammenligner forskellige former for interventioner, så man kan vurdere, hvor effektive de er i direkte sammenligning.

4 Indsatser og strategier til afstigmatisering og aftabuivering af fødselsdepression

I dette kapitel gennemgår vi studier, der undersøger indsatser og strategier rettet mod at reducere stigma og tabu i forhold til fødselsdepression.

Selvom fødselsdepression er relativt almindeligt forekommende, er det ofte forbundet med stigma og tabu, hvis en forælder oplever nedsat mental trivsel eller egentlige psykiske vanskeligheder under graviditeten eller efter fødslen. Det kan også være svært for professionelle at opdage og/eller håndtere forældre, der oplever psykiske vanskeligheder i graviditeten og efter fødslen ikke søger hjælp og støtte – netop pga. frygt for stigma og tabuivering. I de allermest alvorlige tilfælde er der risiko for, at forældre enten forvolder skade på sig selv eller på barnet (146). Der er derfor behov for at være opmærksom på, hvordan man bedst kan arbejde med at afstigmatisere og aftabuivere fødselsdepression, så det bliver nemmere både at opspore og behandle.

På baggrund af en søgning efter publikationer vedrørende indsatser og eller strategier til afstigmatisering og aftabuivering af fødselsdepression er der fremkommet 13 studier, der lever op til inklusionskriterierne.

De inkluderede studier beskæftiger sig med forskellige perspektiver. Nogle af perspektiverne er bedre underbygget end andre. Der er enkelte studier, der afdækker konkrete indsatser og studier, der mere bredt beskæftiger sig med strategier til at reducere stigma.

4.1 Indsatser til at reducere stigma i forhold til fødselsdepression

Vi har fundet fem studier, der undersøger effekten af indsatser til at afstigmatisere og aftabuivere fødselsdepression.

Thorsteinsson et al. (147) undersøger i dette australske randomiserede studie effekten af en indsats målrettet forældre i forhold til stigma og ser på, i hvor høj grad man efterfølgende søger hjælp. Der var 212 forældre (heraf 18 fædre) i studiet, som blev fordelt til 1 af 4 grupper. De to indsatsgrupper bestod af 1) videodokumentar om fødselsdepression eller 2) et faktablad om fødselsdepression. Kontrolgrupperne bestod tilsvarende af 1) en videodokumentar om at være forældre og 2) et faktablad om at være forældre. Resultaterne viste, at der ikke var nogen signifikant effekt i forhold til hverken oplevet stigma, eller hvorvidt, der blev søgt hjælp. De finder desuden, at stigma omkring fødselsdepression var større for mænd og for yngre deltagere. Forfatterne konkluderer, at eftersom denne indsats ikke havde nogen effekt, bør man afprøve andre former for indsatser, måske en bredere tilgang til alle forældre rettet mod holdninger til fødselsdepression, fakta om fødselsdepression og effekter af stigma.

Holt et al. (148) undersøger i dette australske cluster-randomiserede studie effekten af en motiverende interviewintervention i forhold til, om flere søger hjælp efter fødslen. 40 sundhedsplejersker blev randomiseret til intervention eller kontrol. Der indgik i alt 541

kvinder i studiet. Interventionen PRomoting Motivation, Empowerment and Readiness (PRIMER) blev leveret af sundhedsplejersker ved de rutinemæssige besøg ved 4 uger, 8 uger og 4 måneder. Formålet med interventionen var at styrke en persons indre motivation for forandring. Forfatterne fandt, at odds for at søge hjælp var 4,0 gange højere for kvinderne i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen ($p = ,004$). Ud af de kvinder, der søgte psykologhjælp, var der en væsentlig større andel, der deltog i seks eller flere sessioner. Resultaterne viste desuden tegn på reduktion af symptomer på depression, angst og stress i interventionsgruppen. Følgende tre faktorer øgede sandsynligheden for, om kvinden ville søge hjælp: angst i graviditeten (OR = 2,8, $p = ,002$), tidligere depression (OR = 2,5, $p = ,002$) og manglende selvværd (OR = 0,7, $p = ,04$). De fandt også, at en generel barriere for at søge hjælp var forestillingen af, at man skulle være i stand til at klare sig uden hjælp.

Moore et al. (149) undersøger i et review baseret på fem kvalitative studier, hvordan kvinder oplever at bruge onlinefora til at afhjælpe blandt andet fødselsdepression og stigmatisering. Syntesen identificerede fire centrale temaer:

1. Et sikkert sted at tale
2. Virtuel support
3. Stigma og identitet
4. Reparation af moderidentiteten.

Forfatterne fremhæver, at kvinderne oplevede, at onlineforummet tilbød et trygt og støttende rum, hvor de kunne undersøge deres egen forståelse af mentale helbredsproblemer med andre, der havde lignende oplevelser og finde frem til en fælles forståelse af, at man godt kan være en god mor, selvom man har mentale helbredsproblemer. Forfatterne konkluderer, at stigma muligvis kan reduceres af en forumdiskurs, der giver en anden opfattelse af, hvad der vil sige at være en 'god mor', og som adskiller stigma og moderidentitet.

Kristensen et al. (150) undersøger i dette kvalitative studie, hvordan norske mødre med mild til moderat depression oplever at deltage i gruppen 'Blue Mothers'. Baseret på interviews med kvinderne identificerer forfatterne tre temaer:

1. En situation fyldt med belastninger ud over kvindernes evne til at klare sig.
2. Denne situation førte til onde cirkler drevet af skam og bekymringer omkring at være en utilstrækkelig mor.
3. Gruppen Blue Mothers bidrog til at bryde disse onde cirkler ved at støtte kvinderne i at udvikle nye idealer, give nye perspektiver og styrke kvindernes egne evner til at klare sig.

Forfatterne konkluderer, at mestringsgrupper med fokus på psykoedukation og interaktionsfremmende aktiviteter kan være vigtige foranstaltninger, hvor centrale elementer synes at være at bryde isolationen, fremme udveksling af erfaringer, viden om depression, reducere skam samt styrkelse af kvinders mestringsevner.

Et australsk kvalitativt studie af Elkhodr et. al. (144) undersøger 'community pharmacists' perspektiver på farmaceuters potentielle roller i mental sundhedsfremme både under og

efter graviditet og de faktorer, der påvirker disse roller. Farmaceuter er en sundhedsfaglig gruppe, der har tæt kontakt til mange kvinder, fx når de køber medicin på apoteket. De spiller en vigtig rolle i forhold til mange andre sundhedsinterventioner, som fx rygestop, diabetes eller højt blodtryk. Der er dog lavet meget lidt forskning om farmaceuters rolle i forhold til mentale helbredsproblemer. På baggrund af semistrukturerede interviews fandt forfatterne, at de fleste farmaceuter fremhævede deres betydningsfulde roller i at genkende symptomer på fødselsdepression og levere medicinrelateret støtte til mødre, der fornyeligt havde født. Mange farmaceuter bemærkede, at det var helt centralt, at de normaliserede og afstigmatiserede fødselsdepression og beroligede kvinderne med, at deres oplevelser var relativt almindelige. De fandt desuden, at barrierer for at kunne hjælpe kvinderne omfattede afgrænsning af tværfaglige roller, mangel på etablerede henvisningssystemer og servicevederlag samt mangel på passende uddannelse i mental sundhed.

4.2 Strategier til at reducere stigma i forhold til fødselsdepression

Vi har i dette afsnit inkluderet studier, der ikke undersøger specifikke indsatser til at reducere stigma, men som alligevel beskæftiger sig med strategier til at reducere stigma blandt både gravide, kvinder/par og sundhedsprofessionelle.

4.2.1 Sundhedsprofessionelles perspektiv

Bilszta et al. (151) undersøger i et kvalitativt australsk studie sundhedsprofessionelles oplevelser i forhold til indsatser rettet mod kvinder med depression efter fødslen. Analyserne viser, at sundhedspersonalet betragter nedsat psykisk trivsel i efterfødselsperioden som en reaktion på socialt og personligt pres, og et udtryk for konflikter mellem det at blive mor og at vedligeholde social status. Forfatterne påpeger, at der er et stort behov for bedre uddannelse af de sundhedsprofessionelle for at sikre, at det at opleve nedsat psykisk trivsel/have depressive symptomer i efterfødselsperioden bliver afstigmatiseret og ikke set som et 'svigt i moderskabet' af hverken sundhedsprofessionelle eller mødre. En ny forståelse af det at opleve nedsat psykisk trivsel i efterfødselsperioden kan gøre det lettere for professionelle og mødre at identificere humørændringer, der kan være tegn på nedsat psykisk trivsel. Derudover vil yderligere uddannelse hjælpe sundhedsprofessionelle med at forstå kompleksiteten i de depressive symptomer, der forekommer i efterfødselsperioden, og til at identificere kvinder, der måske forsøger at 'minimere' eller skjule deres symptomer. Forfatterne fremhæver endvidere, at relevante områder, som sundhedsprofessionelle bør opkvalificeres indenfor, er kommunikationsfærdigheder og kompetencer i forhold til at etablere en god alliance med mødre, der oplever nedsat psykisk trivsel i efterfødselsperioden.

4.2.2 Kvinder med anden etnisk baggrund

Kvinder med anden etnisk baggrund kan stå over for flere barrierer for adgang til hjælp, og sundhedsprofessionelle kan opleve udfordringer i forhold til at sikre den nødvendige hjælp til disse kvinder. Der mangler generelt viden om, hvordan man hjælper immigrant- og flygtningekvinder med fødselsdepression (152,153).

O' Mahony og Donnelly (152) undersøger i et review, hvilke barrierer og facilitatorer der påvirker immigrant- og flygtningekvinder i forhold til at søge hjælp for depression efter fødslen. Forfatterne konkluderer, at der er få studier, der undersøger, hvordan fx social støtte, køn og organisatoriske strukturer påvirker, hvordan immigrant- og flygtningekvinder søger hjælp, samt at der er mangel på viden om fødselsdepression hos immigrant- og flygtningekvinder. I et kvalitativt studie (154), der udspringer af samme projekt, undersøger de, hvilke faktorer der påvirker adfærd og beslutninger hos immigrant- og flygtningekvinder i forhold til at søge hjælp. Forfatterne finder, at kvinderne havde både gode og dårlige erfaringer med at søge hjælp. Hovedfundene i studiet er:

- Sociale netværk kan være støttende eller ikke-støttende og har en stor betydning for både fysisk og psykisk velbefindende.
- Kulturel baggrund og socioøkonomisk status har betydning for, om man søger hjælp.
- Relationen til sundhedssystemet var kritisk for både at søge og acceptere hjælp.

Forfatterne konkluderer, at for at kunne hjælpe kvinder med immigrant- eller flygtningebaggrund med fødselsdepression er det afgørende, at man har øje for den bredere kontekst, fx i forhold til social isolation, diskrimination og fattigdom. De anbefaler følgende:

- Information om og opmærksomhed omkring fødselsdepression er vigtig igennem hele graviditeten og efterfødselsperioden.
- Det er vigtigt, at familiemedlemmer også får information om fødselsdepression.
- Ansvar for systematisk opsporing af fødselsdepression skal deles imellem alle involverede parter. Sundhedsplejersker er ideelle til at udføre systematisk opsporing.
- Sundhedsprofessionelle kan hjælpe kvinder med immigrant og flygtningebaggrund til at etablere kontakt til lokale tilbud til nyblevne mødre. Det er vigtigt, at sprogbarrierer afhjælpes.

4.2.3 Borger/patientperspektiv

I disse studier undersøges præferencer og barrierer for hjælp hos de kvinder/par, der modtager behandling for fødselsdepression.

Button et al. (155) undersøger i dette review, hvilke faktorer der påvirker britiske kvinders beslutning om at søge hjælp i forhold til at opleve nedsat psykisk trivsel (typisk angst, depression eller stress) i graviditeten og i efterfødselsperioden. Studiet inkluderer 24 studier. Metasyntesen identificerer tre overordnede faktorer:

1. Identifikation af problemet: Nogle kvinder forstår muligvis ikke deres symptomer og søger først hjælp sent i forløbet. De har svært ved at give udtryk for deres symptomer, enten fordi de ikke forstår dem, eller fordi de har svært ved at udtrykke og beskrive, hvordan de har det.
2. Erfaring med sundhedsvæsenet: Relationer med sundhedspersonale kan påvirke en kvindes søgen efter hjælp negativt. Det er centralt, at personalet skal være

åbne, ikke-dømmende og acceptere kvinders beretninger om deres følelser og erfaringer.

3. Stigmatisering: Nogle kvinder følte sig under pres for at være 'gode mødre', og følelsen af 'fiasko' påvirkede deres mentale sundhed negativt samt deres sandsynlighed for at søge hjælp

Forfatterne konkluderer, at det er vigtigt, at der er kontinuitet i den omsorg, der tilbydes gravide og kvinder i efterfødselsperioden, samt at personalet uddannes og bliver bevidste om, hvilke faktorer der påvirker, hvorvidt kvinder søger hjælp.

Ganann et al. (153) undersøger i et canadisk studie social- og sundhedsprofessionelles opfattelse af faktorer, der fremmer eller er barrierer i forhold til at tilbyde og yde hjælp og støtte til kvinder med immigrantbaggrund og fødselsdepression. På baggrund af 14 interviews med fagprofessionelle finder de følgende:

- Faktorer, der fremmer: etablering af tillid, adressering af magtdynamik, forståelse for kvindens oplevelser, den professionelle udviser kulturel kompetence og sensitivitet, inddragelse af familiemedlemmer, tilstrækkelig tid og let adgang til sundhedssystemet.
- Organisatoriske funktioner, der fremmer tilgængelighed: opsporings- og behandlingstilgange, ventetid, gate keeping samt evnen til at vurdere væsentlige sociale faktorer, der har betydning for mental og social sundhed.

Forfatterne fremhæver, at forskellige organisatoriske tilgange kan fremme eller hæmme servicekoordination på tværs af organisationer. Endelig diskuterer de, at mekanismer inden for sundheds- og immigrationssystemet kan være mere effektive i forhold til at yde optimal støtte efter fødselsdepression. Forfatterne konkluderer, at sundhedsprofessionelle er nødvendige for at støtte indvandrerkvinder med fødselsdepression og lette tilgangen til sundhedsydelser samt i forhold til at forebygge, at organisatoriske og systemmæssige huller begrænser optimal levering af indsatser til fødselsdepression.

Schwartz et al. (156) undersøger i dette canadiske studie, hvilke præferencer og barrierer kvinder med angst eller depression efter fødslen oplever, samt hvilke uopfyldte behov for støtte de oplever. Baseret på 57 interviews finder forfatterne, at mere end en tredjedel af kvinderne gav udtryk for, at de havde et uopfyldt behov for hjælp. Kvinderne gav udtryk for, at de foretrak indsatser som webbaserede eller telefonbaserede indsatser og informationsmateriale (brochurer). Kvinderne nævnte mangel på tid og mangel på børnepasning som barrierer i forhold til at deltage i behandling.

Feeley et al. (157) undersøger i dette studie, hvilke præferencer for behandling kvinder med depressionssymptomer og deres partnere har. Der gennemføres semistrukturerede interviews med 30 par, hvor alle kvinder havde født for mindre end 12 måneder siden og havde en EPDS-score på 12 eller mere. Forfatterne undersøger desuden, om præferencerne er anderledes for dem, der valgte at tage imod henvisningen til en psykologisk udredning i forhold til dem, der ikke tog imod henvisningen. Resultaterne viser, at deltagerne havde mange forskellige ønsker i forhold til at håndtere deres depression. Alle foretrak støtte fra deres uformelle netværk, forældreorlov og motion. De kvinder, som tog imod henvisningen til videre udredning, ønskede i højere grad mere kontakt med sundhedsprofessionelle, end dem, der ikke tog imod henvisningen. Ønskerne omfattede

både traditionelle tilbud inden for sundhedsvæsenet, men de fleste ønskede strategier til egenomsorg. Dette signalerer, at kvinderne og partnerne ikke nødvendigvis opfatter symptomerne som symptomer på mentale helbredsproblemer. Studiet konkluderer, at sundhedsprofessionelle bør skræddersy hjælpen til parrets præferencer samt hjælpe dem med at identificere og udnytte foretrukne ressourcer.

Browne et al. (158) undersøger i et hollandsk studie baseret på 1.439 gravide med lav risiko, hvor mange der modtager behandling, hvorfor behandlingstilbud fra sundhedsvæsenet fravælges, samt hvilke faktorer der afgør, om man starter i behandling. De finder, at kun 15 % af dem, der scorer over cutoff på EPDS, modtager behandling. Resultaterne viser også, at psykoterapi er den mest anvendte behandling i Holland. Den primære årsag til ikke at deltage i behandling er, at depressive symptomer betragtes som en naturlig del af graviditeten. Den hyppigste vej til behandling går igennem henvisning fra jordemoderen og udspringer af, at jordemoderen spørger til angst/depressionssymptomer. Forfatterne konkluderer, at få gravide, der screenes over cutoff, modtager behandling, samt at jordemødre kan spille en væsentlig rolle i at identificere og henvise kvinder til behandling. Forfatterne påpeger desuden, at rutinemæssig opsporing med systematiske opsporingsværktøjer kan være et udgangspunkt for at vurdere behov for hjælp og evt. henvisning til yderligere udredning og behandling.

Scope et al. (159) undersøger i dette kvalitative review perspektiver og holdninger hos gravide og kvinder i efterfødselsperioden samt hos sundhedsprofessionelle i forhold til optag, accept, og negative bivirkninger af indsatser til at forebygge fødselsdepression. Reviewet er baseret på 22 studier fra 7 forskellige lande. Baseret på resultaterne fremhæver forfatterne følgende pointer:

- Støtte og empowerment gennem uddannelse er særlig nyttigt for kvinder på tværs af alle interventionstyper.
- Det er vigtigt, at individuelle eller gruppebaserede indsatser er omhyggeligt tilpasset kvinders behov og præferencer.
- Det er vigtigt, at kvinderne forstår den sundhedsprofessionelles rolle for at sikre, at de er i stand til at modtage og få adgang til den nødvendige hjælp.

Kvaliteten af størstedelen af de inkluderede undersøgelser blev i dette review vurderet til at være moderat eller lav.

4.3 Opsummering og opmærksomhedspunkter

Boks 4.1 opsummerer de forskellige perspektiver og hovedfund i forhold til indsatser til afstigmatisering og aftabusering af fødselsdepression.

Boks 4.1 Hovedfund: Indsatser og strategier i forhold til afstigmatisering og aftabuisering af fødselsdepression

I forhold til konkrete indsatser viser litteraturgennemgangen, at:

- der er få studier, der undersøger effekter af konkrete indsatser, der har til formål at afstigmatisere og aftabuere fødselsdepression.
- et studie viser, at en informationsindsats ikke havde nogen effekt i forhold til oplevet stigma, eller for hvorvidt der blev søgt hjælp.
- et studie viser, at en kort motiverende interviewintervention under rutinemæssige forbyggende sundhedsundersøgelser fik flere til at søge hjælp og deltage i terapi.
- to studier af gruppeindsatser, et med fysisk fremmøde og et review af studier, der undersøgte onlinegrupper, viser, at gruppeindsatser kan give et støttende forum for gravide og kvinder med depression efter fødslen, der kan reducere skam og styrke mestringsevnen.
- et studie viser, at farmaceuter muligvis kan spille en rolle i forhold til at støtte gravide og kvinder i efterfødselsperioden, fx via deres kontakt i forbindelse med udlevering af medicin.

Andre studier, der beskæftiger sig med strategier til at reducere stigma, peger på følgende:

- Uddannelse af sundhedsprofessionelle er væsentlig og kan gøre disse i stand til bedre at opspore og hjælpe forældre med fødselsdepression.
- Sundhedspersonalets rolle er særligt vigtig i forhold til at hjælpe minoritetsgrupper.
- Der skal være kontinuitet i de forløb, der tilbydes.
- To studier (et hollandsk og et canadisk) viser, at kun få gravide eller kvinder, der opnår en score over cutoff på fx EPDS, får tilbudt behandling – og at en del oplever uopfyldte behov for hjælp.
- Nogle kvinder forstår ikke deres symptomer og har svært ved at sætte ord på, hvordan de har det.
- Indsatser skal tilpasses kvindernes præferencer både i forhold til, om det skal være individuelle eller gruppebaserede indsatser, og hvorvidt indsatser skal gives af professionelle, eller om de skal have til formål at aktivere mere uformelle netværk.

Litteratur

1. 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.
2. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2016 Dec;206:189–203. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.044>
3. Kristensen IH, Simonsen M, Trillingsgaard T, Pontoppidan M, Kronborg H. First-time mothers' confidence mood and stress in the first months postpartum. A cohort study. *Sex Reprod Healthc.* 2018;17:43–9.
4. Tebeka S, Le Strat Y, De Premorel Higgons A, Benachi A, Dommergues M, Kayem G, et al. Prevalence and incidence of postpartum depression and environmental factors: The IGEDEPP cohort. *J Psychiatr Res.* 2021;138:366–74.
5. Hutchens BF, Kearney J. Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *J Midwifery Women's Heal.* 2020;65(1):96–108.
6. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev.* 2010;33(1):1–9.
7. Bernard K, Nissim G, Vaccaro S, Harris JL, Lindhiem O. Association between maternal depression and maternal sensitivity from birth to 12 months: A meta-analysis. *Attach Hum Dev.* 2018;20(6):578–99.
8. Wee KY, Skouteris H, Pier C, Richardson B, Milgrom J. Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review. *J Affect Disord.* 2011;130(3):358–77.
9. Murray L, Cooper P, Fearon P. Parenting difficulties and postnatal depression: Implications for primary healthcare assessment and intervention. *Community Pract.* 2014;87(11):34–8.
10. 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.
11. 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.
12. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH. Timing of depression recurrence in the first year after birth. *J Affect Disord.* 2004;78(3):249–52.
13. Knight M, Kenyon S, Brocklehurst P, Neilson J, Shakespeare J, Kurinczuk JJ. Saving lives, improving mothers' care: lessons learned to inform future maternity care from the UK and Ireland confidential enquiries into maternal deaths and morbidity 2009–2012. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit; 2017.
14. Anding JE, Röhrle B, Grieshop M, Schücking B, Christiansen H. Couple comorbidity and correlates of postnatal depressive symptoms in mothers and fathers in the first two weeks following delivery. *J Affect Disord.* 2016;190:300–9.

15. Pérez C. F, Brahm P, Riquelme S, Rivera C, Jaramillo K, Eickhorst A. Paternal postpartum depression: How has it been assessed? A literature review. *Ment Heal Prev.* 2017;7:28–36.
16. Burgess A. Role of father's in perinatal mental health: causes, interactions and effects. *New Dig.* 2011;53:24–9.
17. Letourneau N, Leung B, Ntanda H, Dewey D, Deane AJ, Giesbrecht GF. Maternal and paternal perinatal depressive symptoms associate with 2- and 3-year-old children's behaviour: findings from the APrON longitudinal study. *BMC Pediatr* [Internet]. 2019 Dec 13;19(1):435. Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-019-1775-1>
18. Mezulis AH, Hyde JS, Clark R. Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten. *J Fam Psychol.* 2004;18(4):575.
19. Vakrat A, Apter-Levy Y, Feldman R. Sensitive Fathering Buffers the Effects of Chronic Maternal Depression on Child Psychopathology. *Child Psychiatry Hum Dev* [Internet]. 2018;49(5):779–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-018-0795-7>
20. Stein A, Netsi E, Lawrence PJ, Granger C, Kempton C, Craske MG, et al. Mitigating the effect of persistent postnatal depression on child outcomes through an intervention to treat depression and improve parenting: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry.* 2018;5(2):134–44.
21. Evans J, Melotti R, Heron J, Ramchandani P, Wiles N, Murray L, et al. The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012;53(6):632–40.
22. Rayce SB, Rasmussen IS, Væver MS, Pontoppidan M. Effects of parenting interventions for mothers with depressive symptoms and an infant: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open.* 2020;6(1):1–10.
23. CRUNCH Center for Research on Universal Child Policies. Øjebliksbilledet 2017: Sundhedsordninger for børn og unge 1.1.2017. København: CRUNCH Center for Research on Universal Child Policies; 2017.
24. Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):393.
25. Halbreich U. The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions - The need for interdisciplinary integration. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(4):1312–22.
26. Sundhedsstyrelsen. Tidlig indsats for sårbare familier: Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser. Sundhedsstyrelsen. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
27. Lacey M, Paolini S, Hanlon MC, Melville J, Galletly C, Campbell LE. Parents with serious mental illness: Differences in internalised and externalised mental illness stigma and gender stigma between mothers and fathers. *Psychiatry Res.* 2015;225(3):723–33.
28. McLoughlin J. Stigma associated with postnatal depression: A literature review.

- Br J Midwifery. 2013;21(11):784–91.
29. Davey SJ, Dziurawiec S, O'Brien-Malone A. Men's voices: Postnatal depression from the perspective of male partners. *Qual Health Res.* 2006;16(2):206–20.
 30. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: Systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ.* 2020;371.
 31. Smith-Nielsen J, Væver MS. EPDS I DANMARK – et forslag til forskningsbaserede retningslinjer for screening for fødselsdepression. Sundhedsplejersken [Internet]. 2019; Available from: <https://www.sundhedsplejersken.nu/artikel/epds-i-danmark-et-forslag-til-forskningsbaserede-retningslinjer-for-screening-for-foedselsdepression/>
 32. Madsen SA, Juhl T. Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *J Men's Heal Gend.* 2007;4(1):26–31.
 33. Matthey S, Della Vedova AM. Screening for mood difficulties in men in Italy and australia using the edinburgh postnatal depression scale and the matthey generic mood questionnaire. *Psychol Men Masculinity.* 2020;21(2):278–87.
 34. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361–70.
 35. Goldberg DP. User's guide to the General Health Questionnaire. Windsor. London: NferNelson; 1988.
 36. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4(6):561–71.
 37. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1(3):385–401.
 38. Edward K leigh, Castle D, Mills C, Davis L, Casey J. An Integrative Review of Paternal Depression. *Am J Mens Health.* 2015;9(1):26–34.
 39. Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Disord.* 2001;64(2–3):175–84.
 40. Edmondson OJH, Psychogiou L, Vlachos H, Netsi E, Ramchandani PG. Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *J Affect Disord.* 2010;125(1–3):365–8.
 41. Loscalzo Y, Giannini M, Contena B, Gori A, Benvenuti P. The Edinburgh Postnatal Depression Scale for Fathers: A contribution to the validation for an Italian sample. *Gen Hosp Psychiatry.* 2015;37(3):251–6.
 42. 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.
 43. Carlberg M, Edhborg M, Lindberg L. Paternal Perinatal Depression Assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and Possible Risk Factors. *Am J Mens Health.* 2018;12(4):720–9.

44. Harel D, Levis B, Ishihara M, Levis AW, Vigod SN, Howard LM, et al. Shortening the Edinburgh postnatal depression scale using optimal test assembly methods: Development of the EPDS-Dep-5. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;143(4):348–62.
45. Thombs BD, Levis B, Lyubenova A, Neupane D, Negeri Z, Wu Y, et al. Overestimation of Postpartum Depression Prevalence Based on a 5-item Version of the EPDS: Systematic Review and Individual Participant Data Meta-analysis. *Can J Psychiatry.* 2020;65(12):835–44.
46. Matthey S. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders. *Depress Anxiety.* 2008;25(11):926–31.
47. Smith-Nielsen J, Egmoose I, Wendelboe KI, Steinmejer P, Lange T, Vaever MS. Can the Edinburgh Postnatal Depression Scale-3A be used to screen for anxiety? *BMC Psychol.* 2021;9(1):1–11.
48. 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):1–13.
49. Edhborg M. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: A study of new mothers and fathers. *Scand J Caring Sci.* 2008;22(2):186–95.
50. Fisher SD, Kopelman R, O'Hara MW. Partner report of paternal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale-Partner. *Arch Womens Ment Health.* 2012;15(4):283–8.
51. Branquinho M, Rodriguez-Muñoz M de la F, Maia BR, Marques M, Matos M, Osma J, et al. Effectiveness of psychological interventions in the treatment of perinatal depression: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *J Affect Disord.* 2021;291:294–306.
52. Chow R, Huang E, Li A, Li S, Fu SY, Son JS, et al. Appraisal of systematic reviews on interventions for postpartum depression: systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):1–11.
53. Dipietro L, Evenson KR, Bloodgood B, Sprow K, Troiano RP, Piercy KL, et al. Benefits of Physical Activity during Pregnancy and Postpartum: An Umbrella Review. *Med Sci Sports Exerc.* 2019;51(6):1292–302.
54. Alderdice F, McNeill J, Lynn F. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery.* 2013;29(4):389–99.
55. Nillni YI, Mehralizade A, Mayer L, Milanovic S. Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2018;66:136–48.
56. Morrell CJ, Sutcliffe P, Booth A, Stevens J, Scope A, Stevenson M, et al. A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. *Health Technol Assess (Rockv).* 2016;20(37):1–414.
57. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. A meta-analysis of treatments for perinatal

- depression. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(5):839–49.
58. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(8):1205–17.
 59. Powell JG, Garland S, Preston K, Piszczatoski C. Brexanolone (Zulresso): Finally, an FDA-Approved Treatment for Postpartum Depression. *Ann Pharmacother.* 2020;54(2):157–63.
 60. Zheng W, Cai D Bin, Sim K, Ungvari GS, Peng XJ, Ning YP, et al. Brexanolone for postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled studies. *Psychiatry Res.* 2019;279:83–9.
 61. Cooper MC, Kilvert HS, Hodgkins P, Roskell NS, Eldar-Lissai A. Using Matching-Adjusted Indirect Comparisons and Network Meta-analyses to Compare Efficacy of Brexanolone Injection with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for Treating Postpartum Depression. *CNS Drugs.* 2019;33(10):1039–52.
 62. Molyneaux E, Telesia LA, Henshaw C, Boath E, Bradley E, Howard LM. Antidepressants for preventing postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;1–55.
 63. Brown JVE, Wilson CA, Ayre K, Robertson L, South E, Molyneaux E, et al. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;1–3.
 64. De Crescenzo F, Perelli F, Armando M, Vicari S. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for post-partum depression (PPD): A systematic review of randomized clinical trials. *J Affect Disord.* 2014;152–154(1):39–44.
 65. Viswanathan M, Middleton JC, Stuebe AM, Berkman ND, Goulding AN, McLaurin-Jiang S, et al. Maternal, Fetal, and Child Outcomes of Mental Health Treatments in Women: A Meta-Analysis of Pharmacotherapy. *Psychiatr Res Clin Pract.* 2021;3(3):123–40.
 66. Ng RC, Hirata CK, Yeung W, Haller E, Finley PR. Pharmacologic treatment for postpartum depression: A systematic review. *Pharmacotherapy.* 2010;30(9):928–41.
 67. Yasuma N, Narita Z, Sasaki N, Obikane E, Sekiya J, Inagawa T, et al. Antenatal psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020;273:231–9.
 68. Li C, Sun X, Li Q, Sun Q, Wu B, Duan D. Role of psychotherapy on antenatal depression, anxiety, and maternal quality of life: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(27):1–12.
 69. Dennis CL. Psychosocial interventions for the treatment of perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(1):97–111.
 70. 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.
 71. Firth A, Haith-Cooper M, Egan D. Do psychosocial interventions have an impact on maternal perception of perinatal depression? *Br J Midwifery.* 2016;24(12):855–66.

72. Dennis C-L, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression: An updated systematic review. In: Pariante C, Conroy S, Dazzan P, Howard L, Pawlby S, Seneviratne T, editors. *Perinatal Psychiatry: The legacy of Channi Kumar*. Oxford: Oxford University Press; 2014. p. 25–52.
73. Li Z, Liu Y, Wang J, Liu J, Zhang C, Liu Y. Effectiveness of cognitive behavioural therapy for perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2020;29(17–18):3170–82.
74. Huang L, Zhao Y, Qiang C, Fan B. Is cognitive behavioral therapy a better choice for women with postnatal depression? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(10):1–16.
75. Roman M, Constantin T, Bostan CM. The efficiency of online cognitive-behavioral therapy for postpartum depressive symptomatology: a systematic review and meta-analysis. *Women Heal*. 2020;60(1):99–112.
76. Scope A, Leaviss J, Kaltenthaler K, Parry G, Sutcliffe P, Bradburn M. Is group cognitive behaviour therapy for postnatal depression evidence-based practice? A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2013;13(1):1–9.
77. Scope A, Booth A, Sutcliffe P. Women's perceptions and experiences of group cognitive behaviour therapy and other group interventions for postnatal depression: A qualitative synthesis. *J Adv Nurs*. 2012;68(9):1909–19.
78. 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.
79. Perveen T, Gosadi I. Long Term Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Treatment of Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Pioneer Med Sci*. 2013;3(4):198–204.
80. Stamou G, García-Palacios A, Botella C. Cognitive-Behavioural therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of post-natal depression: A narrative review. *BMC Psychol*. 2018;6(1):1–25.
81. Shortis E, Warrington D, Whittaker P. The efficacy of cognitive behavioral therapy for the treatment of antenatal depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2020;272:485–95.
82. Nardi B, Laurenzi S, Di Nicolò M, Bellantuono C. Is the cognitive-behavioral therapy an effective intervention to prevent the postnatal depression? A critical review. *Int J Psychiatry Med*. 2012;43(3):211–25.
83. 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, costeffectiveness and value of information analyses. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2010;14(44):1–152.
84. Goodman JH, Santangelo G. Group treatment for postpartum depression: A systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(4):277–93.
85. Huang R, Yang D, Lei B, Yan C, Tian Y, Huang X, et al. The short- and long-term effectiveness of mother–infant psychotherapy on postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;260:670–9.
86. Sangsawang B, Wacharasin C, Sangsawang N. Interventions for the prevention of postpartum depression in adolescent mothers: a systematic review. *Arch*

- Womens Ment Health. 2019;22(2):215–28.
87. Lieberman K, Le HN, Perry DF. A systematic review of perinatal depression interventions for adolescent mothers. *J Adolesc.* 2014;37:1227–35.
 88. Cluxton-Keller F, Bruce ML. Clinical effectiveness of family therapeutic interventions in the prevention and treatment of perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2018;13(6):1–18.
 89. Noonan M, Jomeen J, Doody O. A review of the involvement of partners and family members in psychosocial interventions for supporting women at risk of or experiencing perinatal depression and anxiety. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(10):1–21.
 90. Alves S, Martins A, Fonseca A, Canavarro MC, Pereira M. Preventing and Treating Women's Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review on Partner-Inclusive Interventions. *J Child Fam Stud.* 2018;27(1):1–25.
 91. Pilkington PD, Whelan TA, Milne LC. A review of partner-inclusive interventions for preventing postnatal depression and anxiety. *Clin Psychol.* 2015;19(2):63–75.
 92. Bright KS, Charrois EM, Mughal MK, Wajid A, McNeil D, Stuart S, et al. Interpersonal psychotherapy to reduce psychological distress in perinatal women: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(22):1–48.
 93. 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.
 94. Claridge AM. Efficacy of systemically oriented psychotherapies in the treatment of perinatal depression: A meta-analysis. *Arch Womens Ment Health.* 2014;17(1):3–15.
 95. Nakamura A, van der Waerden J, Melchior M, Bolze C, El-Khoury F, Pryor L. Physical activity during pregnancy and postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;246:29–41.
 96. Carter T, Bastounis A, Guo B, Jane Morrell C. The effectiveness of exercise-based interventions for preventing or treating postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health.* 2019;22(1):37–53.
 97. Pritchett R V., Daley AJ, Jolly K. Does aerobic exercise reduce postpartum depressive symptoms?: A systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2017;67(663):684–91.
 98. Poyatos-León R, García-Hermoso A, Sanabria-Martínez G, Álvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Martínez-Vizcaíno V. Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth.* 2017;44(3):200–8.
 99. McCurdy AP, Boulé NG, Sivak A, Davenport MH. Effects of Exercise on Mild-to-Moderate Depressive Symptoms in the Postpartum Period: A Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2017;129(6):1087–97.
 100. Davenport MH, McCurdy AP, Mottola MF, Skow RJ, Meah VL, Poitras VJ, et al. Impact of prenatal exercise on both prenatal and postnatal anxiety and depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2018;52(21):1376–85.

101. Saligheh M, Hackett D, Boyce P, Cobley S. Can exercise or physical activity help improve postnatal depression and weight loss? A systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20(5):595–611.
102. Mu TY, Li YH, Xu RX, Chen J, Wang YY, Shen CZ. Internet-based interventions for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Open*. 2021;8(3):1125–34.
103. Dol J, Richardson B, Murphy GT, Aston M, McMillan D, Campbell-Yeo M. Impact of mobile health interventions during the perinatal period on maternal psychosocial outcomes: a systematic review. *JBIM Evid Synth*. 2020;18(1):30–55.
104. Lin PZ, Xue JM, Yang B, Li M, Cao FL. Effectiveness of self-help psychological interventions for treating and preventing postpartum depression: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21(5):491–503.
105. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RMD, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;1–75.
106. Lee EW, Denison FC, Hor K, Reynolds RM. Web-based interventions for prevention and treatment of perinatal mood disorders: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):1–8.
107. Loughnan SA, Joubert AE, Grierson A, Andrews G, Newby JM. Internet-delivered psychological interventions for clinical anxiety and depression in perinatal women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*. 2019;22(6):737–50.
108. Ashford MT, Olander EK, Ayers S. Computer- or web-based interventions for perinatal mental health: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;197:134–46.
109. Nair U, Armfield NR, Chatfield MD, Edirippulige S. The effectiveness of telemedicine interventions to address maternal depression: A systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare*. 2018;24(10):639–50.
110. Lee E, Hor K, Denison F, Reynolds R. Is there a role for a web-based mental health and wellbeing self-management resource for use during pregnancy? A systematic review. *Psychoneuroendocrinology*. 2015;61:57.
111. Brixval CS, Axelsen SF, Lauemøller SG, Andersen SK, Due P, Koushede V. The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes - a systematic review. *Syst Rev*. 2015;4(1):1–9.
112. Simas TAM, Flynn MP, Kroll-Desrosiers AR, Carvalho SM, Levin LL, Biebel K, et al. A Systematic Review of Integrated Care Interventions Addressing Perinatal Depression Care in Ambulatory Obstetric Care Settings. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61(3):573–90.
113. Wang TH, Pai LW, Tzeng YL, Yeh TP, Teng YK. Effectiveness of nurses and midwives-led psychological interventions on reducing depression symptoms in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Open*. 2021;8(5):2117–30.
114. Han Q, Guo M, Ren F, Duan D, Xu X. Role of midwife-supported psychotherapy on antenatal depression, anxiety and maternal health: A meta-analysis and literature review. *Exp Ther Med*. 2020;(24):2599–610.
115. Dennis CL, Dowswell T. Interventions (other than pharmacological, psychosocial

- or psychological) for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;1–39.
116. Dennis CL, Brown JVE, Brown HK. Interventions (other than psychosocial, psychological and pharmacological) for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;1–13.
 117. Dennis CL, Dowswell T. Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;1–16.
 118. Sun Y, Xu X, Zhang J, Chen Y. Treatment of depression with Chai Hu Shu Gan San: A systematic review and meta-analysis of 42 randomized controlled trials. *BMC Complement Altern Med*. 2018;18(1):1–13.
 119. Li Y, Chen Z, Yu N, Yao K, Che Y, Xi Y, et al. Chinese Herbal Medicine for Postpartum Depression: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Evidence-based Complement Altern Med*. 2016;2016:1–20.
 120. Li W, Yin P, Lao L, Xu S. Effectiveness of Acupuncture Used for the Management of Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int*. 2019;2019:1–8.
 121. Tong P, Dong LP, Yang Y, Shi YH, Sun T, Bo P. Traditional Chinese acupuncture and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *J Chinese Med Assoc*. 2019;82(9):719–26.
 122. Yang L, Di YM, Shergis JL, Li Y, Zhang AL, Lu C, et al. A systematic review of acupuncture and Chinese herbal medicine for postpartum depression. *Complement Ther Clin Pract*. 2018;33:85–92.
 123. Wang J, Tan L, Mei Q, Zheng Q, Yang S, Mei Z. Meta analysis on acupuncture for postpartum depression. *World J Acupunct - Moxibustion*. 2017;27(1):28–34.
 124. Rezaie-Keikhaie K, Hastings-Tolsma M, Bouya S, Shad FS, Sari M, Shoorvazi M, et al. Effect of aromatherapy on post-partum complications: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. 2019;35:290–5.
 125. Suradom C, Suttajit S, Oon-arom A, Maneeton B, Srisurapanont M. Omega-3 polyunsaturated fatty acid (n-3 PUFA) supplementation for prevention and treatment of perinatal depression: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Nord J Psychiatry*. 2021;75(4):239–46.
 126. Zhang MM, Zou Y, Li SM, Wang L, Sun YH, Shi L, et al. The efficacy and safety of omega-3 fatty acids on depressive symptoms in perinatal women: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Transl Psychiatry*. 2020;10(1):1–9.
 127. Mocking RJT, Steijn K, Roos C, Assies J, Bergink V, Ruhé HG, et al. Omega-3 Fatty Acid Supplementation for Perinatal Depression. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(5):1–21.
 128. Gould JF, Best K, Makrides M. Perinatal nutrition interventions and post-partum depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2017;224:2–9.
 129. Rinaudo L, Hopwood M. A narrative review of the efficacy of DHA for treatment of major depressive disorder and treatment and prevention of postnatal depression. *Adv Integr Med*. 2015;2(1):24–30.

130. Liu C, Pan W, Jia L, Li L, Zhang X, Ren Y, et al. Efficacy and safety of repetitive transcranial magnetic stimulation for peripartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Res.* 2020;294:1–10.
131. Peng L, Fu C, Xiong F, Zhang Q, Liang Z, Chen L, et al. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on depression symptoms and cognitive function in treating patients with postpartum depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Res.* 2020;290:1–8.
132. Ganho-Ávila A, Poleszczyk A, Mohamed MMA, Osório A. Efficacy of rTMS in decreasing postnatal depression symptoms: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2019;279:315–22.
133. Konstantinou GN, Vigod SN, Mehta S, Daskalakis ZJ, Blumberger DM. A systematic review of non-invasive neurostimulation for the treatment of depression during pregnancy. *J Affect Disord.* 2020;272:259–68.
134. Smith CA, Shewamene Z, Galbally M, Schmied V, Dahlen H. The effect of complementary medicines and therapies on maternal anxiety and depression in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;245:428–39.
135. Zhu Y, Wang R, Tang X, Li Q, Xu G, Zhang A. The effect of music, massage, yoga and exercise on antenatal depression: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;292:592–602.
136. Yang W, Bai Y, Qin L, Xu X, Bao K, Xiao J, et al. The effectiveness of music therapy for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract.* 2019;37:93–101.
137. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA.* 2016;315(4):388–406.
138. Park S, Kim J, Oh J, Ahn S. Effects of psychoeducation on the mental health and relationships of pregnant couples: A systemic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2020;104:1–10.
139. Fagbemi F. Impact of social support on postnatal depression among adolescent mothers: A systematic literature review. *Midwifery Dig.* 2019;29(1):20–6.
140. Huang R, Yan C, Tian Y, Lei B, Yang D, Liu D, et al. Effectiveness of peer support intervention on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020;276:788–96.
141. Leger J, Letourneau N. New mothers and postpartum depression: A narrative review of peer support intervention studies. *Heal Soc Care Community.* 2015;23(4):337–48.
142. Mendelsohn AL, Dreyer BP, Brockmeyer CA, Berkule-Silberman SB, Huberman HS, Tomopoulos S. Randomized controlled trial of primary care pediatric parenting programs: Effect on reduced media exposure in infants, mediated through enhanced parent-child interaction. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165(1):42–8.
143. Scime N V., Gavarkovs AG, Chaput KH. The effect of skin-to-skin care on postpartum depression among mothers of preterm or low birthweight infants: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;253:376–84.

144. Camacho EM, Shields GE. Cost-effectiveness of interventions for perinatal anxiety and/or depression: A systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(8):1–10.
145. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Interventions to Prevent Perinatal Depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2019;321(6):580–7.
146. Lancet T. Bringing postnatal depression out of the shadows. *Lancet*. 2012;380(9854):1621.
147. Thorsteinsson EB, Loi NM, Farr K. Changes in stigma and help-seeking in relation to postpartum depression: Non-clinical parenting intervention sample. *PeerJ*. 2018;6:1–15.
148. Holt C, Milgrom J, Gemmill AW. Improving help-seeking for postnatal depression and anxiety: A cluster randomised controlled trial of motivational interviewing. *Arch Womens Ment Heal*. 2017;20:791–801.
149. Moore D, Drey N, Ayers S. A meta-synthesis of women’s experiences of online forums for maternal mental illness and stigma. *Arch Womens Ment Health*. 2020;23(4):507–15.
150. Kristensen Valen K, Dalseth Karlsen A, Moldestad L, Wallan S, Lorem G, Jentoft G, et al. Blues Mothers: Et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon. *Tidsskr Nor Psykologforening*. 2015;52(5):405–12.
151. Bilszta J, Ericksen J, Buist A, Milgrom J. A Qualitative Study of Health Professionals Involved in the Care and Treatment of Women with Postnatal Emotional Distress. *Int J Ment Health Promot*. 2010;12(3):5–13.
152. O’Mahony J, Donnelly T. Immigrant and refugee women’s post-partum depression help-seeking experiences and access to care: A review and analysis of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17(10):917–28.
153. Ganann R, Sword W, Newbold KB, Thabane L, Armour L, Kint B. Provider Perspectives on Facilitators and Barriers to Accessible Service Provision for Immigrant Women With Postpartum Depression: A Qualitative Study. *Can J Nurs Res*. 2019;51(3):191–201.
154. O’Mahony JM, Donnelly TT, Bouchal SR, Este D. Barriers and Facilitators of Social Supports for Immigrant and Refugee Women Coping With Postpartum Depression. *Adv Nurs Sci [Internet]*. 2012 Jul;35(3):E42–56. Available from: <https://journals.lww.com/00012272-201207000-00013>
155. Button S, Thornton A, Lee S, Ayers S, Shakespeare J. Seeking help for perinatal psychological distress: A meta-synthesis of women’s experiences. *Br J Gen Pract*. 2017;67(663):692–9.
156. Schwartz H, McCusker J, Law S, Zelkowitz P, Somera J, Singh S. Perinatal Mental Healthcare Needs Among Women at a Community Hospital. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2021;43(3):322–8.
157. Feeley N, Bell L, Hayton B, Zelkowitz P, Carrier ME. Care for Postpartum Depression: What Do Women and Their Partners Prefer? *Perspect Psychiatr Care*. 2016;52(2):120–30.
158. Browne PD, Bossenbroek R, Klufft A, van Tetering EMA, de Weerth C. Prenatal Anxiety and Depression: Treatment Uptake, Barriers, and Facilitators in Midwifery Care. *J Women’s Heal*. 2021;30(8):1116–26.

159. Scope A, Booth A, Morrell CJ, Sutcliffe P, Cantrell A. Perceptions and experiences of interventions to prevent postnatal depression. A systematic review and qualitative evidence synthesis. *J Affect Disord.* 2017;210:100–10.

Bilag 1 Metode

Dette bilag beskriver litteraturkortlægningens design og metode samt metodiske opmærksomhedspunkter.

Litteraturgennemgangen er bygget op om tre temaer, som undersøges særskilt. Bilagstabel 1.1 opsummerer formål og metode for litteraturgennemgangens delelementer. En nærmere beskrivelse fremgår i de følgende afsnit.

Bilagstabel 1.1 Formål og metode for hvert af de tre temaer

Tema	Formål	Metode
Tema 1: Systematisk opsporing af fødselsdepression med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) eller Gotland Male Depression Scale (GMDS)	At tilvejebringe overblik over, hvordan EPDS og GMDS kan anvendes til systematisk opsporing af fødselsdepression i en dansk kontekst	Kort gennemgang af eksisterende viden om EPDS og systematisk litteratursøgning efter psykometriske studier af EPDS og GMDS til fædre
Tema 2: Behandling af fødselsdepression	At skabe systematisk overblik over eksisterende viden om behandling af fødselsdepression	Systematisk litteraturgennemgang af eksisterende reviews
Tema 3: Strategier til afstigmatisering og aftabuivering af fødselsdepression	At afdække indsatser og strategier til afstigmatisering og aftabuivering af fødselsdepression	En litteraturafdækning

Kilde: VIVE

Begrebsafklaring

Der anvendes mange forskellige begreber på området fx perinatal depression, fødselsdepression, postpartum depression, antenatal depression, efterfødselsdepression osv. Bilagsboks 1.1 beskriver, hvordan vi definerer centrale begreber på området.

Bilagsboks 1.1 Centrale begreber

Fødselsdepression svarer til 'perinatal depression' på engelsk. Dette omfatter både depression før og efter fødslen, dvs. både 'ante- and postnatal depression'.

Depression i graviditeten svarer til 'antenatal' og 'prenatal' depression på engelsk.

Depression efter fødslen svarer til 'postnatal' og 'postpartum' depression på engelsk og omfatter her perioden fra fødslen, til barnet fylder 1 år.

Depressionssymptomer er i de fleste studier målt med spørgeskemaer som fx EPDS eller andre spørgeskemabaserede redskaber, som personen selv udfylder.

Klinisk depression henviser til, at der er en kliniker, der ved hjælp af et diagnostisk interview har konstateret, at personen opfylder de diagnostiske kriterier for depression.

Systematisk opsporing svarer til begrebet 'screening', hvor der i forhold til depression fx bruges et måleredskab til at vurdere det aktuelle niveau af symptomer, og vurdere, om der er forhøjet risiko for at have en klinisk depression.

Gravid/mor/far/partner. Vi anvender *den gravide*, når vi taler om den kvinde, der bærer barnet. *Mor* anvendes om den kvinde eller de kvinder, der indtager rollen som mor over for barnet, uanset om hun er biologisk mor eller ej. *Far* anvendes om den mand eller de mænd, der

Bilagsboks 1.1 Centrale begreber

indtager rollen som far over for barnet, uanset om han er biologisk far til barnet eller ej. *Partnere* anvendes om personer, der er partner til en forælder og indtager en forældrerolle over for fosteret eller barnet uanset køn, eller om denne er biologisk forælder til barnet.

Behandling henviser i denne rapport til alle former for interventioner, der er tilbydes gravide og forældre, hvor der er mistanke om, eller konstateret depression uanset, hvem der udfører interventionen.

Anm.: Er der ikke umiddelbart et dækkende dansk ord for et begreb, har vi anvendt det engelske begreb.

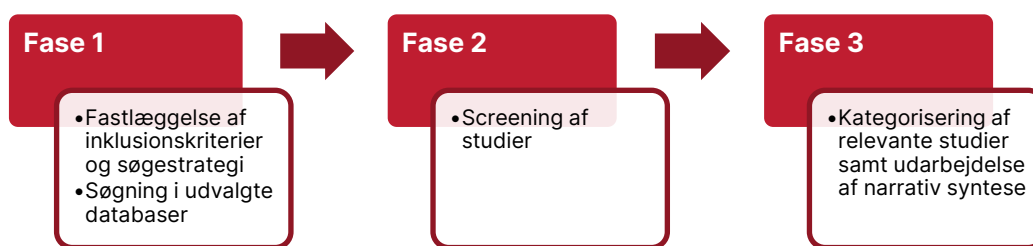
Kilde: VIVE

Fremgangsmåde

I de følgende afsnit beskrives, hvordan vi har søgt, screenet og udvalgt studier. Først beskrives vores overordnede fremgangsmåde for alle tre temaer samlet.

Studier, der indgår i den endelige afrapportering, er udvalgt i flere trin, jf. Bilagsfigur 1.1.

Bilagsfigur 1.1 Proces for litteratursøgning, screening, kategorisering og syntese



Kilde: VIVE

I fase 1 er søgestrategierne for hvert tema fastlagt med henblik på at identificere de mest relevante studier inden for projektets tids- og ressourcemæssige rammer. Søgningen for alle tre temaer er sket samlet, og der er søgt i de samme fire databaser for alle tre temaer. Der er søgt i følgende fire elektroniske databaser:

- Medline
- Embase
- PsycInfo
- CINAHL.

Den samlede databasesøgning har ført til i alt 1.629 referencer (efter dublettsortering af alle baser samlet). Databasesøgninger er efterfølgende indlæst i EPPI-reviewer 4 (version 4.12.0.0).

I fase 2 er de fremsøgte studier screenet i følgende fire trin:

1. Pilotscreening på titel og abstract
2. Screening af de resterende referencer
3. Pilot fuldttekstscrening
4. Screening af de resterende fuldttekster.

I pilotscreeningerne er udvalgte studier kodet af flere projektdeltagere uafhængigt af hinanden. Dobbeltkodningen er gennemført for at sikre pålidelighed i litteraturscreeningen.

I fase 3 er de inkluderede fuldttekststudier kategoriseret, prioriteret og beskrevet.

I de følgende afsnit er søgestrategi og screeningsproces for hvert af de tre temaer beskrevet i detaljer.

Søgestrategi og screeningsproces for tema 1

Delanalysen om systematisk opsporing af fødselsdepression bidrager med specifik viden om, hvordan EPDS kan bruges til at opspore fødselsdepression, samt viden om, hvordan EPDS og GPDS fungerer for fædre.

EPDS er det mest anvendte screeningsredskab til at opspore fødselsdepression hos gravide og nybagte forældre (30). På baggrund af et nyligt publiceret systematisk review om EPDS (30) og på den danske validering af EPDS (24) har vi lavet en kort gennemgang af, hvad den eksisterende evidens viser om, hvordan EPDS kan anvendes i en dansk kontekst.

Vi har også undersøgt, hvorvidt EPDS kan bruges under graviditeten, om en kort version kan anvendes, og om den virker både for mødre og fædre. Her har vi anvendt materiale fra hjemmesiden <https://www.depressd.ca/>, hvor et stort materiale om EPDS stilles til rådighed af forskningsgruppen The Depression Screening Data (DEPRESSD) EPDS-Group.

Derudover har vi gennemført en systematisk søgning efter valideringsartikler om EPDS og GPDS anvendt til fædre med fokus på Europa, Canada og Australien. Publikationsår er afgrænset til perioden 2000-2021 og sprog til engelsk, dansk, svensk og norsk. Bilagstabel 1.2 opsummerer inklusions- og eksklusionskriterierne for databasesøgningen for tema 1.

Bilagstabel 1.2 Inklusions- og eksklusionskriterier tema 1 – opsporing af fødselsdepression

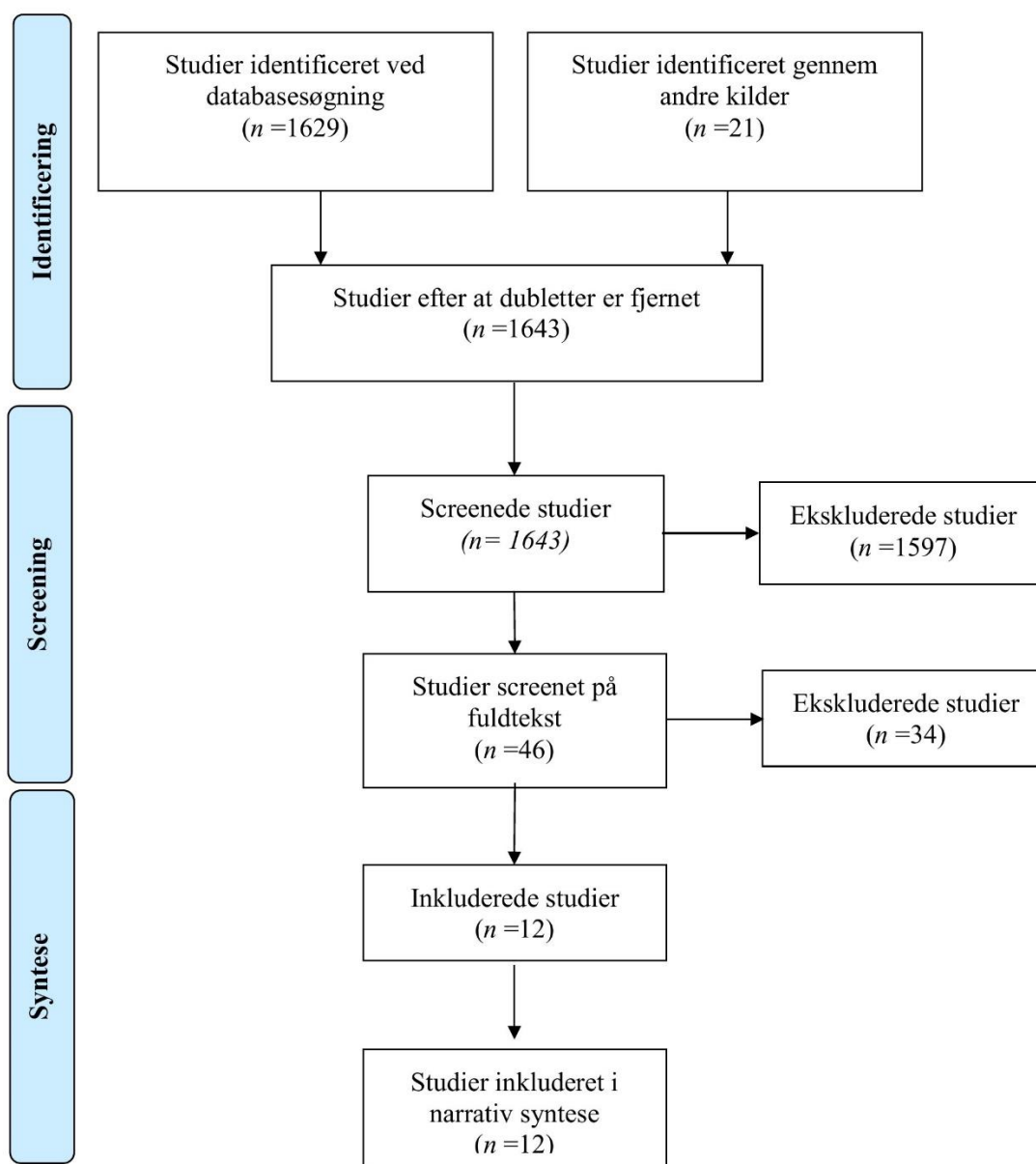
	Kriterier for inklusion	Kriterier for eksklusion
Tema/fokus	Publikationer, der undersøger den psykometriske kvalitet af EPDS eller GPDS til fædre ved opsporing af fødselsdepression enten under graviditeten eller i barnets første 6 levmåneder	Studier, der ikke omfatter fædre
Studiedesign/ typer af studier	Psykometriske studier eller systematiske reviews af EPDS eller GPDS Peer reviewed-studier	Teoretiske artikler etc. Ikke peer reviewed-studier
Sprog	Publikationer på dansk, engelsk, norsk eller svensk	Publikationer, der er skrevet på øvrige sprog end dansk, engelsk, norsk og svensk, eller som ikke har kunnet fremskaffes inden for projektperioden

	Kriterier for inklusion	Kriterier for eksklusion
Lande	Studier fra Europa, Canada, Australien – dog kan systematiske reviews inddrage alle lande	
Publiceringsår	Publiceret fra og med 2000	Publiceret før 2000

Kilde: VIVE

Udover den samlede databasesøgning på i alt 1.629 studier er der fundet 18 relevante studier om EPDS via hjemmesiden <https://www.depressd.ca/> og 3 studier via andre kilder. Efter screening på først titel og abstract og derefter fuldtekst er i alt 12 studier inkluderet under tema 1. Screeningsprocessen for tema 1 er dokumenteret i et flowchart i Bilagsfigur 1.2:

Bilagsfigur 1.2 Flowchart over screeningsproces for tema 1



Kilde: VIVE

Søgestrategi og screeningsproces for tema 2

Denne litteraturgennemgang omfatter interventioner, der skal forebygge eller behandle depressionssymptomer hos gravide eller kvinder i efterfødselsperioden samt deres eventuelle partner.

Den systematiske litteraturgennemgang af behandling af fødselsdepression er gennemført som en gennemgang af eksisterende systematiske reviews, metaanalyser og guidelines publiceret fra 2010 og frem til nu. Denne tilgang er valgt, da vi vurderer, at det skaber det bedst mulige og mest opdaterede overblik over et meget omfangsrigt forskningsfelt, hvor der findes en lang række relevante reviews og metaanalyser.

Der er foretaget en systematisk søgning efter guidelines, systematiske reviews og metaanalyser vedrørende behandling af fødselsdepression. Der er søgt i fire elektroniske databaser, hhv. Medline, Embase, PsycInfo og CINAHL. De fire elektroniske databaser er udvalgt, så de dækker de tre primære fagområder, der står for behandling målrettet fødselsdepression. Medline og Embase er udvalgt for at sikre, at vi identificerer eksisterende systematiske reviews, metaanalyser og guidelines vedrørende farmakologisk behandling af fødselsdepression samt effekten af psykiatrisk behandling med medicin og psykoterapi. PsycInfo er udvalgt for at sikre, at vi identificerer eksisterende systematiske reviews, metaanalyser og guidelines vedrørende alle former for psykoterapeutisk behandling af fødselsdepression, mens CINAHL er udvalgt for at sikre, at vi identificerer eksisterende systematiske reviews, metaanalyser og guidelines vedrørende sygeplejefaglige og forebyggende mor-barn interventioner mod fødselsdepression.

Generelle søgetermer for søgningen har været: postpartum depression, postnatal depression, perinatal depression, therapy, treatment, guidelines, systematic review, meta-analysis.

Søgningerne indeholder både kontrollerede emneord fra Mesh, Emtree og PsycInfo thesaurus og fritekstsøgning – sidstnævnte bl.a. for at få de seneste publikationer med fra databaserne, som endnu ikke er beriget med emneord. De fulde søgetermer kan ses i søgedokumentationen i bilag 2.

Litteratursøgningen blev gennemført i juli 2021. Søgningen blev afgrænset til studier på engelsk, dansk, norsk og svensk, der var publiceret fra 2010 og fremefter.

Vi har ikke gennemført nogen Risk of Bias vurdering, men har udelukkende inddraget review, hvor der er gennemført en Risk of Bias vurdering af de inkluderede studier. For hvert review, der er blevet beskrevet, har vi gengivet deres samlede vurdering af kvaliteten af de inkluderede studier.

Vi har beskrevet de interventioner, hvor der er lavet systematiske review. At en intervention ikke nævnes er altså ikke ensbetydende med, at den ikke har nogen effekt. Resultater og konklusioner fra individuelle review er baseret på, hvad forfatterne skriver i artiklen, og er således ikke undersøgt nærmere.

Da reviews inddrager forskning fra hele verden, har vi været åbne for reviews fra alle lande. Vi har dog været opmærksomme på at se på, hvilke lande primærstudierne er

udført i i forhold til syntesen for at kunne vurdere relevans for den danske kontekst. Selvom vi har haft fokus på, at studierne skal være relevante for en dansk kontekst, har vi valgt at præsentere alle former for interventioner, uanset om de anvendes i dansk praksis i dag eller ej.

Det har været en forudsætning, at studier har kunnet fremskaffes inden for projektperioden. Dette har i enkelte tilfælde ikke været muligt.

Bilagstabel 1.3 opsummerer inklusions- og eksklusionskriterierne for tema 2.

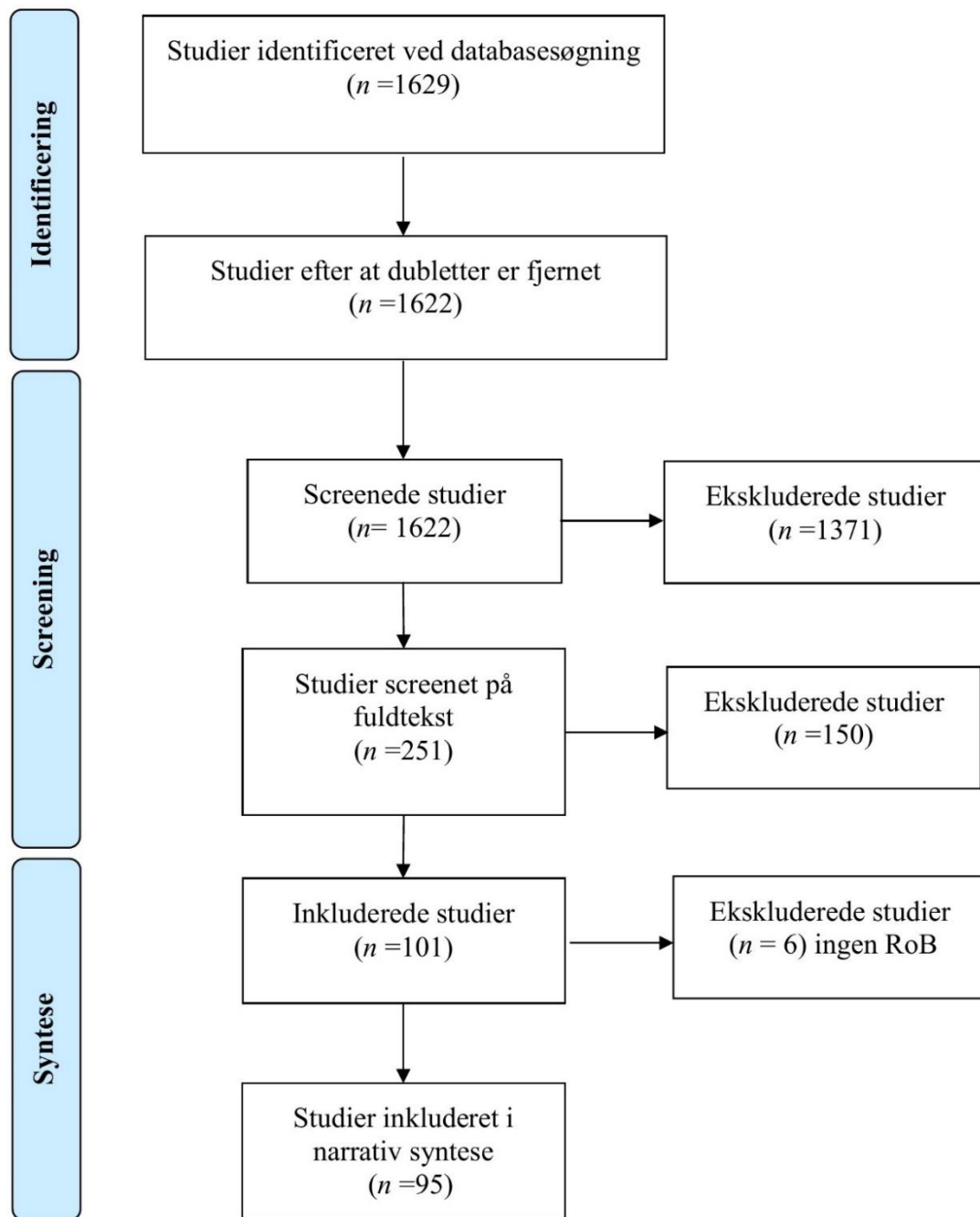
Bilagstabel 1.3 Inklusions- og eksklusionskriterier for tema 2 – behandling af fødselsdepression

	Kriterier for inklusion	Kriterier for eksklusion
Tema/fokus	Publikationer, der vedrører interventioner til behandling af fødselsdepression enten under graviditeten eller i barnets første 6 levemåneder	Studier, der vedrører interventioner til opsporing af fødselsdepression
Sekundært tema/fokus	Publikationer, der vedrører tertiær forebyggelse af fødselsdepression i det tilfælde, at det fremkommer i søgning om behandlingsinterventioner, og som er målrettet forældre enten under graviditeten eller i barnets første 6 levemåneder Tertiær forebyggelse har til formål at bremse tilbagefald af sygdom og forhindre udvikling og forværring af kroniske tilstande, herunder fysisk og psykosocial funktionsnedsættelse (hvor det bredere rehabilitering også omfatter sundhedsfremmende elementer). Kilde: Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Sundhedsstyrelsen 2005	Publikationer, der omhandler almenne forebyggelsesinterventioner i form af oplysningskampagner og lignende målrettet den brede befolkning
Studiedesign/ typer af studier	Systematiske reviews ,metaanalyser og guidelines	Primærstudier, teoretiske artikler etc.
Sprog	Publikationer på dansk, engelsk, norsk eller svensk	Publikationer, der er skrevet på øvrige sprog end dansk, engelsk, norsk og svensk, eller som ikke har kunnet fremskaffes inden for projektperioden
Publiceringsår	Publiceret fra og med 2010	Publiceret før 2010

Kilde: VIVE

Screeningsprocessen for tema 2 er er dokumenteret i et flowchart i Bilagsfigur 1.3:

Bilagsfigur 1.3 Flowchart over screeningsproces for tema 2



Kilde: VIVE

Af de i alt 1.629 studier er 101 studier inkluderet under tema 2 efter screening på først titel, abstract og derefter fuldttekst. 6 reviews blev ekskluderet, fordi de ikke indeholder en Risk of Bias vurdering. Samlet set er derfor inkluderet 95 studier af de 101 studier i den narrative syntese. Omkring halvdelen af disse studier er beskrevet i forhold til følgende undergrupper:

- Meta-reviews om effekter af interventioner rettet mod fødselsdepression
- Farmakologiske og ikke-farmakologiske former for intervention
- Farmakologisk behandling
- Samtalebaserede former for intervention
- Interventioner tilbudt virtuelt eller via telefon
- Interventioner baseret på fysisk aktivitet
- Ikke-farmakologiske alternative interventioner
- Interventioner udført af jordemødre
- Andre typer interventioner (fx universelle opsporings- og informationsinterventioner).

Prioriteringen af, hvilke studier der er nærmere beskrevet under de enkelte undergrupper, er foretaget efter de kriterier, der er oplistet i bilagsboks 4.2.

Bilagsboks 4.2 Prioriteringskriterier for udvælgelse af reviewstudier

Review med følgende karakteristika er prioriteret:

- Indeholder Risk of Bias vurdering af studier
- Er et Cochrane- eller Campbell-review
- Indeholder metaanalyse
- Er relativt nyt
- Har fokus på depression frem for overordnet mentalt helbred
- Har fokus på både graviditet og efterfødselsperioden
- Indeholder et rimeligt antal studier
- Har lavet subgruppeanalyser.

Søgestrategi og screeningsproces for tema 3

I denne litteraturafdækning er der gennemført en systematisk søgning efter alle publikationstyper vedrørende indsatser og/eller strategier til afstigmatisering og aftabuivering af fødselsdepression.

Generelle søgetermer for afstigmatisering og aftabuivering af fødselsdepression har været: postpartum depression, postnatal depression, perinatal depression, destigmatization, detaboization, stigma, taboo, shame.

Søgningerne indeholdt både kontrollerede emneord fra Mesh, Emtree og PsycInfo thesaurus og fritekstsøgning, sidstnævnte bl.a. for at få de seneste publikationer med fra

databaserne, som endnu ikke er beriget med emneord. De fulde søgetermer fremgår af bilag 2.

Et væsentligt hensyn har været, at den viden, der opsamles, skal være omsættelig i en dansk kontekst. Et kriterium har derfor været, at studierne skal være funderet i en dansk kontekst eller lande med et relativt sammenligneligt sundhedsvæsen. På den baggrund er kun studier fra Europa, Canada og Australien inkluderet.

Litteratursøgningen har medtaget litteratur på dansk, svensk, norsk og engelsk inden for disse geografiske områder.

Med henblik på at sikre en hensigtsmæssig balance mellem aktualitet og omfang af litteraturen afgrænser vi søgningen tidsligt til perioden fra 2010 til juli 2021, hvor søgningen er gennemført.

Der inkluderes desuden kun peer reviewed-publikationer. Der er ikke foretaget kvalitetsvurdering af, hvorvidt de beskrevne metoder teknisk set er anvendt korrekt i studierne. Det forudsættes, at denne vurdering er foretaget i forbindelse med peer reviewet.

Det har været en forudsætning, at studier har kunnet fremskaffes inden for projektperioden. Dette har i enkelte tilfælde ikke været muligt.

Vi har kun inkluderet litteratur, som opfylder alle inklusionskriterier, jf. Bilagstabel 1.4, som opsummerer inklusions- og eksklusionskriterier for litteraturafdækningen af tema 3.

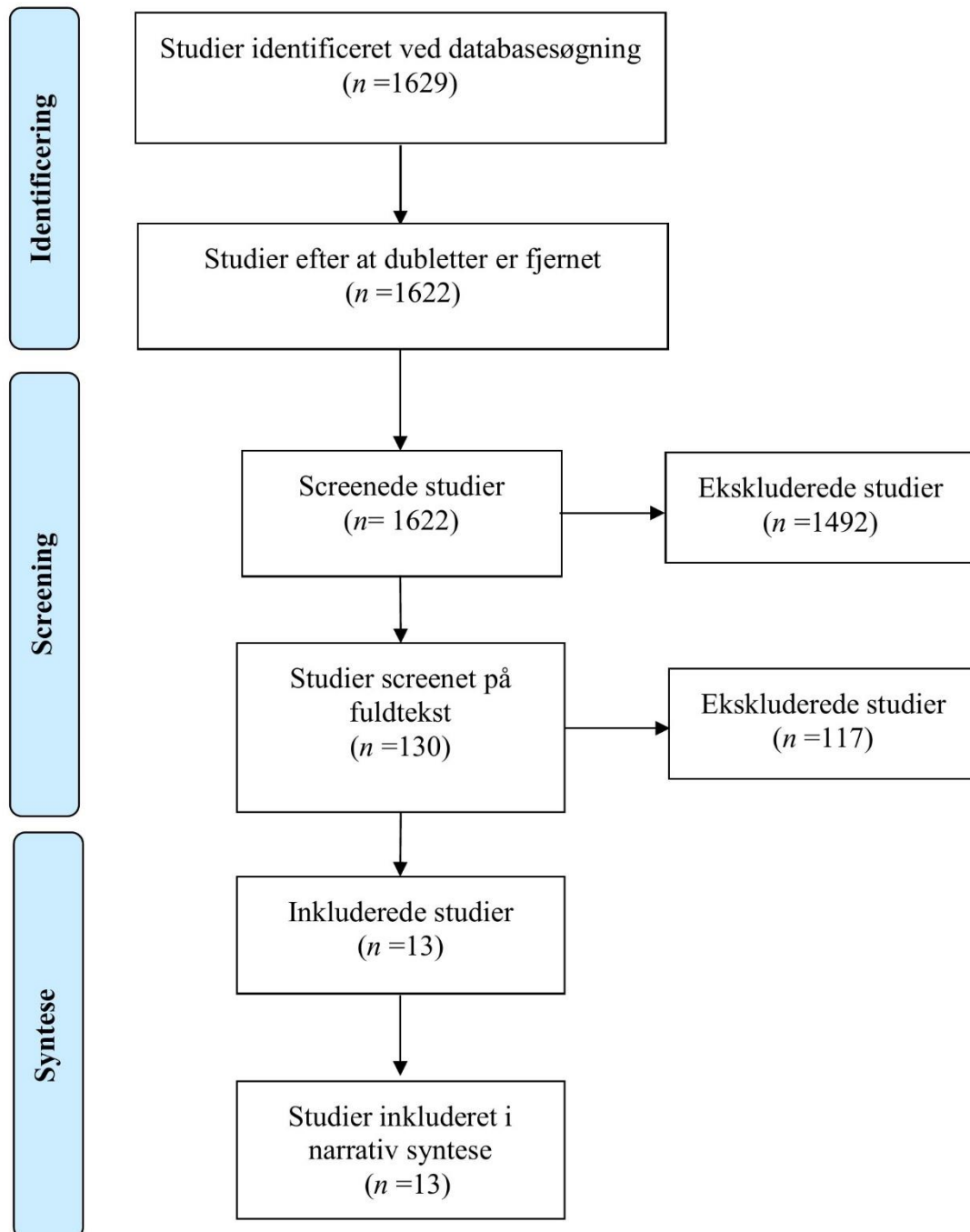
Bilagstabel 1.4 Inklusions- og eksklusionskriterier for tema 3 – strategier for afstigmatisering og aftabuivering af fødselsdepression

	Kriterier for inklusion	Kriterier for eksklusion
<i>Studiernes relevans</i>		
Tema/fokus	Studier, der vedrører indsatser eller strategier til afstigmatisering og aftabuivering af fødselsdepression	Studier, som ikke specifikt omhandler indsatser eller strategier, eller som ikke er rettet imod fødselsdepression (eksempelvis interventioner om afstigmatisering og aftabuivering af psykisk sygdom generelt)
Studiedesign/ typer af studier	Metastudier, litteraturstudier, effektstudier, kvalitative og kvantitative studier	Specialer, bacheloropgaver samt ph.d.-afhandlinger Teoretiske artikler
Land og kontekst	Europa, Canada og Australien	Lande, der ikke er nævnt under inklusionskriterier
Sprog	Studier på dansk, engelsk, norsk eller svensk	Studier, der er skrevet på øvrige sprog end dansk, engelsk, norsk og svensk, eller som ikke har kunnet fremskaffes inden for projektperioden
Publiceringsår	Studier publiceret fra og med 2010	Studier fra før 2010
<i>Studiernes kvalitet</i>		
	Peer reviewede studier	Ikke peer reviewede studier

Kilde: VIVE

I alt er 13 af de 1.629 studier inkluderet under tema 3 på baggrund af screening på først titel og abstract og efterfølgende fuldtekst. Screeningsproces for tema 3 er dokumenteret i et flowchart i Bilagsfigur 1.4:

Bilagsfigur 1.4 Flowchart over screeningsproces for tema 3



Kilde: VIVE

Bilag 2 Søgedokumentation

I det følgende findes dokumentation for søgningen i hver af de fire databaser, som har ført til i alt 1.629 referencer (efter dubletsortering af alle baser samlet). Søgningen er foretaget d. 28. juni 2021. Der er søgt efter studier, der er publiceret i perioden 2000 til juni 2021 (for søgning på EPDS-fædre) og 2010 til juni 2021 (for behandling og afstigmatisering/aftabuisering), og studier, som er publiceret på dansk, norsk, svensk eller engelsk.

MEDLINE

Database(s): Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) 1946 to June 25, 2021 Search Strategy:

#	Searches	Results
1	exp Depression, Postpartum/	6.130
2	((Postpartum or post-partum or post partum or postnatal or post-natal or post natal or perinatal or peri-natal or peri natal or puerperal) adj3 (depression or psychosis or blues or dysthymi*)).ti,bt,kf.	5.168
3	or/1-2	8.102
4	exp Therapeutics/	4.769.405
5	(therap* or treatment* or intervention* or management or action* or program* or strateg* or protocol* or support* or physiotherapy or counsel?ing or psychotherapy or mediation or motivational interview* or massage or exercise or training or mindfulness).ti,bt,kf,hw.	13.831.848
6	th.fs.	1.951.283
7	or/4-6	16.050.440
8	3 and 7	5.319
9	limit 8 to (systematic reviews or meta analysis or guideline or practice guideline)	255
10	((systematic* or rapid or integrative or umbrella) adj3 (review* or overview* or study or studies or search* or approach* or analys* or evaluation)) or meta analy* or meta-analy* or metaanaly*).ti,bt,ab,kf.	450.886
11	(Guideline* or recommendations).ti,bt,kf.	131.166
12	Network meta-analysis/	2.533
13	((multiple or mixed) adj1 (treatment* or therap*) adj1 comparison*) or (indirect adj1 comparison*).ti,bt,ab,kf.	2.511
14	(pool* adj1 (data or analys*)).ti,ab.	23.302
15	(pubmed or medline or embase or Cochrane or "web of science" or "science citation index" or psycinfo or psychinfo or scopus).ti,ab.	278.311
16	Cochrane.jw.	15.496
17	or/10-16	694.664
18	8 and 17	454
19	9 or 18	461
20	limit 19 to (yr="2010-2021" and (english or danish or norwegian or swedish))	350
21	Social Stigma/	9.822
22	Attitude/	48.979

#	Searches	Results
23	Attitude of Health Personnel/	126.098
24	Prejudice/	25.023
25	(Taboo* or stigma* or detaboo* or de-taboo* or destigmat* or de-stigmat* or barrier* or attitude* or empower* or disapprov* or reservation or disrespect* or prejudice* or shame*).ti,bt,ab,kf.	549.530
26	or/21-25	684.912
27	exp Therapeutics/	4.769.405
28	(therap* or treatment* or intervention* or management or action* or program* or strateg* or protocol* or support* or physiotherapy or counsel?ing or psychotherapy or mediation or motivational interview* or massage or exercise or training or mindfulness).ti,bt,kf,hw.	13.831.848
29	th.fs.	1.951.283
30	or/27-29	16.050.440
31	26 and 30	405.456
32	3 and 31	422
33	limit 32 to (yr="2010-2021" and (english or danish or norwegian or swedish))	302
34	exp Depressive Disorder/di	32.301
35	exp Depression/di	21.055
36	(depress* adj2 (symptom* or diagnos* or identif* or screening or detect* or assess*).ti,bt,kf,hw.	21.915
37	or/34-36	67.164
38	(Postpartum or post-partum or post partum or postnatal or post-natal or post natal or perinatal or peri-natal or peri natal or puerperal).ti,bt,ab,kf,hw.	270.555
39	Fathers/	9.642
40	(father* or paternal).ti,bt,kf,hw.	23.218
41	or/39-40	23.218
42	exp Psychometrics/	79.481
43	Validation study/	105.844
44	(psychometric* or validat* or validity or scale* or screening-tool* or ((diagnos* or screening or assess*) adj3 (tools or inventory or inventories))).ti,bt,kf,hw.	440.051
45	review*.ti,bt,ab,kf,hw.	3.924.242
46	or/42-45	4.325.042
47	(edinburgh postnatal depression scale or epds or Gotland).ti,bt,ab,kf.	3.508
48	37 and 38 and 41 and 46 and 47	33
49	limit 48 to (yr="2000-2021" and (english or danish or norwegian or swedish))	31
50	20 or 33 or 49	646

Embase

Database(s): Embase 1974 to 2021 June 25. Search Strategy:

#	Searches	Results
1	exp perinatal depression/	5.654
2	((Postpartum or post-partum or post partum or postnatal or post-natal or post natal or perinatal or peri-natal or peri natal or puerperal) adj3 (depression or psychosis or blues or dysthymi*).ti,kw.	7.235

#	Searches	Results
3	or/1-2	10.516
4	therapy/ or exp early intervention/ or exp treatment response/	1.540.616
5	(therap* or treatment* or intervention* or management or action* or program* or strateg* or protocol* or support* or physiotherapy or counsel?ing or psychotherapy or mediation or motivational interview* or massage or exercise or training or mindfulness).ti,kw,hw.	9.507.012
6	therapy.fs.	1.566.071
7	or/4-6	10.038.258
8	3 and 7	4.223
9	limit 8 to ("systematic review" or meta analysis)	345
10	((systematic* or rapid or integrative or umbrella) adj3 (review* or overview* or study or studies or search* or approach* or analys* or evaluation)) or meta analy* or meta-analy* or metaanaly*).ti,ab,kw.	570.008
11	(Guideline* or recommendations).ti,kw,hw.	542.613
12	Network meta-analysis/	4.255
13	((multiple or mixed) adj1 (treatment* or therap*) adj1 comparison*) or (indirect adj1 comparison*).ti,ab,kw.	4.686
14	(pool* adj1 (data or analys*).ti,ab.	35.588
15	(pubmed or medline or embase or Cochrane or "web of science" or "science citation index" or psycinfo or psychinfo or scopus).ti,ab.	343.640
16	Cochrane.jx.	22.726
17	or/10-16	1.232.383
18	8 and 17	618
19	9 or 18	645
20	limit 19 to (yr="2010-2021" and (english or danish or norwegian or swedish))	541
21	Stigma/ or Social Stigma/	24.196
22	attitude/ or exp attitude to mental illness/ or exp cultural bias/ or exp cultural sensitivity/ or exp disrespect/ or exp employee attitude/ or exp family attitude/ or exp health personnel attitude/ or exp respect/ or exp social worker attitude/ or prejudice/	278.712
23	(Taboo* or stigma* or detaboo* or de-taboo* or destigmat* or de-stigmat* or barrier* or attitude* or empower* or disapprov* or reservation or disrespect* or prejudice* or shame*).ti,ab,kw.	688.316
24	or/21-23	887.456
25	therapy/ or exp early intervention/ or exp treatment response/	1.540.616
26	(therap* or treatment* or intervention* or management or action* or program* or strateg* or protocol* or support* or physiotherapy or counsel?ing or psychotherapy or mediation or motivational interview* or massage or exercise or training or mindfulness).ti,kw,hw.	9.507.012
27	therapy.fs.	1.566.071
28	or/25-27	10.038.258
29	24 and 28	367.087
30	3 and 29	560
31	limit 30 to (yr="2010-2021" and (english or danish or norwegian or swedish))	443
32	exp Depression/di	44.661
33	(depress* adj2 (symptom* or diagnos* or identif* or screening or detect* or assess*).ti,kw,hw.	29.417

#	Searches	Results
34	or/32-33	69.339
35	(Postpartum or post-partum or post partum or postnatal or post-natal or post natal or perinatal or peri-natal or peri natal or puerperal).ti,ab,kw,hw.	358.220
36	exp Father/	30.586
37	(father* or paternal).ti,kw,hw.	40.259
38	or/36-37	40.546
39	exp Psychometry/	96.669
40	Validation study/	90.368
41	review*.ti,ab,kw,hw.	4.632.784
42	(psychometric* or validat* or validity or scale* or screening-tool* or ((diagnos* or screening or assess*) adj3 (tools or inventory or inventories))).ti,kw,hw.	1.048.525
43	or/39-42	5.587.304
44	(edinburgh postnatal depression scale or epds or Gotland).ti,ab,kw.	4.897
45	34 and 35 and 38 and 43 and 44	54
46	limit 45 to (yr="2000-2021" and (english or danish or norwegian or swedish))	52
47	20 or 31 or 46	973

PSYCINFO

Database(s): APA PsycInfo 1806 to June Week 3 2021. Search Strategy:

#	Searches	Results
1	exp Postpartum depression/ or exp Postpartum psychosis/	5.348
2	((Postpartum or post-partum or post partum or postnatal or post-natal or post natal or perinatal or peri-natal or peri natal or puerperal) adj3 (depression or psychosis or blues or dysthymi*).ti,id.	4.477
3	or/1-2	6.103
4	exp Treatment/	1.099.715
5	(therap* or treatment* or intervention* or management or action* or program* or strateg* or protocol* or support* or physiotherapy or counsel?ing or psychotherapy or mediation or motivational interview* or massage or exercise or training or mindfulness).ti,id.	1.115.072
6	or/4-5	1.587.662
7	3 and 6	2.277
8	limit 7 to ("0830 systematic review" or "1200 meta analysis")	87
9	((systematic* or rapid or integrative or umbrella) adj3 (review* or overview* or study or studies or search* or approach* or analys* or evaluation)) or meta analy* or meta-analy* or metaanaly*).ti,ab,id.	95.706
10	Treatment guidelines/	7.725
11	(Guideline* or recommendations).ti,id.	23.089
12	(network adj1 (meta analy* or meta-analy* or metaanaly*).ti,ab,id.	419
13	((multiple or mixed) adj1 (treatment* or therap*) adj1 comparison*) or (indirect adj1 comparison*).ti,ab,id.	231
14	(pool* adj1 (data or analys*).ti,ab.	2.516
15	or/9-14	121.428
16	7 and 15	181

#	Searches	Results
17	8 or 16	182
18	limit 17 to (yr="2010-2021" and (english or danish or norwegian or swedish))	131
19	exp Stigma/	14.218
20	attitudes/ or exp counselor attitudes/ or exp employee attitudes/ or exp employer attitudes/ or exp explicit attitudes/ or exp family planning attitudes/ or exp health attitudes/ or exp health personnel attitudes/ or exp male attitudes/ or exp marriage attitudes/ or exp parental attitudes/ or exp paternalism/ or exp psychologist attitudes/ or exp public opinion/ or exp stereotyped attitudes/	145.167
21	(Taboo* or stigma* or detaboo* or de-taboo* or destigmat* or de-stigmat* or barrier* or attitude* or empower* or disapprov* or reservation or disrespect* or prejudice* or shame*).ti,ab,id.	392.662
22	or/19-21	478.540
23	exp Treatment/	1.099.715
24	(therap* or treatment* or intervention* or management or action* or program* or strateg* or protocol* or support* or physiotherapy or counsel?ing or psychotherapy or mediation or motivational interview* or massage or exercise or training or mindfulness).ti,id.	1.115.072
25	or/23-24	1.587.662
26	22 and 25	172.678
27	3 and 26	278
28	limit 27 to (yr="2010-2021" and (english or danish or norwegian or swedish))	171
29	exp Major Depression/	139.706
30	"Depression (emotion)"/	26.106
31	Distress/	24.221
32	(depress* adj2 (symptom* or diagnos* or identif* or screening or detect* or assess*).ti,id.	25.010
33	or/29-32	188.105
34	(Postpartum or post-partum or post partum or postnatal or post-natal or post natal or perinatal or peri-natal or peri natal or puerperal).ti,ab,id.	41.594
35	exp Fathers/	11.416
36	(father* or paternal).ti,id.	18.931
37	or/35-36	20.325
38	exp Psychometrics/	206.439
39	exp test validity/	90.966
40	(psychometric* or validat* or validity or scale* or screening-tool* or ((diagnos* or screening or assess*) adj3 (tools or inventory or inventories))).ti,id.	170.397
41	review*.ti,ab,id.	558.757
42	or/38-41	799.746
43	(edinburgh postnatal depression scale or epds or Gotland).ti,ab,id.	2.042
44	33 and 34 and 37 and 42 and 43	22
45	limit 44 to (yr="2000-2021" and (english or danish or norwegian or swedish))	20
46	18 or 28 or 45	311

CINAHL

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S42	S17 OR S25 OR S41		764
S41	S28 AND S29 AND S32 AND S37 AND S40	Limiters - Published Date: 20000101-20210631; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	99
S40	S38 OR S39		3.103
S39	(edinburgh postnatal depression scale or epds or Gotland)		3.103
S38	(MH "Edinburgh Postnatal Depression Scale")		2.478
S37	S33 OR S34 OR S35 OR S36		1.703.299
S36	review*		737.541
S35	(psychometric* or validat* or validity or scale* or screening-tool* or ((diagnos* or screening or assess*) N3 (tools or inventory or inventories)))		1.046.829
S34	(MH "Validation Studies")		290.813
S33	(MH "Validity+") OR (MH "Psychometrics")		196.868
S32	S30 OR S31		12.867
S31	TI (father* or paternal) OR SU (father* or paternal)		12.867
S30	(MH "Fathers+")		7.415
S29	Postpartum or post-partum or post partum or postnatal or post-natal or post natal or perinatal or peri-natal or peri natal or puerperal)		83.208
S28	S26 OR S27		133.346
S27	(depress* N2 (symptom* or diagnos* or identif* or screening or detect* or assess*))		61.807
S26	(MH "Depression+")		119.430
S25	S4 AND S20 AND S24	Limiters - Published Date: 20100101-20210631; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	467
S24	S21 OR S22 OR S23		3.330.446
S23	SU (therap* or treatment* or intervention* or management or action* or program* or strateg* or protocol* or support* or physiotherapy or counsel#ing or psychotherapy or mediation or motivational interview* or massage or exercise or training or mindfulness)		2.309.745
S22	TI (therap* or treatment* or intervention* or management or action* or program* or strateg* or protocol* or support* or physiotherapy or counsel#ing or psychotherapy or mediation or motivational interview* or massage or exercise or training or mindfulness)		1.117.352
S21	(MH "Therapeutics+")		1.590.928
S20	S18 OR S19		518.878
S19	TI (Taboo* or stigma* or detaboo* or de-taboo* or destigmat* or de-stigmat* or barrier* or attitude* or disapprov* or reservation or disrespect* or prejudice* or shame*) OR SU (Taboo* or stigma* or detaboo* or detaboo* or destigmat* or de-stigmat* or barrier* or attitude* or disapprov* or reservation or disrespect* or prejudice* or shame*)		366.387

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S18	(MH "Stigma") OR (MH "Social Attitudes") OR (MH "Prejudice") OR (MH "Attitude+") OR (MH "Attitude of Health Personnel+") OR (MH "Family Attitudes+") OR (MH "Parental Attitudes+")		486.874
S17	S4 AND S8 AND S16	Limiters - Published Date: 20100101-20210631; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	231
S16	S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15		313.428
S15	(pool* N1 (data or analys* or studies))		13.202
S14	((multiple or mixed) N1 (treatment* or therap*) N1 (meta analy* or meta-analy* or metaanaly* or comparison*) or (indirect N1 comparison*))		1.194
S13	network N1 (meta analy* or meta-analy* or metaanaly*)		2.646
S12	((systematic or method* or rapid or integrative or umbrella) N3 (review* or overview* or study or studies or search* or approach* or analysis or evaluation)) meta analy* or meta-analy* or metaanaly* or meta synthes* or meta-synthes* or metasyntes*)		96.602
S11	SU (Guideline* or recommendations or health technology assessment)		92.669
S10	TI (Guideline* or recommendations or health technology assessment)		64.345
S9	PT (Systematic Review or Meta Analysis or Practice Guidelines) or MH (Systematic Review or Meta Analysis or Practice Guidelines)		232.679
S8	S5 or S6 or S7		2.928.973
S7	SU (therap* or treatment* or intervention* or management or action* or program* or strateg* or protocol* or support* or physiotherapy or counsel#ing or psychotherapy or mediation or motivational interview* or massage or exercise or training or mindfulness)		2.309.745
S6	TI (therap* or treatment* or intervention* or management or action* or program* or strateg* or protocol* or support* or physiotherapy or counsel#ing or psychotherapy or mediation or motivational interview* or massage or exercise or training or mindfulness)		1.117.352
S5	(MH "Therapeutics") OR (MH "Alternative Therapies+") OR (MH "Combined Modality Therapy+") OR (MH "Drug Therapy+") OR (MH "Early Intervention+") OR (MH "Emergency Treatment+") OR (MH "Nutritional Support+") OR (MH "Osteopathy+") OR (MH "Rehabilitation+") OR (MH "Self-Management") OR (MH "Stress Management")		806.689
S4	S1 or S2 or S3		7.912
S3	SU ((Postpartum or post-partum or post partum or postnatal or post-natal or post natal or perinatal or peri-natal or peri natal or puerperal) N3 (depression or psychosis or blues or dysthymi*))		7.366
S2	TI ((Postpartum or post-partum or post partum or postnatal or post-natal or post natal or perinatal or peri-natal or peri natal or puerperal) N3 (depression or psychosis or blues or dysthymi*))		3.475
S1	(MH "Depression, Postpartum")		6.215

VIVÉ

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD