

Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket:

Edinburgh-metoden (2. utg.)

Edinburgh-metoden (EPDS med støttesamtaler) er en kombinasjon av screening av barselkvinner for depresjon og tilbud om støttesamtaler. Hovedmålet er å redusere depresjonssymptomer hos mor, samt redusere negative konsekvenser for barnet.

BAKGRUNN

Bakgrunn: Denne artikkelen er en kunnskapsoppsummering om effektene av tiltaket Edinburgh-metoden (EPDS med støttesamtaler) i Norge. Artikkelen er en revisjon av en tidligere beskrivelse av det samme tiltaket i Ungsinn (Reedtz, 2012), men videreutviklet i henhold til Ungsinns sine nye prosedyrer og kriterier. Edinburgh-metoden er et individbasert tiltak for gravide og nybakte mødre. Tiltaket består av to deler; der den første delen er utfylling av screeningsinstrumentet EPDS, etterfulgt av en samtale med helsesøster eller jordmor om utfyllingen. Den andre delen av tiltaket er oppfølgingssamtale/r med helsesøster om mors psykiske helse.

METODE

Denne kunnskapsoppsummeringen bygger på et systematisk litteratursøk i databasene Embase, Medline og Psykinfo, NORART Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS og SweMed. To artikler tilfredsstilte kriteriene for inklusjon og ble inkludert i oppsummeringen.

RESULTATER

Resultatene omfatter en oppsummering av tiltakets beskrivelse, foreliggende effektstudier, forskningsmetodisk kvalitet og implementeringskvalitet. Tiltaket er beskrevet i faglitteratur der målsetning og målgrupper er tilfredsstillende definert. Edinburgh-metoden har en velbegrunnet teori for noen virkningsmekanismer i tiltaket. Det foreligger to norske studier som har undersøkt tiltakets effekt. Begge studiene benyttet et kvasi-eksperimentelt design med en sammenligningsgruppe og pre-post test målinger. Studiene som er gjennomført har metodiske mangler ut i fra Ungsinns klassifiseringssystem. Det foreligger én oppfølgingsstudie. Tiltaket har et mangelfullt system for kvalitetssikring av implementeringskvalitet.

KONKLUSJON

Basert på Ungsinns kriterier klassifiseres EPDS på evidensnivå 3 – Tiltak med noe dokumentasjon på effekt.

Innledning

Bakgrunn

Forskning dokumenterer at fødselsdepresjon hos mødre har negative konsekvenser for tidlig mor-barn interaksjon og for den sosio-emosjonelle utviklingen til barn (Murray, Cooper, Wilson & Romaniuk, 2003). Forekomsten av fødselsdepresjon blir ofte angitt å ligge mellom 10 og 15 % (Slining & Eberhard-Gran, 2010). Spedbarn med deprimerte mødre kan ha reguleringsproblemer på atferdsmessige-, fysiologiske og biokjemiske områder allerede ved fødsel (van Doesum, Hosman & Riksen-Walraven, 2005). Studier på dette

området viser at slike barn i løpet av det første leveåret kan ha forhøyet stressnivå, negativitet mot og avvisning av moren, de har liten positiv affekt og høy negativ affekt, noe som kan gi inntrykk av at de er deprimerte (van Doesum, 2007). Hos ett-to åringer har depresjon hos mødre vist seg å være forbundet med forstyrret sosio-emosjonell og kognitiv utvikling (Murray & Cooper, 1996).



Charlotte Reedtz


charlotte.reedtz@uit.no



Camilla Lauritzen

camilla.lauritzen@uit.no

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Nord (RKBU-Nord), UiT Norges arktiske universitet

 Engelsk sammendrag på ungsinn.no

ISSN 2464-2142

Tidsskrift Ungsinn utgis av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge- nord (RKBU Nord) ved UiT- Norges arktiske universitet

Med bakgrunn i denne kunnskapen antas det viktig å kartlegge depressive symptomer hos kvinner som er gravide eller nettopp har født.

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox, Holden & Sagovsky, 1987) er et spørreskjema som er utviklet for å oppdage kvinner med depresjon i svangerskapet eller etter fødsel (barseldepresjon). EPDS er et internasjonalt anerkjent instrument der de psykometriske egenskaper for å avdekke fødselsdepresjoner og måle depressive symptomer er evaluert i flere internasjonale studier (Moe, Slinning, & Bergum-Hansen, 2010). Instrumentet er også validert for norske forhold (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Schei, & Opjordsmoen, 2001; Berle, Aarre, Mykletun, Dahl & Holsten, 2003). Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Opjordsmoen og Samuelsen (2001) gjennomførte en oversiktsstudie (review) av 18 valideringsstudier fra 16 forskjellige land. I disse studiene varierte sensitiviteten fra 65 til 100 % og spesifisiteten varierte fra 49 til 100 %. Diagnostisk sensitivitet og spesifisitet er viktige egenskaper ved en test som angir testens evne til å identifisere friske og syke individer i en gruppe. I norske studier er reliabiliteten ved EPDS funnet å være god, men validiteten er bare undersøkt i en studie der man fant svakheter i EPDS sin evne til å avdekke kvinner med alvorlig depresjon, samt å skille ut de uten alvorlig depresjon, altså problemer med sensitivitet og spesifisitet (Hansen-Bauer & Welandervatn, 2012).

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse-tjenesten har vurdert om screening med EPDS bør innføres som et nasjonalt tilbud (Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, 2013). Basert på en kunnskapsoppsummering der screeningtestens nøyaktighet for å identifisere depresjon ble vurdert fant man at 20 prosent av de kvinnene som ikke har klinisk depresjon, ville bli klassifisert som deprimert (falske positive resultater) ved bruk av EPDS med en grenseverdi på ≥ 10 poeng (Larun m.fl., 2013). Rådet konkluderte med at screening for barseldepresjoner med EPDS ikke oppfyller WHO's kriterier for når det bør gjennomføres screening. Det er videre usikkerhet om kunnskapsgrunnlaget for tiltaket EPDS med støttesamtaler, og på bakgrunn av dette anbefaler ikke nasjonalt råd at screening for barseldepresjon innføres som et nasjonalt tilbud på nåværende tidspunkt (Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, 2013).

Gjennomføring og metoder i tiltaket

Tiltaket tar utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap om at fødselsdepresjon kan ha negative konsekvenser for mors helse, forholdet mellom foreldrene, og barns utvikling (Glavin, Smith, Sørsum & Ellefsen, 2010a). Tiltaket består av to deler; der den første delen innebærer at kvinnen får tilbud om å fylle ut screeningsinstrumentet EPDS, og hun får deretter en samtale med helsesøster eller jordmor som er trent i metoden (svangerskapsuke 26-28 og ved 6-8 ukers konsultasjonen). EPDS fylles ut av kvinnen selv og består av ti spørsmål om symptomer på nedstemthet og depresjon i løpet av de siste syv dager. Det er fire svaralternativer som varierer fra; ja, i blant, ikke særlig ofte og nei. Skårene summeres opp og varierer fra 0-30; der skåre ≥ 10 vurderes som klinisk område for moderat til alvorlig depresjon. Kvinnens svar på de ulike spørsmålene gjennomgås og det gis anledning til å spesifisere nærmere hva som ligger i de ulike svarene hun har gitt. For de som ikke har tegn på nedstemthet, vil fokus i samtalen etter utfylling av EPDS være det normale svangerskapsforløpet, støtte fra partner og nettverk, samt ulike mestringsstrategier i forhold til stressreduksjon.

Den andre delen av tiltaket er en oppfølgingssamtale med helsesøster eller jordmor i løpet av 1-2 uker etter den første samtalen om mors psykiske helse. I praksis innebærer dette et tilbud for mødre med sumskåre på EPDS ≥ 10 . Disse tilbys 1-4 støttesamtaler med trenede jordmødre eller helsesøstre.

Oppfølging gjennom støttesamtalen(e) innebærer at kvinnen og eventuelt partneren inviteres til samtaler basert på aktiv empatisk lytting. Det er helsesøster eller jordmor i den kommunale helsestasjonstjenesten som introduserer tiltaket for mor, eventuelt med partner. I de fleste tilfeller vil det være naturlig at tilbudet gis i hjemstedskommunen, mens det i noen sammenhenger vil være naturlig at samtalen gjennomføres i spesialisthelsetjenesten. Kvinner med tegn til sammensatt problematikk eller mer alvorlige symptomer på depresjon henvises til videre vurdering hos fastlegen og/eller i spesialisthelsetjenesten i samråd med kvinnens fastlege.

Målsetninger og målgrupper

Edinburgh-metoden er et individbasert tiltak for gravide og nybakte mødre. Målsetningen med støttesamtalene er å lette kvinnenes depresjonsymptomer og redusere varigheten av fødselsdepresjoner. Gjennom reduksjon av symptomtrykk ønsker man å trygge kvinnen i hennes morsrolle, øke hennes sensitivitet og glede over barnet, samt

å hindre de negative konsekvenser mors depresjon har for barnet.

Beskrivelse og målgrupper for tiltaket

Støttesamtalene gjennomføres mellom helsepersonell og mor/foreldrene. Det finns foreløpig ikke noen manual for støttesamtalene. Tiltakets metoder er beskrevet i et av kapitlene i boka Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse (Slinning & Eberhard-Gran, 2010).

I opplæringen av helsepersonell tematiseres naturlige psykiske endringsprosesser i svangerskap og barseltid, forekomst og risikofaktorer knyttet til depresjon i perioden før og etter fødselen, og hvordan depresjon kan påvirke omsorgsutøvelsen for spedbarn og samspillet i en hel familie. Helsepersonell som skal gjennomføre tiltaket får opplæring i hvordan de skal bruke spørreskjemaet EPDS, tolke og videreforme resultatene, samt kommunikasjonsferdigheter de trenger for å gjennomføre støttesamtaler.

Gjennomføring og metoder

Sentrale elementer i støttesamtalene er at de ikke skal være aktivt rådgivende ("non-directive"). Det legges stor vekt på hjelperens væremåte eller holdning, i motsetning til anvendelse av en spesifikk teknikk. Den som gir støttesamtalene skal være til stede med hele sin oppmerksomhet i lyttingen til den som søker hjelp, slik at best mulig kontakt oppstår. Helsepersonellet skal gjennom aktiv empatisk lytting søke å akseptere opplevelser og følelser som den som hjelpes forteller om. Helsepersonellet skal være åpen, ærlig og autentisk og gjennom dette arbeide for å øke klientens evne til å identifisere og utforske sine følelser. Helsepersonellet skal ikke gi råd, dersom den hjelpesøkende ikke har bedt om det.

Det teoretiske grunnlaget for tiltaket

Forskerne Holden, Sagovsky og Cox som er opphavspersoner til Edinburgh-metoden, skriver om sitt opplæringsprogram at det var "basert på Rogersiansk eller ikke-dirigerende samtalemetoder" (egen oversettelse) (Holden, Sagovsky & Cox, 1989). Hovedantakelsen bak denne tilnærmingen er at når en klient får snakke om sine følelser til en empatisk og ikke-dømmende hjelper vil dette bidra til at klienten får et mer positivt syn på seg selv og livet sitt. Opplæringen i programmet understreker viktigheten av å lytte til klientene og til å motivere klientene til å ta beslutninger basert på egne vurderinger heller enn å gi klientene konkrete råd og veiledning. I internasjonal litteratur er Edinburgh-metoden knyttet til

denne terapeutiske retningen (Carl Rogers; klientsentrert terapi) og teorigrunnlaget for denne.

I det norske fagmiljøet ved Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse har man supplert det teoretiske grunnlaget for støttesamtalene med nyere utviklingsteori og psykodynamisk psykoterapi. Man legger til grunn at anerkjennelse fører til erkjennelse (Lindberg, 2010). Helsepersonell som leder samtalene forventes å være aktive og empatisk lyttende, og ved sin tilstedeværelse vil denne holdning og væremåte gi rom for refleksjon hos kvinnen som mottar tiltaket. Utgangspunktet for det terapeutiske møtet er en anerkjennende relasjon, og i denne relasjonen tenker man seg at deling av følelser og mentale tilstander blir mulig. Klienter i denne type samtaleterapi antas å utvide sin subjektive opplevelsesverden som følge av anerkjennelsen, utvidelse av egne refleksjoner og ny erkjennelse. Intersubjektivitet er et sentralt begrep hentet fra nyere utviklingspsykologi og forstås som et opplevelsesfellesskap mellom mennesker der de ønsker å dele følelser, intensjoner og oppmerksomhet (Lindberg, 2010). Colwyn Trevarthen utviklet teorien om medfødt intersubjektivitet og tar utgangspunkt i at spedbarn har medfødte motiver for kommunikasjon og sosial samholdighet (Braarud, 2010). Denne teorien skiller seg fra tradisjonell tilknytningsteori fordi den postulerer at det er «behovet for et følelsesmessig opplevelsesfellesskap som motiverer spedbarnet til å søke nærhet til omsorgsgiveren, og ikke et behov for beskyttelse» (Braarud, 2010).

Formål

Formålet med denne artikkelen er å undersøke om tiltaket Edinburgh-metoden – EPDS med støttesamtaler kan antas å være virksomt benyttet i vanlig praksis i Norge.

Metode

Vi søkte etter studier om tiltaket i databasene Embase, Medline og Psykinfo, NORART Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS og SweMed. Søkedato: 29.05.2015. I tillegg har vi kontaktet tiltakseier i Norge og bedt om å få tilsendt manualer og veiledere, forskingsdokumentasjon som eventuelt ikke ble fanget opp av søket samt informasjon om implementeringsstrategier og kvalitetssikring.

Denne artikkelen er en revisjon av en tidligere beskrivelse av det samme tiltaket i Ungsinn (Reedtz, 2012), men videreutviklet i henhold til Ungsinn sine nye prosedyrer og kriterier.

Tabell 1. Inklusjonskriterier for de ulike typene studier som inkluderes i kunnskapsoppsummeringen.

Type studier	Inklusjonskriterier
Nordiske effektstudier	<p>Nordiske enkeltstudier som undersøker tiltakets effekt. Dette vil være kvantitative studier med et kvasiekperimentelt eller eksperimentelt forskningsdesign.</p> <p>Tiltaket i studien er det samme som tiltaket utøvd i vanlig praksis i Norge og at de kulturelle faktorer i studien er nokså like norske forhold.</p>
Internasjonale kunnskapsoppsummeringer	<p>Systematiske oversikter der effekten av det konkrete tiltaket er vurdert basert på internasjonal forskningslitteratur eller positiv vurdering av tiltakets evidens i internasjonale databaser.</p> <p>Tiltaket i studien er det samme som tiltaket utøvd i vanlig praksis i Norge.</p>
Andre norske evalueringer	<p>Andre studier som belyser kvaliteter ved tiltaket brukt i vanlig praksis i Norge som f.eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kvalitative studier, kassustudier eller mindre pilotstudier der tiltakets effekt er undersøkt - Brukerfornøydhetsundersøkelser - Gjennomføringsstudier/Implementeringsstudier

Resultater

Gjennomgang av beskrivelser

Bakgrunnen og behovet for tiltaket er godt beskrevet. Tiltaket er beskrevet gjennom bokkapitler og artikler i fagtidsskrifter. Målgruppen for tiltaket er tydelig beskrevet. Hovedformålet med å redusere mors depresjon er godt beskrevet, mens undermålsetninger knyttet til relasjon mellom mor og barnet, samt reduksjon av risikoen for skjevutvikling hos barnet i mindre grad

er beskrevet og operasjonalisert. Det finns ikke manual for tiltaket. Metodene som benyttes og kjerneelementer er noe beskrevet, men erfaringer viser at det er store ulikheter i hvor mange samtaler(dose) tiltaket inneholder (Glavin, Smith, Sørnum & Ellefsen, 2010a; Glavin, Smith, Sørnum & Ellefsen, 2010b).

Det fremgår tydelig av beskrivelsen at det primært er helsesøstre og jordmødre som får opplæring i og tilbyr tiltaket. Når det gjelder materiell

er spørreskjemaet EPDS godt tilgjengelig for alle, mens annet materiell knyttet til støttesamtalene ikke er standardisert og beskrevet.

Effektstudier

Litteratursøket etter effektevalueringer resulterte i 61 treff. Søket var bredt, men de fleste treffene viste seg ved nærmere gjennomgang

å ikke være relevante. Dette forklares i hovedsak med at EPDS var brukt som måleredskap i studiene, mens tiltakene som ble evaluert var andre enn EPDS med støttesamtaler (for eksempel ulike psykodynamiske tiltak, kognitiv terapi og tiltak for å fremme hudkontakt mellom mor og barn). Av de totalt 61 treffene ble to artikler vurdert å omhandle tiltaket Edinburgh-metoden direkte. Begge disse er norske studier og beskrevet i tabell 3.

Den første studien der effekten av Edinburgh-metoden er evaluert ble gjennomført i Bærum kommune (Glavin, Smith Sørnum & Ellefsen, 2010a). Målsetningen i studien var å redusere kvinnenes depressive symptomer og innsatsen varierte fra 1-7 støttesamtaler. I alt 164 kvinner med skårer på EPDS ≥ 10 deltok i intervensjonsgruppen og disse ble sammenlignet med 64 kvinner med skårer på EPDS ≥ 10 i en nabokommune. To tredeler av intervensjonsgruppen ($N = 108$) fikk kun én støttesamtale, mens én tredel ($N = 56$) fikk fra 2-7 støttesamtaler. Sammenligningsgruppen mottok standard oppfølging av helsesøster i sin kommune.

Den andre artikkelen (Glavin, Smith Sørnum & Ellefsen, 2010b) beskriver en studie der man ser på effekten av Edinburgh-metoden kombinert med andre innsatser på helsestasjonen. Studien er basert på resultater fra de samme to kommunene som inngår i den første studien, men deltakerne er alle kvinner som fødte levende barn i 2005-2006 og som takket ja til å delta i studien, forutsatt at de ikke mottok behandling for depresjon, at de var over 18 år og at de behersket norsk. I alt 1806 kvinner deltok i intervensjonskommunen og 441 kvinner deltok i sammenligningskommunen. I intervensjonskommunen mottok kvinnene: et hjemmebesøk to uker etter fødselen med fokus på mors psykiske helse, en støttesamtale med helsesøster etter mor hadde fylt ut EPDS ved

Tabell 2. Vurdering av tiltakets beskrivelse.

	Ikke beskrevet	Noe beskrevet	Er godt beskrevet
Problembeskrivelse			X
Målgruppe			X
Hovedformål			X
Undermålsetninger		X	
Utforming av tiltaket		X	
Metoder som benyttes		X	
Kjerneelementer/fleksibilitet		X	
Utøvere av tiltaket			X
Manual/veileder for utøvere	X		
Materiell for mottakere av tiltaket	X		
Undersøkelser som styrker beskrivelsen	X		

seks uker etter fødsel, støttesamtaler for de mødrene som hadde depresjon, åpenhet om psykisk helse ved alle helsestasjonsbesøk, samt tilbud om henvisning til ytterligere behandling for depresjon. I sammenligningskommunen mottok mødrene standard barseloppfølging ved helsestasjoner i kommunen.

Alle kvinnene i studien ble målt med EPDS ved seks uker etter fødsel, tre måneder, seks måneder og 12 måneder etter fødsel. I denne studien målte man også kvinnenes stress med PSI ved 12 måneder etter fødsel.

Det ble ikke funnet noen systematiske oversikter på tiltaket eller vurdering av tiltaket i internasjonale databaser.

Tabell 3. Oversikt over inkluderte nordiske effekter

Artikkel	Forsknings-design	Deltakere	Utvalget	Måletidspunkter
Glavin et al., 2010 a	Kvasi-eksperiment	<i>N</i> = 228 kvinner, 64 i sammenligningsgruppen og 164 i eksperimentgruppen	Kvinner i barsel med EPDS ≥ 10	Pretest 6 uker etter fødsel, posttest 3-6 måneder etter fødsel
Glavin et al., 2010 b	Kvasi-eksperiment	<i>N</i> = 2247 kvinner, 1806 i eksperimentgruppen og 441 i sammenligningsgruppen	Kvinner i barsel som hadde født levende barn mellom juni 2005 og desember 2006	Pretest 6 uker etter fødsel, oppfølgingstester 3, 6 og 12 måneder etter fødsel

Forskningsmetodisk kvalitet

Den metodiske vurderingen av studiene er presentert i Tabell 4.

1. Statistiske analyser

Både poweranalyse og frafallsanalyse er inkludert i begge artiklene.

Analysemetodene som er anvendt i den første studien (Glavin m fl, 2010a) framstår som adekvate. Det er imidlertid ikke samlet inn data på sentrale individuelle demografiske variabler (f.eks. sivilstatus, inntekt, utdanning og tilknytning til arbeidslivet). Deskriptiv statistikk er valgt for å beskrive utvalget i forhold til alder og om de er førstegangsfødende eller ei, men det er en svakhet at det ikke er gjennomført signifikanstester for å undersøke om intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen er ulike på andre sentrale demografiske variabler på pre-test. Dette åpner for flere feilkilder i tolking av resultatene. Deskriptiv statistikk beskriver gruppenes karakteristika på kommunevariabler, samt at forskjeller i alder og antall barnefødsler hos kvinnene mellom de to gruppene er signifikantstestet. Det var ikke signifikante forskjeller mellom gruppene med hensyn til alder. Det var imidlertid flere ettbarnsmødre i intervensjonsgruppen (52 %) enn i sammenligningsgruppen (34 %). En regresjonsanalyse ble utført for å undersøke sammenhengen mellom alder, antall barnefødsler, EPDS baseline skårer og gruppe (intervensjon/kontroll) på EPDS skårer ved henholdsvis 3 og 6 måneder. Ved 3 måneder var det kun EPDS baseline og gruppe som predikerte EPDS skårer mens ved 6 måneder var den eneste signifikante variabelen gruppe. Tilleggsanalyser viste at antallet støttesamtaler kvinnen hadde mottatt ikke predikerte EPDS skårer. Effektstørrelser ble

estimert i form av Hedges *g* gjennom å dele differansen i gruppenes gjennomsnittsendring på et gjennomsnittlig standardavvik basert på begge gruppene.

I den andre artikkelen (Glavin m fl., 2010b) har man i tillegg til EPDS brukt PSI for å måle foreldrenes stress ved 12 måneders oppfølging. Det er en svakhet at det ikke foreligger baseline målinger ved bruk av PSI. Gruppenes skårer på PSI belyser dermed forekomst av stress i gruppene på ett måletidspunkt og kan ikke brukes til å belyse intervensjonseffekter på forekomst av stress i gruppene. Heller ikke i denne studien er det gjennomført tester som kan demonstrere om intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen er lik på demografiske variabler utover alder og antallet barnefødsler før tiltaket ble iverksatt, med de mulige feilkilder dette introduserer. Alderen på kvinnene i intervensjonsgruppen var litt høyere enn i sammenligningsgruppen, samt at førstnevnte gruppe i større utstrekning var ettbarnsmødre enn sistnevnte.

I studie 2 er sannsynligheten for depresjon (EPDS ≥ 10) i en intervensjonskommune sammenlignet med en annen kommune angitt i forma av odds ratio på hvert måletidspunkt. Ved bruk av denne metoden for å beregne effektstørrelse kombineres informasjon om hvorvidt en person tilhører intervensjonskommunen eller ikke, samt om vedkommende er deprimert eller ikke. Analysene undersøker dermed oddsen for å ha depresjon i begge gruppene etter at tiltaket er gjennomført i gruppen som fikk tiltaket. Det er ikke gjennomført analyser som undersøker hvordan individene i gruppene eller gruppene som sådan endrer seg over tid. Forskjeller i endring mellom intervensjons- og kontrollgrupper over tid er som oftest hovedproblemstillingen i longitudinelle studier av intervensjonseffekter. En type generalisert «mixed models» analyse ville styrket analysene og gitt informasjon om dette.

Effektstørrelser ble estimert gjennom å dele differansen i gruppenes gjennomsnittsendring på gjennomsnittlig standardavvik. Det er bare to måletidspunktet som er inkludert i denne analysen og det er dermed endringer fra 6 uker (før en eventuelle støttesamtaler) til 12 måneder som undersøkes. Studien har imidlertid fire måletidspunkter og et stort potensial for å undersøke endring i utvikling mellom de to gruppene på alle tidspunkter. Analysene er begrenset på en måte som ikke tar hensyn til at endringene i de to gruppene ikke nødvendigvis er lineær. Det ville styrket studien dersom man hadde analysert endringer mellom alle måletidspunkter.

2. Målinger

EPDS som måleinstrument er velutprøvd både i Norge og internasjonalt og instrumentet er validert i Norge i 2001 (Eberhard-Gran et al, 2001). Den norske versjonen av EPDS har god reliabilitet (Hansen-Bauer & Welander-Vatn, 2012), og ifølge Eberhad-Gran en Cronbach's alpha på 0.81. I de inkluderte studiene hadde man også en Cronbach's alpha på 0.81. Validitet er bare undersøkt i en norsk studie som fant svakheter i diagnostisk presisjon (Hanssen-Bauer & Welander-Vatn, 2012). Den norske valideringsstudien av EPDS (Eberhard-Gran et al, 2001) anbefalte en grenseverdi (cut-off) på ≥ 10 for å fange opp tilstrekkelig andel av barselkvinner med alvorlig depresjon. Når grenseverdien er så lav er det imidlertid slik at man får en svært høy andel falske positive, altså kvinner uten alvorlig depresjon. Dette tyder på diagnostisk svakhet ved den norske oversettelsen av EPDS. Det er dermed behov for flere studier av validitet hvor EPDS sammenlignes med best mulig depresjonsdiagnostikk (Hanssen-Bauer & Welander-Vatn, 2012).

I den andre artikkelen (Glavin et al, 2010b) benyttet forskerne Parenting Stress Index (PSI; Abidin, 1995) i tillegg til EPDS. PSI er et spørreskjema som måler stress i foreldre-barnrelasjonen (Kornør & Martinussen, 2011). Foreldreegenskaper måles på sju skalaer, barneegenskaper måles på seks skalaer, og disse angir til sammen det totale stressnivået. I tillegg kommer en skala for livsstress. Ifølge Glavin og kolleger (2010b) hadde PSI Foreldredomenene en Cronbach's alpha (α) på 0.93, PSI Barnedomenet $\alpha = 0.90$ og PSI Total stress $\alpha = 0.95$. I PsykTestBarns evaluering av PSI (Kornør & Martinussen, 2011) fremkommer det at den indre konsistensen mellom de ulike domenene er svært god. Testens anvendelighet vurderes imidlertid samlet sett som vanskelig på grunn av utilstrekkelig dokumentasjon.

Ingen variabler knyttet til barnets utvikling eller samspill mellom mor og barnet ble undersøkt i de to inkluderte studiene.

3. Indre validitet

Begge studiene er gjennomført med et kvasiexperimentelt forskningsdesign.

Forskjeller mellom gruppene på individuelle variabler (f.eks. sivilstatus, inntekt, utdanning og tilknytning til arbeidslivet) er imidlertid ikke testet før intervensjonen. Det er dermed vanskelig å si hva som har forårsaket effekten, det vil si om det er intervensjonen eller at gruppene er ulike i utgangspunktet. I studie to var i tillegg forekomsten av depresjon betydelig høyere i intervensjonsgruppen på pretest (14,5%) i forhold til sammenligningsgruppen (9,1%). Videre er frafallet mellom de ulike måletidspunkt i studie to betydelig, og dette svekker også den indre validiteten.

Totalt sett vurderes den indre validiteten i begge studiene til å være utilfredsstillende.

4. Fidelity/Troskap mot tiltaket

Det foreligger ikke dokumentasjon på at det er etablert systemer som kvalitetssikrer troskap mot metodene i tiltaket i noen av studiene.

5. Ytre validitet

Forskningen som foreligger er effektstudier utført i vanlig praksis. Studiene anvender kvasi-eksperimentelle design med en sammenligningsgruppe. Ettersom forskjellene på individvariabler ikke er målt eller analysert kan man ikke vite om gruppene er representative for den øvrige befolkningen. Det er derfor usikkert om effekter fra de to studiene kan generaliseres til deprimerte mødre i hele Norge. Utvalgsstørrelsen i den første studien er i tillegg relativt liten, samt at frafallet i den andre studien var svært stort ved 12 måneders oppfølging. Disse forholdene gjør det også vanskelig å generalisere intervensjonseffektene. Totalt sett vurderes den ytre validiteten på begge studier å være tilfredsstillende.

Den metodiske vurderingen av studien er presentert i Tabell 4. Metodisk kvalitet er vurdert etter Ungsinn sine kriterier der hver faktor får en skåre der 0 = ikke rapportert eller undersøkt, 1 = Dårlig/Utilfredsstillende, 2 = Tilfredsstillende, 3 = Godt, og 4 = Svært godt.

Tabell 4. Metodisk kvalitet.

Studie	1. Statistiske analyser	2. Måling	3. Indre validitet	4. Tro mot tiltaket	5. Ytre validitet	Gj.snitt
Glavin et al., 2010 a	2	3	2	0	2	1,8
Glavin et al., 2010 b	2	2	2	0	2	1,6

Effekter

Forskningsspørsmålet i studie 1 var om støttesamtalene ville redusere depressive symptomer hos disse kvinnene sammenlignet med en gruppe kvinner som fikk vanlig oppfølging. Resultatene i den første studien viste en signifikant forskjell mellom intervensjons og sammenligningsgruppen med en større reduksjon av depressive symptomer i intervensjonsgruppen (ES = 0,56 ved 3 måneder og ES = 0,51 ved 6 måneder, basert på differanseskårer). Effektstørrelsene vurderes som middels store i henhold til Cohens kriterier (Cohen, 1988).

I den andre studien var effektene oppgitt i form av odds ratio (OR) og angir dermed forholdet mellom odds for depresjon i de to gruppene på de fire ulike måletidspunktene. Resultatene viste at andelen deprimerte (EPDS \geq 10) i intervensjonsgruppen var lavere enn andelen deprimerte (EPDS \geq 10) i sammenligningsgruppen på alle måletidspunkter.

Tabell 5. Effektstørrelser for endringer i gjennomsnittsskåre i EPDS

Målsetning	Effektstørrelse 6 uker – 3 måneder	Effektstørrelse 6 uker – 6 måneder
Reduksjon i depresjon hos mor	0,56	0,51

Tabell 6. Odds ratio på gruppeforskjeller i depresjon ved ulike måletidspunkt.

Målsetning	6 uker	3 måneder	6 måneder	12 måneder
	OR		OR	OR
Gruppeforskjeller i depresjon hos mødre	0,60*	0,40*	0,50*	0,60*

Note: * $p < 0,05$.

Forskjeller i utvikling mellom de to gruppene over tid ble ikke undersøkt, og dette vurderes som en svakhet.

I studien så man også på 12 måneders effektene for de kvinnene som hadde skåret ≥ 10 på EPDS. Skårene på EPDS for alle de deprimerede kvinnene i studien ($n = 114$) gikk ned med 6,9 poeng for intervensjonsgruppen fra første til siste måletidspunkt og ned med 4,4 poeng for sammenligningsgruppen i samme tidsrom. Reduksjon av depressive symptomer i intervensjonsgruppen var signifikant forskjellig fra sammenligningsgruppen (Glavin, Smith, Sørsum & Ellefsen, 2010b) og effektstørrelsen ved 12 måneders oppfølging for deprimerede mødre var 0.53. Dette er en moderat effekt vurdert etter Cohens kriterier (Cohen, 1988).

I denne studien målte man også kvinnes stress med PSI ved 12 måneder etter fødsel, men fant ingen signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen.

Internasjonale kunnskapsopsummeringer

Ingen relevante.

Andre norske evalueringer

RBUP øst og sør gjennomførte i 2011 en brukerevaluering blant jordmødre og helsesøstre i Sandnes kommune (Holme, Aasheim & Dirdal, 2011). I denne evalueringen ($N = 24$) oppgir ansatte at spørreskjemaet EPDS oppleves som et nyttig og meningsfullt verktøy. Ca. en tredel hadde imidlertid ikke deltatt på opplæringen i bruk av Edinburgh-metoden. Et annet funn i denne brukerevalueringen var at over halvparten av respondene ($N = 13$) ikke opplevde at de fanget opp mødre med depresjon tidligere (Holme, Aasheim & Dirdal, 2011).

Implementeringskvalitet

Det er ikke særskilte kvalifikasjonskrav for å kunne tilby tiltaket eller veiledning. Det er imidlertid vanligst at helsesøstre eller jordmødre tilbyr tiltaket. Når det gjelder opplæring i tiltaket er EPDS med støttesamtaler fritt tilgjengelig for alle som vil bruke det. Det er dermed grunn til å tro at det er stor variasjon i hvilken opplæring personell som bruker tiltaket har fått og hvordan tiltaket praktiseres i norske kommuner (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). I de tilfeller der det er RBUP Øst og Sør - Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse som gir

opplæring, stiller de krav om deltakelse i et opplæringsprogram på totalt fire dager. Det forventes at helsesøstre og jordmødre som skal bruke metoden deltar på alle fire kursdager i opplæringen. Omfanget av opplæringen er beskrevet, men innholdet i opplæringen er ikke manualisert eller detaljert beskrevet (ferdigheter og kunnskap som skal oppnås, læringsmetoder og læringsmateriell). Det stilles ikke krav om formell sertifisering eller godkjenning før bruk av metoden. Det er ikke etablert systemer for å evaluere trofasthet til kjernekomponenter i tiltaket. Alle som bruker metoden i henhold til en samarbeidsavtale med Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse får tilbud om jevnlig veiledning (hver 4-6 uke) i minimum to år etter at tiltaket ble tatt i bruk i kommunen. Det finnes ikke beskrivelse av det faglige innholdet i veiledningen. For andre tilbydere av tiltaket stilles det ikke krav om veiledning etter opplæring i tiltaket. Det er dermed ikke beskrevet faste systemer for veiledning i tiltaket eller innholdet i denne.

Når det gjelder implementeringsstøtte er Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ansvarlige for en av innsatsene for spredning og implementering av Edinburgh-metoden i Norge. De har utviklet en modell for implementeringsstøtte; OSS-modellen (Oppdage-Støtte-Samarbeide). Beslutning om å implementere Edinburgh-metoden må være forankret i ledelsen i kommuner og kommuner forplikter seg til en 2-årig avtale med kompetansenettverket. For de organisasjoner som implementerer tiltaket via kompetansenettverket beskrives tilbyders forpliktelser overfor mottakerorganisasjon noe. Målgruppen for tiltaket er klart definert, EPDS benyttes i rekruttering av målgruppen og tiltaket tilbys via jordmødre og/eller helsesøstre i kommunen. Tilbydere av tiltaket benytter også EPDS for å følge utviklingen til den enkelte klient og for å evaluere effekten av tiltaket på individnivå. Man kartlegger derimot ikke relevante aspekter ved relasjonen mellom mor og barn eller barnets utvikling. Det foreligger ikke kunnskap om hvordan tiltaket kan tilpasses til bruk i andre tjenester eller om tiltakets kost-nytte effekter.

Tabell 7. Vurdering av tiltakets systemer for å fremme god implementeringskvalitet.

Kategori	Ja	Nei	Ikke relevant
1. Implementeringsstøtte	X		
2. Kvalifikasjonskrav		X	
3. Opplæring		X	
4. Sertifiseringsordninger		X	
5. Monitorering av fidelity/etterlevelse		X	
6. Veiledning	X		
7. Identifisering av målgrupper	X		
8. Kartleggings- og vedlikeholdsverktøy	X		
9. Strategier for tilpasning			X
Total skåre		Σ4/9	

Diskusjon

Formålet med denne artikkelen var å undersøke om Edinburgh-metoden – EPDS med støttesamtaler er virksomt benyttet i vanlig praksis i Norge. I avsnittene under diskuteres funnene fra kunnskapsoppsummeringen i forhold til kriteriene for klassifisering i Ungsinn og konklusjonen på forskningsspørsmålet i denne artikkelen.

Beskrivelse

Edinburgh-metoden er beskrevet gjennom bokkapitler og artikler i fagtidsskrifter. Målgruppen for tiltaket er tydelig beskrevet. Målsetningen med tiltaket synes klart beskrevet når det gjelder reduksjon av depressive symptomer hos kvinnene som får tiltaket. Målsetningene synes imidlertid noe mer uklare med tanke på hvilket utfall man forventer hos barnet. Det er foreløpig ikke utarbeidet manual for tiltaket der det er spesifisert hvilke elementer som inngår i støttesamtalene og hvordan tiltaket utføres. Antall støttesamtaler varierer ut i fra ulike kvinners behov. Tiltakseier opplyser at en manual er under utarbeidelse. Når denne foreligger vil dette styrke beskrivelsen av tiltaket.

Teoretisk rasjonale

Tiltaket bygger både på humanistisk, utviklingspsykologisk og psykodynamisk teori. Det foreligger god dokumentasjon i forskningslitteraturen på at depresjon hos mødre kan virke negativt inn på hennes sensitivitet overfor barnet og samspillet mellom mor og barn. Dette er en veldokumentert risikofaktor for psykiske helseplager og utviklingsforstyrrelser hos barna. Tiltaket er tydelig forankret i empiriske funn vedrørende konsekvenser depresjoner hos mor kan ha for barnet. Når det gjelder de endringer tiltaket søker å oppnå for kvinnene, er det teoretiske rasjonale for disse mekanismene godt beskrevet. Det ville være en fordel om mekanismene i tiltaket som tenkes å føre til ønsket endring i mors samspill med barnet også hadde vært beskrevet.

Antall effektstudier

Tiltaket har to norske effektstudier.

Forskningsdesign

De norske studiene er utført med kvasi-eksperimentelle design med sammenligningsgrupper bestående av kvinner fra andre kommuner. Det er uklart om sammenligningsgruppene og intervensjonsgruppene er like på pre-test, noe som svekker den indre validiteten. Det var også stort frafall

i begge studiene, noe som har stor betydning for den indre validiteten.

Evalueringer av Edinburgh metoden ville vært bedre dersom designet inkluderte evaluering av alle tiltakets målsetninger. Man har i studiene ikke undersøkt sammenhengen mellom tiltaket og resultater på tiltakets målsetninger for mors sensitivitet, mor-barn samspillet eller sentrale utfallsvariabler hos barna. Det ville også være positivt å gjennomføre undersøkelser av brukertilfredshet hos kvinner som har fått tiltaket.

Forskningsmetodisk kvalitet

Studiene som er gjennomført har forskningsmetodisk kvalitet opp mot et tilfredsstillende nivå samlet sett, men man kan ikke med høy grad av sikkerhet tilskrive forskjeller mellom gruppene til tiltaket. Bruk av randomiserte kontrollgrupper eller andre metoder for å sikre at gruppene er like, samt mål på troskap mot tiltaket ville styrket påliteligheten til studien.

Effekter

I studie 1 ble det funnet signifikante forskjeller mellom gruppene i depresjonsforekomst målt med EPDS, både ved 3 og 6 måneders oppfølging. Effektstørrelsene vurderes som moderate i henhold til Cohens kriterier (Cohen, 1988).

I studie to viser effektstørrelsen gitt ved odds ratio (OR) svært små effekter av tiltaket på fire ulike måletidspunkter. Oddsen for å ha depresjon i sammenligningsgruppen var også større enn i intervensjonsgruppen på alle fire tidspunkt. Endringer i utvikling over tid ble ikke undersøkt, og dette vurderes som en svakhet. Det at OR for depresjon i intervensjonsgruppen er lik på det første og siste måletidspunktet indikerer imidlertid at det er lite forskjell i endring mellom gruppene over tid. Dersom det var støttesamtalene som forklarte reduksjon av andelen mødre med depresjon ville man forventet en større reduksjon av andelen deprimerte i intervensjonsgruppen enn i sammenligningsgruppen. Det ser imidlertid ut til at begge grupper utvikler seg relativt likt.

Effektene er ikke beregnet for alle fire måletidspunkter i den andre studien, til tross for at data-materialet åpner for dette. Dette svekker grunnlaget for beregningene av tiltakets effekter.

I denne studien målte man også kvinnes stress med PSI ved 12 måneder etter fødsel, men fant ingen signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen.

Oppfølgingsstudier

Det foreligger målinger i de inkluderte studier ved tre ulike måletidspunkter (studie 1) og ved fire ulike måletidspunkter (studie 2). Det finnes ikke oppfølgingsstudier utover dette.

Implementeringskvalitet

Tiltaket implementeres gjennom flere nasjonale innsatser og er i tillegg fritt tilgjengelig for de som vil ta det i bruk. Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse har en implementeringsstrategi som tydelig beskriver forutsetningene som må ligge til grunn i de kommuner som implementerer tiltaket gjennom deres innsats. En manual for tiltaket og for opplæringen av utøvere og veiledere vil bidra til å styrke kvaliteten på implementeringen av tiltaket. Det er også uklart hvordan kvalitet sikres etter at implementeringsperioden er over. Dette åpner for stor variasjon i hvordan tiltaket praktiseres av ulike utøvere og organisasjoner. Etter som det er mulig å implementere tiltaket gjennom flere innsatser kan man ikke si at det finns en entydig kvalitetssikring av eller spredningspolitikk for tiltaket.

Konklusjon

Ungsinns klassifisering av tiltaket forutsetter at tiltaket implementeres og utføres slik det er dokumentert i den norske evalueringen av tiltaket. Dokumentasjonen som foreligger indikerer at tiltaket reduserer depresjonssymptomer hos mor, men det er mye usikkerhet knyttet til påliteligheten av resultatene. Det foreligger ingen dokumentasjon på om tiltaket styrker mor-barn samspillet.

EPDS klassifiseres på evidensnivå 3 – Tiltak med noe dokumentasjon på effekt.

Referanser

Abidin, R. R. (1995). Parenting Stress Index. Professional Manual. (3 ed.) Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Berle, J. Ø., Aarre, T. F., Mykletun, A., Dahl, A. A. & Holsten, F. (2003). Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh postnatal depression scale, and assessment of risk factors for postnatal

- depression. *Journal of Affective Disorders*, 76, 151-156. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00082-4
- Braarud, H. C. (2010). Samspill mellom to måneder gamle spedbarn og omsorgsgiver. Er spedbarnet en aktiv samspillspartner? I V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen, (red). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 142-144). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression: 1. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419. doi: 10.1192/bjp.02.177
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Schei, B., & Opjordsmoen, S. (2001). The Edinburgh postnatal depression scale: Validation in a Norwegian community sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 113-117. Eber-Gran, M. & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel* (s. 9). Folkehelseinstituttet. ISBN: 978-82-8082-208-6.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S. & Samuelsen, S.O. (2001). Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 4, 243-249. doi: 10.1111/j.1600-0447.2001.00187.x
- Glavin, K., Smith, L., Sørnum, R., & Ellefsen, B. (2010). Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1317-1327. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05263.x
- Glavin, K., Smith, L., Sørnum, R., & Ellefsen, B. (2010). Re-designed community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 21-22, 3051-3062. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03332.x
- Hanssen-Bauer, K. & Welander-Vatn, A. (2012). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Edinburgh Postnatal Depression Scale, (EPDS). *PsykTestBarn*, 2:3.
- Holden, J. M., Sagovsky, R., & Cox, J. (1989). Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 298 (6668), 223-226.
- Holme, H., Slinning, K. & Hansen, M.B. (2010). OSS i Glåmdal (Oppdage-Støtte-Samarbeide). *Sykepleien*, 98, 52-55.
- Holme, H., Slinning, K., Hansen, M. & Haug, A. (2010). Implementeringsarbeid på tvers av kommunegrensene, forvatningsnivå og faggrupper. I Moe, .K. Slinning, & M. B. Hansen (red). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 545-559). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Holme, H., Aasheim, R., & Dirdal, A. (2011). Evaluering av Edinburgh-metoden blant ansatte i Sandnes kommune. *RBUP Øst og sør*.
- Kornør, H. & Martinussen, M. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Parenting Stress index, 3. versjon (PSI). *PsykTestBarn*, 1:2.
- Larun, L., Fønhus, M. S., Håvelsrud, K., Brurberg, K. G. & Reinart, L. M. (2013). *Rapport fra Kunnskapscentret nr. 01*. <http://www.kunnskapscentret.no/publikasjoner/depresjonsscreening-av-gravide-og-barselkvinne?onepage=1>
- Lindberg, A. (2010). Tidlig intervensjon: terapeutisk arbeid med mor og barn. I V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (red). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 678-679). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Morell, C. J., Warner, R., Slade, P., Dixon, S., Walters, S. & Brugha, T. (2009). Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomised trial and economic evaluation. The PoNDER trial. *Health Technology Assessment* 13. doi: 10.3310/hta13300
- Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry*, 182, 420-427. doi: 10.1192/bjp.02.178
- Murray, L., & Cooper, P. (1996). The impact of postpartum depression on child development. *International Review of Psychiatry*, 8, 55-63. doi: 0954-0261/96/010055-09
- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten (2013). *Depresjonsscreening av kvinner ved svangerskap og barsel*.

<http://www.kvalitetogprioritering.no/saker/depresjonsscreening-av-kvinner-ved-svangerskap-og-barsel>

Reedtz, C. (2012). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Edinburgh-metoden (EPDS og støttesamtaler). I M. Martinussen (red), *Ungsinn*. Tiltak nr. 29. Hentet fra: http://ungsinn.uit.no/ungsinn/startside/artikkel?p_document_id=298242

Slinning, K., & Eberhard-Gran, M. (2010). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I Moe, V., Slinning, K. og Hansen, M.B (red). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Van Doesum, K. T. M, Hosman,-C. M. H., & Riksen-Walraven J. M.(2005). A Model-Based Intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 26, 157-176. doi: 10.1002/imhj.20037

Van-Doesum, K. (2007). *An early preventive intervention for depressed mothers and their infants, its efficacy and predictors of maternal sensitivity*. Doctoral Dissertation. Behavioural Science Institute, Radboud University Nijmegen.

Mottatt 31.08.2015, godkjent 27.11.2015,
publisert 30.11.2015.
Redaktør: Monica Martinussen