

Til

Sundhedsstyrelsen

Dokumenttype

Rapport

Dato

August 2021



**KORTLÆGNING AF EKSISTERENDE
INDSATSER VEDR. TIDLIG OPSPORING OG
BEHANDLING AF FØDSELSDEPRESSIONER**

KORTLÆGNING AF EKSISTERENDE INDSATSER VEDR. TIDLIG OPSPORING OG BEHANDLING AF FØDSELSDEPRESSIONER

Projektnavn **Kortlægning af eksisterende indsatser vedr. tidlig opsporing og behandling af fødselsdepressioner**
Modtager **Sundhedsstyrelsen**
Dokumenttype **Rapport – Version 1.1**
Dato **27. august 2021**
Udarbejdet af **Rambøll Management Consulting**

INDHOLD

1.	Indledning	4
1.1	Baggrund	4
1.2	Kortlægningens fokus og bidrag	5
1.3	Begrebsafklaring	5
1.4	Metode	6
1.5	Læsevejledning	9
2.	Hovedresultater	10
2.1	Tværgående resultater	10
2.2	Opsporing af fødselsdepressioner	10
2.3	Henvisningspraksis i relation til fødselsdepressioner	11
2.4	Behandling af fødselsdepressioner	12
3.	Opsporing	14
3.1	Organisering af opsporing	14
3.2	Praksis for opsporing af fødselsdepressioner	14
3.3	Målgruppen for opsporing	17
3.4	Opsporingsredskaber	18
4.	Henvisning	25
4.1	Organisering	25
4.2	Praksis for henvisning ved fødselsdepressioner	26
4.3	Målgruppen for henvisning	27
4.4	Muligheder for henvisning	28
4.5	Ventetid	30
5.	Behandling	32
5.1	Organisering	33
5.2	Praksis for behandling ved fødselsdepressioner	34
5.3	Målgruppen for behandling	37
5.4	Typer af behandlingstilbud	38
6.	Bilag	42

1. INDLEDNING

I denne rapport præsenterer Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) en kortlægning af eksisterende indsatser vedrørende tidlig opsporing og behandling af fødselsdepressioner. Opgaven er lavet på et opdrag fra Sundhedsstyrelsen og med ønsket om at opnå et indgående vidensgrundlag om omfanget og indholdet af henholdsvis opsporing, henvisning og behandlingstilbud i relation til fødselsdepressioner for begge forældre.

1.1 Baggrund

Tiden i livmoderen og de første leveår er afgørende for børns fysiske-, sociale- og følelsesmæssige udvikling og danner fundament for den udvikling og læring, der skal foregå senere i livet. Forældres følelsesmæssige tilstand, omsorg, støtte og opmærksomhed udgør særligt betydningsfulde faktorer i barnets første tid, hvorfor forældres reaktion efter fødslen kan have stor indflydelse på barnets trivsel og udvikling. Det er en stor omvæltning at få et barn, og en nyere forskningsrapport fra Statens Institut for Folkesundhed viser, at mellem 6-14 pct. af alle forældre oplever en psykisk reaktion på at blive forældre. En sådan reaktion kan udvikle sig til milde psykiske vanskeligheder og udfordringer med en lav grad af behandlingsbehov, men det kan også være af mere alvorlig og omfattende karakter, der kan blive afsæt for en egentlig psykisk lidelse, med konsekvenser for både forælder, samlever, barnet og eventuelle søskende¹. Samtidig viser forskningen, at forældres fødselsdepressioner tidligt i barnets liv har konsekvenser for børnene langt ind i livet, hvorfor fødselsdepressioner potentielt kan øge risikoen for mistro i barnets første år og ind i indskoling, herunder bl.a. tilknytningsudfordringer, søvnproblemer, motoriske og kognitive udfordringer og vanskeligheder¹.

Målgrupper

Forebyggelse og opsporing af fødselsdepressioner bliver desuden kompliceret af, at det har vist sig vanskeligt at opstille prædefinerede kriterier, der sikrer en helhedsorienteret opsporing af fødselsdepressioner. Dette skyldes, at der ikke er særlige målgrupper eller specifikke sociale grupper, der er prædisponerede for at udvikle en fødselsdepression. Tidligere studier og undersøgelser viser således, at hverken alder, social gradient, tidligere psykisk historik eller andre centrale faktorer har afgørende betydning for udvikling af fødselsdepressioner¹.

Historisk udvikling

Der har igennem de seneste 10-15 år været en øget interesse for og skærpet fokus på feltet om fødselsdepressioner på politisk niveau såvel som i sundhedsfagligt regi. Det stigende fokus er bl.a. opstået i kølvandet på Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen udgivet i 2013², der satte fokus på vigtigheden af tidlig opsporing af fødselsdepressioner samt på interventionsmuligheder. Det er således i denne periode, at sundhedsvæsenet er begyndt at forebygge samt opspore tidlige tegn på fødselsdepressioner, mens der også mange steder er udviklet forskellige typer af tilbud til kommende forældre/forældre med fødselsdepressioner, primært til moren. Inden for de seneste år er fokus blevet udvidet til at inkludere fædre/partnere, som ligeledes kan udvikle fødselsdepressioner³. Fokus på fædre/partnere er fortsat stigende, men synes endnu ikke udbredt og anerkendt på samme vis som fødselsdepressioner for moren.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger om svangreomsorg og "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge" danner baggrund for kommuner og regioners arbejde med

¹ <https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/udgivelser/2021/temarapport+foraeldres+psykiske+tilstand+i+barnets+foerste+leveaar+og+betydning+for+barnets+udviklin.pdf>

² <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/Anbefalinger-svangreomsorgen/Anbefalinger-for-svangreomsorgen.ashx?la=da&hash=757F1953C4B437A70A44024B32D7DD2E1B0A9F5B>

³ Madsen, Svend Aage. Guide til behandling af fædre med fødselsdepressioner, P. 30: <https://sundmand.dk/FogFD.pdf>

fødselsdepressioner, men karakteren af indsatsen er forskellig, idet Sundhedsstyrelsens anbefalinger ikke, ligesom konkrete og handlingsanvisende og nationale retningslinjer, dikterer arbejdsgange og fremgangsmetoder. Således er store dele af de aktiviteter og behandlinger, der gennemføres i sundhedsvæsenet underlagt en række lokale, kliniske og praktiske retningslinjer. De nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede, faglige anbefalinger, der kan bruges som beslutningsstøtte for sundhedspersonale. Retningslinjerne behandler udvalgte aspekter af diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for konkrete patientgrupper, hvor der er fundet særlig anledning til at afdække tilgængelig evidens på et givet område⁴. Fraværet af retningslinjer kan således være en medvirkende faktor til, at nærværende kortlægning afdækker en betydelig variation i, hvordan man på tværs af sektorer og på tværs af landet opsporer, henviser og behandler forældre, der lider af fødselsdepressioner.

De fem regionale sundhedsaftaler

Udover de manglende kliniske retningslinjer kan de fem regionale sundhedsaftaler have indflydelse på, hvordan der arbejdes med opsporing, henvisning og behandling af fødselsdepressioner i et samarbejde mellem den enkelte region og de kommuner, der ligger i regionen, hvorfor de i relation til nærværende undersøgelse er gennemgået. Denne gennemgang viste, at ingen af de fem sundhedsaftaler har et udpræget fokus på opsporing, henvisning eller behandling af fødselsdepressioner. Imidlertid orienterer flere af regionerne sig mod sårbare gravide ifm. forebyggelse af psykisk sårbarhed hos børn og unge samt voksne. Flere af samarbejdsaftalerne har primært fokus på sårbare gravide, hvor der er behov for kommunale underretninger i forhold til mistrivsel og omsorgssvigt hos spædbarnet. Det skal bemærkes, at psykisk sårbarhed ikke er defineret nærmere i aftalerne.

1.2 Kortlægningens fokus og bidrag

Resultaterne af denne kortlægning har til formål at belyse den ovennævnte variation samt omfanget og indholdet af henholdsvis opsporing, henvisning og behandlingstilbud i forbindelse med fødselsdepressioner for begge forældre. I denne kortlægning henviser fødselsdepressioner både til perioden under graviditet og den første tid efter fødslen og til, at en fødselsdepression kan opstå hos begge forældre. Kortlægningen er gennemført på baggrund af tre centrale undersøgelsesspørgsmål, der tager afsæt i tre faser i indsatsen mod fødselsdepressioner, jf. boksen nedenfor.

Kortlægningen vil besvare tre overordnede spørgsmål:

Opsporing: Hvilke metoder anvendes i landets kommuner og regionale fødesteder for at opspore tidlige tegn på fødselsdepressioner blandt mænd og kvinder, på hvilke måder anvendes de og i hvilket omfang?

Henvisning: Hvordan og under hvilke forudsætninger (tilbud, ventetider, målgrupper, samarbejde mv.) forgår opfølgningen på opsporing?

Behandling: Hvilke behandlingstilbud findes der til forskellige målgrupper, i hvilket omfang (varighed og form) og hvordan er de tilrettelagt (samarbejder og egenbetaling)?

1.3 Begrebsafklaring

Som det fremgår ovenfor, tager den samlede kortlægning af feltet omkring fødselsdepressioner afsæt i de tre overordnede temaer; opsporing, henvisning og behandling.

⁴ Nationale kliniske retningslinjer (NKR), 2019, Sundhedsstyrelsen, <https://www.sst.dk/da/ogaver/patientforloeb-og-kvalitet/nationale-kliniske-retningslinjer-nkr>

Opsporing kredser om de opsporende indsatser i relation til fødselsdepressioner, herunder hvordan almen praksis, kommuner og regionale fødesteder arbejder forebyggende samt opsporer tidlige tegn på fødselsdepression, med et særligt blik på systematikken i arbejdet samt brugen af opsporingsredskaber eller -værktøjer. På dette felt skelnes der ikke skarpt mellem begreberne forebyggelse og opsporing, hvorfor de behandles samlet i denne rapport. Der skelnes heller ikke, hvorvidt metoderne er validerede i Danmark eller ej.

Det andet undersøgelsesspørgsmål og tema omhandler **henvisning** og har fokus på procedurer for henvisning efter opsporing af en forælder med symptomer på fødselsdepression, herunder hvilke tilbud aktørerne kan henvise til, samt hvor lang ventetid der er. Når begrebet "henvisning" anvendes i rapporten, er der således ikke udelukkende tale om Sundhedsdatastyrelsens definition af begrebet henvisning, hvilket alene dækker over en 'anmodning fra en henvisningsinstans til en sundhedsproducent om udførelse af eller medvirken til en sundhedsaktivitet'⁵. I denne sammenhæng kan en henvisning ligeledes dække over en anbefaling eller en handlemulighed, som den enkelte aktør har til rådighed i forbindelse med det opfølgende arbejde efter opsporing af tegn på fødselsdepression⁶.

Det sidste undersøgelsesspørgsmål vedrører **behandling** og afdækker, hvilke typer af behandlingstilbud der findes i relation til fødselsdepressioner i kommunalt og regionalt regi, samt hvordan de er tilrettelagt. Behandling dækker her over en bred palette af tilbud fra lokale, kommunale gruppetilbud, over strukturerede og koordinerede sårbarhedsteam på fødestederne til kliniske behandlingstilbud fx i psykiatrien.

Samlet set skal kortlægningens fund bidrage med viden samt understøtte udarbejdelsen af en national strategi til kommende forældre/forældre med fødselsdepressioner og derved mindske variationer samt forbedre vilkår for og behandlinger til begge forældre. Kortlægningen afleveres som et internt notat til Sundhedsstyrelsen som vidensgrundlag til det videre strategiske arbejde.

1.4 Metode

Kortlægningen af den eksisterende praksis for opsporing, henvisning og behandling i relation til fødselsdepressioner er metodisk baseret på forskellige dataindsamlingsaktiviteter. De konkrete dataindsamlingsaktiviteter beskrives i det følgende.

Kvalificerende vidensafdækning ved desk research og eksplorative interviews med repræsentanter fra et fagligt panel

Nærværende undersøgelse blev indledt af en kvalificerende vidensafdækning bestående af desk research og eksplorative interviews med repræsentanter fra Sundhedsstyrelsens faglige panel. Formålet var at afdække, hvilke aktiviteter der er formaliseret i sundhedsaftaler mellem regioner og kommune, og at styrke viden omkring historikken og arbejdsgangene i forhold til arbejdet med at forebygge, opspore, henvise og behandle fødselsdepressioner hos både mænd og kvinder. Denne aktivitet havde til formål at etablere et vidensfundament for at kvalificere den videre indsamling af viden og analyse.

⁵ Sundhedsdatastyrelsen, begrebsbasen, <https://sundhedsdata.item.dk/?TermId=578&SrcLang=da&TrgLang=en>

⁶ Begrebet henvisning anvendes i rapporten i henhold til opdraget fra Sundhedsstyrelsen.



Den kvalificerende desk research bestod af en grundig gennemgang af de fem sundhedsaftaler^{7,8,9,10,11} og relevante udgivelser på området^{12,13} samt systematisk søgning på sundhedstilbud under sundhed.dk. På baggrund af desk researchen udarbejdede Rambøll et internt arbejdsværktøj i form af et samlet overblik over centrale tematikker på områder samt eksisterende tilbud struktureret under opsporing, henvisning og behandling af fødselsdepressioner.



Eksplorative interviews blev gennemført med otte repræsentanter fra Sundhedsstyrelsens faglige panel, som er udpeget af tidligere sundhedsminister Ellen Trane Nørby. De otte repræsentanter har baggrund inden for psykiatri, almen praksis, psykologi, obstetrik og gynækologi, jordemoderkundskab og sundhedsplejen. Disse eksplorative interviews tog udgangspunkt i de centrale tematikker identificeret under desk researchen (se tabel 1-1).



Breddekortlægning baseret på landsdækkende survey og telefoniske interviews

Dernæst blev der gennemført en breddekortlægning af området i form af en landsdækkende survey udsendt til alle landets 98 kommuner og 25 regionale fødesteder med det formål at afdække et retvisende overblik over omfanget og indholdet i tilbud og indsatser vedr. tidlig opsporing, henvisning og behandling af fødselsdepressioner til mænd og kvinder, samt hvordan disse er organiseret, målrettet og udmøntet i praksis¹⁴.

Til dette formål udarbejdede Rambøll to spørgeskemaer, der henvendte sig henholdsvis til det kommunale niveau målrettet kommunens leder af sundhedsplejen, samt til det regionale niveau målrettet cheffjordemødre på regionernes fødesteder. Begge spørgeskemaer blev opbygget ud fra en gennemgående struktur med fokus på indsatser for og metoder til opsporing, henvisning og behandling af fødselsdepression¹⁵. Konkret blev spørgerammen udviklet på baggrund af spørgsmål opstillet af Sundhedsstyrelsen og dertil videreudviklet, tilpasset og kvalificeret dels gennem den indledende vidensafdækning, og dels af chefpsykolog og medlem af det faglige panel Svend Aage Madsen. Spørgerammens validitet blev styrket ved at pilotteste spørgeskemaet med to i målgruppen, i form af en ledende sundhedsplejerske og en regional cheffjordemoder.

Begge spørgeskemaer blev distribueret direkte via e-mail til henholdsvis 103 kommunalt ledende sundhedsplejersker, hvoraf seks af sundhedsplejerskerne repræsenterer forskellige distrikter i Københavns Kommune samt 21 cheffjordemødre, der leder landets 25 regionale fødesteder. Konkret besvarede 93 ledende sundhedsplejersker det kommunale spørgeskema, hvoraf fire af respondenterne var fra Københavns Kommune. Derudover var Læsø Kommune repræsenteret under Frederikshavn Kommune, hvorfra de tilkøber sundhedsplejeydelser. Dette svarer til en **svarprocent på 90 pct. for spørgeskemaet målrettet kommunerne**, hvor 91 af landets kommuner er repræsenteret i undersøgelsen. Derudover besvarede 18 cheffjordemødre fordelt i de fem regioner det regionale spørgeskema. Dette er tilsvarende til en **svarprocent på 86 pct. for spørgeskemaet målrettet de regionale fødesteder**.

⁷ [Region-Syddanmark--Sundhedsaftalen-2019-2023.ashx \(sst.dk\)](#)

⁸ [Region-Hovedstaden--Sundhedsaftale-2019-2023.ashx \(sst.dk\)](#)

⁹ [Region-Midtjylland---Sundhedsaftalen-2019-2023.ashx \(sst.dk\)](#)

¹⁰ [Region-Nordjylland---Sundhedsaftale-2019-2023.ashx \(sst.dk\)](#)

¹¹ [Region-Sjælland---Sundhedsaftale-2019-2023.ashx \(sst.dk\)](#)

¹² [temarapport+forældres+psykiske+tilstand+i+barnets+første+leveaar+og+betydning+for+barnets+udviklin.pdf \(sdu.dk\)](#)

¹³ <https://www.sst.dk/-/media/Puljer/Midler-fra-sundhedspolitisk-udspil-til-s%C3%A5rbare-gravide/Tvaergaaende-evaluering.ashx?la=da&hash=BA12F099FFBD5CE4F5DC4DA28E6AD9D7E2CE436B>

¹⁴ Den manglende fælles begrebsforståelse i feltet, som beskrevet i 1.3, kan potentielt have en indvirkning på, hvordan respondenterne har besvaret spørgeskemaet, hvilket der skal tages højde for i tolkning af resultaterne.

¹⁵ I spørgeskemaet var der ligeledes en sektion med fokus på forebyggelse, som ikke indgår med et særskilt fokus i denne kortlægning. I stedet er forebyggelse behandlet i afsnittene vedr. opsporing, da respondenternes svar for de to kategorier var overlappende.

De kommunale besøgsprofiler er ikke systematisk gennemgået, fx via kommunens hjemmeside. Omfanget af kommunale indsatser beror alene på oplysninger fra den landsdækkende survey.



Dybdegående casestudier på baggrund af strategisk og systematisk udvælgelse

For at supplere breddekortlægningen med mere dybdegående og konkret viden om, hvordan der arbejdes med opsporing, henvisning og behandling af fødselsdepressioner, er der gennemført 23 kvalitative casestudier. Casestudierne er udført i form af virtuelle interviews i udvalgte kommuner og på regionale enheder og belyser praksis for opsporing og henvisning samt indhold i konkrete behandlingstilbud.

Udvælgelsen af de 23 casestudier er baseret på en strategisk og systematisk udvælgelse, hvor en række temaer er blevet udpeget som særligt relevante via viden fra litteraturen eller faglige input. På baggrund af temaerne er de konkrete cases derefter udvalgt i dialog med Sundhedsstyrelsen og det faglige panel eller via de indkommende besvarelser i surveyen. Dertil er casestudierne udvalgt med blik for *geografi*, således at casene afspejler regional variation og repræsenterer både land- og bykommuner. Endelig er casene udvalgt med blik for *variation i praksis*, således at de afspejler forskellige typer af behandlingstilbud (individuelle, gruppe- og netværkstilbud, forældretilbud mv.), tilbuddenes organisering (regionale, kommunale, tværkommunale og tværsektorielle tilbud), variation i målgruppen for tilbuddene (tilbud målrettet mænd, kvinder samt begge forældre) og tidspunktet for tilbuddet (før og efter fødsel). Casestudierne har desuden afdækket viden generelt til kortlægningen, da interviewene også afdækkede de udvalgte kommunernes og regionale enheders almene praksis på området.

Tabel 1-1: Udvalgte temaer i casestudierne

Tema	Relevans
Fædre	Undersøgelser peger på, at fædre i langt mindre grad undersøges for symptomer på fødselsdepression eller psykiske vanskeligheder efter fødslen. Et dansk studie finder imidlertid, at der forekommer symptomer på fødselsdepression blandt 3-5 pct. af de deltagende fædre op til seks uger efter fødsel, og internationale studier peger på, at mellem 2-8 pct. af fædre oplever depression fra graviditetens start og i barnets første leveår ¹⁶ .
Almen praksis	Almen praksis spiller en central rolle i forhold til opsporing, henvisning og behandling af fødselsdepression – både i deres løbende kontakt med kvinderne under graviditeten og efter fødslen og som gatekeeper til at henvise til relevante behandlingstilbud.
Etnicitet	Det er kun et fåtal af de danske kommuner, der systematisk screener ikke-dansktalende mødre, og i nogle kommuner screener de dem slet ikke. Vi vil derfor i denne case dykke ned i eksempler på, hvor man opsporer blandt etniske minoriteter, og hvordan det fungerer.
Familieorienterede tilbud	Risikoen for at få en fødselsdepression er øget, hvis partneren har en depression. Det er derfor relevant at undersøge gode eksempler på familieorienterede tilbud.
Opfølgingspraksis	Ved opsporing af fødselsdepression eller tegn herpå er det centralt, at der følges op og at eventuelle tilbud iværksættes rettidigt. Det er derfor relevant at undersøge gode eksempler på opfølgingspraksis.
Gravide med øget risiko	Gravide med tidligere eller aktuel psykiatrisk lidelse eller anden sårbarhed har en øget risiko for at udvikle en fødselsdepression. Det er derfor relevant at undersøge, hvordan der arbejdes med forebyggelse og opsporing blandt gravide med øget risiko.

¹⁶ <https://www.sdu.dk/sif/>

/media/images/sif/udgivelser/2021/temarapport+foraeldres+psykiske+tilstand+i+barnets+foerste+leveaar+og+betydning+for+barnets+udviklin.pdf

Tværasektorielt samarbejde	I forbindelse med graviditet og fødsel er der flere aktører inde over forløbet på tværs af sektorer. Samarbejdet mellem sektorerne kan have stor betydning for det samlede forløb fra opsporing til behandling og i forhold til at bringe relevante faggrupper i spil. Dermed er det relevant at dykke ned i eksempler på det tværasektorielle samarbejde.
-----------------------------------	--

Dertil er der gennemført dybdegående telefoninterviews med syv repræsentanter fra almen praksis (herunder seks praktiserende læger og en jordemoder tilknyttet en almen praksis), som giver indblik i, hvordan der i almen praksis arbejdes med opsporing, henvisning og behandling af fødselsdepressioner. De praktiserende læger er rekrutteret på baggrund af en liste af kontakter fra almen praksis leveret af chefpsykolog og fagekspert Svend Aage Madsen samt kontakter fra Rambølls netværk. Grundet omfanget af nærværende undersøgelse indgår almen praksis ikke i breddekortlægningen. Imidlertid var interviewene bygget op omkring de samme temaer, der indgik i den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, med henblik på at afdække perspektiver på praksis med opsporing, henvisning og behandling.

1.5 Læsevejledning

Denne kortlægning er som nævnt i afsnit 1.4 baseret på faglige input fra udvalgte fagpersoner og eksperter inden for området. I rapporten vil der løbende blive præsenteret centrale og tværgående pointer i relation til opsporing, henvisning og behandling af fødselsdepressioner, der er udledt på baggrund af de eksplorative interviews med de udvalgte eksperter fra det faglige. Derudover er der på baggrund af en analyse af de faglige input fra casestudierne udledt tværgående elementer baseret på, hvad interviewpersonerne selv refererer som god lokal praksis i relation til deres arbejde med fødselsdepressioner. Disse præsenteres ligeledes løbende i rapporten i grønne bokse. Boksene er således et udtryk for elementer, der blandt det faglige panel og interviewpersonerne i casestudierne er blevet fremhævet som særligt velegnede eller hensigtsmæssige i forhold til arbejdet med fødselsdepressioner.

Rapporten består af fem kapitler:

- **Kapitel 1** er nærværende kapitel, der beskriver baggrunden fra undersøgelse, undersøgelsesspørgsmål, metode og begrebsafklaring.
- **Kapitel 2** sammenfatter kortlægningens hovedresultater, opdelt på henholdsvis tværgående pointer, opsporing, henvisning og behandling samt præsenterer et overblik elementer af god lokal praksis.
- **Kapitel 3** beskriver praksis for opsporing af fødselsdepressioner, herunder organisering, målgrupper for opsporing, samt hvilke metoder og opsporingsredskaber der anvendes.
- **Kapitel 4** kortlægger praksis for henvisning ved fødselsdepressioner, herunder definitioner for henvisning, henvisningsmuligheder og ventetider. Kapitlet beskriver ligeledes tværgående samarbejder og organisering.
- **Kapitel 5** beskriver praksis for behandling af fødselsdepressioner, herunder målgrupper og typer af behandlingstilbud, mens også forankring og organisering af tilbud beskrives.

Yderligere indeholder rapporten i **Bilag 1**, en spørgeguide, der er udviklet som supplement til opsporing via EPDS og Gotland. Guiden er en del af et forskningsprojekt på Rigshospitalet.

Bilag 2 indeholder casebeskrivelser af de 23 cases, der indgår på aggregeret niveau i nærværende rapport.

2. HOVEDRESULTATER

Dette kapitel sammenfatter rapportens hovedresultater, opdelt på henholdsvis tværgående elementer samt opsporing, henvisning og behandling. Kapitlet sammenfatter desuden elementer fra, hvad der af interviewpersonerne i casestudierne opfattes som god praksis.

2.1 Tværgående resultater

Nedenstående afsnit præsenterer de hovedresultater, der er udledt på tværs af arbejdet med opsporing, henvisning og behandling af fødselsdepressioner. Dette uddybes nærmere i rapportens kapitel 3, 4 og 5.

- Mangel på **nationale retningslinjer** for arbejdet med fødselsdepressioner skaber en stor variation i praksis i opsporingsarbejdet af fødselsdepression, praksis vedr. henvisning og handling ved mistanke om fødselsdepression, samt hvilke typer af behandlingstilbud der tilbydes, samt hvilken målgruppe de er tilgængelige for.
- **Specialistviden blandt fagpersonalet**, herunder højt kompetenceniveau, professionalisme og efteruddannelse er centralt på tværs af opsporing, henvisning og behandling.
- Brobygning og samarbejde på **tværs af sektorer** har afgørende betydning for omfanget af tværsektorielt samarbejde og henvisninger. Det tværsektorielle samarbejde udfordres dog af begrænsede muligheder for vidensdeling samt begrænset kendskab til tværsektorielle tilbud. Derudover er der hyppige forandringer i de tilbud, der tilbydes målgruppen af kommende forældre/forældre med fødselsdepressioner, idet mange projekter er bevilliget via satspuljemidler, der skaber stor udskiftning i de tilbud og tværsektorielle muligheder.

God tværgående praksis i arbejdet med fødselsdepressioner

På tværs af casestudier er der blevet identificeret, hvad interviewpersonerne i casestudierne oplever som god tværgående praksis i relation til arbejdet med fødselsdepressioner. Elementerne præsenteres kort her, men er beskrevet mere dybdegående i kapitlet om det samlede forløb omkring fødselsdepressioner.



2.2 Opsporing af fødselsdepressioner

I det følgende afsnit fremlægges de identificerede hovedresultaterne for arbejdet med opsporing af fødselsdepressioner. Dette uddybes nærmere i rapportens kapitel 3.

- **Hvor:** Opsporing foregår som udgangspunkt tre steder i sundhedsvæsenet: i almen praksis, i kommunalt regi i form af sundhedsplejerskens ydelser samt på regionale fødesteder, ofte i form af særlige tilbud til sårbare.
- **Hvem:** Målgruppen for opsporing af fødselsdepressioner varierer på tværs af og imellem de tre aktører. Målgruppen kan udgøres af alle gravide, førstegangsfødende, særligt sårbare gravide eller en kombination af disse. Ligeledes er der forskel på, hvorvidt opsporing er målrettet den mødre/gravide alene eller fædre/partneren også inkluderes.

- **Hvordan:** Der er variation i forhold til, hvordan opsporingen foregår, herunder om den er funderet på en faglig og klinisk vurdering eller om der anvendes opsporingsredskaber. Samtidig er der forskel på, hvilke redskaber, der anvendes, samt på, hvordan de anvendes. Ofte anvendes redskaberne EPDS og Gotland eller begge, men det er forskelligt, hvorvidt de anvendes som et dialogredskab eller udfyldes af de kommende forældre/forældre før eller under konsultation/besøg.
- **Hvornår:** Der er forskel på, hvorvidt opsporingen foregår før eller efter fødsel, alt efter hvem der foretager opsporingen. Almen praktiserende læger laver som udgangspunkt opsporing før fødsel, hvilket primært er baseret på særlige risikofaktorer hos kvindens/familien, fx tidligere psykiatriske lidelser. I nogle kommuner foretager sundhedsplejersker ligeledes opsporing før fødsel i graviditetsbesøg, der tilbydes i flere kommuner. Imidlertid gennemfører de fleste sundhedsplejersker opsporing efter fødsel ved to måneders besøg, ligesom at praktiserende læger ofte også spørger ind til kvindens generelle tilstand ved konsultation otte uger efter fødslen. På de regionale fødesteder er opsporing af fødselsdepressioner primært centeret om gruppen af særligt sårbare familier, der allerede er tildelt et særligt tilbud under deres graviditetsforløb.

God lokal praksis i arbejdet med opsporing af fødselsdepressioner

På tværs af casestudier er der blevet identificeret, hvad interviewpersonerne oplever som god praksis i relation til arbejdet med at opspore fødselsdepressioner. Elementer fra den lokale praksis præsenteres kort her, men er beskrevet mere dybdegående i kapitlet om opsporing.



2.3 Henvisningspraksis i relation til fødselsdepressioner

I nedenstående afsnit fremlægges rapportens hovedresultater for arbejdet med henvisningspraksis i relation til fødselsdepressioner. Dette uddybes nærmere i rapportens kapitel 4.

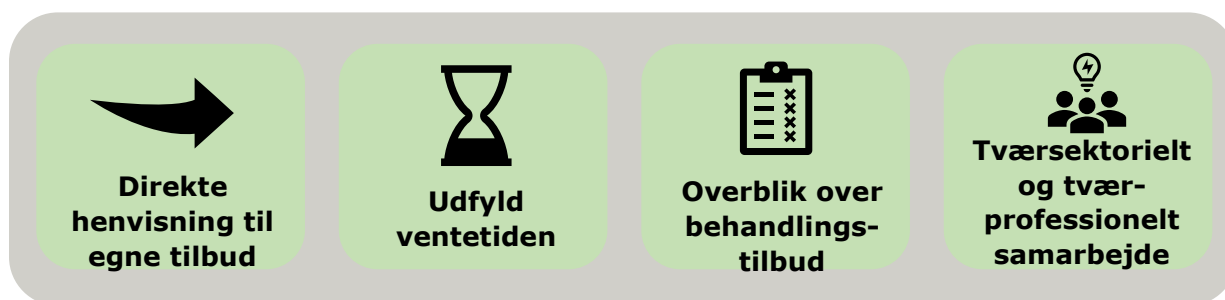
- **Hvor:** En henvisning kan forekomme fra de alment praktiserende læger, fra de kommunale sundhedsplejersker, og fra fagprofessionelle på de regionale fødesteder.
- **Hvem:** Målgruppen for en henvisning varierer på tværs almen praksis, kommuner og regionale fødesteder. Kriterierne for en henvisning vurderes på baggrund af en faglig vurdering eller kan afhænge af depressionens sværhedsgrad, fx pba. af en cut-off score. Derudover afhænger det af hvilke tilbud, der er tilgængelige. Der kan ligeledes være forskel

på, dels hvilke henvisninger der gives til moren og fædre/partneren, hvor der kan forekomme variation i tilbud målrettet fædre/partneren dels hvilke henvisningsmuligheder, der er tilgængelige for ikke-dansktalende.

- **Hvordan:** Den praktiserende læge kan henvise til ekstra konsultationer i eget regi, sårbarhedsteam eller udvidede forløb på fødestedet, privatpraktiserende psykologer med og uden sygesikringsoverenskomst, og privatpraktiserende psykiatere med og uden sygesikringsoverenskomst, den regionale psykiatri og kommunale tilbud. De praktiserende læger har således også i denne sammenhæng en gatekeeper-funktion for henvisning til offentlige sundhedsydelse som fx psykiater. Sundhedsplejersken kan typisk henvise direkte til almen praksis eller kommunale tilbud, såfremt kommunen har sådanne. Ved henvisning til almen praksis er det oftest forældrene selv, der skal tage kontakten til deres egen læge. Det regionale fødested kan henvise til egne tilbud, regionspsykiatrien, almen praksis og eventuelle kommunale tilbud.
- **Hvornår:** Ventetid fra en henvisning gives, til tilbuddet påbegyndes, afhænger af, hvad der henvises til. For kommunale tilbud er ventetiden varierende. De fleste kommunale tilbud igangsættes hurtigst muligt, hvor andre kører på faste rul, fx lukkede gruppetilbud, hvilket skaber vekslende ventetider. Ved henvisning til regionspsykiatri skal en udredning være påbegyndt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt, jf. borgeres ret til udredning¹⁷. Hvis der er et akut behov for psykiatrisk behandling, er dette 1-2 dage. Kortlægningen viser, at ventetiden til privatpraktiserende psykolog med sygesikringsoverenskomst typisk er på 3-6 måneder, mens ventetid til psykologer uden sygesikringsoverenskomst typisk er væsentlig kortere og ned til 14 dage.

God lokal praksis i arbejdet med henvisning

På tværs af casestudier er der blevet identificeret, hvad interviewpersonerne oplever som god praksis i relation til henvisning ved fødselsdepressioner. Elementer fra denne lokale praksis præsenteres kort her, men er beskrevet mere dybdegående i kapitlet om henvisning.



2.4 Behandling af fødselsdepressioner

I dette afsnit præsenteres de af rapportens hovedresultater, der er udledt for arbejdet med behandling af fødselsdepressioner. Dette uddybes nærmere i rapportens kapitel 5.

- **Hvor:** Behandling for fødselsdepressioner varetages i almen praksis, i kommunale tilbud, herunder hos sundhedsplejen eller anden forvaltning, i regionspsykiatrien, hos privatpraktiserende psykologer og psykiatere samt i svangreomsorgen.
- **Hvem:** Behandlingstilbud i kommunalt regi er oftest målrettet moren. De seneste år er fædre/partnere dog kommet mere i fokus, og der er generelt en ambition i kommunalt regi om at tilbyde flere tilbud til faren. Behandlingstilbud på fødestederne er ligeledes primært og nærmest udelukkende målrettet moren, der er den indskrevne patient. De fagprofessionelle på fødestederne har ikke behandlingsansvar for fædre/partneren, og

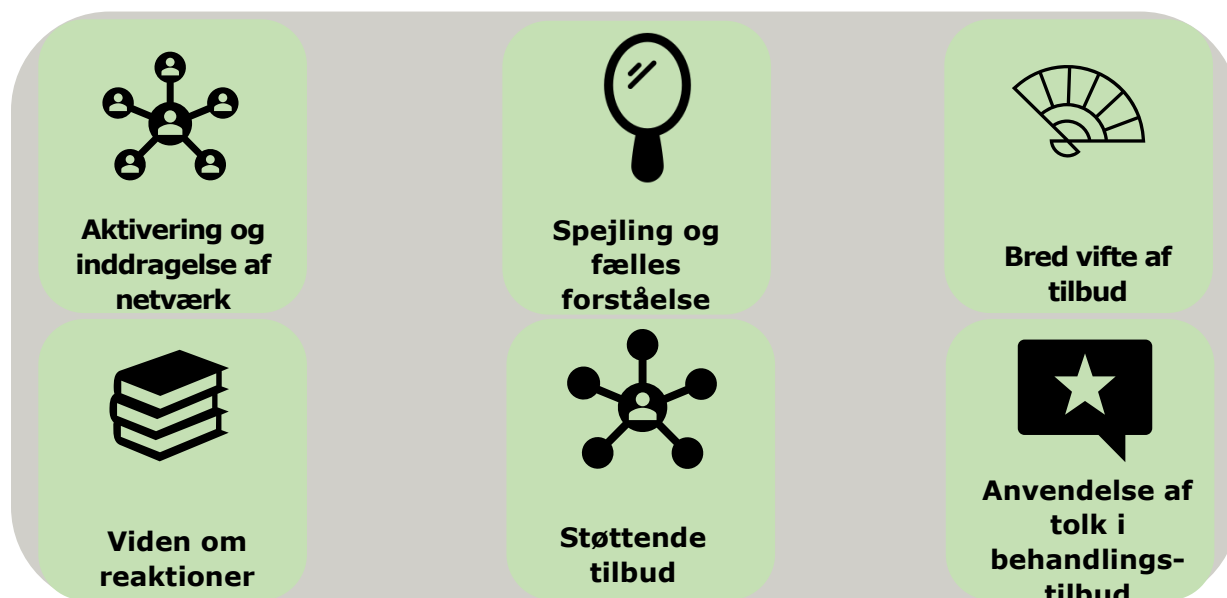
¹⁷ <https://www.regioner.dk/sundhed/udrednings-og-behandlingsret/ret-til-hurtig-udredning>

derfor er behandling til fædre eller partneren ikke en ydelse, der kan tilbydes, da der ikke er afsat ressourcer til dette i denne regi. Imidlertid kan der være tilbud og forløb, der tilbydes familien sammen.

- **Hvordan:** Der eksisterer ikke faste nationale retningslinjer for praksis for behandling af fødselsdepressioner, eller hvilke behandlingstilbud kommuner og regioner skal tilbyde. Overordnet kan forskellige behandlingstilbud for fødselsdepression opdeles i tre kategorier: forebyggende tilbud målrettet sårbare gravide som fx sårbarhedsteam og udvidede forløb hos sundhedsplejersker ved udsatte familier, støttende tilbud som fx kommunale gruppetilbud og behovsbesøg samt kliniske behandlingstilbud som fx psykiatrisk behandling og psykologsamtaler. Den brede variation i behandlingstilbud medfører ligeledes en bred variation i fagpersonernes (behandlernes) tilgang, ligesom der mangler kvalificering af forskellige behandlingstilbuds kvalitet og virke.
- **Hvornår:** Kommende forældre/forældre med milde symptomer henvises oftest til kommunale tilbud, hvis dette er tilgængeligt, imens kommende forældre/forældre med sværere symptomer, henvises til almen praksis for videre udredning, fx videre henvisning til psykiatrien eller anden klinisk behandling. I de kommuner og regioner, der ikke har egne tilbud, kan kommende forældre/forældre med et mildere symptombillede risikere ikke at modtage behandling, da praktiserende læger og kommuner har svært ved at henvise kommende forældre/forældre med milde symptomer videre i sundhedssystemet. Desuden er medicinsk behandling af depression oftest indiceret hos forældre med moderat til svær depression.

Lokal god praksis ved behandling af fødselsdepressioner

På tværs af casestudierne er interviewpersonernes oplevelse af god praksis blevet identificeret i relation til behandling af fødselsdepression. Elementer fra den lokale praksis præsenteres kort her, men er beskrevet mere dybdegående i kapitlet om behandling.



3. OPSPORING

Det følgende kapitel præsenterer kortlægningen af praksis for forebyggelse og opsporing af fødselsdepressioner, herunder organisering, målgrupper for opsporing samt hvilke metoder og værktøjer, der anvendes i kommuner og regioner for at opspore tegn på fødselsdepressioner. Derudover præsenterer kapitlet løbende en række elementer fra lokal praksis, der af interviewpersonerne i casestudierne opleves som hensigtsmæssig i relation til opsporingsarbejdet.

Figur 3-1: Hovedpointer i relation til opsporing



I *almen praksis* er der stor variation i fokus på og praksis for opsporing, både i relation til hvilke målgrupper der opspores, samt hvordan opsporingen foregår. Opsporingen af fødselsdepressioner i almen praksis er ofte centreret om målgrupper i særlig risiko for at udvikle fødselsdepression, mens opsporingen i begrænset omfang foretages systematisk af alle. Der er dog enkelte eksempler på, at almen praksis opsporer systematisk, hvor lægerne opsporer systematisk i forbindelse med graviditetsundersøgelsen. *Oftest er opsporingen i almen praksis dog baseret på en lægefaglig vurdering af kvindens adfærd, symptomer og risikofaktorer, fx psykiatriske lidelser, mens der i lavere grad anvendes konkrete opsporingsværktøjer.*



I *kommunalt regi* er praksis for opsporing ligeledes varierende i relation til, hvornår og hvordan det foregår. Der er ligeledes forskel på, hvorvidt kommuner laver systematisk opsporing af alle gravide, førstegangsfødende, sårbare/udsatte, og hvorvidt der laves opsporing af begge forældre. Den mest udbredte praksis er opsporing ved to-måneders besøget efter fødsel, men flere kommuner opsporer allerede på graviditetsbesøg før fødsel. Mange sundhedsplejersker anvender opsporingsredskaber, men der er dog forskel på, hvilke redskaber der anvendes, hvordan de anvendes, samt hvilken score der udgør cut-off. Det er ofte EPDS og Gotland, der anvendes, hvor nogle bruger begge eller en kombination med ekstra spørgsmål målrettet fødselsdepression. Det er forskelligt, hvordan opsporingsredskaber anvendes, hvor nogle sundhedsplejersker bruger dem som dialogredskab, nogle udvælger enkelte spørgsmål og andre udleverer redskabet til forældrene, så de kan udfylde derhjemme.



På *de regionale fødesteder* er opsporing af fødselsdepressioner primært centeret om gruppen af særligt sårbare familier. Når almen praksis henviser en gravid kvinde til regionalt fødested, foretages der som udgangspunkt en vurdering af kvindens situation og tilstand, hvilket primært baseres på tidligere psykiatriske lidelser eller andre risikofaktorer for sårbarhed. Hvis det vurderes, at kvinden/familien er i højrisiko, bliver de ofte tildelt et tilbud til sårbare, hvor de følges tæt og med skærpet opmærksomhed før og efter fødslen. Tilbuddet varetages ofte af flere forskellige faggrupper, fx jordemødre og psykologer, der er efteruddannet til at varetage sårbare familier. I flere af disse tilbud er der ligeledes fokus på den anden forældre eller familien som helhed, men ressourcer og indsatser er målrettet kvinderne.

3.1 Organisering af opsporing

Opsporing af fødselsdepressioner kan som udgangspunkt foregå tre steder i sundhedsvæsenet; hos almen praktiserende læger, i kommunalt regi i form af sundhedsplejen og i regionalt regi via jordemødre eller specialtilbud, fx som sårbarhedsteams. Kortlægningen viser, at organiseringen af arbejdet med opsporing varierer på tværs af de tre organisatoriske enheder, ligesom der indbyrdes i de tre enheder, er stor forskel på organiseringen af og praksis for opsporing.

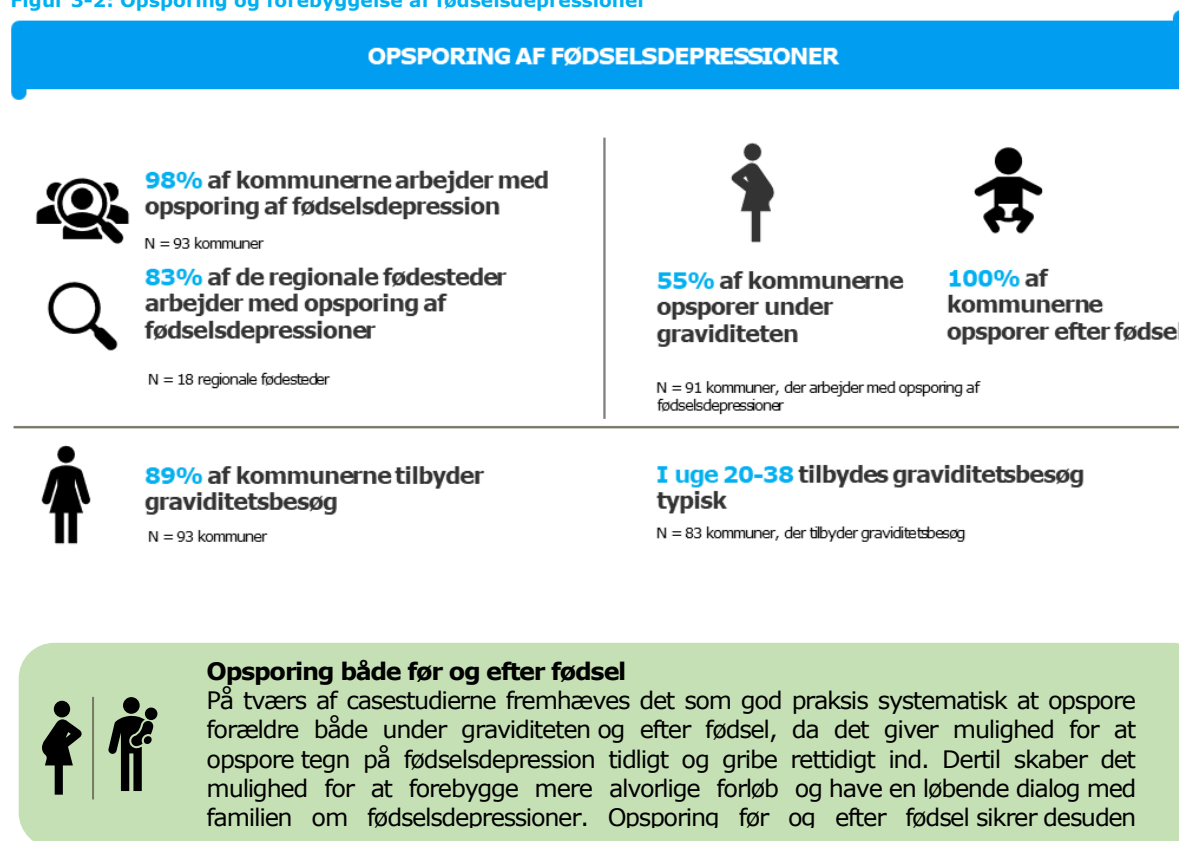
3.2 Praksis for opsporing af fødselsdepressioner

Opsporing og forebyggelse af fødselsdepressioner praktiseres i langt størstedelen af landets kommuner og regioner. Konkret angiver 98 pct. af kommunerne at arbejde med opsporing af fødselsdepressioner, mens det gælder for 83 pct. af de regionale fødesteder. Der forekommer dog

store variationer i forhold til, hvordan opsporing og forebyggelse praktiseres på tværs af og imellem kommuner og regioner, herunder bl.a. *hvornår* det foregår, *hvordan* det foregår (herunder hvorvidt der anvendes opsporingsredskaber og i så fald med hvilken cut-off score), og til *hvem* opsporingspraksis er målrettet.

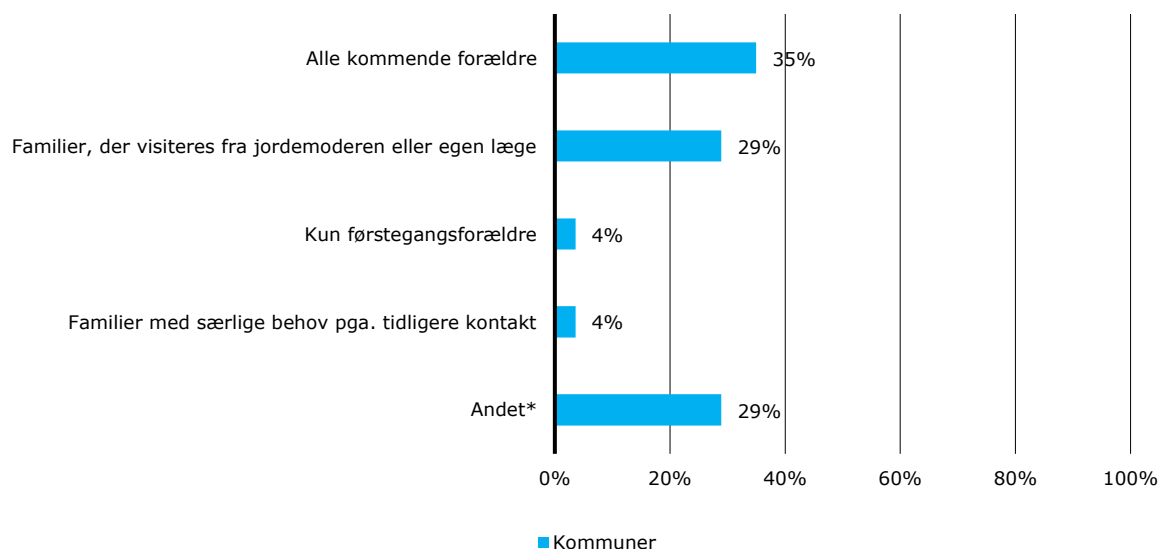
Blandt de kommuner, der arbejder med opsporing, angiver over halvdelen (55 pct.) at de gennemfører opsporende arbejde under graviditeten, typisk ved graviditetsbesøg, mens alle disse kommuner (100 pct.) angiver, at de opsporer efter fødsel, typisk ved to-måneders besøget. Omend hovedparten (89 pct.) af kommunerne angiver, at de tilbyder graviditetsbesøg, er det langt fra alle af disse kommuner, der ved graviditetsbesøget systematisk tilbyder opsporing. For de regionale fødesteder er opsporingen primært centreret om særligt sårbare familier, der allerede er visiteret til et målrettet tilbud i regionalt regi, fx et sårbarhedsteam. Her foregår opsporingen af fødselsdepressioner primært under graviditeten.

Figur 3-2: Opsporing og forebyggelse af fødselsdepressioner



Graviditetsbesøget foretages ofte på baggrund af en henvisning fra egen læge eller jordemoder og ikke som en systematisk praksis til alle gravide. I nogle kommuner kan der således kun tilbydes graviditetsbesøg ved bekymringer om de kommende forældre eller den gravide, mens andre kommuner systematisk tilbyder graviditetsbesøg til alle gravide i kommunen. Graviditetsbesøget gennemføres af en sundhedsplejerske, hyppigst i uge 30 i graviditeten. På tværs af kommuner er der forskel på, hvem der tilbydes graviditetsbesøg, hvor det i 35 pct. af kommunerne er et universelt tilbud til alle kommende forældre, mens det i 4 pct. af kommunerne udelukkende tilbydes til førstegangsfødende, og i 4 pct. af kommunerne er et tilbud til familier med særlige behov, som ofte henvises fra jordemoder eller egen læge. Figuren nedenfor illustrerer dette.

Figur 3-3: Hvem tilbydes graviditetsbesøg i jeres kommune?



Kilde: RMC-survey 2021 for kommuner.

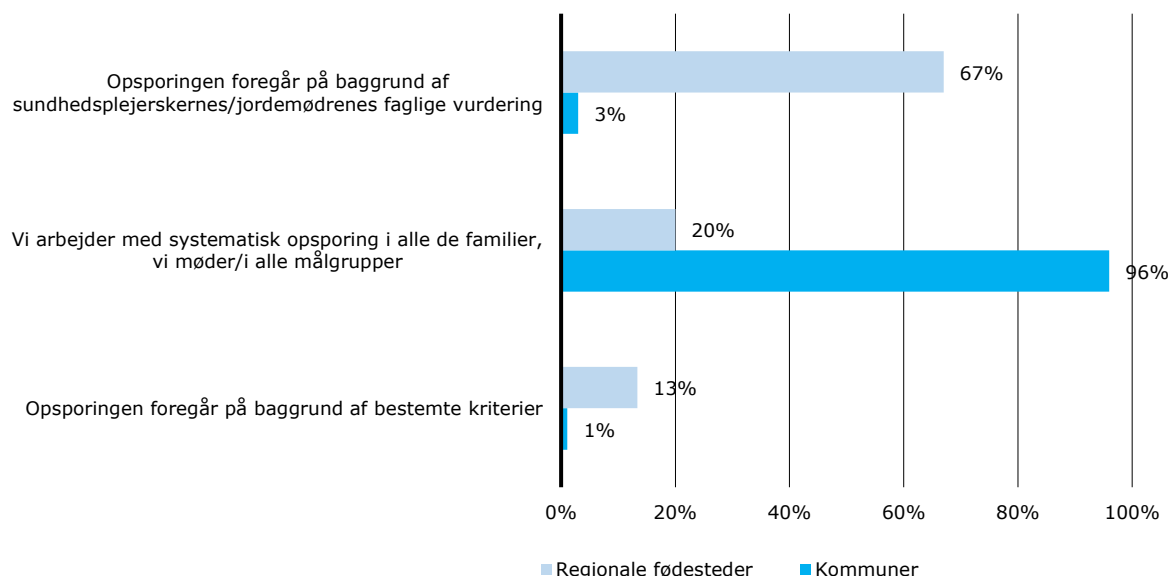
Base: Kommuner: N = 83, der tilbyder graviditetsbesøg.

*Andet dækker bl.a. over: Familier, der visiteres, samt de, der selv henvender sig, alle førstegangsfødelser og forældre med behov og som er i graviditetsgruppe niveau 2+3+4, til alle, som ønsker det, gravide med særligt behov, gravide i niveau 3 og 4, alle sårbare familier med behov.

Udover variation i, hvornår opsporingen foregår, viser kortlægningen ligeledes en variation i, *hvordan* der opspores på tværs af og imellem kommuner og regioner. Over halvdelen (67 pct.) af regionerne angiver, at deres opsporende arbejde primært er baseret på en faglig vurdering¹⁸ foretaget af en jordmoder, mens en meget lille andel af kommunerne (3 pct.) angiver, at deres opsporende arbejde alene er baseret på en faglig vurdering foretaget af en sundhedsplejerske. Kommunerne angiver i langt højere grad end de regionale fødesteder, at de primært arbejder systematisk med opsporing af fødselsdepressioner, herunder ved brug af opsporingsredskaber, hvilket er tilfældet for 96 pct. af kommunerne og 20 pct. af de regionale fødesteder. Derudover angiver en mindre andel af regioner (13 pct.) og kommuner (1 pct.), at deres opsporende arbejde primært foregår på baggrund af bestemte kriterier.

¹⁸ Faglig vurdering henviser til, at den fagprofessionelle anvender og udøver de fagkunderskaber, vedkommende har, baseret på praktisk erfaring og faglig viden.

Figur 3-4: I hvilket omfang arbejder I med opsporing af fødselsdepressioner? Benyt den svarmulighed, der passer bedst på jeres praksis



Kilde: RMC-survey 2021 for regionale fødesteder og kommuner.

Base: Regionale fødesteder: N = 15 og kommuner: N = 91, der arbejder med at opspore fødselsdepressioner.

Opsporing hos alment praktiserende læger

Opsporing af fødselsdepression kan ligeledes foregå hos den alment praktiserende læge, hvor der dog på baggrund af de indsamlede oplysninger i nærværende undersøgelse er stor variation i praksis. Opsporingen kan foregå både før og efter fødsel og kan foregå i forbindelse med graviditetsundersøgelser i uge 10, 25 og 33 og efter fødsel ved børneundersøgelsen efter fem uger og eller ved efterfødselsundersøgelsen af mor efter otte uger. Det vil typisk være ved otte ugers undersøgelsen, at den praktiserende læger opsporer fødselsdepression, da der ved femugers undersøgelsen i højere grad er fokus på barnet.



Faglige eksperter: Kortlægningen viser, at definitionen og forståelsen af *systematisk opsporing* varierer. Det kan være systematisk opsporing af alle familier, systematisk opsporing af førstegangsfødende eller systematisk opsporing af sårbare familier. Dertil er der forskel på, hvorvidt opsporingen foretages systematisk for moren eller systematisk for begge forældre.

3.3 Målgruppen for opsporing

Målgruppen for opsporing af fødselsdepressioner varierer på tværs af og imellem kommuner, regioner såvel som hos almen praktiserende læger. Opsporing er typisk i kommunalt regi, et universelt tilbud til alle familier eller til førstegangsfødende, mens der primært i regioner og hos egen læge, hovedsageligt er fokus på opsporing af sårbare familier eller ved mistanke om risiko for fødselsdepression, herunder fx tidligere/aktuel psykisk lidelse, misbrugsproblematikker, manglende social støtte eller kontakt til sociale myndigheder mv. Uanset, om opsporingen er universel eller målrettet særlige målgrupper, synes det at være god praksis at præsentere opsporingen som et frivilligt tilbud, der er en normal del af praksis. Interviewpersonerne i casestudierne fortæller, at dette mindsker det tabu eller den usikkerhed, som de kommende forældre/forældre kan behæfte med opsporing af fødselsdepressioner.



Præsenter opsporing som et frivilligt tilbud og som normalpraksis

Når en fagprofessionel tilbyder opsporing med et opsporingsredskab, er det ifølge interviewpersonerne god praksis at italesætte det som en normal del af praksis og som et frivilligt tilbud, der tilbydes til alle familier. Dette er med til at normalisere brugen af opsporingsredskaberne, hvilket kan øge familiernes villighed samt reducere eventuelle bekymringer omkring, hvorfor familien skal opspores.

Selvom det kan have en positiv virkning at præsentere opsporing som et frivilligt og universelt tilbud til alle målgrupper, er der forsat nogle målgrupper, der kan være svære at opspore og tilbyde opsporing. Flere kommuner og læger påpeger, at opsporing af familier, der ikke taler dansk, er vanskelig, bl.a. fordi opsporingsredskaber ikke er tilgængelige på alle sprog i Danmark samtidig med, at kulturforskelle kan udgøre en barriere for at tale om udfordringer ift mental sundhed. Dette kunne betyde, at opsporing af ikke-dansktalende familier ikke i nær så høj grad praktiseres på samme vis som hos dansktalende familier. Nogle kommuner og regioner laver dog opsporing på andre sprog end dansk, hvilket uddybes i næste afsnit, hvor praksis for opsporing af fødselsdepressioner blandt familier med anden etnisk herkomst end dansk er undersøgt nærmere.



Opmærksomhed på kultur

På tværs af casestudierne fremhæves arbejdet med kultur som centralt i samarbejdet med familier med anden etnisk herkomst. Det er gennem hele forløbet med familier med anden etnisk herkomst vigtigt at være opmærksom på, at der er forskel på, hvilket land eller kultur man kommer fra, og hvilken betydning det kan have.

3.4 Opsporingsredskaber

Som tidligere nævnt, er der variation i forhold til, *hvordan* opsporing af fødselsdepression foregår i kommuner og regioner, herunder en forskel på hvilke redskaber og cut-off scorer på redskaberne, der anvendes. Næsten alle kommuner (99 pct.) tilkendegiver, at de anvender opsporingsredskaber, mens det gælder for en tredjedel (33 pct.) af regionerne. De to mest anvendte opsporingsredskaber er Edinburgh Postnatal Depression score (EPDS)¹⁹ og Gotland Male Depression Scale²⁰ (Gotland). Begge redskaber består af en række spørgsmål til kommende forældre for at opspore tegn på fødselsdepression. En mindre andel af kommunerne og regionerne anvender også andre opsporingsredskaber systematisk, bl.a. Svend Aage Madsens relationelle tillægsspørgsmål²¹ (vedlagt i Bilag 1) og lokalt udviklede skemaer.

Figur 3-5: Opsporingsredskaber til opsporing af fødselsdepressioner

BRUG AF OPSPORINGSREDSKABER I OPSPORINGSARBEJDET



99% af kommunerne anvender et opsporingsredskab

33% af de regionale fødesteder anvender et opsporingsredskab

N = 91 kommuner og 15 regionale fødesteder, der arbejder med at opspore fødselsdepressioner.



50% af kommunerne anvender opsporingsredskaber på andre sprog end dansk

60% af de regionale fødesteder anvender opsporingsredskaber på andre sprog end dansk

N = 90 kommuner og 5 regionale fødesteder, der anvender opsporingsredskaber.

Edinburgh Postnatal Depression score (EPDS)

¹⁹ Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox, J. & Holden, J. 2003).

²⁰ Gotland Male Depression Scale. (Rutz et al. 2002; Zierau et al 2002).

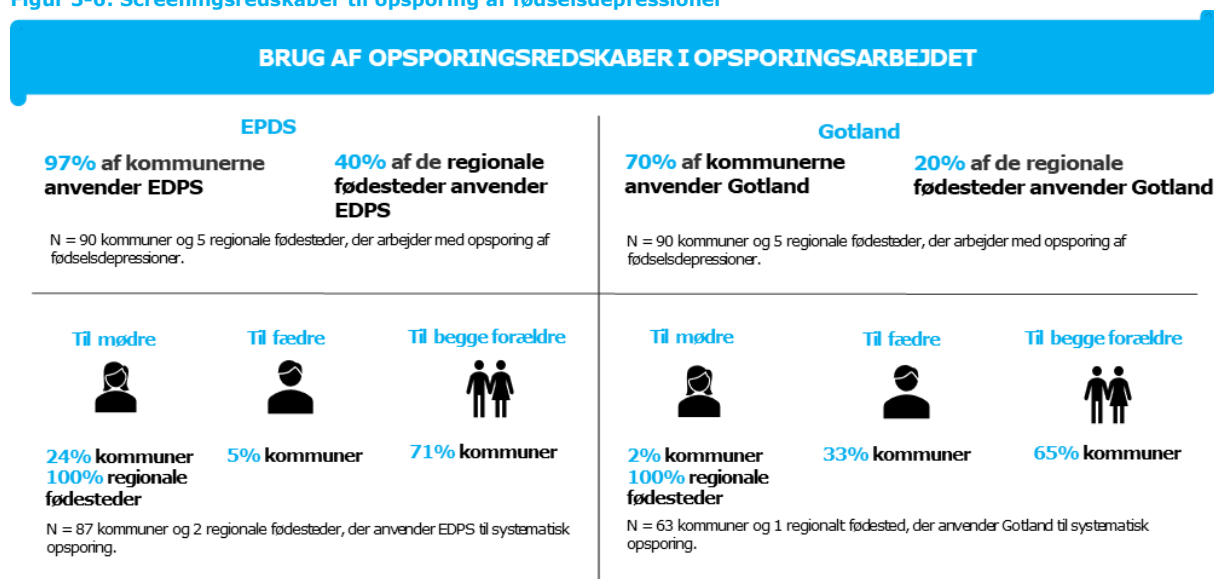
²¹ Spørgsmål udformet i Rigshospitalets Fædreforskningsprogram (Madsen, S.Aa. (2008) Spædbarnet i faderens verden. Psyke & Logos, 7, 2, 669-687).

Hele 97 pct. af landets kommuner angiver, at de anvender EPDS til opsporing af fødselsdepressioner, hvilket gælder for 40 pct. af regionerne. Blandt disse kommuner angiver 31 pct., at de anvender EPDS til opsporing før fødsel, mens alle kommuner på nær én anvender EPDS til opsporing efter fødsel. Før fødsel anvender kommuner ofte EPDS i 27. graviditetsuge og regioner i enten 28. eller 32. graviditetsuge²², mens kommuner efter fødsel hyppigst anvender EPDS efter to måneder. Typisk anvender disse kommuner en cut-off score på 11 for kvinder og 10 for mænd, når de gør brug af EPDS. I 2018 udkom en artikel, der beskrev valideringen af EPDS i en dansk kontekst, og som konkluderer, at en cut-off score på 11 kan bruges som en pålidelig indikator for fødselsdepressioner²³. Selvom artiklen kun validerede brugen af skemaet efter fødslen, vurderer forfatterne dog, at samme cut-off score kan anvendes under graviditeten. Flere kommuner oplever, at EPDS indeholder spørgsmål, som nogle kommende forældre/forældre finder det udfordrende at forstå. Det kan have en betydning for, hvordan forælderen udfylder skemaet, hvilket kan skabe en øget ulighed i opsporingsarbejdet.

Gotland Male Depression Scale (Gotland)

Samtidig angiver 70 pct. af landets kommuner, at de anvender Gotland til opsporing af fødselsdepressioner, hvilket gælder for 20 pct. af regionerne. Blandt kommunerne angiver 22 pct., at de anvender Gotland før fødsel, men 98 pct. angiver, at Gotland anvendes efter fødsel. Før fødsel anvender kommuner typisk Gotland i 26. graviditetsuge og regioner i 25. graviditetsuge²⁴, mens kommuner efter fødsel hyppigst anvender Gotland efter to måneder. Typisk anvender kommunerne en cut-off score på 13 for både kvinder og for mænd, når de anvender Gotland.

Figur 3-6: Screeningsredskaber til opsporing af fødselsdepressioner



²² Tal for regioner er baseret på få besvarelser N = 2.

²³ Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS (2018) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression, BMC Psychiatry, December, issue 20; 18 (1), p. 393.

²⁴ Tal for regionerne er baseret på få besvarelser N = 1.



Faglige eksperter: Eksperter angiver, at opsporing med både EPDS og Gotland for mor og far bidrager til at opfange de forskellige symptomer på fødselsdepressioner, som forældre kan have. Eksperter fremhæver, at det er vigtigt, at redskaberne anvendes til opsporing og ikke til diagnosticering – og at anvendelse af cut-off værdier med fordel kan ensrettes på klare nationale retningslinjer.

Øvrige redskaber til opsporing

Få udvalgte kommuner (12) og regioner (2) anvender også andre systematiske redskaber til opsporing af fødselsdepressioner. I kommunerne består de andre redskaber primært af relationelle spørgsmål, som chefspsykolog og formand for Forum for Mænds Sundhed, Svend Aage Madsen, har udviklet som supplement til EPDS og Gotland, mens de i de regionale fødesteder primært består af lokalt udviklede skemaer eller systemer. Uanset hvilke redskaber, der anvendes til opsporing af fødselsdepression, opleves det som god praksis at supplere med dialog og faglig vurdering.



Opsporingsredskaber skal suppleres af dialog og faglig vurdering

Det opleves på tværs af casestudierne som god praksis, når opsporingsredskaber anvendes til at opspore tegn på fødselsdepressioner, der efterfølgende danner udgangspunkt for en dialog og faglig vurdering. En dialog omkring forældrenes besvarelse skaber indsigt i forældrenes situation. Samtidig medvirker dialogen til at afklare, om der har været misforståelser i svarafgivelsen, eller om der kan ligge andre ting til grund for en eventuel høj score.

Anvendelse af opsporingsredskaber hos praktiserende læger

De adspurgte *praktiserende læger* anvender som udgangspunkt ikke opsporingsredskaber, om end enkelte anvender Major Depression Inventory og EPDS i tvivlstilfælde. Der findes eksempler på, at praktiserende læger systematisk anvender opsporingsredskaber i konsultationer med gravide, og hvor lægerne oplever det som en genvej i en travl praksis, der kan danne afsæt for den videre dialog med den gravide. Dette er dog ikke den generelle praksis på området. Opsporingen af fødselsdepressioner foregår derimod hyppigt på baggrund af lægens faglige og kliniske vurdering, ofte med udgangspunkt i samtaler med kvinden. Lægen har fokus på adfærd, symptomer og risikofaktorer for at udvikle fødselsdepression, herunder særligt tidligere eller aktuelle psykiatriske lidelser. Der er desuden en øget opmærksomhed på moren, hvis hun er henvist af en sundhedsplejerske, fx grundet høj score ved opsporingsredskab. For de fleste læger er opsporingen centreret om moren, da hun typisk kommer alene til konsultationer, mens enkelte læger opfordrer den anden forældre til at deltage, for at kunne have et opsporende fokus på begge.



Fremhæv vigtigheden af farens/partnerens deltagelse

For at kunne opspore fødselsdepressioner opleves det af interviewpersonerne som god praksis at anvende opsporingsredskaber til både mødre, fædre og partnere. Dette kræver, at fædre er til stede ved besøg og konsultationer i relation til graviditet og fødsel. Derfor er det givtigt, hvis den fagprofessionelle lægger vægt på både vigtigheden af farens deltagelse til besøgene, samt at begge forældre deltager i anvendelsen af opsporingsredskaberne.

Ud over de ovenfor beskrevne forskelle i forhold til, hvornår og hvordan opsporingsredskaberne anvendes i kommuner, regioner og blandt adspurgte praktiserende læger, er der variationer i, hvorvidt redskaberne udleveres til og udfyldes af forældrene alene, eller om de udfyldes i fællesskab med den sundhedsprofessionelle og dermed i højere grad anvendes som dialogredskab. Fælles for redskaberne er således, at både anvendelsen og fortolkningen af redskaberne varierer på tværs af og imellem kommuner og regioner, hvilket komplicerer en ensartet anvendelse. Der findes eksempler på kommunalt udarbejdede vejledninger til anvendelse af opsporingsredskaber, bl.a. har Lolland og Skanderborg Kommune lavet vejledninger om anvendelse af EPDS til sundhedsplejersker for at ensrette praksis. Læs mere i casen *Opsporing med tolkebistand på Lolland*.



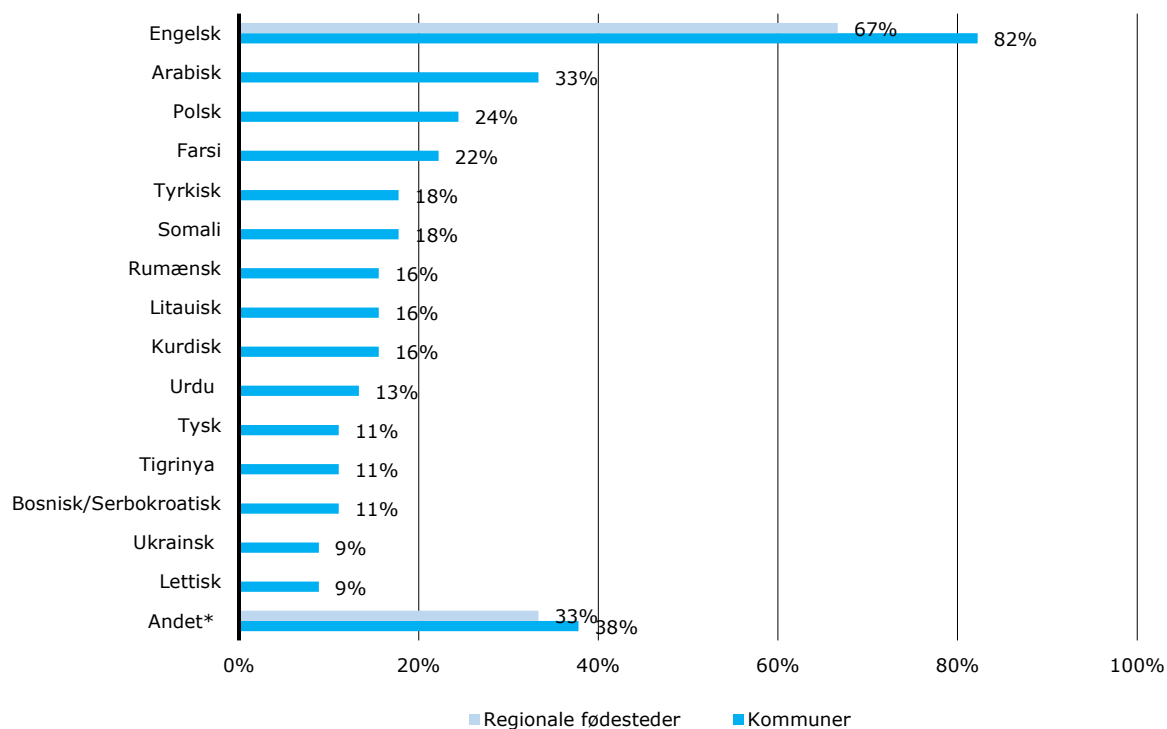
Vejledning i anvendelsen af opsporingsredskaber

På tværs af casestudierne opleves det som god lokal praksis, når der anvendes en forløbsbeskrivelse eller instruks til de fagprofessionelle i forhold til, hvordan man anvender et opsporingsredskab og den dertil hørende dialog. Dette kan bidrage til at skabe en velkoordineret indsats og ensrettet praksis for arbejdet med opsporing af fødselsdepressioner.

Opsporingsredskaber på flere sprog

Opsporingen foregår i langt de fleste tilfælde på dansk, men henholdsvis 50 pct. af kommunerne og 60 pct. af de regionale fødesteder, der anvender et opsporingsredskab, gennemfører også opsporing på andre sprog end dansk. Blandt dem, der anvender opsporingsredskaber på andre sprog end dansk, angiver 85 pct. af kommunerne, at de foretager opsporing på engelsk, mens det gælder for 67 pct. af regionerne. Mellem 9 pct. og 33 pct. af kommunerne, der screener på andre sprog, laver opsporing på arabisk, polsk, farsi, somali, tyrkisk, kurdisk, litauisk, rumænsk, urdu, bosnisk/serbokroatisk, tigrinya, tysk, lettisk, ukrainsk og andre sprog, hvilket illustreres af figuren nedenfor.

Figur 3-7: På hvilke andre sprog end dansk foretages systematisk opsporing med opsporingsredskaber? Det er muligt at sætte flere kryds



Kilde: RMC-survey 2021 for regionale fødesteder og kommuner.

Base: Regionale fødesteder: N = 3 og Kommuner: N = 45, der har svaret, at de anvender et opsporingsredskab på andre sprog end dansk.

*Andet dækker bl.a. over: kinesisk, fransk, japansk, koreansk, punjabi, russisk, somali, spansk, tagalog, vietnamesisk, portugisisk, brug af tolk, 37 forskellige sprog, jf. Perinatal Mental health - A Guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).



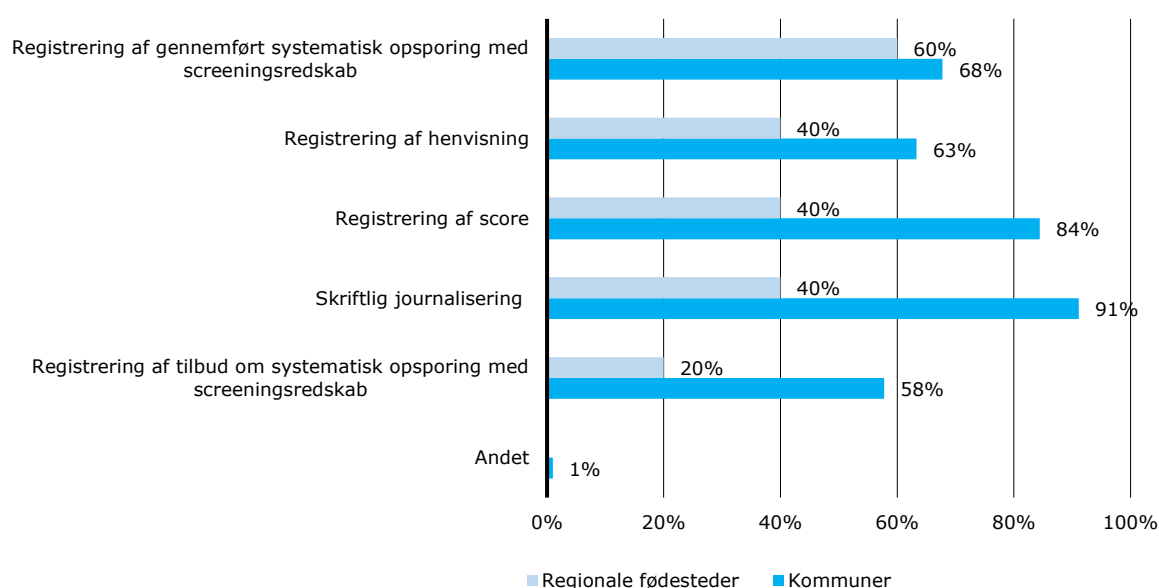
Anvendelse af tolk og oversatte versioner til opsporing

Det er ifølge interviewpersonerne god praksis at anvende tolk i samspil med oversatte versioner af opsporingsredskaber til opsporingen af ikke-dansktalende familier. Tolkebidstand kan være særligt givtigt, da der kan være behov for at uddybe spørgsmål og drøftelse af besvarelserne efterfølgende.

Opfølgning på opsporing

Ligesom tilrettelæggelse og udførelsen af opsporing foregår forskelligt, er der forskel på journaliseringspraksis og muligheder i forbindelse med opsporing af fødselsdepressioner. Af kommunerne angiver 91 pct., at de i forbindelse med systematisk opsporing laver skriftlig journalisering, hvilket gælder for 40 pct. af regionerne. Over halvdelen af kommunerne (58 pct.) registrerer, om de har tilbudt systematisk opsporing, lidt flere (68 pct.) registrerer, at de har gennemført opsporing med et opsporingsredskab og endnu flere (84 pct.) registrerer den konkrete score. Regioner registrerer dette i lavere grad (henholdsvis 20 pct., 60 pct. og 40 pct.). Derudover registrerer 63 pct. af kommunerne, hvorvidt de har lavet en henvisning på baggrund af opsporingen, mens det gælder for 40 pct. af regionerne. **Figur 3-8** nedenfor præsenterer kommuners og regioners praksis for journalisering.

Figur 3-8: Hvad er praksis for journalisering af systematisk opsporing for fødselsdepressioner med systematisk opsporingsredskab? Det er muligt at sætte flere kryds

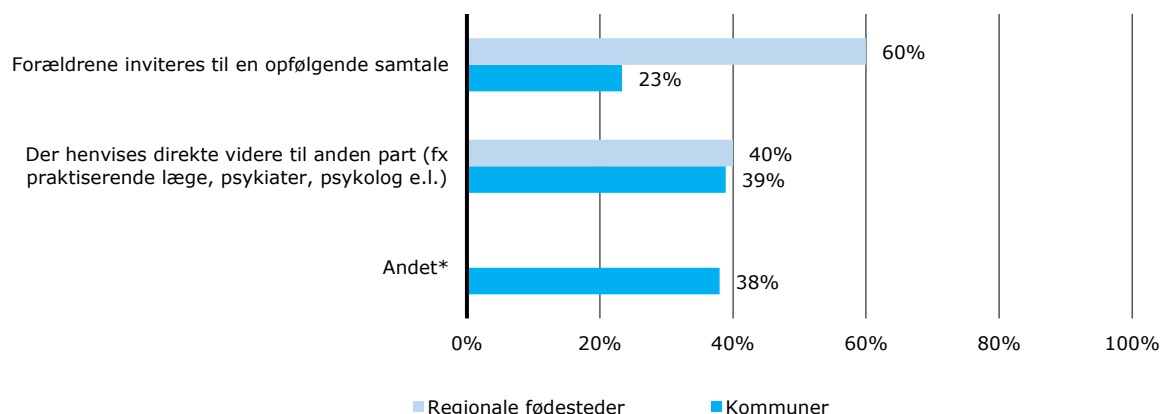


Kilde: RMC-survey 2021 for regionale fødesteder og kommuner.

Base: Regionale fødesteder: N = 5 og kommuner: N = 90, der har svaret, at de anvender opsporingsredskaber til opsporing.

I tilfælde af, at opsporingen giver anledning til mistanke om fødselsdepression, fx hvis en forælder scorer over cut-off værdien for det anvendte opsporingsredskab, har de sundhedsprofessionelle forskellige muligheder for at iværksætte forskellige handlinger. Over halvdelen (60 pct.) af de regionale fødesteder, der anvender opsporingsredskaber, inviterer forældre til opfølgende samtale, hvis de opsporer tegn på fødselsdepression, mens det gælder for en mindre andel (23 pct.) af kommunerne. Samtidig henviser under halvdelen (40 pct.) af de regionale fødesteder direkte til anden part, som fx praktiserende læge og psykolog, mens det også gælder for under halvdelen (39 pct.) af kommunerne. En del af kommunerne angiver, at de iværksætter andre handlinger, hvilket bl.a. dækker over ekstra hjemmebesøg, gruppeforløb, individuelle samtaler og andre tilbud i kommunalt regi. Figuren nedenfor præsenterer disse handlinger fordelt på kommuner og regioner.

Figur 3-9: Hvilke handlinger iværksættes, hvis opsporingen med opsporingsredskab er over cut-off?



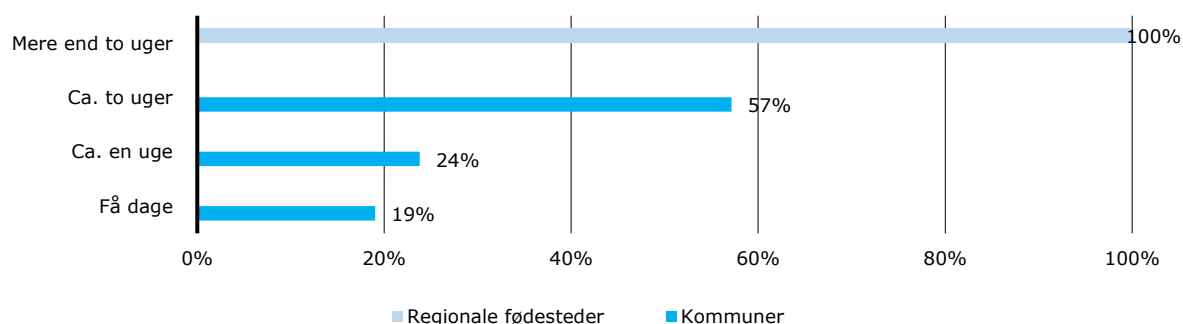
Kilde: RMC-survey 2021 for regionale fødesteder og kommuner.

Base: Regionale fødesteder: N = 5 og kommuner: N = 90, der har svaret ja til, at de anvender opsporingsredskaber til opsporing.

*Andet dækker bl.a. over: ekstra hjemmebesøg, tilbud om gruppeforløb, lyttebesøg, individuel samtale, handling afhænger af cut-off score, behovsbesøg med sundhedsplejerske eller henvisning til kommunale tilbud.

Blandt de kommuner og regionale fødesteder, der inviterer forældre til en opfølgende samtale på baggrund af en score over cut-off, angiver samtlige (100 pct.) af disse regionale fødesteder, at der går mere end to uger, før jordmoderen følger op på forældrene. Blandt kommuner, der afholder en opfølgende samtale med forældre pga. en score over cut-off, angiver lidt over halvdelen (57 pct.), at der går ca. to uger, knap en fjerdedel (24 pct.) angiver, at der går ca. en uge, mens en femtedel (19 pct.) følger op inden for få dage. Kortlægningen viser således, at der generelt er en længere opfølgningstid på de regionale fødesteder ift. kommunerne, der har mulighed for at følge op inden for to uger.

Figur 3-10: Hvor lang tid går der fra opsporing over cut-off, til sundhedsplejersken/jordmoderen følger op på forældrene?



Kilde: RMC-survey 2021 for regionale fødesteder og kommuner.

Base: Regionale fødesteder N = 3 og kommuner: N = 21, der har svaret ja til, at forældrene inviteres til en opfølgende samtale, hvis opsporingsredskabet er over cut-off.

Tværgående samarbejde i forbindelse med opsporing

Opsporingen af fødselsdepressioner hos forældre foretages generelt af én aktør, fx familiens tilknyttede sundhedsplejerske, hvor kommunikation og samarbejde med andre parter ikke altid er en integreret del af praksis. Hvis der opspores tegn på fødselsdepression, vil der i flere situationer iværksættes tværgående samarbejder for at understøtte det videre forløb, men disse samarbejder er ofte ikke formaliseret eller nedskrevet.

Det tværgående samarbejde er ofte mere veletableret, når det kommer til særligt sårbare familier. Det gælder, hvis fx forældrene er tilknyttet psykiatrien og evt. modtager behandling, hvor der fra start i graviditeten ofte etableres et samarbejde mellem egen læge, sundhedsplejerske og psykiatrien. Det er tilmed udbredt, at der etableres et tværgående samarbejde med den kommunale socialforvaltning, hvis familierne tidligere har haft eller har udfordringer, fx i form af tidligere underretning.

4. HENVISNING

Dette kapitel kortlægger og giver indblik i praksis for henvisning ved fødselsdepressioner, herunder hvad der er definerende for at henvise, samt hvilke muligheder der er for henvisning²⁵. Kapitlet beskriver ligeledes organisering og ventetider. Elementer fra lokal praksis, der af interviewpersonerne i casestudierne opleves som hensigtsmæssige i relation til henvisning, præsenteres løbende i kapitlet.

Figur 4-1: Hovedpointer i relation til henvisning



Almen praksis har generelt en række forskellige henvisningsmuligheder i tilfælde af opsporet fødselsdepression hos gravide/mødre, herunder henvisning til psykologer med eller uden sygesikringsoverenskomst samt til psykiatri. Derudover kan almen praksis henvise til kommunale tilbud, fx i form af gruppetilbud og/eller til regionale tilbud, fx tværfaglige teams målrettet særligt sårbare familier, såfremt disse tilbydes. Henvisningsmulighederne for den anden forælder er begrænset, da der er færre tilbud målrettet denne.



I *kommunalt regi* er det primært familiens tilknyttede sundhedsplejerske, der henviser i tilfælde af opsporet mistanke om fødselsdepression hos en forælder, hovedsageligt den gravide/moren. Sundhedsplejersken kan i de fleste tilfælde altid henvise til almen praksis, der er borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet og dermed gatekeeper til mange kliniske behandlingstilbud. I flere kommuner findes imidlertid kommunale behandlingstilbud, fx gruppetilbud, hvortil sundhedsplejersken kan henvise direkte.



De *regionale fødesteder* kan benytte sig af tre henvisningsveje, hvilket indebærer henvisning til regionspsykiatri, til egne regionale tilbud samt henvisning til almen praksis, som kan henvise videre til en række sundhedsydelse. Derudover er der et eksempel på, at et regionalt fødested har tilknyttet egen psykolog, som de kan henvise direkte til. I relation til henvisning til almen praksis, er det de kommende forældre/forældre, der bedes rette henvendelse, mens de regionale fødesteder i svære tilfælde kan formidle kontakten med samtykke fra forældre, hvorfor ventetiden varierer. Henvisning til psykiatri sker ofte i de sværere tilfælde, hvor moren har en eksisterende psykiatrisk lidelse.

4.1 Organisering

Der er som udgangspunkt tre steder i sundhedsvæsenet, hvorfra en henvisning kan ske; almen praksis, den kommunale sundhedspleje og det regionale fødested. Den kommunale sundhedspleje kan typisk henvise til egne tilbud eller almen praksis. Det regionale fødested kan henvise til egne tilbud, regional psykiatri, kommunale tilbud eller almen praksis. Almen praksis kan henvise egne tilbud (individuelle samtaler ved egen læge), sårbarhedsteam eller udvidede forløb på fødestedet, privatpraktiserende psykologer eller psykiatere med sygesikringsoverenskomst og kommunale tilbud. Derudover kan kommende forældre/forældre på eget initiativ tage kontakt til private behandlingstilbud som privatpraktiserende psykologer, hvilket de selv skal betale for.

De fagprofessionelles henvisningsmuligheder er betinget af, hvilke behandlingstilbud der er til rådighed i den pågældende region eller kommune. Det kan begrænse henvisningsmulighederne, hvis fx almen praksis ikke har kendskab til kommunale eller regionale tilbud.

²⁵ I forhold til brugen af samlebegrebet "henvisning" henvises til begrebsafklaringen i kapitel 1.



Overblik over behandlingstilbud

På tværs af casestudierne fremhæves det, at et samlet overblik over kommunens/regionens behandlingstilbud for fødselsdepression styrker kendskabet til tilgængelige tilbud. Dette øger fagprofessionelles henvisningsmuligheder til behandlingstilbud uden for eget regi.

Ligeledes er omfanget af tværsektorielle samarbejder og henvisninger i høj grad betinget af og afhængige af et gensidigt kendskab og forudgående relation. Således viser kortlægningen, at enheder med formelle samarbejdsaftaler og eksisterende relationer i højere grad anvender henvisningsmuligheder og udnytter tværsektorielle samarbejder.



Tværsektorielt samarbejde

Tværsektorielt samarbejde kan ifølge interviewpersonerne lette henvisningen af forældre med mistanke om fødselsdepressioner, idet samarbejdet kan skabe bedre kendskab til tilbud på tværs af sektorer, samt skabe en tryghed hos den fagprofessionelle om, at der bliver taget hånd om forældrerens problemstilling efter henvisningen.

4.2 Praksis for henvisning ved fødselsdepressioner

Praksis for henvisning i tilfælde af fødselsdepressioner varierer i høj grad på tværs af og imellem kommuner og regioner, hvilket sandsynligvis hænger sammen med, at praksis for opsporing ligeledes varierer, samtidig med, at der er forskellige henvisningsmuligheder afhængigt af hvilke behandlingstilbud, der findes i den pågældende kommune og region.

Godt halvdelen af landets kommuner (56 pct.) angiver, at sundhedsplejersker kan henvise direkte til behandlingstilbud, hvilket ofte er behandlingstilbud i kommunalt regi, fx gruppeforløb eller kommunalt ansat psykolog, mens henvisning til privatpraktiserende psykolog med sygesikringsoverenskomst og regionspsykiatri skal foregå gennem den almen praktiserende læge. Kommuner, der ikke har adgang til at henvise direkte til behandlingstilbud i eget regi, har som udgangspunkt kun mulighed for at henvise til almen praksis for yderligere udredning og henvisning til behandlingstilbud ved mistanke om fødselsdepression.

Blandt de regionale fødesteder angiver 17 pct., at jordemødre kan henvise direkte til behandlingstilbud, hvilket ligeledes ofte er behandlingstilbud i eget regi, fx til ekstra konsultationer med jordemødre eller sårbarhedsteam på fødeafdelingen. Derudover kan jordemødre henvise til almen praksis eller regional psykiatri. Den lille andel kan desuden være forbundet med, at det i mange tilfælde er læger på fødestederne, der foretager den endelige vurdering af, hvorvidt patienten skal henvises videre på baggrund af en mistanke om fødselsdepression.

Figur 4-2: Henvisning til behandlingstilbud for fødselsdepressioner

HENVISNING TIL BEHANDLINGSTILBUD FOR FØDSELSDEPRESSIONER



I **56%** af kommunerne kan sundhedsplejersker henvise direkte til behandlingstilbud

N = 93 kommuner.

På **17%** af de regionale fødesteder kan jordemødre henvise direkte til behandlingstilbud

N = 18 regionale fødesteder.

Henvisning til almen praksis

Ved henvisning til almen praksis er det som udgangspunkt de kommende forældre/forældre selv, der skal tage kontakten til deres egen læge efter fx anbefaling fra sundhedsplejen. Det er sjældent sundhedsplejersken eller jordemoderen, der indleder kontakten. Dette kan være en udfordring, da der ikke er et sikkerhedsnet i forhold til, om den videre kontakt rent faktisk indledes. I nogle kommuner har sundhedsplejen valgt at prioritere kommunikation med almen praksis ved stærk

mistanke om fødselsdepression hos en forælder. Hvis kontakten foregår gennem de fagprofessionelle, er det typisk via korrespondancebreve eller telefonisk. Dette forudsætter samtykke fra forælderen. Den direkte henvisning mellem fagprofessionelle er med til at sikre, at kontakten bliver indledt, da den praktiserende læge har mulighed for at følge op på patienten, hvis denne ikke selv henvender sig, hvilket især kan være relevant ved sårbare familier eller familier med anden etnisk herkomst end dansk. Desuden kan kontakten mellem fagprofessionelle styrke det tværprofessionelle samarbejde, så de fagprofessionelle har en bedre fælles indsigt i forælders situation, ligesom det kan være brugbar information, hvis de praktiserende læger får besked, når en patient scorer højt ved opsporing for fødselsdepression.



Kommunikation og samarbejde på tværs af sektorer

På tværs af casestudierne fremhæves det, at kommunikation og systematisk samarbejde mellem fagprofessionelle på tværs af sektorer kan sikre, at information vedrørende forældre med tegn på fødselsdepression ikke går tabt. Det medfører, at forældre ikke behøver forklare deres situation flere gange, fordi den fagprofessionelle er underrettet om forælders situation og eventuelle behandling. Derudover kan direkte kommunikation mellem fagprofessionelle i forbindelse med en henvisning sikre, at kontakten bliver indledt. Information kan kun udveksles efter samtykke med forældrene.

Praksis for henvisning i almen praksis

Henvisningspraksis blandt praktiserende læger varierer. Det afhænger af flere parametre som udbuddet af tilbud i kommunen, ventetider til privatpraktiserende psykologer og psykiater samt muligheden for at få hjælp i regionspsykiatrien. De fleste læger, der har bidraget til undersøgelsen, henviser primært til privatpraktiserende psykolog eller kommunale tilbud. Det varierer, om lægerne kan henvise direkte til kommunale tilbud eller blot opfordre patienten til at foreslå deltagelse i et kommunalt tilbud til sin sundhedsplejerske. I tilfælde, hvor den praktiserende læge har en særlig bekymring for, om en forælder vil udvikle en fødselsdepression, angiver enkelte af de adspurgte læger, at de kontakter den kommunale sundhedspleje med henblik på at afholde graviditetsbesøg eller behovsbesøg for at afdække forældrenes situation med skærpet opmærksomhed.

Henvisning til regionspsykiatrien

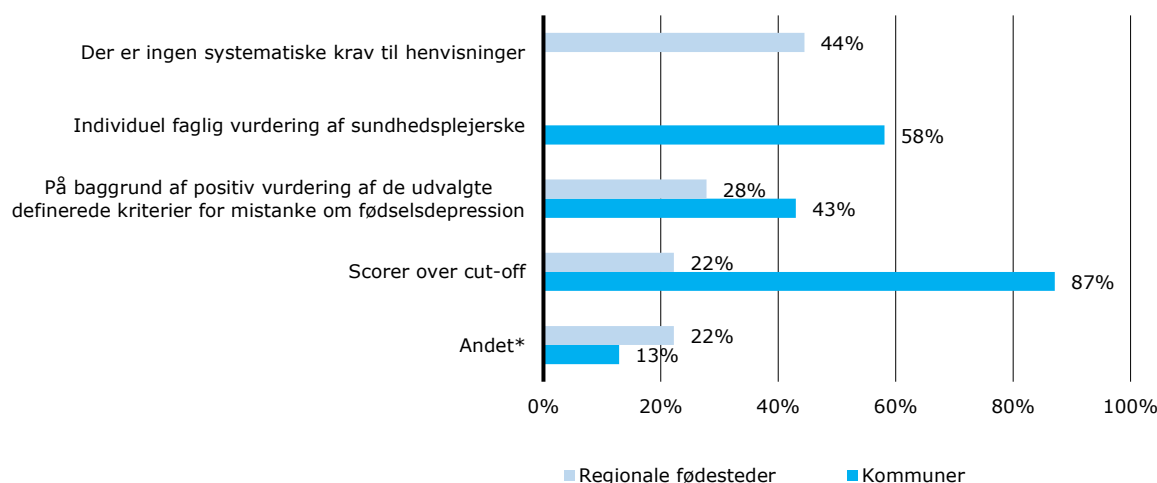
De praktiserende læger og fødestederne har varierende erfaringer med at henvise til forældre med fødselsdepression til regionspsykiatrien. Flere af de adspurgte praktiserende læger og fødestederne peger på, at det kan være svært at henvise forældre med milde symptomer videre i sundhedsvæsenet, og at de oplever afvisning af regionspsykiatrien, hvis tilstanden ikke er alvorlig nok. Dette fremgår i kortlægningen som en problematik i de tilfælde, hvor de praktiserende læger og fødesteder ikke har mulighed for at henvise til egne eller kommunale tilbud.

4.3 Målgruppen for henvisning

Målgruppen for henvisning afgøres ud fra forskellige parametre på tværs af kommunernes og regionernes praksis. Af kommunerne er det oftest (87 pct.) en scorer over cut-off på et opsporingsredskab, der er definerende for, at en henvisning finder sted. 58 pct. af kommunerne angiver yderligere, at en individuel faglig vurdering har betydning for, at sundhedsplejerskerne foretager en henvisning, mens knap halvdelen (43 pct.) angiver, at en positiv vurdering af udvalgte definerende kriterier for mistanke om fødselsdepression er baggrund for, at der gives en henvisning. Dette indikerer således, at cut-off scoren fungerer som den væsentligste indikator for at henvise en forælder med mistanke for fødselsdepression, men at opsporingen ofte kombineres med en faglig vurdering.

Blandt de regionale fødesteder er en score over cut-off mindre definerende for, om en henvisning finder sted (22 pct.)²⁶. 44 pct. af de regionale fødesteder anvender ikke systematisk krav til henvisninger, mens 28 pct. angiver, at de henviser på baggrund af en positiv vurdering af udvalgte kriterier for mistanke for fødselsdepression.

Figur 4-3: Hvad er definerende for, at henvisning finder sted? Det er muligt at sætte flere kryds



Kilde: RMC-survey 2021 for regionale fødesteder og kommuner.

Base: Regionale fødesteder: N = 18. Kommuner: N = 93.

*Andet dækker bl.a. over: Cut-off i kombination med efterfølgende dialog er definerende for næste skridt, ved score over cut-off hentes altid en second opinion gennem egen læge, dialog med forældre, hensyn til familiens behov og ønske samt jordemoder faglig vurdering.

Typen af henvisning kan afhænge af cut-off score eller det generelle sygdomsbillede. Hvis en forælder scorer meget højt eller viser tegn på mental mistrivsel, henviser sundhedsplejen ofte direkte til almen praksis for videre psykiatrisk henvisning. Hvis de kommende forældre/forældrene scorer middel, henvises der oftest til kommunale tilbud, hvis dette er en mulighed. I nogle kommuner udelukker den ene henvisning ikke den anden, hvorfor der både kan være henvisning til kommunale tilbud og almen praksis samtidigt.



Faglige eksperter: Eksperter fremhæver, at en henvisning bør ikke forekomme udelukkende på baggrund af en score på et opsporingsredskab, men efter en opfølgende samtale med personen, hvor man får afdækket, hvad der ligger til grund for den høje score, samt hvilket udfordringer og behov den enkelte har. Dette sikrer, at personen henvises til det rette tilbud for vedkommende.

4.4 Muligheder for henvisning

Som tidligere nævnt, er forskellige henvisningsmuligheder afhængigt af, hvilke tilbud der findes i den pågældende kommune og region. Desuden varierer både sundhedsplejerskernes og jordemødrenes henvisningsmuligheder på tværs af om, det er den kommende mor eller far.

Kommunernes henvisningsmuligheder ved mistanke om eller opsporing af fødselsdepression

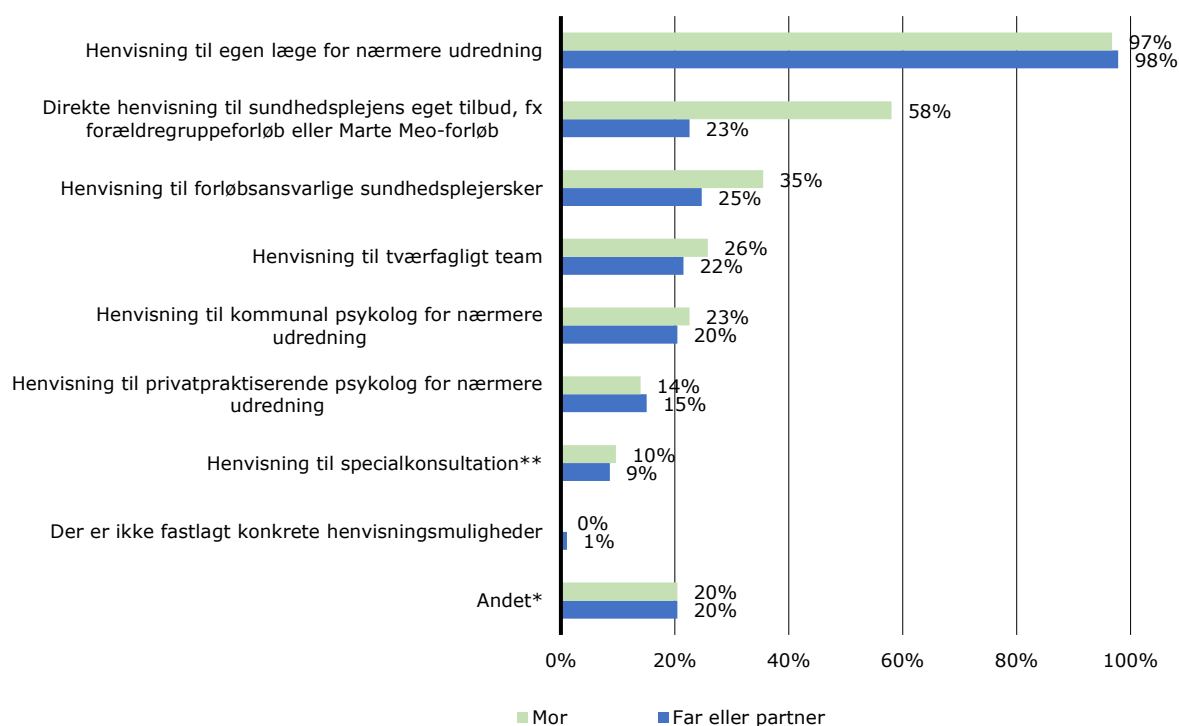
Stort set alle (henholdsvis 97 og 98 pct.) kommuner angiver, at sundhedsplejerskerne kan henvise moren og den anden forælder til almen praksis ved opsporing eller mistanke om fødselsdepression²⁷. Over halvdelen (58 pct.) angiver yderligere, at sundhedsplejersken har

²⁶ Det er blot 5 regionale fødesteder, der har angivet, at de anvender et opsporingsredskab (jf. figur 3-5), hvilket kan forklare, den lave andel af regionale fødesteder, der henviser på baggrund af en score over cut-off.

²⁷ Alle sundhedsplejersker kan i udgangspunktet anbefale forældrene at kontakte almen praksis. At svarprocenten er under 100 pct., kan skyldes, at respondenterne ikke har tolket dette som en konkret henvisning.

mulighed for at henvise moren til sundhedsplejens egne tilbud såsom gruppeforløb. Imidlertid angiver kun 23 pct., at dette er en mulighed for far eller partner. I 20-35 pct. af kommunerne kan sundhedsplejersken henvise både moren og faderen/partneren til andre kommunale tilbud som et tværfagligt team, den forløbsansvarlige sundhedsplejerske eller en kommunal psykolog. Det kan være en udfordring for kommuner at henvise til tilbud, der kan sikre hurtig hjælp og støtte til kommende forældre/forældre med fødselsdepression eller tegn herpå, når kommunen ikke har etableret tilbud til kommende forældre/forældre med fødselsdepression.

Figur 4-4: Hvad er de kommunale henvisningsmuligheder ved opsporing af fødselsdepression eller mistanke derom? Det er muligt at sætte flere kryds



Kilde: RMC-survey 2021 for kommuner.

Base: Kommuner: N = 93.

*Andet dækker bl.a. over: parsamtaler, behovsbesøg, familieværksted, tværfaglig COS-P gruppe, henvisning til familieafdeling, opfølgende hjemmebesøg, efterfødselsreaktionsgruppe med sundhedsplejerske og familierådgiver, lyttesamtaler ved sundhedsplejerske, familierapeut, Internetpsykiatrien, Fødselssamarbejdet, gruppeforløb ved sundhedsplejerske og psykolog og henvisning til tværfagligt team ved bekymring for børnene.

**Henvisning til specialkonsultation dækker bl.a. over: behandlingstilbud hos kommunal psykolog, anvendelse af § 11.3-samtaler med familievejleder/psykolog, familierådgiver, gruppeforløb ved sundhedsplejerske og psykolog, gruppeforløb for fædre, psykoterapeutiske samtaler i Mødrerådgivningen, familiehuset, pusterummet, COS-P-forløb og behovssamtaler.

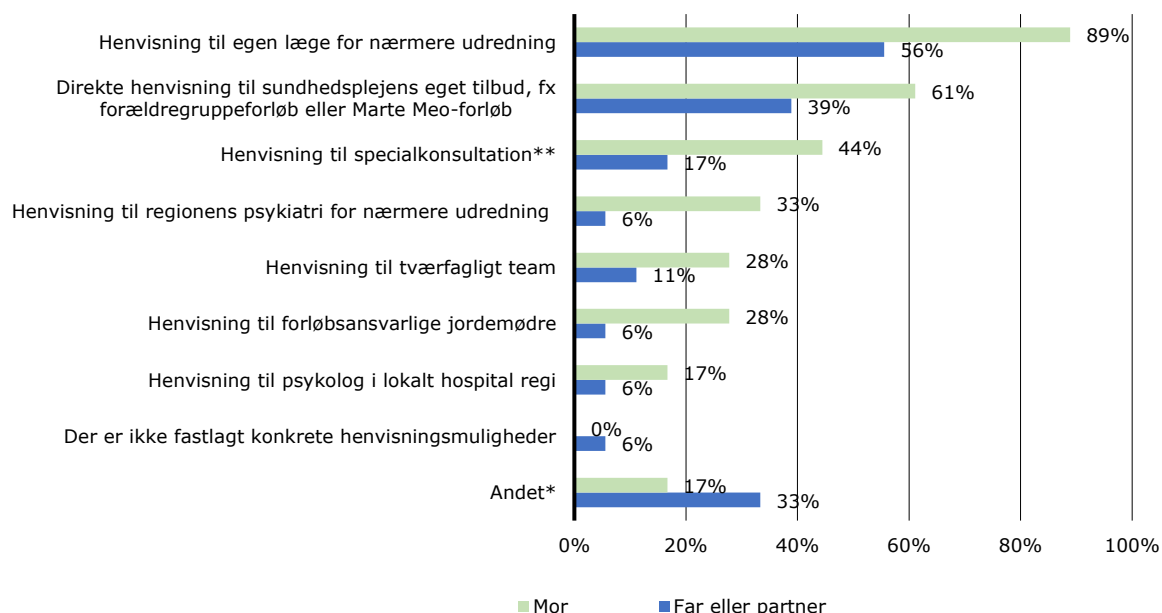
Regionale fødesteders henvisningsmuligheder ved mistanke om eller opsporing af fødselsdepression

De regionale fødesteder angiver, at størstedelen af jordemødrene (89 pct.) kan henvise moren til almen praksis.²⁸ Dette er imidlertid kun tilfældet for 56 pct. af jordemødrenes henvisningsmulighed for fædre/partneren. Over halvdelen (61 pct.) af jordemødre kan desuden henvise moren til den kommunales sundhedsplejers tilbud, hvilket er gældende for 39 pct. af henvisningsmulighederne for far eller partner. Derudover angiver 44 pct. af de regionale fødesteder, at de kan henvise moren til specialkonsultation ved fx sårbarhedsteam eller jordemoder med udvidede kompetencer, imens blot 17 pct. af de regionale fødesteder angiver dette som en mulighed til fædre/partnere. Således er der på tværs af svarkategorierne en generel tendens, der viser, at jordemødrenes

²⁸ Alle jordemødre kan i udgangspunktet anbefale forældrene at kontakte almen praksis. At svarprocenten er under 100 pct., kan skyldes, at respondenterne ikke har tolket dette som en konkret henvisning.

henvisningsmuligheder for fædre eller partnere er begrænsede i forhold til deres henvisningsmuligheder for mødre. På de regionale fødesteder ansues fædre/partnere ikke som tilknyttet patient, hvorfor både opmærksomhed/ansvar, og tilbudsviften ikke er målrettet denne.

Figur 4-5: Hvad er de regionale fødesteders henvisningsmuligheder ved opsporing af fødselsdepression eller mistanke derom? Det er muligt at sætte flere kryds



Kilde: RMC-survey 2021 for regionale fødesteder.

Base: Regionale fødesteder: N = 18.

*Andet dækker b.l.a. over: team for sårbare gravide og håndtering mellem socialmyndigheder, sundhedsplejerske og jordemoder og eget team, herunder sundhedsplejerske, jordemoder og behandler efter behov.

**Henvisning til specialkonsultation dækker b.l.a. over: jordemødre med sårbarhedskonsultation, tværfaglig jordemoder/læge, jordemoder i familieambulatoriet, jordemoder med udvidet tilbud af jordemoderkonsultation (eget regi), parret kan henvises til sårbar team, hvis faren har en depression, sårbar team samt inddragelse af jordemoder med særlige kompetencer og efteruddannelse.

Det er en fordel kommunalt såvel som regionalt, når sundhedsplejersker, jordemødre og almen praksis kan henvisne direkte til egne/eller hinandens tilbud. Dette udvider henvisningsmulighederne, der øger sandsynligheden for, at forælderen henvises til det rette tilbud for vedkommende. På de regionale fødesteder og hos de praktiserende læger kan det være vanskeligt at henvisne forældre med lavere symptombillede/lette symptomer, da psykiatrisk eller medicinsk behandling ikke nødvendigvis er den rette behandling for alle, ligesom henvisningen kan blive afvist, hvis reaktionens sværhedsgrad ikke vurderes høj nok. Derudover er proceduren for henvisning til egne tilbud ofte mere enkel og let for den fagprofessionelle, ligesom ventetiden oftest er betydeligt lavere i forhold til eksterne tilbud, hvilket uddybes i det følgende afsnit.

Direkte henvisning til egne tilbud
 Interviewpersonerne fremhæver det som god praksis, når fx sundhedsplejersker kan henvisne direkte til kommunale tilbud, hvad enten det er til kommunalansat psykolog, individuelle samtaler eller gruppetilbud. En direkte henvisning kan reducere ventetid og arbejds gange.

4.5 Ventetid

Ventetiden til behandling af fødselsdepressioner er afhængig af, hvilket behandlingstilbud der henvises til, samt hvor behandlingstilbuddet er forankret. Ved henvisning til regional psykiatri skal en udredning være påbegyndt, hvis det er fagligt muligt, inden for 30 dage. Hvis der er et akut

behov for psykiatrisk behandling, er dette 1-2 dage. I Region Nordjylland er der yderligere mulighed for sub-akut henvisning til ambulant besøg inden for en uge. Kortlægningen viser, at ventetiden til privatpraktiserende psykolog med sygesikring overenskomst typisk er på 3-6 måneder, imens ventetid til privatpraktiserende psykologer uden sygesikringsoverenskomst typisk er væsentlig kortere, ned til 14 dage. Ventetiden til privatpraktiserende psykiatere er ikke afdækket i kortlægningen, da ingen af de adspurgte interviewpersoner fremhævede, at de henviste til privatpraktiserende psykiatere. Det kan hænge sammen, at der er relativ kort ventetid til regionspsykiatrien jf. borgeres ret til udredning, hvorfor dette prioriteres fremfor en henvisning til privatpraktiserende psykiatere. For kommunale tilbud er ventetiden varierende. De fleste kommunale tilbud igangsættes inden for et par uger, fx behovsbesøg, åbne gruppetilbud eller samtale med kommunal psykolog, hvor andre kører på faste rul, fx lukkede gruppetilbud, hvilket skaber varierende ventetider. Nogle kommuner og praktiserende læger tilbyder/henviser til såkaldte lyttebesøg eller ekstra samtaler/konsultationer under ventetiden til andet behandlingstilbud²⁹.



Faglige eksperter: Eksperter fremhæver, at ventetiden på behandling for fødselsdepression er afgørende, da ubehandlede symptomer kan forværres yderligere og have negativ effekt på forældrenes tilstand og barnets udvikling. Hurtig og rettidig behandling bør derfor højprioriteres og optimalt ikke overgå 14 dage.

62 pct. af kommunerne mener, at der ingen forskel er mellem ventetiden for henholdsvis mødre og fædre/partnere. Det samme gør sig gældende for 22 pct. af de regionale fødesteder. To pct. af kommunerne angiver, at mødre har længst ventetid, mens én pct. af kommunerne mener, at det er fædre/partnerne, der har længst ventetid.³⁰

Flere af de adspurgte praktiserende læger peger på, at ventetiden kan have en betydning for, hvilke tilbud de henviser til, og om der iværksættes midlertidige tilbud. Eksempelvis afholder flere af de adspurgte praktiserende læger individuelle samtaler med forældre, der har en fødselsdepression, indtil de kan komme til hos eksempelvis en privatpraktiserende psykolog. På den måde kan den praktiserende læge følge udviklingen i fødselsdepressionen i ventetiden og henvise til andre tilbud undervejs ved forværring af symptomer. Der er ligeledes nogle af de adspurgte praktiserende læger, der peger på, at de henviser til fx regionspsykiatri før privatpraktiserende psykolog grundet den lange ventetid.

Da ventetiden til privat praktiserende psykologer med sygesikringsoverenskomst er betydelig, har enkelte privatpraktiserende læger etableret et samarbejde med privatpraktiserende psykologer specifikt omkring forældre med mistænkt fødselsdepression, der sikrer en hurtig henvisning. I tilfælde af ventetid er det god praksis at tilbyde midlertidige indsatser.



Udfyld ventetiden

I tilfælde af ventetid på behandlingstilbud er det ifølge interviewpersonerne god praksis at tilbyde ekstra besøg af sundhedsplejersken, ekstra konsultationer fra almen praksis eller individuelle samtaler med en psykolog/terapeut fra eget regi. Dette sikrer, at man følger familien, indtil de får den rette hjælp, herunder ved henvisning fra egen læge.

²⁹ Willis, A critical review of listening visits in women with postnatal depression, Journal of Health Visiting, Vol. 6, nr. 2.

³⁰ Henholdsvis 34 pct. af kommunerne og 78 pct. af de regionale fødesteder har angivet, at de ikke ved, om der er forskel i ventetiden for mor og far/partner.

5. BEHANDLING

Dette kapitel beskriver praksis for behandling af fødselsdepressioner, herunder udbuddet af behandling til forskellige målgrupper: gravide/mødre, fædre/partner eller begge forældre. Kapitlet beskriver desuden variationer i varighed, form og tilrettelæggelse i de forskellige behandlingstilbud målrettet fødselsdepressioner, mens også forankring og organisering af tilbud beskrives. I kapitlet præsenteres der løbende en række elementer fra lokal praksis, der af interviewpersonerne i casestudierne opleves som hensigtsmæssig i relation til behandling.³¹

Figur 5-1: Hovedpointer i relation til behandling



I *almen praksis* varetages der generelt ikke behandling af fødselsdepressioner, da praktiserende læger som udgangspunkt ikke er uddannet til at varetage behandling af fødselsdepression, er det samme. Der findes dog eksempler på, at den praktiserende læge selv afholder samtaler med mor eller far/partner, hvor samtaleforløbet i nogle tilfælde ses som behandling, mens samtalerne i andre tilfælde afholdes midlertidig for at udfylde ventetiden til anden behandling, fx samtaler hos psykolog. Den praktiserende læge kan desuden ordinere antidepressiv medicinering med antidepressive som led i behandlingen af fødselsdepressioner.



I *kommunalt regi* er der forskel på, hvorvidt der tilbydes behandling, samt på, hvilken type af behandling der tilbydes. Typen af behandlingstilbuddet er ofte drevet af interesse og fagpersoners uddannelse og kompetencer, fx i samtalerapi. Ydermere besidder sundhedsplejen begrænset viden om virkningsfulde behandlingsformer, ligesom tilbuddene i høj grad afhænger af kommunalpolitisk prioritering eller tidsbegrænsede midler fx til projekter. Derudover er kommuner ikke underlagt de samme retningslinjer og krav som fx regionerne, hvorfor kommuner kan tilbyde forskellige typer af behandling, som ikke nødvendigvis er evidensbaseret. Der findes i stedet en række anbefalinger på området, som kommunerne kan tolke og implementere, som de ønsker og finder skal prioriteres. På tværs af kommuner findes der således en bred palette af behandlingstilbud, hvor de mest udbredte er gruppeforløb primært målrettet moren og i få tilfælde til far/partner, forskellige former for samtalerapi, individuelle forløb, behovsbesøg af sundhedsplejersken eller samtaler med kommunal psykolog.



På de *regionale fødesteder* varierer udbuddet af behandlingstilbud til forældre med fødselsdepressioner. Flere regionale fødesteder har et tværfagligt team til sårbare familier, hvor flere faggrupper, fx specialjordemoder, læger og psykologer arbejder tæt sammen om familien i en periode, der kan strække sig fra før til efter fødslen. Nogle af fødestederne har desuden mulighed for at tilbyde samtaler med psykolog tilknyttet hospitalet, mens fåtal har tilbud til pårørende eller far/partneren.



Faglige eksperter: Kortlægningen viser, at definitionen og forståelsen af behandlingstilbud for fødselsdepression varierer på tværs af faggrupper, hvilket vanskeliggør en ensrettet praksis og tilgang. Nogle faggrupper anerkender kun klinisk behandling i psykiatri eller ved psykolog, imens andre også anerkender støttende behandlingstilbud, der varetages i kommunalt regi.

³¹ For survey-spørgsmålene, der er præsenteret i dette kapitel, gælder det, at respondenternes svar er betinget af, at de tidligere har svaret "ja" til, at sundhedsplejersker/jordemødre kan henvise direkte til behandlingstilbud. Det kvantitative datagrundlag består derfor kun i svar fra tre regionale fødesteder og 52 kommuner.

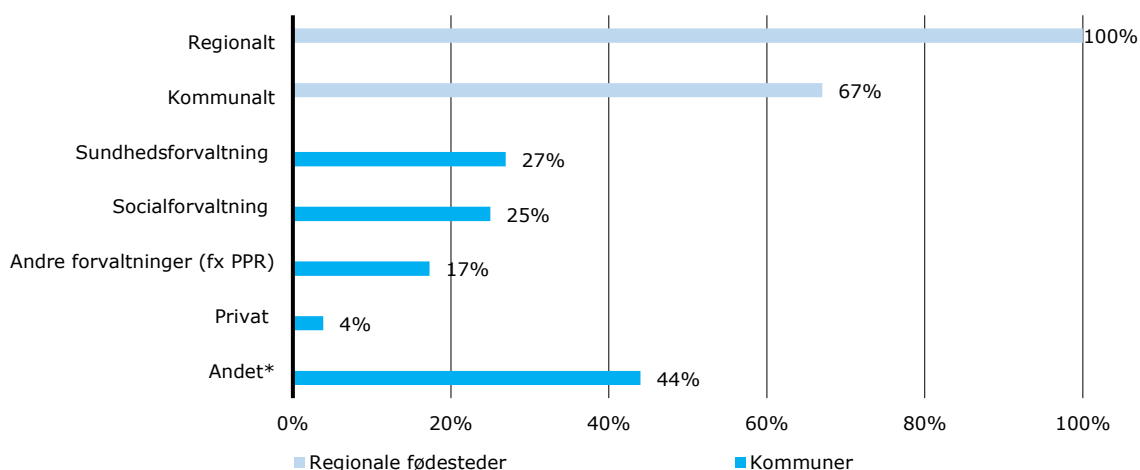
5.1 Organisering

Behandling for fødselsdepressioner varetages i almen praksis, i kommunale tilbud, i regionspsykiatrien, på fødeafdelingerne samt hos psykologer. De kommunale tilbud kan være forankret under sundhedsplejen eller i anden forvaltning, fx socialforvaltningen eller familieafdelingen. Behandlingstilbud på fødeafdelinger er forankret under specialiserede teams for sårbare gravide. Psykologhjælp kan være organiseret i kommunen eller på fødestedet, eller i privat praksis med eller uden sygesikringsoverenskomst.

Alle regionale fødesteder, hvor jordemødrene kan henvise direkte til et behandlingstilbud, angiver, at de kan henvise til tilbud forankret i regionalt regi. Endvidere angiver 67 pct. af disse regionale fødesteder, at jordemødrene også kan henvise til behandlingstilbud, der er kommunalt forankret.

Af kommunerne, hvor sundhedsplejerskerne har direkte henvisningsmulighed, angiver henholdsvis 27 pct. og 25 pct., at tilbuddene er forankret i henholdsvis Sundhedsforvaltningen og Socialforvaltningen. 17 pct. af tilbuddene er desuden forankret i andre forvaltninger, fx PPR.

Figur 5-2: Hvor er behandlingstilbuddene fra regionale fødesteder/kommuner forankret? Det er muligt at sætte flere kryds



Kilde: RMC-survey 2021 for kommuner og regionale fødesteder.

Base: Regionale fødesteder: N = 3 og kommuner: N = 52, hvor sundhedsplejersker/jordemødre kan henvise direkte til behandlingstilbud.

*Andet dækker b.l.a. over: sundhedsplejen, familieafdelingen, børne- og familieafdelingen, børnesociale område og Børne- og Ungdomsforvaltningen.

Tværgående samarbejde om behandlingstilbud

Der findes få tværgående behandlingstilbud målrettet behandling af fødselsdepressioner. Imidlertid er der etableret samarbejder på tværs af organisationer/instanser. Læs mere i casen *Fædre på forkant i Thisted* i bilagsmaterialet, hvor sundhedsplejen og jordemødre afholder fælles team-samtaler.

Enkelte regionale fødesteder samarbejder med psykiatriske afdelinger omkring indlæggelser, tilsyn og opfølgning ifm. sværere psykiske symptomer under graviditet og fødsel. I disse tilfælde er samarbejdet afgørende, hvor uoverensstemmelser omkring ansvarsfordeling kan have alvorlige konsekvenser for eksempelvis nybagte mødre med fødselspsykoser.



Samarbejdsaftaler

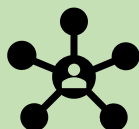
På tværs af casestudierne fremhæves det, at samarbejdsaftaler med fælles instruks understøtter en fælles tilgang ved at definere arbejdsgange og ansvars- og rollefordeling. Det sikrer en hurtig og ensartet procedure, fx ved akutte henvendelser eller overgange.

De fleste fødesteder har et tværgående samarbejde med kommuner i deres optageområde ifm. med at sikre gode overgange og overleveringer. Det er en fordel, hvis fødestedet og kommunen har en fast medarbejder, der er den primære kontaktperson for det tværgående samarbejde. Fokus på brobygning og relationelle forhold mellem parterne understøtter en fælles forståelse omkring arbejdet med sårbare gravide og skaber en tryghed om, at eksempelvis de underretninger, som et fødested fremsender kommunen, bliver taget hånd om. Derudover bør fokus være på at sikre en systematisk procedure for overlevering, hvor information sikres i overgangsforløbene, som ellers er der, informationen typisk går tabt. Det systematiske samarbejde gør desuden, at familier ikke nødvendigvis skal genfortælle deres historie.



Faglige eksperter: Eksperter peger på, at typen af tilbud i kommunerne ofte dreves af interesse og de enkelte fagpersoners uddannelse og kompetencer, fx i samtaleterapi. Kommuner er ikke underlagt samme krav som hospitalet, hvorfor kommunerne kan tilbyde ikke-evidensbaserede tilbud. Dette skaber variation og en ujævn praksis.

Herudover er tilgængelighed og fleksibilitet i behandlingstilbuddene centralt for at kunne imødekomme familierne, der ofte mangler overskud.



Støttende tilbud

Interviewpersoner fremhæver, at forældre, der oplever en fødselsdepression, ofte oplever manglende overskud, hvilket kan være svært at kombinere med deltagelse i behandlingsforløb samt pasningen af et nyfødt barn. Derfor kan det være særlig givtigt, når tilbuddene tilbyder støtte, fx ved at yde børnepasning eller mulighed for at deltage online, da det herved kan bevirke, at flere deltager i behandlingen. Ydermere kan tilbuddet styrkes ved etablering af en koordinerende funktion, der kan være med til at planlægge forløbet for forældrene og koordinere på tværs af aktører og sektorer.

5.2 Praksis for behandling ved fødselsdepressioner

Praksis for behandling af fødselsdepressioner afhænger af reaktionens/depressionens sværhedsgrad, samt hvilke kommunale og regionale tilbud der er tilgængelige i den pågældende kommune og region.

Som også tidligere beskrevet, eksisterer der ikke nationale retningslinjer for praksis for behandling af fødselsdepressioner, eller hvilke behandlingstilbud kommuner og regioner skal tilbyde. Kortlægningen viser på den baggrund en betydelig variation i kommunale og regionale tilbud, der potentielt kan resultere i en ugunstig, uensartet og ulige behandlingspraksis på tværs af landets kommuner og regioner. Som tidligere nævnt henvises kommende forældre/forældre med milde symptomer oftest til kommunale tilbud, imens forældre med sværere symptomer henvises til almen praksis for henvisning og videre udredning. I de kommuner og regioner, der ikke har egne tilbud udover den regionale psykiatri, kan kommende forældre/forældre med let depression ende i et vakuum uden behandling, da praktiserende læger og kommuner har svært ved at henvise disse forældre videre i sundhedssystemet (jf. kapitel 4). Dette skyldes, at medicinsk behandling af depression oftest er indiceret hos forældre med moderat til svær depression, og sjældnere ved let depression.

Derudover er der en markant forskel i, hvorvidt kommunerne har behandlingstilbud målrettet fædre/partner, hvilket potentielt er med til at skævvride adgangen til behandling og skabe ulighed i sundhed.



Instruks

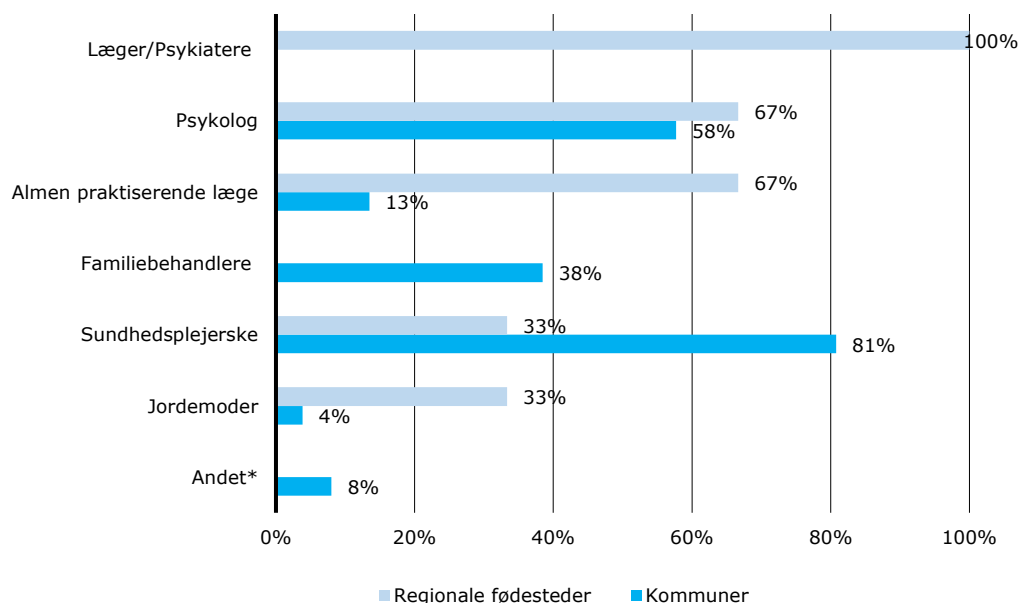
Interviewpersonerne fremhæver, at manglende nationale retningslinjer i arbejdet med opsporing, henvisning og behandling af fødselsdepressioner betyder, at der på tværs af sektorer er stor variation i anerkendelse af viden om og interesse for fødselsdepressioner, hvilket afspejler en uens praksis på tværs. Fælles instruks, på tværs af sektorer, kan fremme en mere ensartet fremgangsmåde i arbejdet med fødselsdepressioner.

Flere kommuner nævner desuden, at det kan være udfordrende at finde ressourcer til at tilbyde behandling af fødselsdepression i kommunalt regi. I nogle kommuner har man været nødsaget til at stoppe et behandlingstilbud, som man ellers havde god erfaring med, fordi det har været projektstøttet. Det gælder for flere kommunale behandlingstilbud, at tilbuddene er projektstøttede (fx gennem satspuljemidler) og dermed finansieres gennem tidsbegrænsede ressourcer. Efter projektperioden er det typisk op til kommunen selv at prioritere arbejdet med fødselsdepressioner. Dette bevirker yderligere, at de tværsektorielle parter (almen praksis og regionale fødesteder) har sværere ved at skabe og bevare overblikket over de tilbud, de vil kunne henvise kommende forældre/forældre til uden for eget regi.

Det er en bred gruppe af forskellige faggrupper, der varetager behandlingstilbud for fødselsdepressioner. Dette hænger potentielt sammen med den store variation i forskellige typer af behandlingstilbud, der eksisterer på området. Blandt de regionale fødesteder, der kan henvise direkte til behandlingstilbud, angiver alle, at læger eller psykiatere kan varetage behandlingstilbuddene, fx speciallæger i almen medicin og psykiatri. 67 pct. af de regionale fødesteder med henvisningsmulighed angiver yderligere, at behandlingstilbuddene kan varetages af henholdsvis psykologer og almen praktiserende læger. En tredjedel angiver desuden, at behandlingstilbuddene kan varetages af henholdsvis sundhedsplejersker og jordemødre.

Af kommunerne, hvor sundhedsplejerskerne har direkte henvisningsmulighed, angiver størstedelen (85 pct.), at sundhedsplejersker varetager behandlingstilbuddene. 58 pct. af kommunerne angiver, at psykologer varetager behandlingstilbud, mens 38 pct. angiver familiebehandlere. En væsentlig færre andel af kommunerne, i forhold til de regionale fødesteder, angiver, at praktiserende læger (13 pct.) og jordemødre (4 pct.) varetager behandlingstilbuddene, som sundhedsplejerskerne kan henvise direkte til.

Figur 5-3: Hvilke faggrupper varetager behandlingstilbud? Det er muligt at sætte flere kryds



Kilde: RMC-survey 2021 for kommuner og regionale fødesteder.

Base: Regionale fødesteder: N = 3 og kommuner: N = 52, hvor sundhedsplejersker/jordemødre kan henvise direkte til behandlingstilbud.

*Andet dækker bl.a. over: socialrådgiver i tidligt indsatsteam, familiehuset, tværfagligt team og sundhedsplejersker med uddannelse i familierapi.

Specialistviden og specialiserede behandlere



Fødselsdepressioner anses af mange fagprofessionelle for at være en relationel lidelse, der ikke kun påvirker den enkelte, men også de omkringliggende relationer. Det fremhæves på tværs af casestudieme, at det er god praksis, når fagpersonerne, der arbejder med forældre med fødselsdepressioner, har indgående viden om området, herunder kendskab til de mekanismer, der er på spil ved fødselsdepressioner, samt hvordan reaktioner kan variere på tværs af køn. Dette gælder både ved opsporing, henvisning og behandling.

For at sikre den rette behandling af kommende forældre/forældre med fødselsdepression, kræver det i mange tilfælde behandlere med specialiseret viden om fødselsdepression, som kender til variationer i reaktionsmønstre mellem køn og de mekanismer, der er på spil, når man har en fødselsdepression samt den betydning, det kan have for relationen til barnet eller nære pårørende, fx den anden forældre eller søskende. Fagekspert og chefspsykolog Svend Aage Madsen definerer fødselsdepressioner, som en relationel lidelse, og påpeger, at det forudsætter en specialviden til forskel fra andre typer af depressioner, hvor fokus både er på arbejdet med depressionen og relationelle aspekter.

Flere af de faggrupper der varetager behandlingstilbud, eksempelvis sundhedsplejersker og praktiserende læger har efteruddannelser inden for det felt, den tilbudte behandling tager udgangspunkt i, fx i narrativ terapi. Dertil er alle autoriserede sundhedspersoner ansvarlige for ikke at påtage sig/udføre opgaver, de ikke er kvalificerede til³². Imidlertid er flere af fagpersonernes specialiseringer og efteruddannelser ikke nødvendigvis fokuseret på behandling af fødselsdepression.

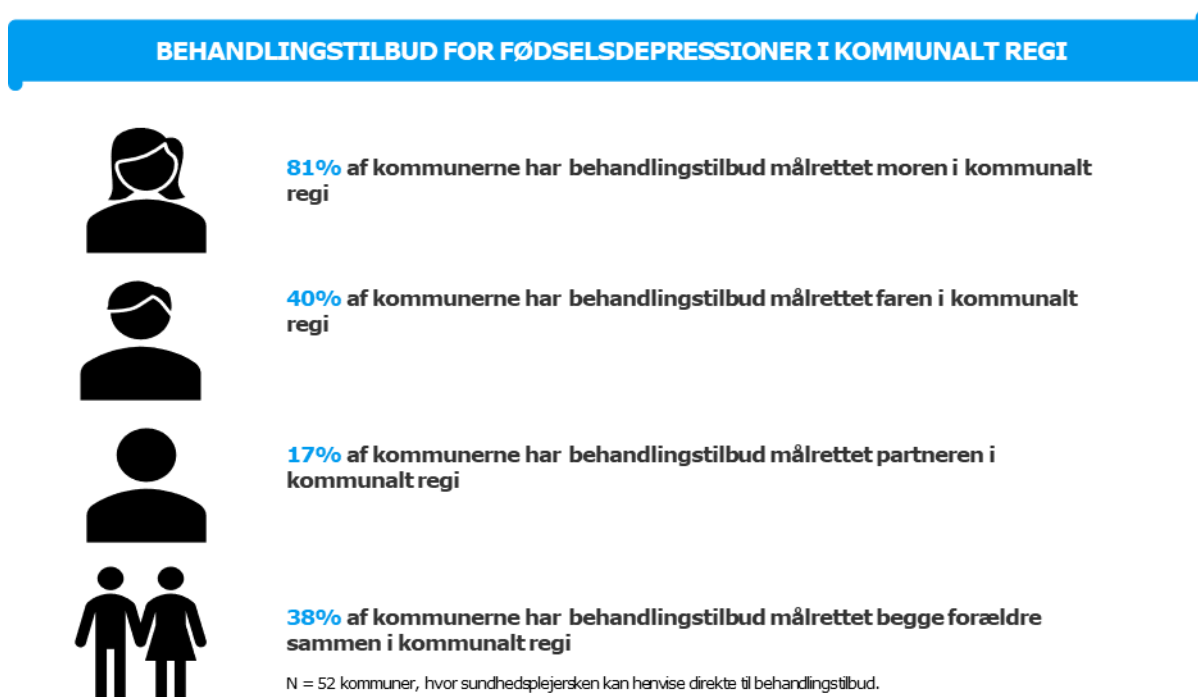
³² [Autorisationsloven \(retsinformation.dk\)](https://www.retsinformation.dk)

5.3 Målgruppen for behandling

Som tidligere nævnt, er der ofte en forskel i behandlingstilbud målrettet fædre/partneren i forhold til moren. Denne forskel gør sig både gældende i de kommunale såvel som regionale behandlingstilbud.

Størstedelen af kommunerne (81 pct.), hvor sundhedsplejersker kan henvise direkte til tilbud, angiver, at behandlingstilbuddene er målrettet moren. Under halvdelen (40 pct.) af kommunerne angiver at kunne henvise til behandlingstilbud målrettet faren, mens blot 17 pct. kan henvise til tilbud målrettet anden partner. 38 pct. af kommunerne angiver yderligere, at sundhedsplejerskerne kan henvise til behandlingstilbud målrettet begge kommende forældre/forældre sammen.

Figur 5-4: Behandlingstilbud for fødselsdepressioner



35 pct. af kommunerne inddrager den anden forælder/partner i nogle af de anvendte behandlingstilbud. For 31 pct. af kommunerne er tilbuddene alene målrettet forælderen med fødselsdepressionen. 29 pct. af kommunerne inddrager dog den anden forælder/partner i *alle* behandlingstilbud. Dette gælder også for hele 67 pct. af de regionale fødesteder.

75 pct. af kommunerne angiver, at der ikke er forskel på behandlingen af fødselsdepressioner afhængigt af køn.



Faglige eksperter: Eksperter fremhæver, at både mor og far kan rammes af en fødselsdepression. Mødre og fædre kan have forskellige reaktionsmønstre, hvorfor det er væsentligt med behandlingstilbud, der er målrettet begge parter og familien som helhed.

På de regionale fødesteder er behandlingstilbuddene primært målrettet moren, der er den indskrevne patient. Da fædre/partnere ikke er indskrevet som patient på de regionale fødesteder vanskeliggør dette henvisning og yderligere behandling. Imidlertid kan der være tilbud og forløb, der tilbydes familien sammen, hvilket også kan inkludere ældre søskende. Hvis jordemødre eller

andre faggrupper på fødestedet mistænker fødselsdepression hos fædre/partneren, vil de som udgangspunkt anbefale vedkommende at henvende sig til egen læge.

Mangel på behandlingstilbud til fædre/partnere i både kommunalt regi og på regionale fødesteder kan medføre ulighed i sundhed, som potentielt kan give udfordringer for hele familien, og vanskeliggøre en god start.

5.4 Typer af behandlingstilbud

Der findes en bred vifte af forskellige behandlingstilbud for fødselsdepressioner, der spænder fra gruppeforløb med ligestillede til højspecialiserede forløb med medicinering med psykofarmaka. Det er samtidigt ikke alle behandlingstilbud, hvori fødselsdepressioner er det primære fokus. Nogle behandlingstilbud omfatter behandling af fødselsdepressioner, men er snarere målrettet sårbare gravide eller social ulighed mere generelt.

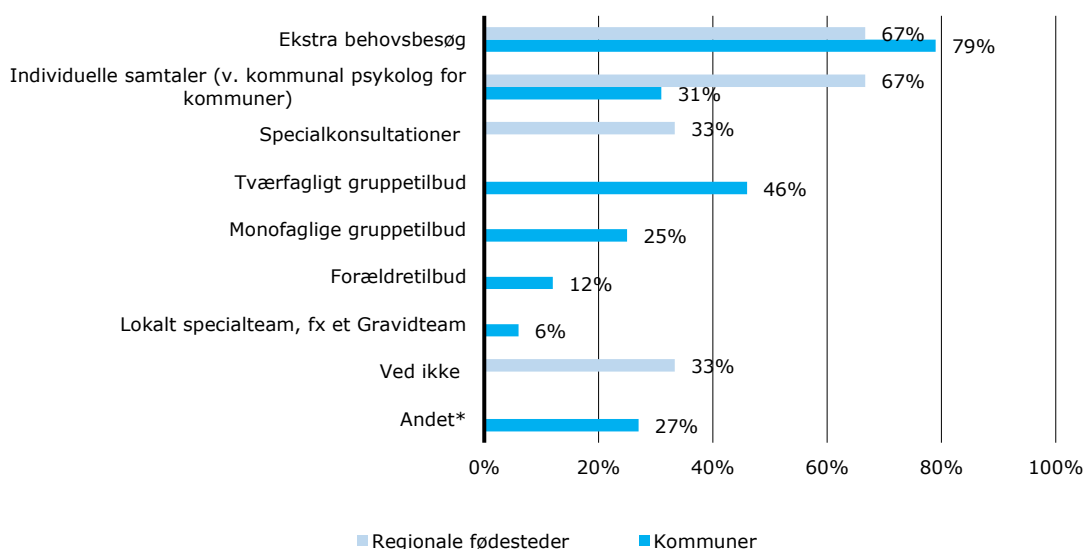


Bred tilbudsvifte

Fødselsdepressioner har forskellige sværhedsgrader, der påvirker den enkelte forskelligt. Det fremhæves af interviewpersonerne som god praksis at have en bred vifte af behandlingstilbud, der kan imødekomme den enkeltes behov og ønsker for behandling. Det kan fx være hensigtsmæssigt både at have tilbud om gruppeforløb og individuelle samtaler for at imødekomme forældre med forskellige sværhedsgrader i deres reaktion ligesom tilbud målrettet begge forældre, sikrer et behandlingstilbud, der matcher den enkelte.

Blandt de behandlingstilbud, som kommunerne og de regionale fødesteder har angivet, at sundplejersker og jordemødre kan henvise direkte til, kan henholdsvis 67 pct. af jordemødrene og 79 pct. af sundhedsplejerskerne henvise til ekstra behovsbesøg. Yderligere 67 pct. af de regionale fødesteder med direkte henvisningsmulighed kan henvise til individuelle samtaler, imens 33 pct. kan henvise til specialkonsultationer. Af kommunerne kan 31 pct. af sundhedsplejerskerne med direkte henvisningsmulighed henvise til individuelle samtaler ved kommunal psykolog. Henholdsvis 46 pct. og 25 pct. af kommunerne angiver, at sundhedsplejerskerne yderligere kan henvise til tværfaglige og monofaglige gruppetilbud.

Figur 5-5: Hvilke tilbud kan sundhedsplejersken/jordemoderen henvise til ved mistanke om eller opsporing af en fødselsdepression? Det er muligt at sætte flere kryds



Kilde: RMC-survey 2021 for regionale fødesteder og kommuner.

Base: Regionale fødesteder: N = 3 og Kommuner: N = 52, hvor sundhedsplejersker/jordemødre kan henvise direkte til behandlingstilbud.

*Andet dækker bl.a. over: afklarende samtaler ved kommunal psykolog, tidlig indsatsteam, kommunal forebyggelsesafdeling med familiebehandlere, familiehus via forebyggende rådgiver, samtaler i familiehuset, fødselssamarbejdet og individuelle samtaleforløb med tværfagligt team.

Alle de adspurgte kommuner, der har direkte henvisningsmulighed, svarer, at der ikke er egenbetaling for at modtage nogle af de behandlingstilbud, som sundhedsplejersken kan henvise direkte til. Dette gælder ligeledes for de regionale fødesteder og de behandlingstilbud, som jordemødrene her kan henvise direkte til.

Eksempler på de typiske typer af behandlingsforløb for fødselsdepressioner beskrives i det følgende, hvor vi har kategoriseret dem under forebyggende tilbud målrettet sårbare gravide, støttende tilbud og kliniske behandlingstilbud.

Forebyggende tilbud målrettet sårbare gravide:

Flere regionale fødesteder har tilbud om *sårbarhedsteam*, hvor særligt sårbare gravide visiteres til typisk pba. kliniske oplysninger afgivet ved journaloptagelse. Det er typisk gravide med tidligere eller nuværende psykiatrisk lidelse, tidligere fødselsreaktion eller rusmiddelrelaterede problematikker, som derfor er ekstra udsatte for psykisk belastning i forbindelse med graviditet og fødsel. Tilbuddet indeholder oftest udvidede og hyppigere samtaler med en jordemoder, således den gravide følges tættere frem mod fødslen. Derudover tilbydes der forskellige indsatser, der er struktureret efter morens individuelle behov, eksempelvis forebyggende planer og specialkonsultationer. Fokus er også på arbejdet med at sikre god overlevering og overgange efter endt forløb til fx almen praksis eller den kommunale sundhedspleje. Sårbarhedsteams varetages af et tværfagligt team, der typisk består af specialjordmødre, fødselslæger, psykiatere og sygeplejersker. Der kan ligeledes være psykologer og socialrådgivere tilknyttet. Medarbejdere i sårbarhedsteams er ofte specialiseret og efteruddannet inden for feltet.

Nogle kommuner har desuden et tidligt fokus på udsatte familier, hvortil der tilbydes et *udvidet forløb ved sundhedsplejerske* med hyppigere besøg både under graviditeten og efter fødsel. Dertil er det i nogle kommuner muligt at tilbyde *tværfaglige forløb* eller *teamsamtaler* målrettet sårbare gravide ved en sundhedsplejerske, socialrådgiver, læge og/eller jordemoder.



Faglige eksperter: Eksperter fremhæver, at personer med tidligere eller nuværende psykisk historik har en forøget risiko for at udvikle en fødselsdepression sammenlignet med baggrundsbeholdningen. Derfor anbefales det at arbejde forebyggende med denne målgruppe, hvor man følger dem tæt under deres graviditets- og efterfødselsforløb.

Støttende tilbud:

Gruppeforløb til kommende forældre/forældre med fødselsdepression består typisk af gruppe à 4-8 personer i samme situation, der mødes enten et fast antal gange eller efter behov. Gruppeforløb varetages som samtaleforløb, der fx kan være baseret på narrativ samtaleterapi eller psykoedukation. Det er typisk en specialiseret sundhedsplejerske med efteruddannelse inden for terapi, der selvstændigt eller med en psykolog eller familieterapeut afvikler forløbene. Gruppeforløb kan være åbne eller lukkede. Fordelen ved åbne gruppeforløb er, at personen kan komme, som det passer, samt at ventetiden ofte er kortere. Fordelen ved lukkede grupperum er, at der skabes en større tryghed og tillid blandt deltagerne, da de lærer hinanden at kende. De fleste kommuner, der har tilbud om gruppeforløb, tilbyder kun forløbet til moren. Imidlertid findes der i færre kommuner gruppeforløb for fædre, begge forældre sammen eller mor-barn-grupper for mødre med børn medbragt, hvor fokus er på at styrke relationen barn og mor imellem.

Det kan være brugbart for kommende forældre/forældre at møde og udveksle erfaringer med andre forældre i lignende situation, da det bl.a. bidrager til spejling og en oplevelse af ikke at være alene.



Spejling og fælles forståelse

Interviewpersonerne oplever, at det kan være givende for forældre med tegn på fødselsdepression at møde andre forældre og familietyper i lignende situationer, så de kan spejle sig i hinanden og dele erfaringer og oplevelser, fx i form af gruppetilbud. Dette skaber også en fælles forståelse og følelse af ikke at være alene.

Individuelle samtaler hos specialiseret sundhedsplejerske, terapeut eller anden fagperson. Typisk individuel samtaleterapi fx baseret på en narrativ tilgang eller systemisk/psykodynamisk terapi. I nogle tilfælde kan det være muligt at have en partner med ved behov. Individuelle samtaler fremfor gruppeforløb kan for nogle skabe en større tryghed og villighed til at åbne op, ligesom gruppetilbud kan være udfordret af, at forældrene i gruppen ikke oplever de samme symptomer. Individuelle samtaler tilegner sig godt til forældre med sværere symptomer.



Viden og information om reaktioner

På tværs af casestudierne fremhæves det, at viden og information om reaktioner og følelser i forbindelse med forældreskabet, både biologisk og psykologisk, er centralt for mange forældre for at kunne forstå og håndtere egen reaktion.

Almen praktiserende læger kan tilbyde selv at stå for behandlingen i form af ekstra samtaler med patienten. Dette tilbud varierer imidlertid meget på tværs af almene praksis, hvor der er stor forskel på den almen praktiserendes læge viden på området, herunder kompetence/erfaring-/uddannelsesmæssige baggrund i samtaleterapi såvel som i psykiatriske lidelser.

Behovsbesøg ved sundhedsplejerske tilbydes typisk, hvis en forælder scorer middel på et opsporingsredskab. Sundhedsplejersken kan tilbyde ekstra besøg, hvor de ofte vil følge op med yderligere opsporing og opmærksomhed på familiens situation.



Aktivering og inddragelse af netværk

Det er ifølge interviewpersonerne god praksis at inddrage de nærmeste pårørende i behandlingen. Inddragelse kan bidrage til at styrke dialogen, relationen og forståelsen mellem de pårørende og forælderen med fødselsdepression og kan fremmes gennem tilbud målrettet pårørende.

I mange tilfælde vil det desuden være god praksis at aktivere og inddrage familiens eget netværk for at opnå ekstra støtte til familien ud over den konkrete rådgivning/behandling fra sundhedsplejersken.

Et såkaldt lyttebesøg med sundhedsplejersker er en mulighed, som sundhedsplejersken kan tage i brug, med henblik på at mere tilbunds gående afdække årsager til eller baggrunde for mistrivsel. Som det blev fremhævet tidligere, skal resultatet af opsporingen med et anvendt redskab aldrig stå alene, hvorfor et lyttebesøg kan være et godt redskab til at blive klogere på symptomerne og oplevelserne hos den forælder, der oplever psykisk mistrivsel. Desuden kan det være et godt supplerende tilbud til behandling eller ventetid på behandling, idet der i tidligere studier er vist gode effekter af lyttebesøg³⁰. De gode effekter er forbundet med, at de kommende forældre/forældre får mulighed for selv at sætte ord på de følelser, de oplever, og måske have en drøftelse med sundhedsplejersken om, hvad der kan være årsager eller handlinger, der kan afhjælpe disse følelser, og dermed mindske symptomerne³³.

³³ Willis, A critical review of listening visits in women with postnatal depression, Journal of Health Visiting, Vol. 6, nr. 2.

Der tilbydes i nogle kommuner *COS-P-forløb (tryghedscirklen)* inden for barnets første leveår, der er et forløb med fokus på at fremme en god og tryk tilknytning mellem forældre og barn, hvilket kan være væsentligt under/efter en fødselsdepression. Forløbet består typisk af otte kursusgange, der kan tilbydes individuelt eller i grupper. Behandleren skal være certificeret i COS-P-metoden.

Der eksisterer også *tilbud målrettet pårørende* til kommende forældre/forældre med psykiatriske lidelser herunder fødselsdepression. Tilbuddene indebærer samtaler og rådgivning til nære pårørende med formål om at styrke dialogen, relationen og forståelsen mellem de pårørende og personen med en psykiatrisk lidelse. Arbejdet med fødselsdepressioner handler typisk om at få skabt en gensidig forståelse af fænomenet fødselsdepression og depression i det hele taget. Der kan anvendes psykoedukation og narrative værktøjer for blandt andet at skabe fokus på de forskellige fortællinger, forståelser og misforståelser, der kan herske i en familie ramt af fødselsdepression. Det kan i mange tilfælde være gavnligt for kommende forældre/forældre at få viden om de forskellige reaktioner og symptomer på en fødselsdepression

Kliniske behandlingstilbud:

Psykologbehandling, der består af flere individuelle samtaler med psykolog med brug af psykoterapi, herunder fx kognitiv adfærdsterapi. Psykologbehandling tilbydes omkostningsfrit i eget regi i nogle kommuner og på nogle fødesteder. Alternativt henvises forælderen medmistanke om fødselsdepression gennem egen læge. Der kan her være tale om hel eller delvis egenbetaling.

Psykiatrisk behandling ved fødselsdepressioner som udgangspunkt tilsvarende behandling af anden depression. Afhængigt af depressionens sværhedsgrad kan den psykiatriske behandling bestå af samtaleterapi, medicinering med psykofarmaka, ambulante behandling, indlæggelser, tilsyn, elektrochok/elektrokonvulsiv terapi og en kombination af ovenstående.

Den almen praktiserende læge kan udover samtaleterapi ligeså ordinere antidepressiv medicin som led i behandlingen af fødselsdepressioner. Når den kommende mor eller moren har fødselsdepressionen, skal ordineringsen dog ske ved rådføring med en psykiater. Rådføringen med en psykiater skal også finde sted, hvis der er behov for at ændre dosis i en eksisterende medicinering.



Faglige eksperter: Eksperter påpeger, at gode behandlingstilbud er skræddersyet den enkeltes behov og er kendetegnet ved, at man ser fødselsdepressioner som en relationel lidelse. Det kræver et dobbelt fokus på depressionen og forældre-barn-relationen, hvilket er komplekst og forudsætter **specialistviden** på området.

Uanset, hvilken type af behandling der er tale om, er det centralt at tilbyde tolk til ikke-dansktalende kommende forældre/forældre i selve behandlingen for at sikre relevant og effektiv støtte og hjælp til den pågældende familie.



Anvendelse af tolk i behandlingstilbud

Det fremhæves på tværs af casestudierne, at anvendelse af tolkebistand i behandlingstilbud, fx gruppeforløb, kan bevirke, at forældre af andre etniciteter ikke alene opspores, men også kan behandles i tilfælde af fødselsdepressioner.

6. BILAG

Spørgsmål udformet i Rigshospitalets Fædreforskningsprogram (Madsen, S.Aa. (2008) Spædbarnet i faderens verden. Psyke & Logos, 7, 2, 669-687).

Sæt kryds nedenfor, hvis der er udsagn, der passer noget eller meget på dig:

- Jeg føler mig låst fast
- Jeg trækker mig fra min familie
- Jeg vil helst være alene
- Jeg føler ikke, jeg lever op til mit ansvar
- Der er ikke længere noget, jeg synes, er spændende
- Jeg oplever det meget krævende at være sammen med min familie
- Jeg synes det er nemmest at klare situationen ved at jeg kaster mig over noget arbejde
- Det er svært at fortælle til nogen, hvordan jeg har det
- Jeg synes at jeg må klare mine problemer selv

For gravide/vordende forældre	For nyblevne forældre
Hvordan tænker du om dit barn, der er på vej? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jeg tror det vil være meget krævende <input type="checkbox"/> Jeg tror det kan blive svært at trøste mit barn <input type="checkbox"/> Jeg tænker indimellem, at jeg fortryder jeg venter barn <input type="checkbox"/> Jeg tror jeg får rigtig god kontakt med mit barn 	Hvordan tænker du om dit barn? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jeg synes mit barn er meget krævende <input type="checkbox"/> Jeg har svært ved at trøste mit barn <input type="checkbox"/> Jeg tænker indimellem at jeg har fortrudt at få barn <input type="checkbox"/> Jeg har rigtig god kontakt med mit barn
Hvordan forestiller du dig selv som forælder? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Meget god <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Ikke så god <input type="checkbox"/> Slet ikke god 	Hvordan tænker du om dig selv som forælder? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Meget god <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Ikke så god <input type="checkbox"/> Slet ikke god