

Har vi styr på fødselsdepression i almen praksis?

- Et prævalensstudium fra to almen praksis fra Vestjylland



Mathias Flodgaard Jakobsen & Simon Ramsdal Nørsøller

Hold 59

Vejleder: Annemette Bondo Lind

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	2
Introduktion.....	3
Baggrund	3
Om fødselsdepression	4
Opsporing og diagnostik af fødselsdepression.....	5
Behandling af fødselsdepression.....	6
Formål med opgaven.....	6
Metode	7
Audit i almen praksis	7
Spørgeskema til sundhedsplejen.....	7
Interview med Regionspsykiatrien Gødstrup	7
Resultater	8
Audit i almen praksis	8
Spørgeskema til sundhedsplejen.....	8
Interview med psykiatrien.....	9
Oversigtsdiagram.....	10
Diskussion.....	11
Konklusion	17
Referencer	18
Appendix.....	21

Introduktion

Baggrund

Depression er en relativt hyppig lidelse med en estimeret livstidsrisiko på 17-18 % og med 100.000-150.000 danskere, der på ethvert givent tidspunkt opfylder kriterierne herfor¹. Depression er derfor en tilstand som praktiserende læger ofte møder, samt hurtigt opnår og naturligt opretholder kliniske kompetencer ift. at screene for, at diagnosticere og behandle. Der er bred konsensus omkring såvel diagnostiske kriterier, såvel som valget af psykometriske tests til diagnostik af depression. På trods af dette er depressive tilstande fortsat udtalt underdiagnosticeret. Blandt andet fandt et ældre dansk studie fra 2004, at kun 13% af personer, der opfyldte kriterierne for en svær depression, var i behandling ved en læge².

Ætiologien

Ætiologien bag udvikling af depression er kun delvist forstået, herunder betydningen af genetisk disposition og personlighedsmæssige disponerende forhold, men det er alment kendt, at psykosociale hændelser og belastninger kan være udløsende for en depression. De fleste af sådanne belastninger optræder på uforudsigelige tidspunkter i et individs liv, hvilket kan være bidragende til, at det kan være svært for læger og andre sundhedsprofessionelle at identificere personer med depressive symptomer. Der er dog også nogle tidspunkter og situationer, hvor belastningen af et individ er åbenlys og forudsigelig, fx i forbindelse med større ulykker el. pludselige tab af familiemedlemmer. I disse tilfælde bør det være naturligt for sundhedsprofessionelle at være opmærksomme på og evt. screene for, hvorvidt den pågældende persons reaktion på belastning er forbigående og af almindelig psykologisk karakter eller udvikler sig i psykopatologisk retning, fx i form af en depression.

En evne til og opmærksomhed på at identificere disse perioder i patientens liv med øget belastning og deraf følgende øget risiko for at udvikle depression er en grundlæggende forudsætning for en bedre diagnostik af depressive lidelser, behandling herfor og reduktion af konsekvenserne heraf.

Den perinatale periode som risikosituation

Den perinatale periode, dvs. tiden under graviditet og efter en fødsel, er et eksempel på en fase af livet, som for den pågældende mater og pater helt naturligt er forbundet med udtalt ændrede livsomstændigheder og psykosociale belastninger – og følgende også en periode med øget risiko for udvikling af depression, såkaldt fødselsdepression³.

Om fødselsdepression

Fødselsdepression er depression iht. ICD-10 kriterier, som debuterer under graviditeten el. indenfor barnets første leveår. Symptomerne tilsvare klassiske depressionssymptomer som bl.a. nedtrykthed, nedsat lyst/interesse, øget træthed, søvnbesvær, nedsat koncentrationsevne, skyldfølelse og evt. selvmordstanker.

Tilstanden er relativt almindelig blandt såvel kvinder som mænd. Woody et al. fandt i 2017 ved et stort review af 94 studier et prævalens-estimat for fødselsdepression på ca. 11% for kvinder i højindkomstlande⁴. Hvad angår paternel fødselsdepression fandt en international metaanalyse fra 2016 af 74 studier og samlet 41.418 fædre en samlet prævalens af paternel fødselsdepression på 8,4% (95% CI, 7,2-9,6%)⁵, dog med en signifikant forskel på prævalens-estimer på tværs af verdensdele med laveste prævalenser i Europa 6,5% (95% CI, 5,0-8,5%) og Australien/Oceanien 6,5% (95% CI 4,5-9,2%) og højeste prævalens i Nordamerika 12,5% (95% CI 9,7-15,9%). Med ca. 60.000 årlige fødsler i Danmark tilsvare det, at estimeret ca. 3900 mænd (6,5%) og 6600 kvinder (11%) årligt rammes af en fødselsdepression.

Risikofaktorer for udvikling af fødselsdepression post partum for mødre er bl.a. depression/angst under graviditeten, stressende livsbegivenheder under graviditeten/kort efter fødslen, lav grad af social støtte, vold i parforholdet, familiær disposition til depression/fødselsdepression og tidligere depressive episoder^{6 7}. For fædre er der identificeret risikofaktorer som bl.a. tidligere psykisk sygdom, depression hos partneren, konflikter i parforholdet, arbejdsløshed, økonomisk usikkerhed og lavt uddannelsesniveau⁸.

Det er estimeret, at 33-50% af fødselsdepressioner debuterer allerede under graviditeten⁹ og i et dansk studie, fra 2017 af 1206 vordende forældre i Indre By i København, viste det sig muligt ved målrettet screening allerede ved 2. graviditetsundersøgelse (ca. 24. graviditetsuge) at finde hhv. 8% mænd og 11% kvinder med tegn på fødselsdepression. Post partum debuterer fødselsdepression hyppigst 3-4 mdr. efter fødslen¹⁰.

Fødselsdepression rammer på et sårbart tidspunkt hvor nye familiekonstellationer er under etablering og kan have vidtrækkende konsekvenser for såvel den deprimerede, dennes partner, barnet og relationen familiemedlemmerne imellem. Fødselsdepression debuterende under graviditeten er relateret til blandt andet øget risiko for præmatur fødsel og lav fødselsvægt¹¹. Postnalt øger fødselsdepression ved mater risikoen for tilknytningsproblemer, samt negativ påvirkning af barnets socio-emotionelle og kognitive udvikling¹².

Ovenstående efterlader ikke nogen tvivl om det afgørende i forebyggelse, god diagnostik og tidlig intervention ift. fødselsdepressioner både for mødre, fædre og ikke mindst barnets skyld.

Fødselsdepression har da også igennem de seneste år haft myndighedernes fokus. I 2019 blev der på Finansloven afsat 20 millioner kroner til i perioden 2019-2022 at udvikle en national strategi for

forældre med fødselsdepression¹³ – en ambition som desværre i 2022 måtte opgives efter Covid-19 og deraf følgende manglende ressourcer til arbejdet¹⁴.

Opsporing og diagnostik af fødselsdepression

Opsporing og diagnostik af fødselsdepression har ændret sig markant de sidste 30 år. I 1987 udviklede John Cox et spørgeskema med 10 spørgsmål specifikt møntet på opsporing af fødselsdepression¹⁵ (Edinburgh Postnatal Depression Score - EPDS). Hvert spørgsmål giver en score fra 0-3 og den interviewede bedes tænke syv dage tilbage. Testen er ikke diagnostisk, men kan bruges som screeningsværktøj til at identificere forældre med mulig fødselsdepression. Grænsen for hvor højt forælderen skal score før mistanken til depression skal rejses er omdiskuteret¹⁶. I 2018 gennemførte Johanne Smith-Nielsen et al.¹⁷ et studie på 324 danske mødre mhp. at finde en optimal cut-off grænse i dansk kontekst. Kvinderne blev screenet af sundhedsplejersken to måneder post-partum og fik efterfølgende lavet diagnostiske depressionstest af forskningsholdet. De fandt, at man ved en cut-off grænse på 11 diagnosticerede let-svær depression ud fra ICD-10 med en specificitet på 94.4 og sensitivitet på 78.2. Denne grænse var tættest på deres målsætning (specificitet 90% og sensitivitet på 80%). Lægehåndbogen anbefaler en grænse på 10 for at sikre endnu højere sensitivitet¹⁸. De primære kritikpunkter af EPDS går på, at man blot ser syv dage tilbage, mod 14 dage ved ICD-10, og at spørgsmål tre, fire og fem omhandler angst i højere grad end depression¹⁹.

Daphna Harel et al.²⁰ forsøgte i 2021 at lave en ny forkortet udgave af EPDS. Ved at undersøge EPDS skemaer udfyldt af 5157 mødre, hvoraf 765 efterfølgende fik diagnosticeret depression, fandt de at sensitivitet og specificitet på hhv 83% og 86% kunne bibeholdes ved blot at kigge på fem spørgsmål (Spørgsmål 1, 2, 8, 9 og 10. Se appendix). Denne forkortede udgave af EPDS åbner op for en potentiel tidsbesparende screening, omend testen endnu ikke er undersøgt i bredere sammenhænge.

Der er begrænset forskning ift. brugen af EPDS til fædre/medmødre²¹. Mænd kan udvise anderledes symptomer end kvinder på fødselsdepression og risikerer derfor at blive overset med traditionelle screeningsværktøjer²². Man har derfor forsøgt at udvikle et screeningsværktøj specifikt rettet mod mænd. Gotland Male Depression Scale (GMDS)²³ inkluderer bl.a. spørgsmål rettet mod aggressivitet, impuls kontrol, raserianfald, irritabilitet, selvmedlidenhed og misbrug. Studier der sammenligner GMDS med EPDS finder både et overlap og forskellighed i de grupper af mænd der screener positivt for fødselsdepression²⁴. En litteraturgennemgang lavet af Vive²⁵ finder ikke belæg for at anbefale den ene metode frem for den anden.

I Danmark er der primært tradition for opsporing af fødselsdepression af sundhedsplejen. En rundspørge til kommunerne fra 2017²⁶ viser at 98% screener mor og 53% screener far for efterfødselsdepression. 96 pct. af kommunerne, som screener mødre for efterfødselsreaktioner, bruger EPDS. 70 pct. af kommunerne, som screener fædre, bruger EPDS, imens 81 pct. af kommunerne, som screener fædre, benytter Gotland-skalaen.

Fælles for de beskrevne værktøjer ovenfor er, at de udelukkende kan bruges som screening. For endeligt at stille en fødselsdepressionsdiagnose, kræver det udredning med et diagnostisk interview f.eks. ud fra ICD-10 kriterierne for depression.

Behandling af fødselsdepression

Behandlingen af fødselsdepression er undersøgt bredt med en stor mængde forskellig forskning. VIVE rapporten fra 2022²⁷ gennemgår 101 systematiske reviews omhandlende behandling af fødselsdepression. De finder generelt, at primærstudierne er små med under 100 deltagere og af lav-moderat kvalitet. En del af forskningen peger desuden i modstridende retninger. I forhold til samtalebaseret intervention finder de let evidens for at kognitiv adfærdsterapi, interpersonel psykoterapi, gruppebaseret terapi, familie/partnerbaseret terapi, mor-spædbarnsterapi og terapi til unge gravide kan reducere depressive symptomer. Det tyder på, at fysisk aktivitet kan reducere depressionssymptomer både før og efter fødslen. Der er desuden forsket en del i virtuelle tilbud, lignende internetpsykiatrien i Danmark, og fundet nogen effekt heraf.

En stor del af forskningen inden for farmakologisk behandling omhandler medicin, der ikke markedsføres i Danmark. Lægehåndbogen anbefaler forsøg med SSRI ved moderat-svær depression²⁸. Forskningen inden for SSRI er ifølge VIVE rapporten mangelfuld. Brown et al.²⁹ har i et Cochrane review bl.a. belyst SSRI behandling af fødselsdepression. De finder, at gravide med fødselsdepression randomiseret til SSRI responderer bedre i den akutte fase (5-12 uger efter behandling) sammenlignet med placebo: RR 1,27 (95 % CI: 0,97 til 1,66). Beregningen indeholder dog kun 200 deltagere spredt over 4 studier. Generelt kræves der yderligere forskning, især ift. farmakologisk behandling af fødselsdepression.

I Danmark er behandlingstilbud til forældre med fødselsdepression afhængig af den kommune man er bosat i³⁰. 57% af de kommuner, som screener for fødselsdepression, har gruppebaseret tilbud til mødrene. Kun 9% har dette til fædrene. 18% og 25% af kommunerne henviser hhv. mødre og fædre direkte til psykolog. Det hyppigste tilbud til fædrene er anbefaling om henvendelse ved egen læge.

Formål med opgaven

Ovenstående afføder spørgsmålet om, hvorvidt opsporingen og håndteringen af patienter med symptomer på fødselsdepression er tilstrækkelig/tilfredsstillende.

Formålet med denne opgave er, at kigge nærmere på fødselsdepression i vores lokale områder (Ringkøbing-Skjern og Herning Kommuner). Vi vil undersøge forekomsten af fødselsdepression hos mødre og fædre i to almene lægepraksis. Vi vil kigge nærmere på, hvordan opsporingen foregår og vi vil afdække, hvilke behandlingstilbud der findes. Slutteligt vil vi diskutere om opsporingen er tilstrækkelig og komme med forslag til evt. lokale tiltag.

Metode

Audit i almen praksis

Vores primære metode er dataindsamling i almen praksis. For at danne et overblik over antallet af fødselsdepressioner vil vi først lave dataudtræk på alle patienter, der har fået diagnosen postpartum depression. Vi vil inddele patienterne efter køn. Da diagnosekodning i praksis ofte er en udfordring og nogle gange bliver glemt/overset, vil vi efterfølgende lave en systematisk journalgennemgang. Som beskrevet i introduktionsafsnittet taler man primært om fødselsdepression de første 6-12 måneder efter fødsel. Vi har derfor valgt at bruge 1 års undersøgelsen som udgangspunkt for det patientudtræk, der gennemgås. Der er generelt høj tilslutning til 1 årsundersøgelsen, og praksis anvender en bestemt regning når denne er foretaget. Ved at anvende regningen som udgangspunkt for dataudtrækket, opnår vi høj repræsentativitet, da vi så i udgangspunktet inkluderer alle familier, hvor der er foretaget 1-årsundersøgelse. Vi vil gennemlæse barnets, moderens og faderens journal fra 1 års undersøgelsen og tilbage til fødslen. Herudover har vi også gennemlæst maters og paters journal under graviditeten. Vi vil for mor/far registrere om der er en fødselsdepressionsdiagnose, om der er beskrevet symptomer, som kunne tyde på fødselsdepression, og om der ved 8 ugers post partum undersøgelsen er spurgt ind til symptomer på fødselsdepression.

Spørgeskema til sundhedsplejen

Vi vil lave en mail korrespondance til sundhedsplejen ved Herning og Ringkøbing-Skjern kommune. Korrespondancen kan ses i appendix.

Interview med Regionspsykiatrien Gødstrup

Vi vil undersøge behandlingsmuligheder i psykiatrien ved telefonisk korrespondance til Regionspsykiatrien Gødstrup.

Resultater

Audit i almen praksis

Tabel 1 – Fødselsdepression diagnoser i almen praksis

	Praksis 1 *	Praksis 2 *	Samlet
Mødre	9	2	11
Fædre	2	0	2

*Praksis 1 er taget over en periode på 10 år og praksis 2 over en periode på 2 år (grundet nyetableret praksis)

Tabel 2 – Journalgennemgang

	Praksis 1 (N=57)	Praksis 2 (N=47)	Samlet (N=104)
Mødre med diagnose	0 (0%)	2 (4,25 %)	2 (1,92%)
Mødre med symptomer*	6 (10,5%)	4 (8,51%)	10 (9,61%)
Adspurgte ved 8 ugers	20 (35%)	22 (46%)	42 (40,38%)
Fædre med diagnose	0 (0%)	1 (3,22%)	1 (0,96%)
Fædre med symptomer	3 (7,8%)	2 (6,45%)	5 (4,81%)

* psykiske symptomer, men IKKE fødselsdepressionsdiagnose.

Spørgeskema til sundhedsplejen

Herning Kommune:

Forældre/kommende forældre tilbydes systematisk en screening for fødselsdepression i graviditetsbesøget (i graviditetens 2. eller 3. trimester) og i 2. mdr. besøget, samt ved hjemmebesøg, hvor sundhedsplejersken bliver bekymret for psykisk sårbarhed hos den ene eller begge forældre/kommende forældre.

Der testes med EPDS og evt. Gotland ved behov. Scoren vurderes efterfølgende af sundhedsplejersken og danner baggrund for den efterfølgende samtale og faglige vurdering.

Mødre ≥ 12 point og Fædre ≥ 10 point vurderes i risiko for fødselsdepression.

Ved scorer over Cut-off henvises forældre til egen læge, der tilbydes supplerende besøg og forældre kan tilbydes COS-P gruppeforløb (tryghedscirklen). Ved henvisning til egen læge sender sundhedsplejersken efter samtykke et korrespondancebrev til den praktiserende læge. Sundhedsplejersken følger op på denne henvisning ved forældrene.

Ringkøbing-Skjern Kommune:

Forældre/kommende forældre tilbydes et graviditetsbesøg i uge 24-27, hvor både mor og far screenes for fødselsdepression. Ligeledes tilbydes alle forældre screening ved hjemmebesøg når barnet er 2-3 mdr. og det angives, at sundhedsplejersken ligger vægt på efterfølgende at gennemgå spørgsmålene sammen med forældrene mhp. at opnå en "givende og udviklende samtale" med "mulighed for at drøfte fælles forventninger, holdninger og krav til hverdagen med det lille nye spædbarn".

Der anvendes EDPS til screeningen, som også haves på "mange forskellige sprog" til ikke-dansktalende forældre.

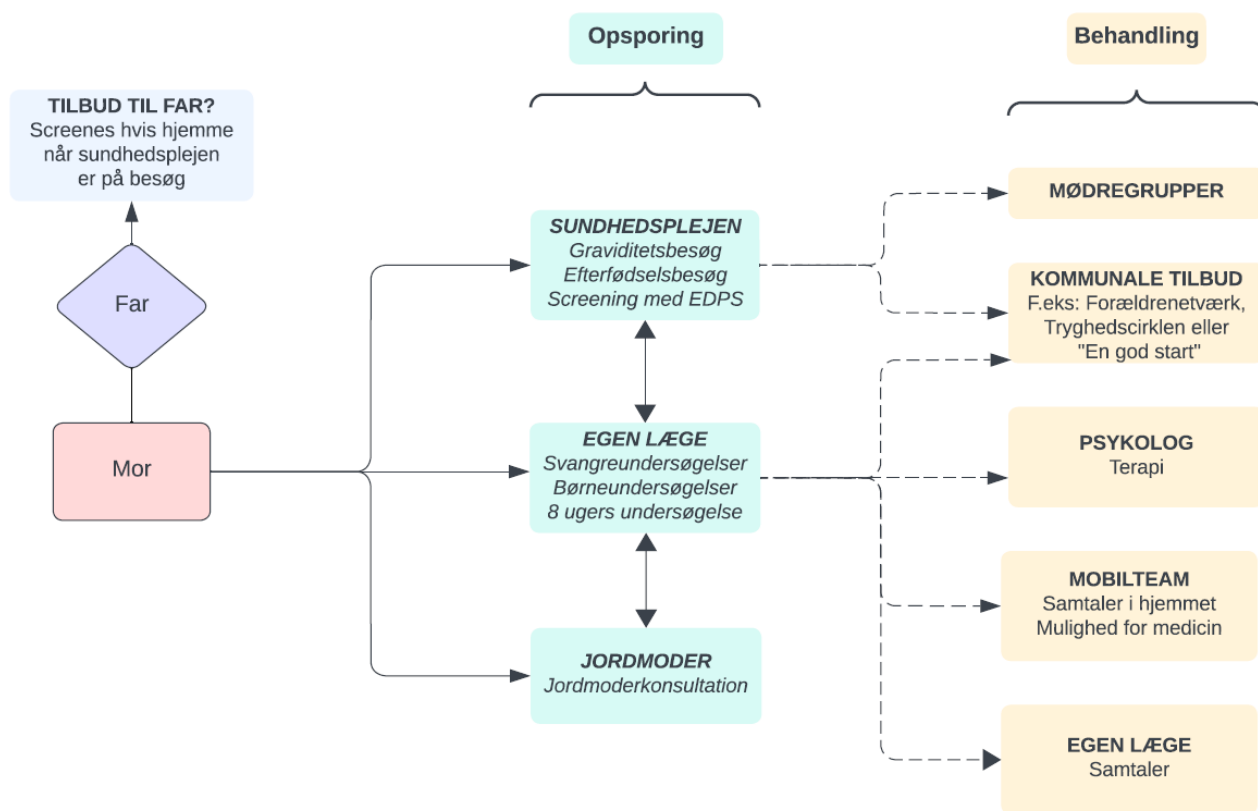
Der angives klar retningslinje for, hvornår og hvordan sundhedsplejersken skal reagere på EPDS-score. Ved score 8-9 ved far el. 8-11 ved mor tilbydes "behovsbesøg" ved sundhedsplejerske. Ved score 10 eller derover ved far el. 11 eller derover ved mor er proceduren, at der henvises til egen læge ved at sundhedsplejersken ringer eller sender korrespondancebrev efter aftale med familien. Det er herefter op til egen læge om pt. henvises til Mobilteam (Gødstrup) el. psykolog/psykiater. Sundhedsplejersken udleverer pjece om fødselsdepression, og der tilbydes evt. forløb ved det kommunale tilbud "En god start" hvor familien kan få både praktisk og pædagogisk hjælp.

Interview med psykiatrien

Vi har gennemført telefonisk interview med psykiatrisk visitationen i Gødstrup og efterfølgende med en medarbejder fra mobilteamet. Fødselsdepressioner og svære fødselsreaktioner håndteres primært af mobilteamet i psykiatrien i Vest. Dette gælder borgere med bopælsadresse i Herning, Ikast-Brande eller Ringkøbing-Skjern kommune. Mobilteamet består af en gruppe sygeplejersker med psykiatrisk erfaring under ledelse af en overlæge. Teamet har eksisteret siden 2001 og har siden 2002 haft forløb med fødselsdepressioner/reaktioner. Teamet er udekørende og besøger udelukkende borgere i hjemmet. Dette er en fordel ved de nye familier, der ofte har svært ved at komme ind til ambulant forløb. Det typiske forløb starter med opsporing af sundhedsplejen og efterfølgende henvisning fra egen læge. Efterfølgende vil familierne blive besøgt af to sygeplejersker i hjemmet 1 gang i ugen i ca 2-3 måneder. Sygeplejerskerne har lægefaglig konference x 1 ugentligt hvor der f.eks. drøftes opstart af medicin. I de fleste tilfælde handler behandlingen om at skabe ro og hjælpe familierne med at falde på plads i den nye livssituation. Andre gange yders der decideret psykoterapi. Behandlingen blev fra starten fagligt funderet i et kursusforløb ved Sven Åge Madsen ud fra den sundhedsprofessionelle vejledning "Bånd der brister - bånd der knyttes"³¹. I mobilteamet har de generelt god erfaring med forløbene og langt de fleste mødre/fædre kommer godt igennem forløbene og afsluttes uden opfølgning i psykiatrisk regi. Der findes ikke tal for antal af forløb, men de har næsten altid et til flere forløb kørende.

Oversigtsdiagram

Figur 1: Flowdiagram over kontaktpunkter i sundhedsvæsenet for mor og far i tiden før og efter fødsel.



Diskussion

Vi har undersøgt fødselsdepression i to almene praksis i Vestjylland samt forsøgt at skabe et overblik over den opsporing og behandling, der foregår i den primære og sekundære sektor (Figur 1). I det følgende vil vi først belyse de metodiske styrker og svagheder forbundet med vores dataudtræk og siden gennemgå og diskutere hovedpointerne i vores afdækning af emnet.

Gennemgang af vores resultater

Tabel 1 viser, at vi kun i meget begrænset omfang anvender fødselsdepression som diagnose i vores praksis. Dette kan være udtryk for, at vi opdager meget få patienter med fødselsdepression. Anvendelse af diagnosekoder i almen praksis er dog ikke en selvfølge. Hvorvidt der udføres kodning, og hvorvidt den korrekte kode tilknyttes et forløb, kan svinge meget. Vores systematiske gennemgang af 104 familiers journaler bekræfter dog det lave antal med en diagnoseprævalens på 1,92% for kvinderne og 0,96% for mændene (tabel 2). Det er meget langt fra den prævalens på hhv 11% og 8% for fødselsdepression hos mødre og fædre beskrevet tidligere i opgaven. Ser vi i stedet på antallet af kvinder / mænd, der i forløbet omkring fødslen har udvist en grad af psykiske symptomer, nærmer tallene sig dog de forventede prævalenser (9,61% kvinder og 4,81% mænd). En fortolkning på disse tal kunne være, at der faktisk er den forventede mængde fødselsdepressioner, men at vi ikke får stillet diagnosen.

Vi kan konkludere at Herning og Ringkøbing Skjern Kommuner har relativt ensartede tilbud for screening og håndtering af fødselsdepression. I begge kommuner tilbydes screening både ved graviditetsbesøg og ca 2 måneder efter fødsel. Der anvendes ensartede cut-off grænser og begge kommuner skriver, at de henviser til egen læger og tilbyder at sende en korrespondance ved tegn på fødselsdepression. I Herning er der et kommunalt tilbud, "Tryghedscirklen", hvor man som forældre kan deltage i gruppebaseret undervisning omhandlende forælderrollen og tilknytning til barnet. I Ringkøbing Skjern henvises til tilbuddet "En god start", hvor udfordrede familier får både praktisk og pædagogisk hjælp.

Vores interview af hospitalspsykiatrien viser, at der faktisk er et organiseret gennemprøvet hospitalsbaseret tilbud til mødre/fædre med fødselsdepression. Der er flere erfarne medarbejdere, tilbudet er baseret på relevant evidens og bakkes op af en psykiater. Det kan undre, at tilbudet ikke er beskrevet, hverken på psykiatriens hjemmesider eller i form af en forløbsbeskrivelse. Det er således uklart, hvem der skal/kan henvises og manglende oplysning kan gøre, at praktiserende læger overser muligheden og ikke henviser patienter, der ellers kunne drage fordel af tilbudet.

Styrker og svagheder i vores dataudtræk

En styrke i vores undersøgelse er, at vi har trukket rådata ud fra vores 2 almen praksis og dermed fået et unikt indblik i, hvor mange fødselsdepressioner der diagnosticeres i 2 almindelige almen praksis i Vestjylland. Denne type udtræk vil typisk ikke være tilgængelig for forskningsprojekter. Ved manuelt og systematisk at gennemgå journalerne, har vi fået meget valide tal på hvor mange fædre/mødre, der henvender sig med psykiske vanskeligheder før og efter fødsel.

En svaghed kan være, at data ikke er produceret med forskning for øje, og det er muligt, at ikke alt relevant information er noteret i journalen. Især vurderingen af, om der er spurgt ind til symptomer på fødselsdepression ved post-partum undersøgelsen, krævede en objektiv vurdering da dette ikke altid var specificeret. Nogle læger skrev uddybende notater på besøget, mens andre lavede meget korte overfladiske notater. Det kan desuden ikke udelukkes, at der er spurgt ind til psykiske symptomer, uden disse er noteret i journalen.

Vores udpluk på ca. 50 familier i hver praksis er desuden en begrænsning. Den lille størrelse på datasættet betyder at selv udsving på enkelte patienter, vil have en relativt stor påvirkning på vores fundne prævalenser.

Der er stor forskel fra almen praksis til almen praksis. Vores tal må ses som en lille stikprøve i almen praksis-sektoren i Vestjylland. Det ville dog kræve stikprøver fra flere forskellige praksis, før man mere præcist vil kunne komme med generelle udtalelser om almen praksis i vores område. Generaliserbarheden i vores studium er derfor begrænset. Og mere forskning i andre praksis med større geografisk spredning og større datagrundlag vil være nødvendig for at styrke denne.

Hvorfor er fødselsdepressioner tilsyneladende underdiagnosticeret og kan vi gøre det bedre?

Ovenstående resultater tyder på, at fødselsdepressioner er underdiagnosticeret i vores respektive praksisser, hvilket naturligt leder til spørgsmålet om, hvorfor dette er tilfældet. Svaret er sandsynligvis mangefacetteret, men det virker oplagt at bl.a. stigmatiseringen forbundet med psykisk sygdom generelt og tabuiseringen forbundet med depressive lidelser og måske fødselsdepression i særdeleshed er medvirkende hertil³². Hvor nøglen til at overvinde disse sociokulturelle barrierer bl.a. ligger i skabelsen af et trygt, tillidsfuldt og anerkendende rum mellem lægen og den enkelte patient. Det er dog relevant at overveje, hvorvidt der også eksisterer strukturelle barrierer, som bidrager til den tilsyneladende underdiagnostik af fødselsdepressioner.

Diagnostik af psykisk sygdom er som udgangspunkt udfordrende, da mange af symptomerne, foruden at være tabubelagte, er "usynlige" og derfor stiller store og anderledes krav til den sundhedsprofessionelle i mødet med patienten sammenlignet med ved somatisk sygdom. Forskning viser, at psykisk sårbare individer ofte udøver en følelsesmæssig undgåelsesadfærd, der gør at de har svært ved at sætte ord på og kommunikere psykiske vanskeligheder³³. En strategi til

at modvirke en sådan undgåelsesadfærd og til at dagsordensætte det tabubelagte, kunne være ved at have en opportunistisk diagnostisk tilgang, fx ved brug af systematisk screening.

Studier tyder da også på, at der ved øget fokus på opsporing vil kunne diagnosticeres betydeligt flere fødselsdepressioner, i hvert fald i vores to respektive praksis, end det er tilfældet i dag. I et dansk studie fra 2017 lykkedes det ved screening af 1206 kommende forældre fra Indre By i København at diagnosticere hhv. knap 8% af mændene og godt 11% af kvinderne med fødselsdepression allerede omkring 24. graviditetsuge. På baggrund af dette fund blev det konkluderet, at der lå en stor uudnyttet mulighed ift. bedre og tidligere diagnostik af fødselsdepression, ved at rykke screeningen frem til før fødslen³⁴.

Fungerer opsporingen i Sundhedsplejen?

Imidlertid angiver Sundhedsplejen i hhv. Herning og Ringkøbing-Skjern Kommune, at det aktuelt allerede tilstræbes systematisk at screene begge forældre både før og efter fødslen. Med denne grad af screening kan det undre, at der ikke er fundet flere forældre med fødselsdepression i vores journalaudit. Dette særligt i betragtning af, at Sundhedsplejerne angiver helt klare retningslinjer omkring, at patienten henvises til egen læge pr. korrespondancebrev el. telefonopkald såfremt der scores over cut-off grænsen ved EPDS. Det oplyses ikke fra Sundhedsplejen, hvor stor en andel af hhv. mødre og fædre, der rent faktisk tager imod tilbuddene om screening og en mulig forklaring på de lave fundne prævalenser af fødselsdepression kunne evt. være hvis tilslutningen til screening er begrænset. En anden mulig forklaring kunne evt. være såfremt forældre med tegn på fødselsdepression frabeder sig henvisningen til egen læge og/eller at man vælger at håndtere mange tilfælde udelukkende i sundhedsplejen og at disse derfor aldrig når til egen læge, hvilket altså kunne være en selektionsbias i vores studium. Dette er dog spekulativt og forudsætter i så fald, at der afviges fra Sundhedsplejens egne klare retningslinjer omkring, hvornår egen læge bør inddrages. Alternativt må der stilles spørgsmålstejn ved om screening med EPDS er brugbart i Sundhedspleje-regi samt om samarbejdet med almen praksis fungerer?

Fungerer opsporingen i almen praksis?

Hvad angår opsporing af fødselsdepression i almen praksis synes tilgangen hertil at være mindre systematisk end i Sundhedsplejen. Iht. denne journalaudit fandt vi, at der kun er adspurgt til psykiske symptomer ved 40,38% af 8 ugers post partum undersøgelser, og der gøres ikke brug af anerkendte screeningsværktøjer som EPDS el. GMDs. Det vurderes at såvel faktorer som travlhed, evt. manglende kendskab til diagnostiske skemaer og manglende økonomisk incitament kan medvirke hertil. Det kan dog også diskuteres om almen praksis' rolle i opsporingen af fødselsdepressioner er klart defineret, og om der er tilstrækkelige retningslinjer på området.

Iht. Sundhedsstyrelsens udgivelse *Anbefalinger for Svangreomsorgen* anbefales praktiserende læger ved 8 ugers post partum undersøgelsen at *"spørge til begge forældres mentale velbefindende"* og *"være opmærksom på tegn på fødselsdepression, manglende mental accept af*

den nye livssituation eller direkte afmagtsfølelser i forældre-barn-relationen". Der er ikke lagt op til rutinemæssig brug af screeningsværktøj, og da der ved undersøgelsen er stort fokus på maters fysiske velbefindende, kan den psykiske tilstand muligvis ofte blive sekundær eller helt glemmes, hvilket denne journalaudit tyder på. Ydermere vurderes det relativt sjældent at pater deltager ved 8 ugers post partum undersøgelsen, hvorfor eventuel status på fædrenes mentale tilstand bliver som andenhåndsberetning igennem mater, hvilket også kan være problematisk. Dette gør sig også gældende for svangreundersøgelserne ila. graviditeten. Slutteligt kan der stilles spørgsmålstejn ved om en vurdering af forældrenes psykiske helbred 8 uger post partum er sufficient, da fødselsdepressioner hyppigt debuterer senere end dette tidspunkt. Blandt andet fandt et fransk kohorte-studie fra 2021 af 3310 kvinder, at 8,3% af kvinderne præsenterede sig med depression inden for de første 8 uger efter fødslen, hvorimod 12,9% blev diagnosticeret med depression i perioden fra 8 uger efter fødslen til 1 år efter fødslen³⁵.

Ved kontakterne ila. graviditeten anbefaler Sundhedsstyrelsen, at den mentale vurdering indeholder *"grundig anamnese indeholdende vurdering af såvel fysisk som mentalt velbefindende"* (1. svangreundersøgelse, uge 6-10) og at *"samtalen omfatter den gravide og parrets trivsel"* (3. svangreundersøgelse, uge 32). Disse brede formuleringer åbner på godt og ondt op for den enkelte praktiserende læges egen fortolkning og mulighed for at tilpasse spørgsmålet til den enkelte patient og situation. Man kan dog frygte at denne mulighed for tilpasning også kan resultere i, at spørgsmålet i nogle tilfælde ikke får den nødvendige opmærksomhed. Det kan f.eks være, at somatiske spørgsmål er så fremtrædende, at den psykiske vurdering bliver underprioriteret. En måde at undgå dette på kunne være ved systematisk brug af screeningsværktøjer ved kontakterne i almen praksis. I anbefalingen for 2. svangreundersøgelse i uge 25 nævnes at *"Ved mistanke om for tidlig udvikling af fødselsdepression hos en af de kommende forældre kan lægen undersøge dette ved hjælp af den validerede Edinburgh Postnatal Depression Scale"*. Altså foreligger der en relevant anbefaling om, hvilket screeningsværktøj man evt. kan bruge, men IKKE en anbefaling om at bruge værktøjet systematisk. Tilbage står altså, at diagnostikken af fødselsdepression i almen praksis afhænger af den enkelte læges evne til at identificere og erkende tegn på mulig fødselsdepression, samt i så fald at reagere relevant herpå evt. med nærmere screening ved brug af EPDS eller vurdering ud fra ICD-10 kriterier.

Forslag til tiltag i almen praksis

Da dette journalaudit tyder på, at vi ikke får stillet diagnosen fødselsdepression i tilfredsstillende grad, må det overvejes, om der er behov for en anden og mere systematisk tilgang til screening. Dette kunne eventuelt ske ved at gøre screening med fx EPDS til standard ved kontakterne i almen praksis – eventuelt både ved svangreundersøgelserne og post partum, samt både til kvinder og mænd. Oplagt kunne man vælge som standard at udsende EPDS-skema til begge forældre ved bestilling af tid til 8 ugers post partum-undersøgelsen. Såfremt det vurderes for tidskrævende at screene med EPDS eller GMDS, virker det kortere EPDS-5 skema beskrevet tidligere som et relevant tidsbesparende alternativ.

Vi tænker desuden, at et økonomisk incitament, som f.eks. at tillade brugen af EPDS eller GMDS under 2149 regningen, ville have en positiv effekt og øge opmærksomheden på problemstillingen i almen praksis. En sådan ændring ville kræve yderligere politisk fokus på opsporingen af fødselsdepression og efterfølgende handling ved overenskomstforhandlingerne imellem almen praksis og regionen.

Taber vi mændene?

Mandlig fødselsdepression og fødselsreaktioner fremstår som en særligt sårbar udfordring i almen praksis. Vi har kun fundet ganske få eksempler beskrevet (tabel 1+2). Som gennemgået indledende, kan den mandlige fødselsreaktion ofte vise sig ved anderledes symptomer som irritabilitet, rastløshed, overworking og misbrug. Vi har ved de 104 journalgennemgange ikke fundet eksempler på, at der er spurgt ind til symptomer specifikke for mandlig fødselsreaktion. Modsat kvinderne, der ofte møder op til svangreundersøgelser, 5 ugers undersøgelse og post partum undersøgelse, har mændene ikke en oplagt indgang til almen praksis ifm familieforøgelsen. Manden eller hans omgangskreds skal altså erkende, at der er et problem og selv opsøge hjælpen. Dette er formentlig en stor barriere, og vi forestiller os flere mulige tiltag mhp. bedre diagnostik af mandlig fødselsdepression i almen praksis. Man kunne indføre en fast efterfødselsundersøgelse af faderen sv.t. mors 8-ugers undersøgelsen, hvor der screenes med EPDS eller GMDS. Mange praksis har et fast system til invitation af mor til 8 ugers undersøgelse, hvor det ville være nemt som standard også at inkludere far.

Sundhedsplejen i de to kommuner svarer til gengæld, at de som udgangspunkt tilbyder at screene mændene på samme måde som kvinderne (Herning nævner muligheden for at bruge Gotland). Dette tiltag er naturligvis godt, men en undersøgelse fra Forum for mænds sundhed³⁶, baseret på data for 12.656 besøg ved nye familier viste, at kun 34% af fædre var hjemme ved andet besøg fra sundhedsplejersken. Finder man mænd med fødselsdepression, har vi ikke et specifikt tilbud rettet disse. Dette er ikke enestående for vores kommuner. I en ny undersøgelse fra Institut for Menneskerettigheder fra 2021³⁷ fandt man at 82% af de adspurgte kommuner både screenede og havde specifikke tilbud rettet mod mødre, mens dette kun galdt 44% af kommuner, når det kom til fædre. De nye barselsregler fra 2022 gør, at forældreorloven deles lige mellem mor og far. Dette betyder, at fædre nu bruger langt mere tid på barsel, især i den sidste del inden opstart i institution. Det er usikkert og ikke undersøgt om denne ændring kan skubbe til yderligere efterfødselsreaktioner hos mændene.

Hvem har ansvaret?

Endeligt kan det diskuteres om ansvaret for diagnostikken af fødselsdepression er defineret klart nok, og om dette kan være medvirkende til den tilsyneladende underdiagnostik af fødselsdepressioner i almen praksis. Som nævnt anbefaler Sundhedsstyrelsen at praktiserende læger forholder sig til såvel den gravide som partnerens psykiske tilstand både ila. graviditeten samt efter fødslen. Der anbefales dog for nuværende ikke systematisk brug af screeningsværktøjer

hertil. Sundhedsplejen tilbyder systematisk både mødre og fædre screening med EPDS både før og efter fødslen, men enten er tilslutningen til dette tilbud mangelfuld eller også fungerer screeningen el. samarbejdet med almen praksis af anden årsag ikke optimalt – i hvert fald ser vi ikke det forventede antal patienter med fødselsdepression i almen praksis. Endeligt spiller jordemødre og obstetrisk afdeling også roller i opsporingen af psykiske udfordringer ved kommende forældre. Ved de 6-7 jordemoderkontakter ila. graviditeten anbefales jordemoderen at danne sig "et overblik over kvindens og parrets samlede situation, fysisk, mentalt og psykosocialt" at afdække "eventuelle problemstillinger af psykosocial karakter" samt at "drøfte kvindens fysiske og mentale velbefindende"³⁸. Såvidt fremgår det heraf, anvendes eller anbefales der ikke systematisk screening med EPDS ved hverken jordemoderkonsultationer el. i forbindelse med kontakter til obstetrisk afdeling.

Spekulativt må det overvejes, om det faktum, at *både* den praktiserende læge, jordemødre, obstetrikere og Sundhedsplejen anbefales at være opmærksomme på tegn på fødselsdepression i mødet med den gravide og dennes partner resulterer i, at ingen af de pågældende føler det overordnede ansvar for opsporingen. Kan dette medføre, at man mere eller mindre ubevidst forlader sig på at eventuelle depressive symptomer "fanges" ved en af de andre aktører? Vi frygter et scenarie hvor mange sundhedsprofessionelle har lettere berøring med emnet, men ingen går målrettet i dybden med diagnostikken, hvorved forældre med fødselsdepression potentielt går under radaren med konsekvenser for såvel far, mor, barn og i sidste ende samfundet til følge.

Konklusion

Vi har i denne opgave set nærmere på fødselsdepression i Ringkøbing-Skjern og Herning Kommuner. Vores audit af to almene praksis viser, at der stilles meget få diagnoser med fødselsdepression ift. de prævalenser, der er fundet ved befolkningsundersøgelser. Vi har fundet mangelfuldt fokus på fødselsdepression ved post partum undersøgelsen og meget tyder på, at opmærksomheden på fødselsdepression i almen praksis er begrænset. Der er faste rutiner for opsporing og håndtering af fødselsdepression i Sundhedsplejen i begge kommuner og psykiatriens mobilteam har et godt setup til de sværest ramte familier.

Der er mange forskellige sundhedsaktører omkring familien både under og efter graviditeten. Både sundhedsplejen, jordmødrene og egen læge forventes at være opmærksomme på familiens psykiske helbred og opspore/afhjælpe de vanskeligheder der opstår. Ud fra resultaterne i denne opgave kan vi være bange for, om ansvaret er placeret for løst og om det kan resultere i, at mødre/fædre lider under fødselsdepression med store kort- og langsigtede konsekvenser for såvel forældrene som barnet.

En handleplan for almen praksis kunne være øget fokus og systematisering af den opsporende indsats. Vi ligger op til systematisk brug af de velundersøgte screeningsværktøjer som EDPS og GMDS, f.eks. i forbindelse med post-partum undersøgelsen. Vi forudser en særlig udfordring for de kommende fædre, der nu i højere grad skal deltage i barselsperioden, og finder det yderst relevant at inkludere dem i en mere systematisk opsporing i almen praksis.

Referencer

- ¹ Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. ISBN elektronisk udgave (www.sst.dk): 978-87-76-573-6. ISBN trykt udgave: 978-87-7676-574- 3. Sundhedsstyrelsen, København; 2007 Nov.
- ² Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Feb;109(2):96-103. doi: 10.1046/j.0001-690x.2003.00231.x. PMID: 14725589.
- ³ Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*. 2012 Mar;25(2):141-8. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283503680. PMID: 22262028; PMCID: PMC4447112.
- ⁴ Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017;219:86–92.
- ⁵ Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016 Dec;206:189-203. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.044. Epub 2016 Jul 20. PMID: 27475890.
- ⁶ Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 Jul-Aug;26(4):289-95. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006. PMID: 15234824.
- ⁷ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/depressioner/postpartum-depression/>
- ⁸ Ansari NS, Shah J, Dennis CL, Shah PS. Risk factors for postpartum depressive symptoms among fathers: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021 Jul;100(7):1186-1199. doi: 10.1111/aogs.14109. Epub 2021 Feb 24. PMID: 33539548.
- ⁹ Burt VK, Quezada V. Mood disorders in women: focus on reproductive psychiatry in the 21st century--Motherisk update 2008. *Can J Clin Pharmacol*. 2009 Winter;16(1):e6-e14. Epub 2009 Jan 22. PMID: 19164842.
- ¹⁰ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/depressioner/postpartum-depression/>
- ¹¹ Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, Howard LM, Pariante CM. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014 Nov 15;384(9956):1800-19. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61277-0. Epub 2014 Nov 14. PMID: 25455250.
- ¹² Murray L, Cooper P, Fearon P. Parenting difficulties and postnatal depression: implications for primary healthcare assessment and intervention. *Community Pract*. 2014 Nov;87(11):34-8. PMID: 25612413.
- ¹³ <https://sum.dk/Media/0/E/Styrket-indsats-over-for-foedselsdepressioner-faktaark.pdf>

-
- ¹⁴ <https://www.dp.dk/p-psykologernes-fagmagasin/artikler/foedselsdepression-handler-aldrig-kun-om-et-menneske/>
- ¹⁵ Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- ¹⁶ Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD; DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) EPDS Group. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*. 2020 Nov 11;371:m4022. doi: 10.1136/bmj.m4022. PMID: 33177069; PMCID: PMC7656313.
- ¹⁷ Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry*. 2018 Dec 20;18(1):393. doi: 10.1186/s12888-018-1965-7. PMID: 30572867; PMCID: PMC6302501.
- ¹⁸ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/kalkulatorer/edinburgh-postnatale-depressionsscore/>
- ¹⁹ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/depressioner/postpartum-depression/>
- ²⁰ Harel D, Levis B, Ishihara M, Levis AW, Vigod SN, Howard LM, et al. Shortening the Edinburgh postnatal depression scale using optimal test assembly methods: Development of the EPDS-Dep-5. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;143(4):348–62.
- ²¹ VIVE. Indsatser i forhold til fødselsdepression: En litteraturgennemgang af eksisterende viden. 2022. Maiken Pontoppidan, Johanne Smith-Nielsen og Katrine Nøhr.
- ²² Men and perinatal depression - Svend Aage Madsen
- ²³ Gotland Male Depression Scale (GMDS) finds I appendix.
- ²⁴ VIVE. Indsatser i forhold til fødselsdepression: En litteraturgennemgang af eksisterende viden. 2022. Maiken Pontoppidan, Johanne Smith-Nielsen og Katrine Nøhr.
- ²⁵ VIVE. Indsatser i forhold til fødselsdepression: En litteraturgennemgang af eksisterende viden. 2022. Maiken Pontoppidan, Johanne Smith-Nielsen og Katrine Nøhr.
- ²⁶ CRUNCH Center for Research on Universal Child Policies. Øjebliksbilledet 2017: Sundhedsordninger for børn og unge 1.1.2017. København: CRUNCH Center for Research on Universal Child Policies; 2017.
- ²⁷ VIVE. Indsatser i forhold til fødselsdepression: En litteraturgennemgang af eksisterende viden. 2022. Maiken Pontoppidan, Johanne Smith-Nielsen og Katrine Nøhr.
- ²⁸ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/depressioner/postpartum-depression/>

-
- ²⁹ Brown JVE, Wilson CA, Ayre K, Robertson L, South E, Molyneaux E, Trevillion K, Howard LM, Khalifeh H. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Feb 13;2(2):CD013560. doi: 10.1002/14651858.CD013560.pub2. PMID: 33580709; PMCID: PMC8094614.
- ³⁰ CRUNCH Center for Research on Universal Child Policies. Øjebliksbilledet 2017: Sundhedsordninger for børn og unge 1.1.2017. København: CRUNCH Center for Research on Universal Child Policies; 2017.
- ³¹ Bånd der brister - bånd der knyttes - intervention ved forstyrrelser i den tidlige mor-spædbarn-relation Af Svend Åge Madsen. 1996.
- ³² VIVE. Indsatser i forhold til fødselsdepression: En litteraturgennemgang af eksisterende viden. 2022. Maiken Pontoppidan, Johanne Smith-Nielsen og Katrine Nøhr
- ³³ Lind AB, Delmar C, Nielsen K. Struggling in an emotional avoidance culture: a qualitative study of stress as a predisposing factor for somatoform disorders. *J Psychosom Res*. 2014 Feb;76(2):94-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.11.019. Epub 2013 Dec 9. PMID: 24439683.
- ³⁴ Tebeka S, Le Strat Y, De Premorel Higgons A, Benachi A, Dommergues M, Kayem G, et al. Prevalence and incidence of postpartum depression and environmental factors: The IGEDEPP cohort. *J Psychiatr Res*. 2021;138:366–74.
- ³⁵ Tebeka S, Le Strat Y, De Premorel Higgons A, Benachi A, Dommergues M, Kayem G, Lepercq J, Luton D, Mandelbrot L, Ville Y, Ramoz N, Tezenas du Montcel S; IGEDEPP Groups; Mullaert J, Dubertret C. Prevalence and incidence of postpartum depression and environmental factors: The IGEDEPP cohort. *J Psychiatr Res*. 2021 Jun;138:366-374. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.04.004. Epub 2021 Apr 16. PMID: 33932643.
- ³⁶ Forum for Mænds Sundhed (2017). Fædre og sundhedsvæsenet, s. 14.
- ³⁷ FÆDRE BØR SCREENES OG SIKRES BEHANDLING FOR FØDSELSDEPRESSIONER, NOVEMBER 2021, INSTITUT FOR MENNESKERETTIGHEDER
- ³⁸ Anbefalinger for Svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen. 4. Udgave, 1. oplag, 2022.

Appendix

Mailkorrespondance med sundhedsplejen i Herning og Ringkøbing-Skjern Kommune

Indledende mail:

"Kære Sundhedspleje i Herning / Ringkøbing-Skjern

Vi er 2 kommende praktiserende læger i Vestjylland (hhv. Herning og Ringkøbing), der som led i vores speciallægeuddannelse er i gang med at lave en forskningsopgave omkring opsporing, diagnostik og håndtering af fødselsdepression. Opgaven omhandler bl.a. opsporing i almen praksis og behandlingstilbud.

Vi skriver for at høre nærmere om arbejdet i sundhedsplejen og håber I vil svare på 4 korte spørgsmål:

- 1. Hvornår gøres screeningen?*
- 2. Anvendes EPDS-skema (Edinburgh postnatale depressionsscore) eller anden metode?*
- 3. Er det både mor + far der screenes? Og i så fald er der forskel på hvordan?*
- 4. Hvad gør I, såfremt der er tegn på fødselsdepression? Vi tænker særligt på om der laves korrespondance til egen læge el. opfordres til at patienten selv kontakter egen læge, samt om I selv iværksætter tiltag (fx. intensiveret opfølgning og/el. etablerer kontakt til evt kommunalt tilbud?)*

Mange tak for hjælpen.

Mvh Simon Nørstøller og Mathias Flodgaard Jakobsen"

Svar fra sundhedsplejen i Herning Kommune:

"Hej Simon

I Sundhedsplejen i Herning gør vi følgende:

Begge forældre screenes:

Forældre/kommende forældre tilbydes systematisk en screening for fødselsdepression i graviditetsbesøget (i graviditetens 2. eller 3. trimester) og i 2. mdr. besøget, samt ved hjemmebesøg, hvor sundhedsplejersken bliver bekymret for psykisk sårbarhed hos den ene eller begge forældre/kommende forældre.

Vi tester med EPDS og evt. Gotland ved behov. Scoren vurderes efterfølgende af sundhedsplejersken og danner baggrund for den efterfølgende samtale og faglige vurdering.

Vurdering af EPDS og henvisning:

Mødre ≥ 12 point Fædre ≥ 10 point: Risiko for fødselsdepression.

Ved scorer over Cut-off:

Forælder henvises til egen læge.

Tilbydes supplerende besøg.

Forældre kan tilbydes COS-P gruppeforløb.

Opfølgning og henvisning

Ved henvisning til egen læge sender sundhedsplejersken efter samtykke et korrespondance brev til praktiserende læge. Sundhedsplejersken følger op på denne henvisning ved forældrene.

Med venlig hilsen

Anne Rosbjerg

Fagkoordinator

Sundhedsplejerske

Børn og Forebyggelse

Børn og Unge

Rådhuset, Torvet 5, 7400 Herning"

Svar fra Sundhedsplejen i Ringkøbing-Skjern Kommune:

"Hej Mathias og Simon

Som lovet sender jeg lige svarene på jeres spørgsmål vedr. Fødselsdepression

Vi tilbyder alle forældre et graviditetsbesøg og her screener vi for fødselsdepression i ca. uge 24-27, hvor både mor og far screenes. Udenlandske forældre tilbydes også EPDS. (Vi har EPDS på mange forskellige sprog). Sundhedsplejersken gentager formålet med EPDS-skemaet og understreger, at det er frivilligt om forældrene vil deltage, når barnet er 2-3 mdr. Udfyldelsen af EPDS kan foregå før eller efter undersøgelsen af barnet, afhængig af situationen. Begge forældre udfylder EPDS. Sundhedsplejersken gennemgår derefter de forskellige spørgsmål. Forældrene har på skift mulighed for at kommentere og uddybe deres svar. Dette giver grundlag for en givende og udviklende samtale, hvor der er mulighed for at drøfte fælles forventninger, holdninger og krav til hverdagen med det lille nye spædbarn.

Vi anvender systematisk EPDS til begge forældre

Vi gør ikke forskel på mor og far – de får begge mulighed for at udfylde skemaet hver for sig, mens vi er der. Det vigtigste er snakken efterfølgende, som vi tager sammen, således de hver især hører hinandens udsagn.

Hvis faren scorer 8–9 point eller moren scorer 8-11 point ved EPDS:

Tilbydes familien behovsbesøg v/sundhedsplejerske med fokus på mor eller far.

Hvis faren scorer 10 point eller derover eller moren scorer 11 point eller derover ved EPDS:

Henvises til egen læge. Sundhedsplejersken ringer eller sender korrespondancebrev efter aftale med familien.

Lægen kan evt. henvise til Mobilteam (Gødstrup) eller psykolog/psykiater

Fødsdepressionspjece udleveres

Evt. tilbud om "En god start".

Ovenstående i samarbejde med Mobilteam, hvis de er inde i billedet.

Håber det giver svar på jeres spørgsmål – ellers er I meget velkomne til at vende tilbage.

Venlig hilsen

Susanne Ørbæk Juel-Nielsen

Sundhedsplejerske

Sundhedsplejen

Børn og Familie

Dyrvigsvej 9, 6920 Videbæk

Mobil: 29 45 41 30

Edinburgh postnatale depressionsscore

Fagligt opdateret: 29.03.2021

Om Edinburgh postnatale depressionsscore (EPDS)

Edinburgh postnatale depressionsscore (EPDS) er et spørgeskema, som er lavet for at opdage patienter med depression efter fødsel ([fødselsdepression](#)). Patienten kan selv udfylde skemaet, men vurderingen af svarene, behovet for yderligere udredning og eventuel behandling skal foretages af lægen.

Edinburgh postnatale depressionsscore blev oprindeligt udviklet af professor John Cox i Edinburgh ¹. Spørgeskemaet har fået en stor udbredelse og bruges i mange lande. Det er testet og fundet nyttigt til screening også i de skandinaviske lande ^{2,3}. Der er dog problemer med testen, bl.a. at den kun bedømmer de sidste 7 dage, hvor man iflg. ICD-10 og DSM-IV skal have haft symptomer i 14 dage eller mere for at stille diagnosen. Desuden vil angsttilstande også blive regnet med.

Det er således ikke specifikt for fødselsdepression, men er et godt udgangspunkt for klinisk interview.

Udfyld EPDS-skemaet

Navn: _____ Fødselsdato: _____ Dato: _____

1. Har du de sidste 7 dage været i stand til at le og se tingene fra den humoristiske side?

☐ 0	Lige så meget som jeg altid har kunnet
☐ 1	Ikke helt så meget som tidligere
☐ 2	Afgjort ikke så meget som tidligere
☐ 3	Overhovedet ikke

2. Har du de sidste 7 dage kunnet se frem til ting med glæde?

☐ 0	Lige så meget som jeg tidligere har gjort
☐ 1	En del mindre end jeg tidligere har gjort
☐ 2	Afgjort mindre end jeg tidligere har gjort
☐ 3	Næsten ikke

3. Har du de sidste 7 dage unødvendigt bebrejdet dig selv, når ting ikke gik som de skulle?

☐ 3	Ja, det meste af tiden
☐ 2	Ja, af og til
☐ 1	Ikke så tit
☐ 0	Nej, slet ikke

4. Har du de sidste 7 dage været anspændt og bekymret uden nogen særlig grund?

☐ 0	Nej, overhovedet ikke
☐ 1	Meget sjældent
☐ 2	Ja, nogle gange
☐ 3	Ja, meget ofte

5. Har du de sidste 7 dage følt dig angst eller panikslagen uden nogen særlig grund?

☐ 3	Ja, en hel del
☐ 2	Ja, nogle gange
☐ 1	Nej, ikke meget
☐ 0	Nej, overhovedet ikke

6. Har du de sidste 7 dage følt, at tingene voksede dig over hovedet?

☐ 3	Ja, det meste af tiden
☐ 2	Ja, nogle gange
☐ 1	Nej, det meste af tiden har jeg kunne overskue min situation
☐ 0	Nej, jeg har kunne overskue min situation lige så godt, som jeg plejer

7. Har du de sidste 7 dage været så ked af det, at du har haft svært ved at sove?

☐ 3	Ja, det meste af tiden
☐ 2	Ja, nogle gange
☐ 1	Sjældent
☐ 0	Nej, aldrig

8. Har du de sidste 7 dage følt dig trist eller elendigt til mode?

☐ 3	Ja, det meste af tiden
☐ 2	Ja, ret tit
☐ 1	Sjældent
☐ 0	Nej, aldrig

9. Har du de sidste 7 dage været så uheldig, at du har grædt?

☐ 3	Ja, det meste af tiden
☐ 2	Ja, ret tit
☐ 1	Ja, ved enkelte lejligheder
☐ 0	Nej, aldrig

10. Har tanken om at gøre skade på dig selv strejft dig de sidste 7 dage?

☐ 3	Ja, ganske ofte
☐ 2	Nogle gange
☐ 1	Sjældent
☐ 0	Aldrig

Sum

Beregn samlet score

0-9 point - Ikke tegn til alvorlig depression

10-30 point - Behandlingskrævende depression kan foreligge

Scoringsvejledning

EPDS er undersøgt i forhold til DSM-IV-kriterierne for major depression verden over i en række studier. I nogle af disse undersøgelser havde testen en sensitivitet mellem 90-100 % og en specificitet på 70-80 % ved at bruge en cut-off på 10 point. Det vil sige, at næsten alle tilfælde af alvorlig depression blev opfanget og omkring 20-30 % fejlagtigt blev klassificeret som deprimerede (falske positive). Ved en cut-off på 13 er sensitiviteten omkring 90 og specificiteten mellem 90 og 100 %. Men andre undersøgelser har vist dårligere specificitet og sensitivitet.

Især angsttilstande vil ofte gøre, at patienten scorer højt på skalaen uden at være egentligt depressiv. Det er også en stor svaghed, at den kun måler tilstedeværelsen af symptomerne gennem 7 dage. Det er derfor meget vigtigt, ikke at stille diagnosen depression med denne skala, men at lade den danne udgangspunkt for en opfølgende samtale.

Vil du vide mere?

- [Postpartum depression](#)
- [Svangerskabskontrol](#)
- [Depression, diagnostik og behandling](#)
- [Postpartum kontrol](#)
- [Fødselsdepression](#)
- [Fødselsdepression, symptomtegn](#)
- [Depressionsfølelse før eller efter fødsel](#)

Kilder

Referencer

1. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R, Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987;150: 782-786 [BJP](#)
2. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Schei B, Opjordsmoen S, The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation in a Norwegian community sample. Nord J Psychiatry 2001;55: 113-7 [PubMed](#)
3. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO, Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 2001;104: 243-9 [PubMed](#)

Fagmedarbejdere

- Poul Videbech, prof. ovl., dr. med., Center for Neuropsykiatrisk Depressionsforskning, Psykiatrisk Center Glostrup
- Jette Kolding Kristensen, praktiserende læge, professor, ph.d., Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet
- Christina Gerlach Øgard, alm. praktiserende læge, ph.d., Birkerød

Indhold leveret af:

Lægehåndbogen
Kristianiagade 12
2100 København Ø

Gotlandsskalaen til vurdering af depression hos mænd

Gotlandsskalaen

Har du selv eller har andre i løbet af den sidste måned bemærket,
at du opfører dig anderledes, end du plejer, og i givet fald på hvilken måde?

	Slet ikke	Til en vis grad	Passer meget godt	I høj grad
1. Lavere stresstærskel/ mere stresset end du plejer	☐	☐	☐	☐
2. Mere aggressiv, udadreagerende, besvær med selvkontrol	☐	☐	☐	☐
3. Følelse af udbrændthed og tomhed	☐	☐	☐	☐
4. Konstant, uforklarlig træthed	☐	☐	☐	☐
5. Mere irriteret, rastløs og frustreret	☐	☐	☐	☐
6. Besvær med at træffe almindelige beslutninger i hverdagen	☐	☐	☐	☐
7. Søvnforstyrrelser: Sovor for meget/for lidt/ uroligt, besvær med at falde i søvn/vågner tidligt	☐	☐	☐	☐
8. Især om morgenen at have en følelse af uro/ ængstelse/ubehag	☐	☐	☐	☐
9. Overforbrug af alkohol og piller for at opnå en beroligende og afslappende virkning. At du er overaktiv eller at du afreagerer ved at arbejde hårdt og rastløst, jogge eller dyrke anden form for idræt, spise for meget eller for lidt	☐	☐	☐	☐
10. Føler du, at din opførsel er ændret på en sådan måde, at hverken du selv eller andre kan gen- kende dig, og at du er svær at have med at gøre?	☐	☐	☐	☐
11. Har du følt dig eller har andre opfattet dig som dyster, negativ eller præget af håbløshed hvor alt ser sort ud?	☐	☐	☐	☐
12. Har du selv eller andre bemærket, at du har større tendens til selvmedlidenhed, til at være klagende eller til at virke »ynkelig«?	☐	☐	☐	☐
13. Er der i din biologiske familie tendens til misbrug, depression/nedtrykthed, forsøg på selvmord eller tilbøjelighed til en adfærd der indebærer fare?	☐	☐	☐	☐

Points:	Slet ikke = 0	Til en vis grad = 1	Passer meget godt = 2	I høj grad = 3
0-13:	Ingen tegn på depression			
14-26:	Depression mulig. Specifik behandling, herunder psykofarmakologisk, muligvis indiceret.			
27-39:	Tydelige tegn på depression. Specifik behandling, herunder psykofarmakologisk, klart indiceret.			

EPDS-Dep-5

Spørgsmål:

- 1: Har du de sidste 7 dage været i stand til at le og se tingene fra den humoristiske side?
- 2: Har du de sidste 7 dage kunnet se frem til ting med glæde?
- 3: Har du de sidste 7 dage følt dig trist eller elendigt til mode?
- 4: Har du de sidste 7 dage været så ulykkelig, at du har grædt?
- 5: Har tanken om at gøre skade på dig selv strejft dig de sidste 7 dage?

Hvert spørgsmål scores:

Ja, det meste af tiden	3 point
Ja, ret tit	2 point
Sjældent	1 point
Nej, aldrig	0 point

Ved score over 4 skal depression mistænkes