

Forældres psykiske tilstand i barnets første leveår og betydning for barnets udvikling og trivsel

Temarapport fra Databasen Børns Sundhed for børn født i 2018 og skoleåret 2019/20

Udarbejdet af:
Lis Marie Pommerencke
Sofie Weber Pant
Janni Ammitzbøll
Bjarne Laursen
Trine Pagh Pedersen

Forældres psykiske tilstand i barnets første leveår og betydning for barnets udvikling og trivsel
Temarapport fra Databasen Børns Sundhed for børn født i 2018 og skoleåret 2019/20

© Statens Institut for Folkesundhed, 2021
Statens Institut for Folkesundhed
Studiestræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Udarbejdet for bestyrelsen for Databasen Børns Sundhed af:
Lis Marie Pommerencke, Sofie Weber Pant, Janni Ammitzbøll, Bjarne Laursen & Trine Pagh Pedersen

Bestyrelsen:

Anne Mette Skovgaard, speciallæge, professor, dr.med., SDU
Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, Sundhedsstyrelsen
Christine Bomholt, praktiserende læge, praksiskonsulent Brøndby Kommune
Eva Borg, centerchef Social og Sundhed, Ballerup Kommune
Helle Erstling Rasmussen, ledende sundhedsplejerske, MPG, Roskilde Kommune
Jonas Wittendorff, centerchef for dagtilbud og Skole, Glostrup Kommune
Liselotte Hastrup, systemansvarlig og sundhedsplejerske, Aarhus Kommune
Lars Bender, overlæge, Aalborg Universitetshospital
Lene Schack-Nielsen, chefkonsulent, Region Hovedstaden
Lotte Finseth, sundhedsplejerske, Gladsaxe Kommune
Pernille Buhelt, ledende sundhedsplejerske, Brønderslev Kommune
Pernille Fabricius, leder af Sundhedstjenesten, Lyngby-Taarbæk Kommune
Pia Rønnekamp, fagchef i sundhedsplejen, MPG, Brøndby Kommune
Susanne Henriksen, ledende sundhedsplejerske, Aalborg Kommune
Trine Pagh Pedersen, projektleder Databasen Børns Sundhed, Statens Institut for Folkesundhed
Ulla Dupont, ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune

Publikationen refereres således:

Pommerencke LM, Pant SW, Ammitzbøll J, Laursen B & Pedersen TP. Forældres psykiske tilstand i barnets første leveår og betydning for barnets udvikling og trivsel. Temarapport fra Databasen Børns Sundhed for børn født i 2018 og skoleåret 2019/20. København. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2021.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen kan downloades fra internetadressen www.sdu.dk/sif

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-526-1

Trykt ISBN: 978-87-7899-527-8

Eksternt review:

Johanne Smith Nielsen, cand.psych.aut., lektor, Center for Tidlig Indsats og Familieforskning (CIF), Institut for Psykologi, Københavns Universitet

Internt review:

Anne Mette Skovgaard, speciallæge, professor, dr.med., SDU

Forord

Det er livsomvæltende at blive forælder, og i tiden efter fødslen kan forældre i forskelligt omfang opleve psykiske vanskeligheder. Vanskelighederne kan være milde, men de kan også være af mere alvorlig karakter og udvikle sig til en egentlig psykisk lidelse. Afhængigt af alvorligheden kan de psykiske vanskeligheder have vidtgående konsekvenser for både forældrene og barnet, og det er derfor vigtigt, at forældre i risiko opspores tidligt. De danske sundhedsplejersker besøger stort set alle nyblevne forældre, og sundhedsplejen har derfor en enestående mulighed for at opspore tidlige tegn på psykiske vanskeligheder, igangsætte forebyggende indsatser og henvise til den rette hjælp. Sundhedsplejerskerne i Databasen Børns Sundhed har derfor valgt, at dette års temarapport skal omhandle psykiske vanskeligheder blandt nyblevne forældre og betydning for barnets udvikling og trivsel i det første leveår og i skolealderen. I forbindelse med temarapporten er der blevet lavet en kortlægning af, hvordan forældres psykiske vanskeligheder i barnets første leveår registreres og vurderes af sundhedsplejerskerne i kommunerne tilknyttet Databasen Børns Sundhed.

Rapportens grundlag består af flere datasæt. Første del af rapporten er baseret på sundhedsplejerskers journaldata og registerdata om børn, der er født i 2018. Børnene kommer fra 33 kommuner, der er tilmeldt Databasen Børns Sundhed: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

Anden del af rapporten er baseret på sundhedsplejerskers journaldata og registerdata om børn, der henholdsvis er ind- og udskolingsundersøgt i skoleåret 2019/2020. Børnene kommer fra 17 kommuner: Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Data er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, og databasen giver en systematisk og sammenlignelig dokumentation af børns sundhed og sundhedsplejerskernes ydelser.

Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat bestyrelse og et forretningsudvalg, der har ansvaret for, at formålet med databasen udmøntes. Databasen er beliggende på Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet (SDU). SIF er ansvarlig for drift og data, mens kommunerne er ansvarlige for indsamlingen af data.

Temarapporten er udarbejdet af videnskabelig assistent Lis Marie Pommerencke, videnskabelig assistent Sofie Weber Pant, forsker Janni Ammitzbøll, seniorforsker Bjarne Laursen og forsker og projektleder Trine Pagh Pedersen. Konsulent og sundhedsplejerske med Master i Sundhedspædagogik Hannah Glismann har bistået med sundhedsfaglig gennemlæsning og rådgivning. Tak til Johanne Smith Nielsen, cand.psych.aut., lektor ved Center for Tidlig Indsats og Familieforskning, Institut for Psykologi, Københavns Universitet, samt Anne Mette Skovgaard, speciallæge, professor, dr.med., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for kritisk gennemlæsning af rapporten.

Vi ønsker at rette en varm tak til alle sundhedsplejerskerne og de ledende sundhedsplejersker i de deltagende kommuner for det positive og engagerede samarbejde – det er helt afgørende for kvaliteten og den fortsatte udvikling af databasen. Det er en stor glæde, at så mange kommuner nu er tilsluttet Databasen Børns Sundhed, og vi vil gerne invitere endnu flere kommuner til at tilslutte sig databasen. Danske regioner opfordrer i deres seneste udspil om børn og unges sundhed, at alle kommuner tilslutter sig databasen.

Vi håber, at rapporten vil inspirere forskere til at anvende data fra Databasen Børns Sundhed således, at den forskningsbaserede viden om sundhedsplejen og børns sundhed vil blive øget.



Pia Rønnenkamp
Fagchef i sundhedsplejen, Master of Public Governance
Formand for Databasen Børns Sundhed



Morten Grønbæk
Professor, dr.med.
Direktør, Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

Resumé.....	5
1 Introduktion	8
2 Psykiske vanskeligheder relateret til fødsel og barnets udvikling og trivsel.....	9
2.1 Definition og forekomst af fødselsdepression	9
2.2 Risikofaktorer	10
2.3 Betydningen af psykiske vanskeligheder for barnets udvikling og trivsel.....	11
2.4 Metoder i sundhedsplejen til at undersøge forældres psykiske vanskeligheder	15
2.5 Behandling og indsatser rettet mod fødselsdepression.....	16
2.6 Manglende viden	17
3 Formål	19
4 Data og metode	20
4.1 Sundhedsplejerskernes virke.....	20
4.2 Databasen Børns Sundhed	20
4.3 Variabelbeskrivelse	22
4.4 Datagrundlag.....	23
4.5 Statistiske analyser.....	28
5 Resultater.....	29
5.1 Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand og tegn på fødselsdepression (EPDS-score).....	29
5.2 Sociodemografiske faktorer	35
5.3 Faktorer relateret til graviditet og fødsel.....	40
5.4 Barnets udvikling og trivsel i det første leveår.....	45
5.5 Barnets udvikling og trivsel ved indskolingsundersøgelsen.....	54
5.6 Barnets udvikling og trivsel ved udskolingsundersøgelsen	58
6 Sammenfatning og diskussion.....	64
6.1 Sammenfatning	64
6.2 Sammenligning med anden forskning og diskussion af fund.....	65
6.3 Kommuneforskelle.....	69
6.4 Styrker og svagheder ved data og metode	70
6.5 Implikationer	71
6.6 Konklusion.....	73
7 Inspiration til praksis	74
8 Referencer	75
Bilag 1: Variabeloversigt	79
Bilag 2: Edinburgh Postnatal Depression Scale.....	81

Resumé

Det er livsomvæltende at blive forældre, og i tiden efter fødslen kan forældrene i forskelligt omfang opleve psykiske vanskeligheder. Vanskelighederne kan være milde, men de kan også være af mere alvorlig karakter og udvikle sig til en egentlig psykisk lidelse. Afhængigt af alvorligheden kan de psykiske vanskeligheder have vidtgående konsekvenser for både forældrene og barnet, og det er derfor vigtigt, at forældrene tidligt opspores, så indsatser, der kan støtte forældrene, sættes i gang hurtigst muligt. Derudover er det vigtigt at få mere viden om, hvilke forhold der kan medvirke til, at nyblevne forældre oplever psykiske vanskeligheder, og om og i så fald hvordan barnets udvikling og trivsel i første leveår og i skolealderen påvirkes af forældrenes psykiske vanskeligheder.

Sundhedsplejerskerne besøger stort set alle nyblevne forældre, og sundhedsplejen har derfor en enestående mulighed for at opspore tidlige tegn på psykiske vanskeligheder, igangsætte forebyggende indsatser og henvise til den rette hjælp. Sundhedsplejerskerne har med deres besøg hos nyblevne forældre og undersøgelser af børn i skolealderen gjort en lang række af observationer af forældres psykiske vanskeligheder og barnets udvikling og trivsel. Psykiske vanskeligheder, herunder symptomer på fødselsdepression, måles i denne rapport ved bemærkning til forældrenes psykiske tilstand og med spørgeskemaet "Edinburgh Postnatal Depression Scale" (EPDS). En bemærkning til forældrenes psykiske tilstand er et udtryk for, at sundhedsplejersken vurderer, at forældrene udviser tegn på psykiske vanskeligheder eller at sundhedsplejersken skal være opmærksom på forældrenes psykiske tilstand ved næste besøg. Symptomer på fødselsdepression identificeres ved EPDS-score på 11 eller derover for mødre og EPDS-score på 10 eller derover for fædre. I nærværende rapport er det primære fokus på mødres psykiske vanskeligheder, da data på fædre er begrænset.

Formålet med rapporten er: 1) at beskrive forekomsten af sundhedsplejerskebemærkninger til forældres psykiske tilstand og symptomer på fødselsdepression, herunder udviklingen over tid og variationer mellem kommunerne, 2) at undersøge, hvilke sociodemografiske karakteristika og forhold relateret til fødslen, der er associeret med sundhedsplejerskebemærkninger til mors psykiske tilstand og symptomer på fødselsdepression, 3) at analysere, om børn, hvis mor har sundhedsplejerskebemærkninger til psykisk tilstand eller symptomer på fødselsdepression, i højere grad får sundhedsplejerskebemærkninger til deres udvikling og trivsel ved otte- til timånedersalderen, og 4) at analysere, om børn, hvis mor har sundhedsplejerskebemærkninger til psykisk tilstand, i højere grad får en sundhedsplejerskebemærkning til deres udvikling og trivsel ved ind- og udskolingsalderen.

Data stammer i sundhedsplejerskers journaldata på børn, som er født i 2018, og børn, som er ind- og udskolingsundersøgt i 2019/2020, i kommunerne tilknyttet Databasen Børns Sundhed.

Første del af rapporten er baseret på delpopulationer af 18.552 og 13.532 børn, der er født i 2018. Børnene kommer fra 33 kommuner: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Anden del af rapporten er baseret på data om 3.905 og 1.686 børn, der henholdsvis er ind- og udskolingsundersøgt i 2019/2020. Børnene kommer fra 17 kommuner: Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Kommunerne anvender to forskellige journalsystemer: Solteq Sund og NOVAX.

Resultaterne kan sammenfattes i fire hovedfund. **Første** hovedfund er, at 22,2 % af mødrene får mindst én bemærkning til deres psykiske tilstand, og at 7,5 % scorer ≥ 11 på EPDS-skalaen, inden barnet er otte måneder. Derudover finder vi, at bemærkning til mors psykiske tilstand, når barnet er omkring 12 dage (A-besøget), er associeret med mere end tre gange øget risiko for at score ≥ 11 på EPDS-skalaen, inden barnet er otte måneder. Desuden finder vi, at der er væsentlige kommunale forskelle i forekomsten af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand. På tværs af kommunerne, som har været tilknyttet databasen i perioden 2014-2018, finder vi, at bemærkning til mors psykiske tilstand har været stabil.

Nedenfor nævnes kun de resultater, som er statistisk signifikante i de kontrollerede analyser, hvilket vil sige de analyser, som er renset for indflydelse af andre faktorer.

Andet hovedfund er, at der er flere sociodemografiske faktorer og graviditets- og fødselsfaktorer, der er relateret til bemærkninger til mors psykiske tilstand, mens der er væsentlig færre, som er relateret til EPDS-score på ≥ 11 .

Sociodemografiske faktorer: For hovedparten af de sociodemografiske faktorer er der forskel på hvilke mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder. Der er en forhøjet andel af bemærkninger til mors psykiske tilstand blandt forældre, der ikke bor sammen, er 40 år eller ældre, eller hvor far er yngre end 20 år. Derudover er der også en forhøjet andel af bemærkninger til mors psykiske tilstand, hvis forældrenes højeste fuldførte uddannelse er almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse, erhvervsfaglig uddannelse eller grundskole, samt hvis den ene eller begge forældre er uden for arbejdsmarkedet. Omvendt finder vi en lavere andel af bemærkning til mors psykiske tilstand, hvis begge forældre er indvandrere eller efterkommere. I forhold til EPDS finder vi, at der er en forhøjet andel af mødre, der scorer ≥ 11 , hvis forældrenes højeste fuldførte uddannelse er en kort eller mellemlang videregående uddannelse eller en erhvervsfaglig uddannelse, og hvis den ene af forældrene står uden for arbejdsmarkedet. På baggrund af disse fund ser vi således, at EPDS i mindre grad, end bemærkning til mors psykiske tilstand, påvirkes af sociodemografiske faktorer.

Faktorer relateret til graviditet og fødsel: Et væsentlig fund er, at der er flere faktorer relateret til graviditet og fødsel, som er risikofaktorer for at få en bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder. Der er en forhøjet andel af bemærkning til mors psykiske tilstand blandt børn, hvor moderen har haft graviditetskomplikationer, børn, der er født før uge 37, børn, der er født ved kejsersnit, børn, der har apgarscore under ni, børn, der er flerfødte, børn, der er førstefødte, eller børn, der er født med medfødte misdannelser. Tilsvarende finder vi, at der er en forhøjet andel af mødre med EPDS-score ≥ 11 blandt børn, der er født før uge 37, børn, der er født ved kejsersnit, børn, der er flerfødte, og børn, der er født med medfødte misdannelser.

Tredje hovedfund er, at bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS-score ≥ 11 , inden barnet er otte måneder, er sammenhængende med flere indikatorer for barnets trivsel og udvikling i første leveår.

Der er en forhøjet andel af børn, som ikke ammes fuldt i fire måneder, blandt børn af mødre med mindst én bemærkning til psykisk tilstand og EPDS-score ≥ 11 inden barnet er otte måneder. Derudover er der også en forhøjet andel af børn med mindst én bemærkning til søvn, signaler/reaktioner, spisning/ernæring eller forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand og EPDS-score ≥ 11 . Endvidere finder vi forhøjet andel af børn med mindst én bemærkning til kommunikation/sprog eller motorisk udvikling blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand, inden barnet er otte måneder.

Fjerde hovedfund er, at bemærkninger til mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder, ikke er statistisk signifikant associeret til udviklings- og trivselsfaktorer, såsom generel trivsel, skoletrivsel og forældres vurdering af barnets forhold til jævnaldrende ved indskolingsundersøgelsen. Derimod finder vi, at mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder, er associeret med følgende trivsels- og udviklingsfaktorer ved udskolingsundersøgelsen: bemærkning til generel trivsel, trivsel i hjemmet, mental sundhed og depressive tanker.

Der er forhøjet andel af unge med mindst én bemærkning til deres generelle trivsel og bemærkning til trivsel i hjemmet ved udskolingsundersøgelsen blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand, inden den unge var otte måneder. Der er også forhøjet andel af unge med mindst én bemærkning til deres mentale sundhed og bemærkning til depressive tanker blandt mødre, som havde bemærkning til psykisk tilstand, inden den unge var otte måneder.

Konklusion

Samlet set peger rapportens fund på, at psykiske vanskeligheder ofte forekommer blandt nyblevne mødre, og at socioøkonomiske, graviditets- og fødselsfaktorer har indflydelse på, hvem der oplever psykiske vanskeligheder. Fundene i rapporten viser også, at psykiske vanskeligheder blandt mødre i de første otte måneder efter fødslen påvirker faktorer relateret til udvikling og trivsel i barnets første leveår og ved udskolingsalderen. Fundene i rapporten peger således på en særlig sårbar gruppe af børn, der er født af mødre med psykiske vanskeligheder efter fødslen. Disse børn har en øget sandsynlighed for ikke at trives og udvikle sig optimalt i første leveår og i udskolingsalderen. Rapporten viser, at det er muligt at identificere sårbare børn i den danske sundhedspleje og tydeliggør vigtigheden af sundhedsplejerskernes arbejde med tidlig opsporing af og fokus på mødres psykiske vanskeligheder i barnets første leveår. Rapporten viser desuden, at fædre og familier med anden etnisk herkomst i langt mindre grad undersøges for symptomer på fødselsdepression ved hjælp af EPDS-skemaet. Derfor peger rapporten også på et behov for øget fokus her for at sikre, at disse også får den nødvendige hjælp og støtte. Fremadrettet er det ligeledes vigtigt at sikre validiteten af sundhedsplejerskernes data og at udvikle ensrettede registreringer til vurdering af særligt mors psykiske tilstand i barnets første leveår.

1 Introduktion

Graviditet, fødsel og de første måneder efter en fødsel er forbundet med omfattende fysiologiske forandringer for kvinden, og for alle forældre er tiden efter fødslen en overvældende og krævende periode med store udfordringer både fysisk og psykisk¹ (Sundhedsstyrelsen, 2011). Resultater fra eksisterende forskning viser, at der i perioden efter fødslen er øget risiko for, at forældrene udvikler psykiske helbredsproblemer (World Health Organization, 2008). Ligeledes viser et stort dansk studie, at sandsynligheden for, at mødre søger psykiatrisk hjælp, er dobbelt så stor i de første tre måneder efter en fødsel sammenlignet med et år efter fødslen, og at risikoen for at få depression er tre gange større i de første tre måneder sammenlignet med et år efter (Munk-Olsen et al., 2006). Et engelsk studie finder desuden, at hvis faderen diagnosticeres med en psykisk lidelse, så er der større risiko for, at moderen også diagnosticeres med en psykisk lidelse (Xu et al., 2016). Tilsvarende gør sig gældende for faderens vedkommende, hvis moderen diagnosticeres med en psykisk lidelse (Xu et al., 2016). Et projekt gennemført på Rigshospitalet finder, at symptomer på fødselsdepression hos forældre potentielt allerede kan opspores under graviditeten (Madsen, 2017). Det vides dog ikke, om de, der udviser tegn på fødselsdepression i graviditeten, er de samme, som har symptomer på fødselsdepression efter fødslen (Madsen, 2017). Det er derfor vigtigt, at der er fokus på forældrenes psykiske tilstand op til og efter fødslen, da nogle forældre vil opleve væsentlige psykiske vanskeligheder. Vanskelighederne kan spænde fra en tilstand med meget milde symptomer og reaktioner i den første uge efter fødslen til en egentlig psykiatrisk diagnose, eksempelvis fødselsdepression (Videbech et al., 2018, Howard et al., 2014). Væsentlige psykiske vanskeligheder efter fødslen har vidtgående konsekvenser for både forældre og barn, og det er derfor vigtigt at sikre, at forældrene får hjælp tidligt for at undgå forværring og negative konsekvenser for barnet. I de forebyggende sundhedsordninger besøger sundhedsplejersken stort set alle nyblevne forældre og har dermed en unik mulighed for at opspore forældre med tegn på psykiske vanskeligheder og symptomer på fødselsdepression samt mulighed for at følge op og henvise forældrene til den rette hjælp.

¹ I denne rapport anvendes betegnelsen "psykisk", og vi anvender således ikke betegnelsen "mental", selvom denne ofte anvendes i litteraturen – særligt i den engelske litteratur. Valget af "psykisk" er baseret på, at det er den betegnelse, som anvendes i Databasen Børns Sundhed, og vi ønsker derfor at anvende samme betegnelse gennem hele rapporten. Psykisk skal i denne rapport således forstås på samme måde som mental, hvorfor eksempelvis også "psykisk sundhed" og "mental sundhed" også skal forstås som det samme.

2 Psykiske vanskeligheder relateret til fødsel og barnets udvikling og trivsel

At blive forældre er livsomvæltende, og forældre kan i forskelligt omfang opleve psykiske vanskeligheder før og efter fødslen. Vanskelighederne kan være milde, men de kan også være af mere alvorlig karakter og udvikle sig til en egentligt psykisk lidelse. Milde vanskeligheder efter fødslen, fx gråd, bekymring og udmattelse, benævnes ofte som "maternity blues" og forekommer hyppigt blandt mødre (omkring 50 % af alle nyblevne mødre) (Howard et al., 2014, Reck et al., 2009). Blandt de mere alvorlige reaktioner er ikke-psykotiske psykiske lidelser de oftest forekommende før og efter fødslen. Heraf er fødselsdepression og angst de hyppigste diagnoser. Andre ikke-psykotiske psykiske lidelser, som – omend i langt mindre grad – kan komme til udtryk eller forstærkes i forbindelse med graviditet og fødsel, er posttraumatisk stresslidelse, spiseforstyrrelser, obsessiv-kompulsiv lidelse og personlighedsforstyrrelser (Howard et al., 2014, Videbech et al., 2018, Meltzer-Brody et al., 2018). I denne rapport vil vi primært fokusere på sundhedsplejerskers registreringer af bekymring for mors psykiske tilstand og tilstedeværelsen af symptomer på fødselsdepression. I rapporten vil forældre blive benævnt som mor og far, da data i Databasen Børns Sundhed er genereret på denne måde. Data om forældre, som består af samme køn eller af flere end to personer, er således ikke inkluderet i rapporten. Litteraturgennemgangen, som præsenteres nedenfor, er afgrænset til primært at omhandle symptomer på fødselsdepression, da psykiske vanskeligheder, som forældre kan opleve efter fødslen, er et bredt felt, der kan spænde fra milde forbigående symptomer til forskellige psykiske lidelser.

2.1 Definition og forekomst af fødselsdepression

Definitioner og afgrænsninger mellem forskellige psykiske vanskeligheder efter fødslen er ofte flydende og kan variere afhængigt af, hvilke måleinstrumenter og diagnosesystemer der anvendes (Gullestrup & Terp, 2008). Ligeledes forekommer der ikke selvstændige diagnosekriterier for en fødselsdepression, hvorfor en fødselsdepression diagnosticeres ved hjælp af de samme kriterier som andre typer af depressioner (World Health Organization, 2008). Ifølge det amerikanske diagnosesystem DSM skal depressionen forekomme inden for fire uger efter fødsel for at være en fødselsdepression, mens symptomer på depression i det internationale diagnosesystem ICD skal forekomme inden for seks uger efter fødslen, for at det kaldes en fødselsdepression (Wisner et al., 2006). I videnskabelige studier og i klinisk arbejde ses det dog ofte, at der inkluderes depressioner, som debuterer tre til seks måneder efter fødslen, mens betegnelsen fødselsdepression bruges af andre forfattere om depression inden for barnets første leveår (World Health Organization, 2008). Derfor angives det i forskningslitteraturen oftest som både fødselsdepression og depression i det første leveår. Fødselsdepression blandt mænd vurderes på samme måde.

Ifølge diagnosekriterierne i både DSM (American Psychiatric Association, 2013) og ICD (World Health Organization, 2018) diagnosticeres psykiske lidelser ud fra tilstedeværelsen af bestemte symptomer sammen med en vurdering af symptomernes indflydelse (det vil sige, hvordan symptomerne begrænser daglig udfoldelse). Derudover er antallet af symptomer også afgørende for, om diagnosen kan stilles (Videbech et al., 2018). Symptomer på fødselsdepression kan starte allerede under graviditeten, men kommer oftest til udtryk efter fødslen. Symptomerne minder ofte om symptomerne ved en almindelig depression, men tanker og følelser omhandler ofte det at være blevet mor, om barnet, kvindens opvækst og hendes relation til barnet. Symptomer på en fødselsdepression hos den nyblevne mor kan komme til udtryk ved blandt andet tristhed, energiløshed, trykken for brystet og kvalme (Gullestrup & Terp, 2008). Ligeledes oplever den nyblevne mor også ofte angst, uro og nervøsitet, da fødselsdepression ofte forekommer i kombination med angst (Falah-Hassani et al., 2017). Sundhedsplejersker i kommuner tilknyttet Databasen Børns Sundhed anvender blandt

andet spørgeskemaet "Edinburgh Postnatal Depression Scale" til at vurdere, om den nyblevne mor eller far er i risiko for fødselsdepression, og om der skal henvises til egen læge eller psykolog for nærmere udredning af symptomerne.

Forekomsten af fødselsdepression blandt mødre varierer i forskellige undersøgelser afhængig af blandt andet af målemetoden og tidspunktet for undersøgelse for fødselsdepression. I et systematisk review af prævalensen af fødselsdepression estimeres den samlede punktprævalens til mellem 6,5-12,9 % ved forskellige tidspunkter fra graviditetens start til ét år efter fødslen (Gavin et al., 2005). Flere internationale studier finder dog, at prævalensen er højere, da forekomsten er kontekstafhængig og afhænger af lande- og kulturforskelle (Arifin et al., 2018, Hahn-Holbrook et al., 2018, Howard et al., 2014). I en dansk kontekst finder et studie, hvor mødre er screenet med den selvrappede "Edinburgh Postnatal Depression Scale" fire måneder efter fødslen, at 5,5 % af mødre kategoriseres som havende en fødselsdepression (cut-off score 13) (Nielsen Forman et al., 2000). Forfatterne af studiet argumenterer dog for, at den relativt lave prævalens af fødselsdepression, som de finder i studiet, sammenlignet med andre studier kan skyldes, at de anvender en punktprævalens ved fire måneder og således ikke opfanger mødre med fødselsdepression inden for de første tre måneder (Nielsen Forman et al., 2000). I en oversigtsartikel opdeles depression efter fødslen i svær og mild depression. Forfatterne finder i den sammenhæng, at omkring 4,7 % oplever svær fødselsdepression i de første tre måneder efter fødslen, mens prævalensen af mild fødselsdepression i de første tre måneder efter fødslen anslås til 13 % (Howard et al., 2014). Variationer i prævalensen af fødselsdepression vurderer Gullestrup & Terp (2008) blandt andet kan skyldes, at der i nogle studier ikke skelnes mellem fødselsdepression og andre psykiske vanskeligheder efter fødslen, fx PTSD og angst, og at mødre undersøges for fødselsdepression på forskellige tidspunkter.

Psykiske vanskeligheder efter fødslen og symptomer på fødselsdepression er i mindre grad undersøgt blandt fædre. Forekomsten af depression fra graviditetens start og i barnets første leveår varierer i den internationale litteratur mellem 2,3 % og 8,4 % blandt fædre (Glasser & Lerner-Geva, 2019). Et review og metaanalyse, hvor der er beregnet en forekomst baseret på flere forskellige studier, finder en forekomst på 8,4 %. Dette er dog beregnet på baggrund af meget forskellige målemetoder og populationer (Cameron et al., 2016). Et dansk studie finder, at der forekommer symptomer på fødselsdepression blandt 3,4-5,0 % af de deltagende fædre op til seks uger efter fødsel (Madsen & Juhl, 2007). I studiet blev fædre spurgt ved brug af to forskellige selvrappede spørgeskemaer (Edinburgh Postnatal Depression Scale, (cut-off score 10) og Gotlandskalaen (cut-off score 13)). I et svensk studie finder de, at der tre måneder efter fødslen er 6,3 % af de nyblevne fædre, der kan betegnes som havende en fødselsdepression (Edinburgh Postnatal Depression Scale (cut-off score 12)) (Massoudi et al., 2016).

2.2 Risikofaktorer

Der er ikke en entydig forklaring på, hvorfor nogle nyblevne forældre i større eller mindre grad oplever psykiske vanskeligheder efter fødslen, eller at nogle er mere sårbare end andre, men der kan både være genetiske og miljømæssige faktorer på spil (World Health Organization, 2008, O'Hara, 2009). Nogle studier indikerer, at det for kvinder kan skyldes hormonændringer i forbindelse med graviditeten og det fald i forekomsten af hormoner, som sker i forbindelse med en fødsel. Nogle kvinder kan være mere følsomme over for sådanne hormonændringer end andre (Patel et al., 2012). I litteraturen angives det, at milde psykiske symptomer efter fødslen (maternity blues) ikke er hyppigere i bestemte grupper eller er relateret til moderens tidligere psykiske lidelse, men at de tidlige psykiske symptomer kan øge risikoen for, at tilstanden udvikler sig til en fødselsdepression eller andre psykiske lidelser, fx angst (World Health Organization, 2008). Et tysk studie finder blandt andet, at der er tæt på fire gange større risiko for at udvikle en fødselsdepression de første tre måneder efter fødslen, hvis moderen har haft "maternity blues" op til to uger efter fødslen. Desuden finder studiet, at 20 % af de mødre, der oplever psykiske vanskeligheder efter fødslen, vil udvikle en depression i det første år af barnets liv (Reck et al., 2009).

Der er flere andre omstændigheder, som kan være medvirkende årsager til udvikling af symptomer på fødselsdepression, og der findes flere risikofaktorer. I en oversigtsartikel undersøges risikofaktorer for depression før og efter fødslen, og her finder de, at vold i hjemmet, stressende livsbegivenheder, fravær af social støtte og tidligere psykisk lidelse, herunder i særdeleshed tidligere depressioner, er væsentlige risikofaktorer for udvikling af depression i graviditeten (Howard et al., 2014). I forhold til udvikling af depression efter fødslen er tilsvarende faktorer også af væsentlig betydning for udvikling af symptomer på fødselsdepression, ligesom partnerproblemer, depression under graviditeten, personlighedstrækket neuroticisme (personer, som er ængstelige og følelsesmæssige ustabile), kronisk sygdom og flerfødsel også er betydelige risikofaktorer (Howard et al., 2014). Disse resultater understøttes af flere studier og systematiske reviews (Patel et al., 2012, Hutchens & Kearney, 2020, Robertson et al., 2004, O'Hara & Swain, 1996, Beck, 2001). Et igangværende eller tidligere misbrug fremtræder også som en stærk risikofaktor for depression efter fødslen (Hutchens & Kearney, 2020). I forhold til socioøkonomisk status finder Robertson et al. (2004), at fødselsdepressioner oftere forekommer blandt mødre med lav socioøkonomisk status, herunder lav indkomst, lav social status og dårlig tilknytning til arbejdsmarkedet, men effektstørrelsen er dog lille (Robertson et al., 2004). I en oversigtsartikel finder forfatterne, at mødres uddannelsesniveau positivt modererer associationen mellem mødres symptomer på fødselsdepression, og at barnet får depression i teenagealderen, og foreslår derfor uddannelsesniveau som mulig risikofaktor for fødselsdepression (Stein et al., 2014). I reviewet af Robertson et al. (2004) finder forfatterne, at graviditets- og fødselskomplikationer øger risikoen for fødselsdepression, men effektstørrelsen er lille (Robertson et al., 2004). Et nyligt review og metaanalyse finder endvidere, at mødre, der føder for tidligt, har en øget risiko for at få en fødselsdepression inden seks uger efter fødslen. I de inkluderede studier er der dog ikke taget højde for, om kvinderne havde depression inden fødslen (de Paula Eduardo et al., 2019). I den førnævnte oversigtsartikel finder forfatterne, at depression i graviditeten er associeret med for tidlig fødsel samt at tilsvarende sammenhæng blev fundet med angst i graviditeten (Stein et al., 2014). Derudover beskriver forfatterne, at grundet den betydelige komorbiditet mellem depression og angst, kan associationer mellem de nævnte risikofaktorer og fødselsdepression også skyldes tilstedeværelsen af angst (Stein et al., 2014).

Risikofaktorer for, at fædre får en fødselsdepression, er ikke lige så velundersøgt som blandt mødre, men et review viser, at der er en øget risiko for, at fædre får en fødselsdepression, hvis også deres partner har en depression. Det er dog ikke muligt at udtale sig om årsagsretningen, da påvirkningen kan gå begge veje (Glasser & Lerner-Geva, 2019). Andre faktorer er, ligesom for mødrene, tidligere depression og angst, mens nogle studier finder, at sociodemografiske faktorer, såsom yngre fædre, arbejdsløshed og lavere uddannelsesniveau, også øger risikoen (Glasser & Lerner-Geva, 2019).

2.3 Betydningen af psykiske vanskeligheder for barnets udvikling og trivsel

Psykiske vanskeligheder efter fødslen kan have omfattende betydning for barnet, men konsekvenserne kan være af forskellig omfang afhængigt af, hvilke typer vanskeligheder der er tale om (Stein et al., 2014). Fokus i dette afsnit afgrænses til fødselsdepressioners konsekvenser for barnets udvikling og trivsel og til de faktorer, som sundhedsplejerskerne har fokus på i deres observationer af forældre og barn. Overordnet finder studierne, at fødselsdepression har en negativ effekt på barnets udvikling og trivsel det første leveår og i skolealderen. Nedenfor gennemgås de enkelte effekter, der kan være på kort sigt, det vil sige i det første leveår, samt effekterne på længere sigt op i skolealderen, da det er disse aldersgrupper, som rapporten indeholder data om.

2.3.1 Faktorer i det første leveår

Amning

Sammenhænge mellem amning og fødselsdepression kan være svære at undersøge, da ammeudfordringer og fødselsdepression ofte forekommer samtidigt, hvorfor det kun er muligt at udtale sig om tværsnitsassociationer. Flere studier finder en association mellem fødselsdepression og ammeudfordringer, fx mindre initiativ til at amme og kortere ammelængde, mens andre studier ikke finder nogen sammenhæng (Pope & Mazmanian, 2016). Blandt andet viser en stor norsk befolkningsundersøgelse, at mødre, der ammer, har samme niveau af selvrapporterede symptomer på fødselsdepression som mødre, der ikke ammer (Ahn & Corwin, 2015). Modsat finder Dennis & McQueen (2007), at kvinder, der oplever depressive symptomer en uge efter fødslen, har højere risiko for at opleve store problemer med amningen, højere risiko for ikke at have tiltro til deres egen evne til at amme (self-efficacy) samt højere risiko for at være stoppet med at amme fire og otte uger efter fødslen. I samme studie finder forfatterne dog, at der ikke er sammenhæng mellem udviklingen af depressive symptomer fire og otte uger efter fødslen og vanskeligheder med at amme en uge efter fødslen (Dennis og McQueen, 2007).

Forældre-barn relationen

En del studier har vist, at en fødselsdepression kan være en risikofaktor for den tidlige interaktion og tilknytning mellem mor og spædbarn (Slomian et al., 2019). Spædbørn kan allerede inden for de første par levemåneder adskille forskellige sindsstemninger, som eksempelvis irritation og glæde (Reck et al., 2004). Moderens øjenkontakt med og smil til barnet medfører, at barnet smiler tilbage, og dette interaktionsmønster er med til at etablere en tæt følelsesmæssig relation mellem mor og spædbarn. Mødre med fødselsdepression er ofte ikke i stand til at indgå i tætte interaktioner med barnet, og deres kontakt med barnet er ofte karakteriseret ved mangel på imødekommenhed, passivitet samt mindre evne til at opfatte barnets signaler og tolke dem korrekt (Reck et al., 2004). En typisk reaktion fra et barn på en sådan adfærd fra sin mor er at trække sig tilbage, undgå øjenkontakt samt at vise mindre positiv affekt. Studier har fundet, at børn af depressive mødre i højere grad end børn af ikke-depressive mødre forsøger at trøste sig selv, fx ved at sutte på fingre for at kompensere for den manglende nære relation til moderen samt i mindre grad udviser tegn på utilfredshed gennem for eksempel ansigtsmimik og højlydte protester samt kigger i mindre omfang på moderens ansigt (Reck et al., 2004, Væver et al., 2020). I et andet studie blandt 76 danske mødre, hvoraf 27 har symptomer på fødselsdepression målt ved Edinburgh Postnatal Depression Scale, finder de, at fødselsdepression er relateret til mindre ansigtskontakt i mor-barn interaktionen (Væver et al., 2015). Et studie, som undersøger interaktioner mellem mødre med og uden symptomer på depression og deres tre måneder gamle spædbarn, finder, at særligt drengbørn er mere sårbare over for moderens symptomer på fødselsdepression (Weinberg et al., 2006). I et review identificeres 11 studier, der viser en negativ effekt af fødselsdepression på mor-barn tilknytningen (Slomian et al., 2019). Dette resultat understøttes af et andet review, som på tværs af 48 studier finder, at mødre med højere grad af depression udviser mindre sensitivitet for deres spædbarns signaler sammenlignet med mødre med mindre grad af depression (Bernard et al., 2018). Endvidere finder et nyligt review, at kun fødselsdepressioner, som er diagnosticeret ved hjælp af kliniske interviews, er relateret til mor-barn tilknytningen, mens depressioner, som er identificeret ved hjælp af selvrapporterede spørgeskemaer, ikke synes at være associeret med mor-barn tilknytningen (Śliwerski et al., 2020). Et dansk studie af Smith-Nielsen finder, at fødselsdepression kun har en indflydelse på barn-mor tilknytningen, hvis moderen samtidig også har en personlighedsforstyrrelse (Smith-Nielsen et al., 2016b, Smith-Nielsen, 2015). En tidligere rapport fra Databasen Børns Sundhed viser, at der er en sammenhæng mellem mors psykiske tilstand og forældre-barn relationen. Analyserne viser, at der er over fem gange så stor sandsynlighed for at få en bemærkning til forældre-barn relationen, hvis der er en bemærkning til mors psykiske tilstand i det første leveår (Svendsen et al., 2012).

I et review af betydningen af fædres fødselsdepression for barnets udvikling og trivsel identificerer forfatterne flere artikler, der indikerer, at børn af fædre, der har fødselsdepression, har en mere utryg far-barn tilknytning (Gentile & Fusco, 2017). I et andet studie af svensk oprindelse, som også er

inkluderet i reviewet, finder de, at hvis både moderen og faderen har en fødselsdepression, er risikoen for en utryk forældre-barn tilknytning højere, end hvis det kun er den ene af forældrene, der har en fødselsdepression (Kerstis et al., 2016).

Søvn

I det nyere review af Slomian et al. (2019) finder de tre studier, der undersøger fødselsdepression blandt mødre og barnets søvn. Studierne finder, at børn af mødre med depressive symptomer i højere grad vågner om natten og har et mere problematisk søvnmønster. Et af studierne viser, at børn af mødre med mere alvorlige symptomer på depression har en højere risiko for søvnproblemer end børn af mødre med mildere depressionssymptomer (Slomian et al., 2019). Det er vanskeligt på baggrund af den eksisterende videnskabelige litteratur at afgøre, hvorvidt børn med søvnproblemer er en risikofaktor for forældrenes fødselsdepression, om fødselsdepression er en risikofaktor for søvnproblemer hos barnet, eller om søvnproblemer hos barnet forårsaget af forældrenes fødselsdepression kan forstyrre barnets søvn yderligere, som så igen forstyrrer forældrenes søvn. I et review af betydningen af fædres fødselsdepression for barnets udvikling og trivsel identificerer forfatterne en artikel, der peger på, at børn af fædre med depression under graviditeten, oftere græder mere ved ottemånedersalderen end børn af fædre, der ikke har en depression. Et andet studie, der indgår i reviewet, viser, at fædres depression under graviditeten kan påvirke barnets temperament op til seksmånedersalderen (Gentile & Fusco, 2017).

Motorisk udvikling

Studier af fødselsdepression og barnets motoriske udvikling er primært foretaget i udviklingslande og kan derfor være svære at sammenligne med en dansk kontekst (Golding et al., 2014, Kingston et al., 2012). Der er dog enkelte vestlige studier, der undersøger, om fødselsdepression påvirker barnets motoriske udvikling. I et australsk studie finder de ingen forskelle i motorisk udvikling ved 18 måneder afhængigt af, om mødrene havde en fødselsdepression, når barnet var seks måneder (Piteo et al., 2012). Det samme gør sig gældende i et dansk studie, hvor de heller ikke finder nogen forskelle i motorisk udvikling ved fire- og 13-månedersalderen afhængigt af, om moderen havde en fødselsdepression tre til fire måneder efter fødslen (Smith-Nielsen et al., 2016a). Derimod finder et græsk studie forskelle i den finmotoriske udvikling ved 18 måneder afhængigt af, om mødrene havde en fødselsdepression otte uger efter fødslen (Koutra et al., 2013). I et nyere review, hvor studier fra hele verden inkluderes, kan det ikke konkluderes, om det har en betydning for barnets motoriske udvikling, at mødrene har en fødselsdepression (Slomian et al., 2019). Forfatterne argumenterer for, at de forskellige fund kan skyldes, at der anvendes forskellige måleredskaber til måling af fødselsdepression, samt at cut-off score for definition af fødselsdepression afviger i de forskellige studier (Slomian et al., 2019).

Kognitiv udvikling og sprog

I et review, der samler flere studier af fødselsdepression og barnets kognitive udvikling og sprog, finder nogle studier en svag sammenhæng mellem fødselsdepression på barnets kognitive udvikling, mens flere af studierne ikke finder nogen sammenhæng. Samlet set finder reviewet ikke en sammenhæng med sprog (Kingston et al., 2012). De samme fund gør sig gældende i et dansk studie, hvor forfatterne finder, at børn af depressive mødre scorer lavere på kognition ved firemånedersalderen, mens dette ikke er tilfældet for sprog (Smith-Nielsen et al., 2016a). Dette understøttes af et studie af Azak (2012), som finder, at fødselsdepression, som blev diagnosticeret i fire til seksmånedersalderen, har negativ effekt på spædbørns kognitive udvikling, og der synes at være en kønsforskel, hvor pigebørn i højere grad end drengebørn stiger i kognitiv udvikling fra seks til 18-månedersalderen. I en nyere metaanalyse, hvor forfatterne analyserer flere studier, konkluderes ligeledes, at der er en effekt af fødselsdepression på barnets kognitive udvikling (Liu et al., 2017). De forklarer deres fund med, at depressionen muligvis forstyrrer evnen til at reagere på barnets behov samt manglende engagement i at stimulere barnet med lege etc. (Liu et al., 2017). I en oversigtartikel

beskriver forfatterne, at flere studier peger på, at det særligt er vedvarende fødselsdepression blandt mødre, der har betydelig indflydelse på barnets kognitive udvikling (Stein et al., 2014).

I et review af betydningen af fædres fødselsdepression for barnets udvikling og trivsel finder de i en artikel, at børn af fædre, der har fødselsdepression, i mindre grad udtrykker sig sprogligt, når barnet er ni til 24 måneder, end børn af fædre, der ikke oplever en fødselsdepression. De angiver, at dette kan hænge sammen med, at fædre, der er depressive, bruger mindre tid på at synge og læse for deres børn (Gentile & Fusco, 2017). Studiet er dog foretaget i USA, og der kan være nationale forskelle i fædres rolle i forhold til omsorg for småbørn.

2.3.2 Faktorer ved skolealderen

Udvikling og trivsel

Et studie og metaanalyse viser, at mødrenes fødselsdepression har en lille effekt på barnets kognitive og emotionelle udvikling, når barnet er mellem fire og 14 år. Studiet viser, at børn af mødre, der har haft fødselsdepression, har flere adfærdsproblemer og mindre optimal kognitiv funktion end børn af mødre, der ikke har haft en fødselsdepression. For alle aldre var der tale om en effekt i samme størrelsesorden (Beck, 1998). Dette fund bekræftes af en undersøgelse fra Danmark, der viser, at sundhedsplejerskens registrering af, at moderen udtrykte psykiske problemer i ugerne efter fødslen, er stærkt associeret med, at barnet har betydelige psykiske forstyrrelser ved indskoling (Elberling, 2012). Et nyere studie af Kingston et al. 2018 viser ligeledes, at mødres depressive symptomer under graviditet og det første leveår er associeret med adfærdsproblemer blandt tre og seksårige børn, men at det er højest for børn, hvor mødrene har vedvarende depressive symptomer (Kingston et al., 2018).

I en gennemgang af litteraturen af Grace et al. (2003), som følger op på studiet af Beck et al. (1998), finder de en lille effekt på den kognitive udvikling, hvor det særligt er blandt drenge, at denne forskel ses. Dette støttes af et studie af Hay et al. (2001), som finder, at børn af mødre med depression tre måneder efter fødslen har lavere IQ-score og flere koncentrationsproblemer ved 11-årsalderen, og at særligt drenge er mere påvirket end piger i forhold til deres IQ-score. I forlængelse heraf finder Grace et al. (2003) ikke entydige resultater i forhold til sammenhæng med adfærdsproblemer hos børnene. De påpeger desuden, at gentagen depression eller kronisk depression kan have en større betydning i forhold til børns udvikling end tidlig eksponering for fødselsdepression alene (Grace et al., 2003). Dette støttes i en litteraturgennemgang fra 2009, hvor de ser på betydningen af blandt andet fødselsdepression og børns udvikling og trivsel op til teenagealderen. Her konkluderer forfatterne, at det ikke er fødselsdepressionen i sig selv, der medfører, at børnene senere er i øget risiko for at udvikle adfærdsproblemer eller depressioner i teenagealderen. Derimod mener forfatterne, at sammenhængen ses, fordi mødre med fødselsdepressioner har højere risiko for at have flere depressioner gennem barnets barndom, og at det er den kontinuerlige eksponering for mødrenes depressionssymptomer, der har negative konsekvenser for barnet (Brand & Brennan, 2009). I et nyere review, hvor de kun har fokus på betydningen af fødselsdepressionen på teenagebørns psykologiske udvikling (såsom internaliserings- og eksternaliseringsproblemer, psykopatologi samt psykosocial og kognitive udvikling), finder de 16 relevante artikler (Sanger et al., 2015). Generelt finder de, at der er en effekt på den kognitive udvikling, men de finder ikke entydige resultater i forhold til internaliserings- og eksternaliseringsproblemer og psykopatologi. De konkluderer derfor, at fødselsdepression hos forældrene måske øger sårbarheden blandt børnene, men at det særligt er gentagne depressioner, der er den største prædiktorer for senere psykologiske problemer blandt teenagebørnene (Sanger et al., 2015). Dette fund understøttes af et nyere studie af effekten af fødselsdepression på 11-åriges socioemotionelle udvikling. I dette studie finder de, at teenagere, hvis mødre har vedvarende depressive symptomer, har et højere niveau af problemer med jævnaldrende og et lavere niveau af positiv social adfærd end de teenagere, der har mødre med få depressive symptomer (Maruyama et al., 2019).

I forhold til konsekvenser af fædres fødselsdepression, så har Gentile & Fusco i et nyligt review fundet tre studier, der undersøger effekten blandt skolebørn og teenagere (Gentile & Fusco, 2017). To af studierne er baseret på det samme studie (ALSPAC), hvor de ser på effekten af fødselsdepression på børn op til syvårsalderen. Her finder de, at fødselsdepressioner blandt fædre er associeret med en effekt på barnets udvikling og en forøget rate af psykiatriske sygdomme ved syvårsalderen (Gentile & Fusco, 2017). I et af de andre studier, der er baseret på mere end en million svenskere, ser de på depressionsdiagnoser blandt både mødre og fædre, inden barnet er 16 år, og effekten på børns præstation i skolen ved 16-årsalderen. De finder, at både mødres og fædres depression er associeret med nedsat/ringere skolepræstation (Gentile & Fusco, 2017).

2.4 Metoder i sundhedsplejen til at undersøge forældres psykiske vanskeligheder

Der kan anvendes forskellige metoder til vurdering af forældres psykiske vanskeligheder før og efter fødslen. Sundhedsplejerskerne har til opgave at monitorere barnets helbredstilstand og at tilbyde oplysning og vejledning til forældrene med henblik på at fremme barnets sundhed og trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2011), og det er derfor også en naturlig del af sundhedsplejerskernes arbejde at vurdere forældrenes psykiske tilstand. Derfor er sundhedsplejerskerne vigtige i forhold til at identificere de forældre, der har behov for hjælp og støtte. Dette kan eksempelvis ske gennem samtale, observationer og selvrapporterede spørgeskemaer. En efterfølgende vurdering af, om forældrene opfylder diagnostiske kriterier for fødselsdepression eller andre psykiske lidelser udføres af en læge, psykiater eller en specialpsykolog. For at opnå forståelse for, hvordan og med hvilken baggrund sundhedsplejerskerne i kommunerne tilknyttet Databasen Børns Sundhed vurderer og registrerer forældres psykiske vanskeligheder, er der blevet udarbejdet en grundig kortlægning af dette (Henriksen et al., 2020, intern rapport). I kommunerne, som er tilknyttet Databasen Børns Sundhed, observerer sundhedsplejerskerne ved hvert besøg forældrenes psykiske tilstand, og ved udvalgte besøg anvendes spørgeskemaer til undersøgelse af, hvorvidt forældrene har symptomer på en fødselsdepression. I de fleste kommuner anvendes Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) til begge forældre, og i nogle kommuner anvendes også Gotlandskalaen (Henriksen et al., 2020, intern rapport). Gotlandskalaen er et selvrapporteret spørgeskema, som er udviklet med henblik på at opspore depressive symptomer hos mænd (Madsen & Juhl, 2007, Zierau et al., 2002). Da Gotlandskalaen ikke anvendes i alle kommuner tilknyttet Databasen Børns Sundhed, vil skalaen ikke blive inddraget yderligere i denne rapport.

Edinburgh Postnatal Depression Scale

I de fleste kommuner i Danmark anvender sundhedsplejerskerne EPDS til at identificere forældre med symptomer på fødselsdepression. EPDS er et spørgeskema, som indeholder ti udsagn, der alle tildeles fra nul til tre point afhængigt af, hvor enig respondenter er i udsagnet (se bilag 2). Hvis forældrene scorer højt på skalaen eller tilkendegiver bekymrende udsagn, taler sundhedsplejersken med forældrene om deres symptomer og henviser til læge. EPDS er et screeningsredskab og kan ikke benyttes til at stille en depressionsdiagnose. Besvarelsen kan være udgangspunkt for en afklarende samtale. Dette skyldes blandt andet, at EPDS, ud over depression, opfanger andre tilstande som fx angst (Rowe et al., 2008, Swalm et al., 2010). EPDS blev udviklet tilbage i 1987 for at sikre tidlig identificering af mødre i risiko for fødselsdepression i den primære sundhedssektor (Cox et al., 1987). I Danmark blev spørgeskemaet introduceret i sundhedsplejen fra slutningen af 90'erne og frem (Smith-Nielsen et al., 2018), først på forsøgsbasis, og siden er det blevet en integreret del af sundhedsplejens praksis i mange kommuner og i alle kommuner, der er med i Databasen Børns Sundhed.

EPDS er anvendt bredt i forskningslitteraturen, og der anvendes forskellige cut-off scorere for, hvornår symptomerne er så alvorlige, at der skal handles på dem. I nogle studier anvendes en cut-off score på 13 og andre ved ti. Dette gør det vanskeligt at sammenholde studier, der ser på effekterne af fødselsdepression, som er defineret ud fra EPDS. I den oprindelige artikel af Cox et al. (1987) angives det, at der skal anvendes en cut-off score på 12 til identificering af kvinder i risiko for "svær

depression" og en cut-off score på ni til identificering af kvinder med "mulig depression", og som skal udredes yderligere (Cox et al., 1987). I Danmark har et valideringsstudie undersøgt cut-off scorer i en dansk population af kvinder, og på baggrund heraf anbefaler forskerne en cut-off score på ≥ 11 til identificering af danske mødre, der er i risiko for at have fødselsdepression (Smith-Nielsen et al., 2018). Et nyligt review og metaanalyse af individuelle patientdata fra 58 studier finder tilsvarende og anbefaler også en cut-off score på ≥ 11 til identificering af kvinder med depression i efterfødselsperioden såvel som i graviditeten (Levis et al., 2020). Studiet af Smith-Nielsen et al. (2018) finder endvidere, at EPDS-skalaen er multidimensionel og har en underskala, der måler angst (item 3, 4 og 5). Dette fund understøttes af et studie Swalm et al. (2010).

EPDS anvendes også til fædre, og der er flere valideringsstudier i andre lande, der har undersøgt hvilke cut-off scorer, som er mest nøjagtige blandt fædre. Disse studier beskrives i et studie af Massoudi et al. (2013). Studierne viser forskellige cut-off scorer. Et studie fra England finder, at 10 er den mest nøjagtige cut-off score for at finde fædre med symptomer på "svær" depression (Edmondson et al., 2010), mens man i et svensk studie finder, at 12 er den mest nøjagtige cut-off score for at finde fædre med symptomer på "svær" depression (Massoudi et al., 2013). Desuden understreger Massoudi et al. (2013), at skalaen ikke er så god til at identificere fædre med mildere eller såkaldte subkliniske depressionssymptomer (Massoudi et al., 2013). Nogle studier finder, at cut-off scoren for fædre ligger lavere end for mødre, og dette forklares med, at mænd ikke udtrykker deres negative følelser i lige så høj grad som kvinder (Massoudi et al., 2013). Skalaen kritiseres for at mangle eksternaliserings- og somatiseringsspørgsmål, da fædre i højere grad end mødre udviser sådanne symptomer på depression (Psouni et al., 2017).

Sundhedsplejerskens vurdering af forældrenes psykiske tilstand

Ved sundhedsplejerskens besøg i barnets første leveår vurderer sundhedsplejersken både mors og fars psykiske tilstand og registrerer, hvis der er bemærkninger hertil. En bemærkning betyder, at mor eller far ikke har det godt psykisk og ikke er psykisk velbefindende. De nyblevne forældres psykiske tilstand efter fødslen vurderes både ud fra deres egen opfattelse, fra familiens opfattelse og ud fra sundhedsplejerskens professionelle vurdering. Sundhedsplejersken vurderer forældrenes psykiske tilstand ved eksempelvis at spørge specifikt ind til dette og/eller ved at vurdere det ud fra samtale med forældrene (Henriksen et al., 2020, intern rapport). I vejledningen til registrering i journalen eksemplificeres forældrenes psykiske tilstand med tristhed, angst, søvnproblemer, problemløshed (det vil sige, at åbenlyse problemer negligeres) eller andet.

2.5 Behandling og indsatser rettet mod fødselsdepression

Ved diagnosticering af fødselsdepression eller andre psykiske lidelser følger lægen, psykiateren eller specialpsykologen de generelle retningslinjer for diagnosticering og behandling af psykiske lidelser (Videbech et al., 2018). Fødselsdepression af let grad kan behandles psykoterapeutisk under et forløb, hvor moderen eller faderen hjælpes til at opnå en større forståelse og accept af sig selv, udvikle flere handlemuligheder og bedre forudsætninger for at udvikle den følelsesmæssige kontakt med sit barn (Gullestrup & Terp, 2008, Videbech et al., 2018). Ved mere alvorlige fødselsdepressioner (moderat til svær grad) kan behandlingen også bestå af psykoterapi, men jo sværere depressionen er, jo mere vil dette tale for, at medicinsk behandling bør påbegyndes (Videbech et al., 2018). Ved valg af medicinsk behandling skal der dog tages hensyn til potentielle effekter for barnet. I en oversigtsartikel om effekter af ikke-psykotiske psykiske lidelser før og efter fødsel fremhæver forfatterne, at antidepressiv medicin så vidt muligt bør minimeres i forbindelse med graviditet. Eksempelvis beskriver de i artiklen, at antidepressiv medicin er forbundet med øget risiko for lavere gestationsalder og lavere apgarscore, mens der ikke ses øget risiko for spontane aborter eller dødfødsler (Howard et al., 2014). I forhold til behandling efter fødslen er barnets eksponering for moderens indtag af antidepressiv medicin gennem amning fem til ti gange lavere end eksponeringen i livmoderen. Kortvarige uspecifikke effekter af moderens antidepressive medicin, fx irritabilitet, dårlig søvn og opkast, er observeret blandt nyfødte, men ingen studier har identificeret øget risiko for langsigtede

konsekvenser (Howard et al., 2014). Forløbet af fødselsdepressioner hos mødre er stærkt varierende, men mødre med moderat til alvorlig depression har typisk en periode på mindst seks måneder, før de er i stand til at fungere uproblematisk og klare de samme belastninger, som før de blev syge. Fødselsdepression blandt fædre vil ofte klinge af efter tre til seks måneder (Gullestrup & Terp, 2008).

Flere studier har undersøgt, hvordan fødselsdepression kan forebygges for på denne måde at imødegå de negative effekter, som depression kan have for forældrene og deres barn. Studierne viser, at forebyggelsesinterventionerne er meget divergerende, og at opfølgingsperioden er lige så forskellig, hvorfor der ikke findes enslydende resultater (Morrell et al., 2016). Et stort engelsk review, hvis formål er at evaluere den kliniske effekt og omkostningseffektivitet af forebyggelsesinterventioner rettet mod fødselsdepressioner, finder eksempelvis, at effekten af universelle interventioner (rettet mod populationer og ikke specifikke risikogrupper) er inkonsistente. Blandt de mest gavnlige universelle interventioner, som specifikt fokuserer på at reducere depressionen, er dog besøg af en sundhedsprofessionel efter fødslen eller besøg af en sundhedsprofessionel, som er uddannet i personcentreret tilgang eller kognitiv-adfærdsterapi (Morrell et al., 2016). For mødre i særlig risiko for fødselsdepression grundet sociodemografiske faktorer er resultaterne ligeledes inkonsistente, men blandt de mest effektfulde er blandt andet interpersonel psykoterapi og uddannelse i forældreskab. Blandt mødre i risiko grundet sygdomshistorie eller høj score på psykologiske måleredskaber, fx EPDS, finder reviewet, at interpersonel psykoterapi og besøg af en sundhedsprofessionel, som er uddannet i personcentreret tilgang eller kognitiv adfærdsterapi, er mest gavnlige (Morrell et al., 2016). Om end forfatterne af reviewet vurderer, at egentlige økonomiske evalueringer af interventionerne ikke er mulige at udføre, finder de, at de mest omkostningseffektive universelle interventioner er besøg af en sundhedsprofessionel efter fødslen og besøg af en sundhedsprofessionel, som er uddannet i personcentreret tilgang eller kognitiv adfærdsterapi (Morrell et al., 2016). I denne sammenhæng er det dog også vigtigt at have opmærksomhed på, at interventioner ikke kun skal rettes mod behandling af forældres fødselsdepression, men at det er lige så vigtigt, at indsatserne også forebygger de langsigtede negative konsekvenser, som forældres fødselsdepression kan have på barnets udvikling. I netop dette perspektiv har forældre-barn psykoterapi vist at være en vigtig indsats i behandling af mødres fødselsdepression og i at forebygge og reducere effekten af fødselsdepression på barnet (Guedeney et al., 2014). I en kortlægning af, hvordan sundhedsplejersker i kommuner tilknyttet Databasen Børns Sundhed vurderer og registrerer forældrenes psykiske tilstand ved hjemmebesøg i barnets første leveår, fremgår det, at der i kommunerne er adskillige tiltag, hvis en sundhedsplejerske vurderer, at der bør være ekstra opmærksomhed på mors eller fars psykiske tilstand. Disse tiltag indbefatter blandt andet planlægning af ekstra besøg af sundhedsplejersken, lyttebesøg, henvisning til egen læge, psykolog, anden fagperson eller henvisning til forældregrupper m.m. Derudover anvender sundhedsplejerskerne som nævnt også EPDS til at identificere de forældre, som har behov for yderligere hjælp (Henriksen et al., 2020, intern rapport).

2.6 Manglende viden

I den internationale litteratur, som er præsenteret i de foregående afsnit, fremgår det, at der foreligger en del forskning i forældres psykiske vanskeligheder og disses betydning for barnets udvikling og trivsel. For flere af områderne er forskningen dog baseret på små studiepopulationer, og der mangler studier af store normalpopulationer – særligt blandt danske børn. Betydningen af socioøkonomiske faktorer og graviditets- og fødselsfaktorer er ikke entydig, hvorfor der er behov for dybdegående analyser, der kan afdække samspillet mellem flere mulige risikofaktorer på én gang. På tværs af den internationale litteratur er der divergerende fund i forhold til, om moderens psykiske vanskeligheder har indflydelse på faktorer relateret til barnets udvikling og trivsel i det første leveår. Derfor er der behov for dybdegående analyser af dette område ved brug af velkontrollerede analyser.

Blandt de internationale studier, som undersøger de længerevarende effekter af mødres symptomer på fødselsdepression på barnets udvikling og trivsel, foreligger der også divergerende fund, hvorfor

der er behov for data fra store opfølgingsstudier af børn i skolealderen, herunder brug af velkontrol-
lerede analyser (Aoyagi & Tsuchiya, 2019).

3 Formål

Denne rapport udspringer af et ønske fra sundhedsplejerskerne i kommuner tilknyttet Databasen Børns Sundhed om at få mere viden om forekomsten af psykiske vanskeligheder blandt nyblevne forældre og konsekvenser af disse for barnets udvikling og trivsel. Sundhedsplejersker i databasekommunerne har med deres besøg hos nyblevne forældre samt undersøgelser af børn i skolealderen gjort en lang række observationer af forældres psykiske vanskeligheder efter fødslen og barnets udvikling og trivsel i det første leveår og i skolealderen, og ønsker med denne rapport at få undersøgt dette område med data fra en dansk kontekst.

Denne rapport anvender data fra en stor dansk normalpopulation af børn til at 1) analysere faktorer, der er relateret til moderens psykiske vanskeligheder i barnets første leveår, og 2) undersøge hvorvidt moderens psykiske vanskeligheder i denne periode er relateret til barnets udvikling og trivsel i det første leveår og i skolealderen. Rapporten vil primært have fokus på mødre, da data fra kommunerne om fædre er meget begrænset.

Det primære formål med denne rapport er at anvende sundhedsplejerskebaserede data til at bidrage med viden om mødres psykiske vanskeligheder og symptomer på fødselsdepression, som kan benyttes til at forbedre den forebyggende indsats i kommunerne. I rapporten anvender vi data om sundhedsplejerskebemærkninger til mors psykiske tilstand, og EPDS-score på 11 eller derover, inden barnet bliver otte måneder, som en indikation for mulig fødselsdepression. Rapporten har følgende fire delformål:

1. At beskrive forekomsten af sundhedsplejerskebemærkninger til forældres psykiske tilstand og symptomer på fødselsdepression, herunder udviklingen over tid og variationer mellem kommunerne.
2. At undersøge, hvilke sociodemografiske karakteristika og forhold relateret til fødslen der er associeret med sundhedsplejerskebemærkninger til mors psykiske tilstand og symptomer på fødselsdepression.
3. At undersøge, om børn, hvis mor har sundhedsplejerskebemærkninger til psykisk tilstand eller symptomer på fødselsdepression, i højere grad får sundhedsplejerske-bemærkninger til deres udvikling og trivsel ved otte- til timånedersalderen.
4. At undersøge, om børn, hvis mor har sundhedsplejerskebemærkninger til psykisk tilstand, i højere grad får en sundhedsplejerskebemærkning til deres udvikling og trivsel ved ind- og udskolingsalderen.

4 Data og metode

4.1 Sundhedsplejerskernes virke

Det er sundhedsplejens opgave at føre tilsyn og monitorere barnets fysiske og psykiske helbredstilstand samt at tilbyde oplysning og vejledning til børn og forældre med henblik på at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed og trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2011). Det er en naturlig del af sundhedsplejens opgave at spørge til og vurdere forældrenes psykiske tilstand. Sundhedsloven angiver rammerne for sundhedsarbejdet i de danske kommuner, og der stilles lovgivningsmæssige krav om almen indsats til alle børn og familier, og yderligere indsats til børn og familier med særlige behov, herunder også familier, hvor der er tegn på fødselsdepression. Der er på skoleområdet desuden et krav om ind- og udskolingsundersøgelser samt regelmæssige undersøgelser og samtaler gennem hele skoleforløbet. Sundhedsplejens indsats kan starte i graviditeten og fortsætter, indtil barnet ikke længere er undervisningspligtigt. Sundhedsstyrelsen udarbejder anbefalinger for den kommunale indsats. Disse anbefalinger omfatter et tidligt besøg, der skal sikre barnets trivsel efter en tidlig udskrivelse fra fødestedet. Herefter anbefales fem hjemmebesøg i løbet af barnets første leveår til familier med almene behov. Har familien særlige behov, anbefales det, at der tilbydes ekstra ydelser. Den behovsorienterede indsats ydes ofte i samarbejde med andre faggrupper som for eksempel praktiserende læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter kommunale sagsbehandlere, pædagoger, familieterapeuter og psykologer (Sundhedsstyrelsen, 2011). Det er kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune, der fastsætter sundhedsplejens servicetilbud. Således kan antallet af kontakter mellem sundhedsplejersker og børn/familier variere fra kommune til kommune.

4.2 Databasen Børns Sundhed

Databasen Børns Sundhed er tilrettelagt således, at den kan beskrive børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskens virksomhed. Databasen Børns Sundhed indeholder data om nul- til etårige børn fra 2002 og frem. Fra 2007 er databasen suppleret med data om børn, der er indskolingsundersøgt, og fra 2017 med data om unge, der er udskolingsundersøgt. Formålet med databasen er; 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af den kommunale sundhedsplejers ydelser, og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter.

Data i Databasen Børns Sundhed er indhentet fra sundhedsplejerskejournaler. Der anvendes to systemer, ét udarbejdet til Solteq Sund-journalsystemet og ét udviklet til NOVAX-journalsystemet. I begge journalsystemer følger sundhedsplejerskerne en journalvejledning og noterer systematisk data om barnet, familien og sundhedsplejens ydelser. Brugen af journalerne er beskrevet i detaljerede vejledninger, der løbende justeres og opdateres (Databasen Børns Sundhed, 2018, NOVAX, 2017).

Data indsamles ved fire sundhedsplejerskebesøg, som er placeret på centrale tidspunkter for spædbarnets udvikling og trivsel: A-besøget (første hjemmebesøg efter barselsbesøget eller første hjemmebesøg efter barnets fødsel), B-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt to måneder, men inden det fylder tre måneder), C-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt fire måneder, men inden det fylder seks måneder) og D-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt otte måneder, men inden det fylder ti måneder).

Det er frivilligt, om familier ønsker at benytte sig af sundhedsplejens tilbud. Hvis familierne anvender tilbuddene, er der lovpligtig journalføring af sundhedsplejerskerne. Det medfører, at familier i databasekommunerne automatisk indgår i Databasen Børns Sundhed.

Datasikkerhed: De indsamlede journaldata indsendes til Statens Institut for Folkesundhed i henhold til Databeskyttelseslovens § 10. Opbevaringen af data på Statens Institut for Folkesundhed er anmeldt til SDU RIO, Syddansk Universitet. Data behandles fortroligt og anvendes udelukkende til forskning og statistiske formål. Det er således udelukkende udvalgte forskere på Statens Institut for Folkesundhed, som har adgang til data, og formidlingen af resultaterne sker således, at det ikke er muligt at identificere enkeltpersoner. Forskerne har i deres arbejde med data ikke adgang til personidentifikation (herunder CPR-nummer). Dette sikres af en dataadministrator, som er særligt autoriseret til dette. Det datasæt, som benyttes til analyserne, rummer ikke oplysninger om navne eller CPR-numre, hverken om børnene, forældrene eller sundhedsplejerskerne.

I tabel 1 opgøres sundhedsplejens dækningsgrad, hvor der er taget udgangspunkt i hvor mange børn, der får A-besøget. Tabellen viser antal levendefødte opgjort i Danmarks Statistik for de 33 databasekommuner. Tabellen viser også hvor mange børn i de enkelte kommuner, der har modtaget A-besøget. For nogle kommuner er der flere børn i databasen end antal fødsler i kommunen. Dette skyldes, at der flytter børn til kommunen i barnets første leveår. Hvis der er væsentligt færre børn i databasen end antal fødsler i kommunen, kan det skyldes stor fraflytning fra kommunen. Andelen, der får A-besøget, svinger fra 89,9 % til over 100 % på grund af tilflyttede børn. Gennemsnitligt er der 97,9 % af børnene, der modtager A-besøget.

Tabel 1. Antal fødsler samt antal og andel børn i databasekommunerne, der modtager A-besøget			
Kommune	Antal levendefødte 2018 ifølge Danmarks Statistik	Antal børn i kommunen, der har modtaget A-besøg	Andel børn i kommunen, der har modtaget A-besøg (%) ^a
Aalborg	2.302	2.283	99,2
Aarhus	4.677	4.585	98,0
Albertslund	283	288	101,8
Allerød	216	214	99,1
Ballerup	495	513	103,6
Bornholm	265	266	100,4
Brøndby	410	416	101,5
Brønderslev	390	397	101,8
Dragør	110	109	99,1
Egedal	418	408	97,6
Fredensborg	360	357	99,2
Frederiksberg	1.628	1.512	92,9
Frederikssund	357	344	96,4
Furesø	398	391	98,2
Gentofte	616	632	102,6
Gladsaxe	833	819	98,3
Glostrup	267	297	111,2
Gribskov	267	266	99,6
Halsnæs	240	237	98,8
Helsingør	471	467	99,2
Herlev	285	268	94,0
Hillerød	484	478	98,8
Høje-Taastrup	535	516	96,4
Ishøj	270	269	99,6
Kalundborg	407	407	100,0
Køge	614	601	97,9
Lyngby-Taarbæk	479	464	96,9
Roskilde	799	718	89,9
Rudersdal	522	506	96,9
Rødovre	490	491	100,2
Tårnby	422	402	95,3
Vallensbæk	216	205	94,9
Vejle	1.270	1.211	95,4
Hele populationen	21.796	21.337	97,9

^a Procent kan være over 100, hvis der er flyttet børn til kommunen.

4.3 Variabelbeskrivelse

Forældrenes psykiske tilstand

I både Solteq Sund- og NOVAX-journalsystemet registrerer sundhedsplejersken i et udviklings-skema i forbindelse med de fire hjemmebesøg i det første leveår, hvorvidt der er en bemærkning til forældrenes psykiske tilstand. En bemærkning betyder, at sundhedsplejersken ved sin kontakt med familien har registreret noget, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning. En bemærkning til forældrenes psykiske tilstand kan også rumme andet end tegn på psykiske vanskeligheder som følge af fødslen og kan derfor være en registrering af, at sundhedsplejersken skal være opmærksom på forældrenes psykiske tilstand ved det næste besøg.

I tabel 2 ses en beskrivelse af, hvad henholdsvis NOVAX- og Solteq Sund-journalsystemerne benytter som kriterier for at få én bemærkning til mors og fars psykiske tilstand. Registreringen af mors og fars psykiske tilstand er overvejende ens i de to systemer. Mors psykiske tilstand registreres ved A-besøget (første hjemmebesøg efter barselsbesøget eller første hjemmebesøg efter barnets fødsel), B-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt to måneder, men inden det fylder tre måneder), C-besøget (fire- til seks månedersalderen) og D-besøget (otte- til timånedersalderen). Fars psykiske tilstand registreres også ved de fire besøg i nogle kommuner, men variabelen er ny i NOVAX-journalsystemet og anvendes derfor kun af få NOVAX-kommuner. Derudover er far ikke altid hjemme ved besøgene, og der mangler derfor mange data på denne variabel (det vil sige, at den er karakteriseret ved en høj grad af missing) (64,4 %). I denne rapport er der fokus på bemærkning inden D-besøget (inden barnet er otte måneder), da vi dermed har mulighed for at se på, om bemærkninger, inden barnet er otte måneder, kan have en betydning for barnets udvikling og trivsel ved otte- til timånedersalderen.

Tabel 2. Beskrivelse af variabelen mors og fars psykiske tilstand i NOVAX- og Solteq Sund-journalsystemerne

NOVAX: Der sættes kryds i 'Ja' til "Er der bemærkninger til mors/fars psykiske tilstand", hvis der har været symptomer som eksempelvis tristhed, angst, søvnproblemer, etc.

Solteq Sund: Der sættes kryds i 'Bemærkninger', hvis: mor/far/partner har det psykisk dårligt, og der har været symptomer som fx tristhed, angst, søvnproblemer og problemløshed (det vil sige, at åbenlyse problemer negligeres) eller andet.

Udviklingen af variablene i Solteq Sund er ved databasens start drøftet med chefpsykolog Svend Aage Madsen (Svendson et al., 2012). Udviklingen af variablene til NOVAX har taget udgangspunkt i variablene fra Solteq Sund. Begge journalsystemer har derfor som nævnt stort set samme definition for, hvornår der skal sættes en bemærkning til mors/fars psykiske tilstand. Dog er der ikke helt overensstemmelse mellem de to systemer. I Solteq Sund er det muligt at sætte en bemærkning ved specifikke underkategorier inden for det enkelte besøg, eksempelvis ved tristhed eller angst, mens i NOVAX kan sundhedsplejersken kun sætte en overordnet bemærkning. Da der i Solteq Sund er mulighed for at sætte bemærkning ved udvalgte underkategorier, kan det medføre flere registreringer end i NOVAX, hvor der kun er mulighed for at angive 'ja' eller 'nej'. Denne variation mellem systemerne kan være forklaringen på de systemforskelle, vi ser i forekomsterne for de to systemer. Desuden er der journalforskelle med hensyn til, hvordan registreringen af forældrenes psykiske tilstand tilgås. Dette kan være årsag til, at missing data i NOVAX er højere end i Solteq Sund. Som udgangspunkt kan sådanne systemforskelle gøre det vanskeligt at sammenligne de to systemer, og vi valgte derfor indledningsvis at gennemføre analyserne for systemerne hver for sig for at undersøge, om retningen af fundene afviger afhængig af journalsystem. De indledende analyser viste dog, at retningen i resultaterne var uafhængig af journalsystem, hvorfor vi har sammenlagt data for de to journalsystemer for at få en samlet variabel for forældrenes psykiske tilstand. Derudover har vi valgt at kontrollere alle analyser for kommuneforskelle for på den måde at tage højde for både kommune og journalsystemforskelle.

Skalaer til identificering af fødselsdepression

Sundhedsplejerskerne i databasen kan anvende Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987) eller Gotlandskalaen (Rutz et al., 1995) ved graviditets-, A- og B-besøget. I Solteq Sund-vejledningen til journalen står der anført, at begge skalaer kan anvendes til både mor og far. Desuden henvises der i vejledningen til det nyere danske valideringsstudie af EPDS-skalaen af Smith-Nielsen et al. (2018), der angiver, at man i en dansk population bør anvende en score på ≥ 11 blandt mødre, der har født (Smith-Nielsen et al., 2018). Desuden er det i vejledningen anført, at der bør anvendes EPDS-score på ≥ 10 for fædre og en score på ≥ 13 for fædre og mødre på Gotlandskalaen. Hvis forældrene ligger over denne score, er de i risiko for at have en fødselsdepression. Ved en score over cut-off henvises til egen læge, psykolog eller en tværfaglig indsats i kommunen. I nogle tilfælde vil det være tilstrækkeligt, at sundhedsplejersken/jordemoderen iværksætter en indsats i forhold til, at forældrene kan fortælle om deres tanker og følelser samt at sundhedsplejersken/jordemoderen er anerkendende og lydhør. Der kan fortages en ny besvarelse af de to skalaer efter nogle uger for at følge op på, om indsatsen over for forældrene har været tilstrækkelig (Databasen Børns Sundhed, 2018).

I denne rapport er der fokus på EPDS-skalaen, da flest kommuner anvender denne skala. I rapporten afgrænses der til at se på registreringer af EPDS efter fødsel og inden, at barnet bliver otte måneder, da vi dermed har mulighed for at se på betydningen af EPDS-score for barnets udvikling og trivsel ved otte- til timånedersalderen. Hvis mor eller far har flere registreringer af EPDS efter fødslen, inkluderes kun den første registrering. Mødre defineres som havende en mulig fødselsdepression, hvis de scorer ≥ 11 på EPDS (Smith-Nielsen et al., 2018). Da det ikke er alle mødre, der har udfyldt EPDS, kan tallene kun sige noget om forekomsten blandt de mødre, der har udfyldt EPDS. Årsagen til, at ikke alle udfylder EPDS-skema, skyldes forskellig praksis i kommunerne, og at ikke alle mødre ønsker at udfylde EPDS-skemaet. Derudover er der identificeret en fejl i udtrækket fra Solteq Sund, som gør, at vi for en stor andel af mødre, som har født mere end ét barn, ikke har oplysninger om EPDS-score. Dette gør, at antallet af flergangsmødre med EPDS-score er lavere i populationen, som anvendes i rapporten, end i baggrundspopulationen. For at imødegå denne skævvridning vægtes prævalensen af disse mødre svarende til, at vi havde EPDS-score fra den samme andel af flergangsmødre som for førstegangsmødre. Vi antager således, at de flergangsmødres EPDS-score, hvor vi har oplysninger om EPDS-score, er repræsentativ for de flergangsmødre, hvor vi ikke har oplysninger om EPDS-scoren. Fejlen i Solteq Sund-journalsystemet vil blive rettet, så vi fremadrettet ikke har samme fejl i dataudtrækket.

For fædrenes vedkommende er der høj andel af missing data på EPDS, inden barnet er otte måneder (75,2 %), hvilket kan skyldes, at fædrene ikke er hjemme ved besøgene, eller at kommunerne ikke tilbyder undersøgelsen til fædre. Derudover er EPDS-score for flergangsfædre også påvirket af fejlen i udtrækket fra Solteq Sund, hvorfor prævalensen af flergangsfædres EPDS-score vægtes på tilsvarende måde som beskrevet ovenfor for flergangsmødre. Disse data er kort beskrevet i kapitel 5.1.

En beskrivelse af rapportens øvrige variable ses sidst i rapporten i bilag 1.

4.4 Datagrundlag

Rapportens første del omhandler betydningen af bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS-score for spædbørns sundhed og trivsel. Denne del bygger på data fra sundhedsplejerskejournaler fra barnets første leveår samt udvalgte registerdata (se bilag 1). Følgende 33 kommuner har indsendt data via udtræk fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Disse kommuner har indsendt data om 22.876 nul- til etårige, der er

født i 2018, og som har haft kontakt med sundhedsplejen ved mindst ét A-, B-, C- eller D-besøg i første leveår. Det svarer til 37,2 % af alle de 61.476 levendefødte børn i Danmark i 2018 (Danmarks Statistikbank, 2020a). Alle disse 22.876 børn indgår i den årlige sundhedsprofil, som er en del af en separat rapport udarbejdet til de deltagende kommuner. Populationen er sammenholdt med børn født i 2018 i forhold til tilgængelige relevante sociodemografiske faktorer, og populationen vurderes til at være repræsentativ for børn født i 2018 i Danmark (Danmarks Statistikbank, 2020a).

I den anden del af rapporten er der fokus på skolebørns udvikling og trivsel og betydningen af bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder. Denne del bygger på data fra sundhedsplejerskejournaler fra ind- og udskolingsundersøgelsen for skoleåret 2019/20 (se bilag 1). Følgende 17 kommuner har indsendt data via udtræk fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler: Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Disse kommuner har i alt indsendt data på 7.339 børn, hvor der er registreret en dato for indskolingsundersøgelsen. Gennemsnitsalderen for denne population er 6,5 år (SD = 0,4). Når de indsendte data sammenholdes med elevtal for de deltagende kommuner (Danmarks Statistikbank, 2020b), estimeres det til, at det er omkring 83,5 % af børnene i de deltagende kommuner, der har oplysninger fra indskolingsundersøgelsen. Fra udskolingsundersøgelsen har de deltagende kommuner indsendt data om 5.547 unge, hvor der er registreret en dato for udskolingsundersøgelsen. Gennemsnitsalderen for denne population er 14,9 år (SD = 0,6). Når vi sammenholder de indsendte data med elevtal for de deltagende kommuner (Danmarks Statistikbank, 2020b), så estimeres det, at det er omkring 57,4 % af de unge i de deltagende kommuner, der har oplysninger fra udskolingsundersøgelsen. Denne andel er væsentlig lavere sammenlignet med sidste år (dækningsgrad = 83 %) (Pedersen et al., 2020), hvilket hovedsagelig skyldes, at skoleåret 2019/2020 har været præget af nedlukning på grund af COVID-19 pandemien, som har medført udskydelse af særligt udskolingsundersøgelser i nogle kommuner. Dækningsgraden for indskolingsundersøgelsen i 2019/20 er også en smule lavere end sidste år (90 %) (Pedersen et al., 2020), hvilket også kan skyldes udskydelse af indskolingsundersøgelse grundet COVID-19 pandemien.

De forskellige datasæt i rapporten er beskrevet i tabel 3 og 4. Det er ikke alle børn, hvor der er data om mors psykiske tilstand. I analyserne, hvor vi ser på, om bemærkninger til mors psykiske tilstand har en betydning for barnets udvikling og trivsel i det første leveår, indgår der data på 18.552 spædbørn. I forhold til EPDS-data er der flere børn, hvor der ikke er data. Der indgår data om 13.532 spædbørn i de analyser, hvor vi undersøger, om EPDS-scoren har en betydning for barnets udvikling og trivsel. For at belyse, om det er en særlig gruppe børn, hvor vi har oplysninger om henholdsvis mors psykiske tilstand og EPDS-score, har vi sammenholdt populationen, hvor vi ikke har oplysninger om mødrenes psykiske tilstand eller EPDS, med populationen, hvor vi har oplysninger, efter sociodemografiske faktorer. Analyserne viser, at i populationen af mødre, hvor vi ikke har oplysninger om deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, er der en større andel, hvor den ene forælder eller begge forældre er uden for arbejdsmarkedet, en større andel er indvandrere eller efterkommere, og en større andel har grundskole, erhvervsfaglig uddannelse eller almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse som højest fuldførte uddannelse. Populationen af mødre, hvor vi ikke har oplysninger om EPDS, inden barnet er otte måneder, afviger ligeledes fra populationen, hvor vi har oplysninger om EPDS. En større andel af forældrene har grundskole som højest fuldførte uddannelse, er indvandrere eller efterkommere eller står uden for arbejdsmarkedet. Forklaringen på, at der er færre forældre med indvandrer- og efterkommerbaggrund, kan skyldes, at nogle kommuner ikke tilbyder forældre, der ikke forstår/taler dansk, at udfylde EPDS-spørgeskemaet, eller at denne gruppe i højere grad takker nej tak til at modtage besøg af sundhedsplejersken.

I analyserne, hvor vi ser på, om bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, har en betydning for barnets udvikling og trivsel ved ind- og udskolingsundersøgelsen, indgår der henholdsvis 3.905 børn i indskolingsundersøgelsen og 1.686 unge i udskolingsundersøgelsen. Der kan være flere årsager til, at vi ikke har journaloplysninger fra barnets første leveår, herunder oplysninger om mors psykiske tilstand. Eksempelvis kan det skyldes, at nogle af børnene ved ind- og

udskolingsundersøgelsen er tilflyttere fra kommuner uden for databasesamarbejdet. Det kan også skyldes, at nogle børn er kommet til, fordi kommunen ikke var en del af databasesamarbejdet, da barnet blev født, eller at nogle børn bor i en anden kommune end den, hvor de går i skole. Gennemsnitsalderen for indskolingspopulationen til denne rapport er 6,5 år (SD = 0,4) og gennemsnitsalderen for udskolingspopulationen er 15,0 år (SD = 0,6). For at belyse, om det er en særlig gruppe børn og unge, hvor der er oplysninger om mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder, har vi sammenholdt populationen, hvor vi ikke har oplysninger om mødrenes psykiske tilstand, med populationen, hvor vi har oplysninger, i forhold til sociodemografiske faktorer. For populationen af børn ved indskolingsundersøgelsen viser analyserne, at blandt de børn, hvor vi ikke har oplysninger om deres mødres psykiske tilstand, er der en større andel af børnene ikke bor med begge forældre, og der er en større andel, hvor forældrene har en lang uddannelse, eller hvor én eller begge forældre er indvandre eller efterkommer. For populationen af børn ved udskolingsundersøgelsen viser analyserne, at blandt børnene, hvor vi ikke har oplysninger om mors psykiske tilstand, er der en større andel, hvor forældrene har en lang uddannelse, mens en mindre andel af forældrene er indvandrere eller efterkommere.

Tabel 3. Antal spædbørn, der indgår i temarapporten, opdelt på kommune

	Antal børn, der er indrapporteret med mindst ét besøg i det første leveår	Mor		Far	
		Antal børn med oplysning om psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder	Antal børn med oplysning om EPDS-score, inden barnet er otte måneder	Antal børn med oplysning om psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder	Antal børn med oplysning om EPDS-score, inden barnet er otte måneder
Solteq Sund-kommuner					
Aarhus	4.903	4.755	2.622	2.709	85
Albertslund ^c	311	291	192	189	123
Allerød ^c	255	211	111	114	65
Ballerup	547	527	260	356	245
Brøndby	453	435	182	239	46
Dragør	115	110	62	76	24
Gentofte ^c	712	680	318	436	180
Glostrup ^d	310	296	136	173	-
Herlev	297	282	167	137	43
Roskilde	855	823	455	500	258
Rødovre	542	516	313	324	184
Tårnby	457	446	342	238	113
Vejle	1.343	1.300	640	839	367
Total	11.100	10.672	5.800	6.330	1.733
NOVAX-kommuner					
Aalborg	2.333	2.005	1.545	1.542	1.159
Bornholm ^b	279	261	200	-	92
Brønderslev	412	368	262	68	77
Egedal ^b	433	360	361	-	150
Fredensborg ^{b,d}	385	364	291	-	-
Frederiksberg	1.595	957	870	38	423
Frederikssund ^b	357	236	267	-	14
Furesø ^b	419	269	300	-	230
Gladsaxe	868	718	600	16	336
Gribskov ^{a,b}	286	-	220	-	81
Halsnæs ^b	245	228	188	-	127
Helsingør ^b	492	335	273	-	150
Hillerød ^b	498	409	312	24	221
Høje-Taastrup ^a	548	-	356	120	125
Ishøj ^b	287	279	203	-	95
Kalundborg ^{a,b}	435	-	334	-	19
Køge ^{a,b}	630	-	380	-	152
Lyngby-Taarbæk	513	427	363	21	235
Rudersdal ^b	546	463	226	-	164
Vallensbæk ^b	215	201	181	-	18
Total	11.776	7.880	7.732	1.873	3.868
Hele populationen	22.876	18.552	13.532	8.203	5.613

^a Kommunen indgår ikke i datasættet til analyseme på mors psykiske tilstand, da der er over 40 % missing på variabelen.

^b Antallet af observationer er ≤10 for fars psykiske tilstand og vises derfor ikke for kommunen.

^c Albertslund overgik fra Solteq Sund til NOVAX d. 01.04.19, Allerød overgik fra Solteq Sund til NOVAX d. 01.11.18, og Gentofte overgik fra Solteq Sund til NOVAX d. 15.05.19. Alle tre kommuner har derfor data i begge systemer, men der er fortsat mest data i Solteq Sund, hvorfor kommunerne i denne rapport betragtes som Solteq Sund-kommuner.

^d Antallet af observationer er ≤10 for fars EPDS-score og vises derfor ikke for kommunen.

I den første del af rapporten er der 13 kommuner, der anvender Solteq Sund-journalsystemet (Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle). Allerød Kommune indgår som en Solteq Sund-kommune, selvom kommunen i 2018 overgik til NOVAX-journalsystemet. Det skyldes, at de har flest rapporteringer i Solteq Sund-journalsystemet. Tilsvarende gør sig gældende for Albertslund Kommune og Gentofte Kommune, som i foråret 2019 også overgik til NOVAX-journalsystemet. Af de kommuner, der har indsendt data

for børn født i 2018, er der 20 kommuner, der anvender NOVAX-journalsystemet (Aalborg, Bornholm, Brønderslev, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk).

Tabel 4. Antal skolebørn, der indgår i temarapporten, opdelt på kommune				
	Indskolingsundersøgelse		Udskolingsundersøgelse	
	Antal børn, der er indrapporteret med indskolingsdata	Antal børn med oplysning om mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder	Antal unge, der er indrapporteret med udskolingsdata	Antal unge med oplysning om mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder
Solteq Sund-kommuner				
Albertslund	286	214	230	156
Allerød ^a	322	140	273	17
Ballerup	502	357	319	173
Brøndby	297	218	214	140
Dragør	186	86	157	91
Gentofte	793	402	296	156
Glostrup	176	132	151	84
Herlev	262	174	219	137
Roskilde ^a	792	503	706	47
Rødovre	371	230	351	203
Tårnby ^d	424	274	10	9
Vejle ^{a, c}	1.152	794	883	-
Total	5.563	3.524	3.809	1.213
NOVAX-kommuner^b				
Egedal	475	66	505	65
Gladsaxe	501	28	595	62
Gribskov ^c	251	-	61	-
Høje-Taastrup	388	259	451	263
Vallensbæk	161	23	126	77
Total	1.776	376	1.738	467
Hele populationen	7.339	3.905	5.547	1.686

^a Allerød og Vejle indrapporterede første gang til databasen for børn født i 2013, og da alle børn, som er udskolingsundersøgt i 2019/20, er født før 2013, er der få børn med oplysninger om mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder. De oplysninger, som findes, kan skyldes, at børnene er tilflyttere fra en Solteq Sund-kommune, som er/var en del af databasen. Tilsvarende gør sig også gældende for indskolingsundersøgelsen, da en andel af børnene er født før 2013. Roskilde indrapporterede til databasen første gang i 2005 og for herefter først at indrapportere igen fra 2011 og frem, hvilket forklarer det lave antal af børn, som er udskolingsundersøgt i 2019/2020, der har oplysninger om mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder.

^b Årsagen til, at nogle NOVAX-kommuner har oplysninger om mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder, kan skyldes, at nogle af de børn, som er flyttet til kommunen, kommer fra en Solteq Sund-kommune, som er/var med i databasen. Det kan også skyldes, at kommunen tidligere har været en Solteq Sund-kommune og derfor har oplysninger om mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder: Høje-Taastrup Kommune (Solteq Sund-kommune frem til 2017), Gladsaxe (var en del af databasen i 2002-2003 og igen fra 2013, hvor kommunen i disse år anvendte Solteq Sund-journalsystemet) og Vallensbæk (var en del af databasen i 2002-2004 og igen fra 2014, og i 2002-2004 anvendte kommunen Solteq Sund-journalsystemet).

^c Antallet af observationer er ≤5 og vises derfor ikke for kommunen.

^d Tårnby er d. 01.03.20 overgået til NOVAX og har i skoleåret 2019/2020 kun gennemført udskolingsundersøgelse i to klasser grundet COVID-19, hvilket forklarer den lave andel.

I rapportens anden del er der 12 kommuner, der anvender Solteq Sund-journalsystemet (Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle). Som beskrevet ovenfor indgår Allerød, Albertslund og Gentofte som Solteq Sund-kommuner, selvom kommunerne henholdsvis i efteråret 2018 og foråret 2019 overgik til NOVAX-journalsystemet. Blandt de kommuner, der har indsendt data for ind- og udskolingsundersøgelsen i 2019/2020, er der fem kommuner, der anvender NOVAX-journalsystemet (Egedal, Gladsaxe, Gribskov, Høje-Taastrup og Vallensbæk).

4.5 Statistiske analyser

I gennem rapporten anvendes to trin i analysen. **Første trin** i analysen er at sammenligne, om andelen af mødre med bemærkning til psykisk tilstand varierer fra den ene befolkningskategori til den anden, for eksempel yngre og ældre mødre. Det angives med en fed skrift, når forskellene er signifikante med et signifikansniveau på 5 %. At resultatet er signifikant betyder, at forskellen mellem for eksempel yngre og ældre mødre med stor sikkerhed er reel og ikke skyldes tilfældigheder. Det siger ikke noget, om forskellen er så stor, at den er relevant, her må man selv vurdere tallene. Det er kun statistisk signifikante resultater, der fremhæves i beskrivelsen af fundene. **Andet trin** i analyserne er multivariate logistiske regressionsanalyser, hvor det undersøges, om en given statistisk signifikant sammenhæng, for eksempel mellem mors alder og bemærkning til mors psykiske tilstand, kan forklares af andre forhold, for eksempel mors herkomst. Hver enkelt analyse kontrolleres for relevante faktorer i forhold til den forventede årsagssammenhæng. Resultaterne fra disse analyser formidles som Odds Ratio (OR). OR giver et mål for, om andelen af mødre med bemærkning i den aktuelle gruppe ligger over eller under andelen af mødre med bemærkning i en anden gruppe, der benævnes referencegruppen (dvs. sammenligningsgruppen). Værdien 1,0 svarer til andelen af mødre med bemærkning i referencegruppen, og hvis OR er højere eller lavere end 1,0, betyder det, at andelen af mødre med bemærkning er højere eller lavere i den undersøgte gruppe. Sikkerhedsintervallet viser, om OR er signifikant højere/lavere end 1,0. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0, er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. Hvis antallet af observationer er fem eller derunder, vises andelen ikke i tabellerne i rapporten. Det vil sige, at hvis der for eksempel er fem eller færre mødre i Albertslund Kommune, der scorer ≥ 11 på EPDS-skalaen, så vises andelen ikke.

5 Resultater

I dette afsnit præsenteres først andelen og udviklingen i andelen af mødre med bemærkning til psykisk tilstand og EPDS \geq 11, inden barnet er otte måneder. Efterfølgende præsenteres variationen i bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11 mellem kommunerne. Derefter præsenteres andelen af mødre med bemærkning til psykisk tilstand og EPDS \geq 11 opdelt på sociodemografiske faktorer og faktorer relateret til graviditet og fødsel. Dernæst præsenteres amning samt faktorer relateret til barnets udvikling og trivsel opdelt efter, om der er bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11. Slutteligt præsenteres skolebørns sundhed og trivsel efter, om der er bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder.

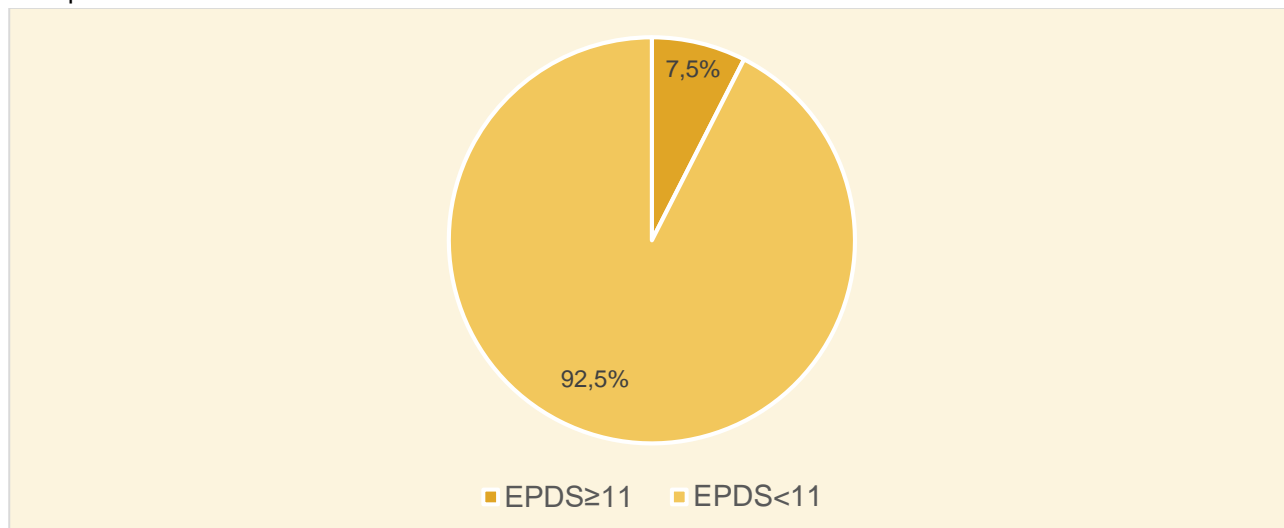
5.1 Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand og tegn på fødselsdepression (EPDS-score)

Tablet 5 viser andelen af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand i barnets første leveår blandt de mødre, hvor der er data på mors psykiske tilstand. Tabellen viser, at andelen af mødre, der får bemærkning, er højest ved B-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt to måneder, men inden det fylder tre måneder) (16,1 %). Andelen af mødre, der får bemærkning, inden barnet fylder otte måneder, er 22,2 %.

Tablet 5. Andelen af mødre, der får bemærkninger til deres psykiske tilstand i barnets første leveår	
A-besøg (N=15.954) % (N)	11,9 (1.894)
B-besøg (N=14.196) % (N)	16,1 (2.290)
C-besøg (N=12.442) % (N)	10,5 (1.312)
D-besøg (N=12.375) % (N)	9,6 (1.190)
Mindst én bemærkning inden D-besøg (N=18.552) % (N)	22,2 (4.112)
Mindst én bemærkning i det første leveår (N=19.099) % (N)	23,9 (4.566)

Figur 1 viser andelen af mødre, der på EPDS-skalaen scorer ≥ 11 , inden barnet er otte måneder, blandt de mødre, hvor der er data på EPDS. Der er 7,5 % af mødrene, der scorer ≥ 11 på EPDS-skalaen. Børnenes gennemsnitsalder, når EPDS udfyldes, er 65 dage (SD = 17,3), hvilket svarer til ca. to måneder.

Figur 1. Andelen af mødre, der scorer EPDS ≥ 11 , inden barnet er otte måneder, blandt mødre, hvor der er data på EPDS



Andelen af mødre med EPDS-score ≥ 11 , inden barnet er otte måneder, er vægтет som beskrevet i afsnit "Skalaer til identificering af fødselsdepression".

Tabel 6 viser, hvordan andelen af mødre, som scorer ≥ 11 på EPDS-skalaen, fordelt i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand ved A-besøget. Tabellen viser, at bemærkning til mors psykiske tilstand ved A-besøget (gennemsnitsalder 11,7 dage, SD = 9,07) øger risikoen for at score ≥ 11 på EPDS-skalaen mere end tre gange. I supplerende analyser finder vi, at blandt de mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand inden D-besøget (ottemånedersalderen), er der 21,1 %, der scorer EPDS ≥ 11 inden D-besøget.

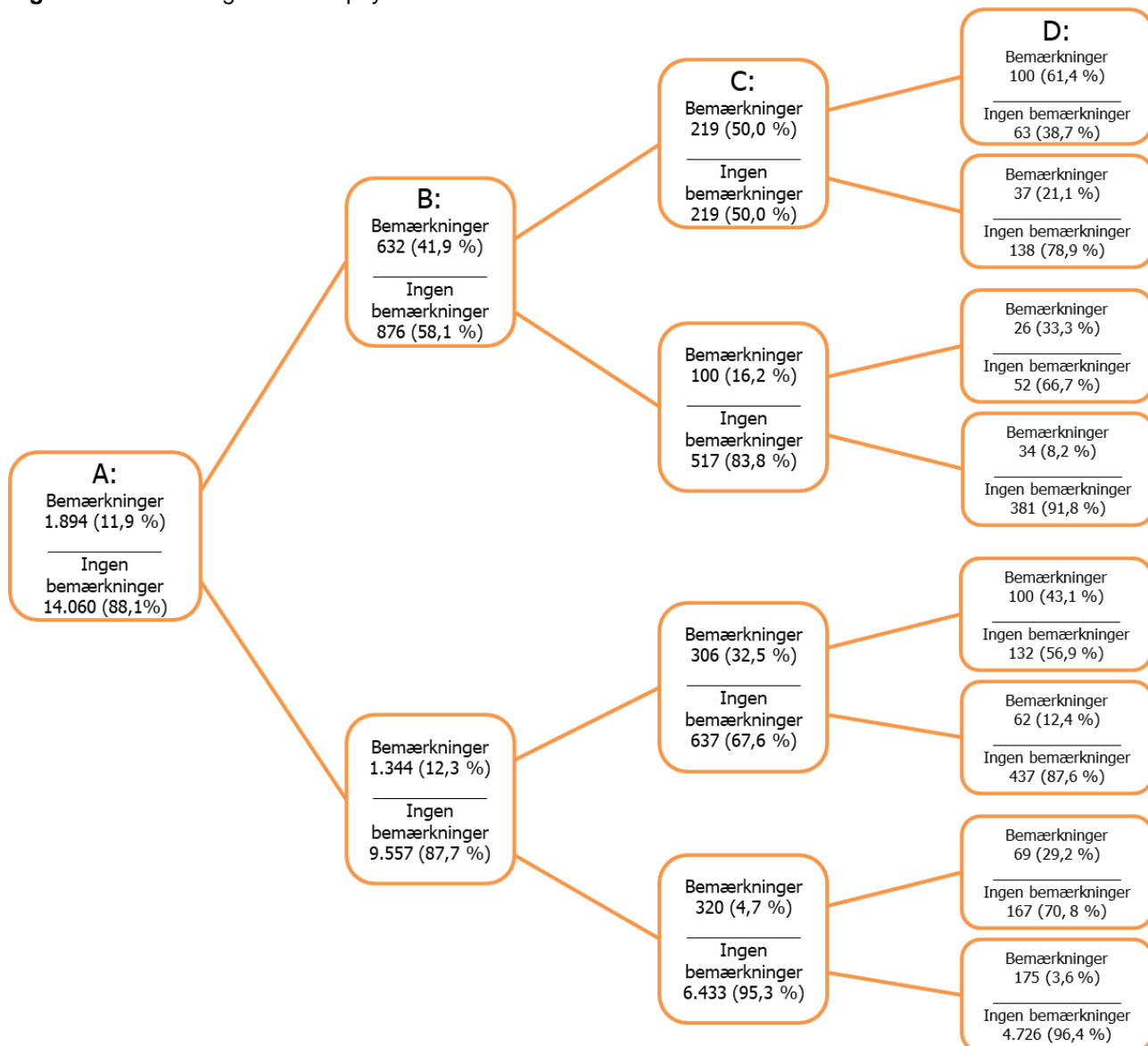
Tabel 6. Andelen og OR (CI 95 %) for EPDS ≥ 11 , inden barnet er otte måneder i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand ved A-besøget

Mors psykiske tilstand ved A-besøget	Andelen af mødre med EPDS ≥ 11 (%)	OR (CI 95 %) for EPDS ≥ 11
Ingen bemærkning	5,5	1,00
Bemærkning	17,9	3,74 (3,14-4,45)

Bemærkning til mors psykiske tilstand over tid i barnets første ti levemåneder

Figur 2 illustrerer, hvorvidt der er kontinuitet mellem bemærkninger til mors psykiske tilstand over tid. Eksempelvis ses det, at der blandt de 1.894 mødre med bemærkning til psykisk tilstand ved A-besøget er 632 (41,9 %), der også har bemærkning ved B-besøget. Ud af disse har 219 (50,0 %) bemærkning ved C-besøget, hvoraf 100 (61,4 %) ligeledes har bemærkning ved D-besøget. Det ses således i kassen øverst i højre hjørne, at 100 mødre har bemærkninger ved alle fire besøg – svarende til 1,5 % af de mødre, hvor vi har registreringer på mors psykiske tilstand ved alle fire besøg. Modsat har 4.726 mødre, svarende til 71 % af de mødre, hvor der er data på mors psykiske tilstand ved alle fire besøg, ikke bemærkninger til deres psykiske tilstand ved nogle af de fire besøg, hvilket ses i nederste kasse i figurens højre side. Figuren illustrerer desuden, at bemærkning til mors psykiske tilstand ligeledes kan optræde ved C-besøget (320 mødre, 4,7 %) og ved D-besøget (175 mødre, 3,6 %) uden foregående bemærkninger. Dette illustrerer vigtigheden af, at der er fokus på mors psykiske tilstand ved alle besøg i hjemmet.

Figur 2. Bemærkninger til mors psykiske tilstand over tid.



Kommuneforskelle i bemærkning til mors psykiske tilstand

Tabel 7 viser andelen af mødre med bemærkning til deres psykiske tilstand og EPDS \geq 11, inden barnet er otte måneder, opdelt på kommune. Der er væsentlige kommunale forskelle i særligt andelen af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand. Årsagerne til kommuneforskellene kan blandt andet være, at der anvendes forskellige journalsystemer. I de kommuner, der anvender NOVAX-journalsystemet, er der en lavere forekomst end i de kommuner, der anvender Solteq Sund-journalsystemet. Opbygningen af journalerne, blandt andet i forhold til, hvordan registrering af forældrenes psykiske tilstand tilgås, er forskellige, hvilket kan forklare den højere missing, som observeres i NOVAX-kommunerne. Disse forskelle diskuteres i diskussionsafsnittet.

Table 7. Andelen af mødre, der får bemærkning til psykisk tilstand og EPDS \geq 11, inden barnet er otte måneder, efter kommune

Kommune	Andelen af mødre, der får bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder (%)	Andelen af mødre, der har EPDS \geq 11, inden barnet er otte måneder (%) ^d
Solteq Sund-kommuner		
Aarhus	30,6	8,3
Albertslund	33,3	12,5
Allerød ^{a,c}	14,7	-
Ballerup	33,0	5,7
Brøndby	27,8	7,7
Dragør ^c	28,2	-
Gentofte	29,1	4,1
Glostrup	23,0	6,8
Herlev	31,9	7,2
Roskilde	24,9	3,3
Rødovre	20,0	5,2
Tårnby	26,9	6,0
Vejle	26,8	7,0
Total Solteq Sund-kommuner	28,5	7,0
NOVAX-kommuner		
Aalborg	14,2	7,5
Bornholm	17,6	10,5
Brønderslev	16,3	6,1
Egedal	14,2	8,3
Fredensborg	14,0	7,9
Frederiksberg	6,2	7,8
Frederikssund	6,8	9,0
Furesø	15,2	6,3
Gladsaxe	7,7	5,5
Gribskov ^b	-	4,6
Halsnæs	25,0	6,4
Helsingør	20,6	7,7
Hillerød	13,9	7,1
Høje-Taastrup ^b	-	11,5
Ishøj	16,9	5,4
Kalundborg ^b	-	8,7
Køge ^b	-	8,2
Lyngby-Taarbæk	17,3	11,9
Rudersdal	16,0	12,8
Vallensbæk	14,9	6,1
Total NOVAX-kommuner	13,6	7,9
Hele populationen	22,2	7,5

^a Allerød overgik fra Solteq Sund til NOVAX d. 01.11.18, hvilket kan forklare, at kommunen har væsentlig lavere andel af bemærkninger til mors psykiske tilstand sammenlignet med de andre Solteq Sund-kommuner. Allerød Kommune har dog fortsat mest data i Solteq Sund, hvorfor kommunen i denne rapport betragtes som Solteq Sund-kommune.

^b Da missing er mere end 40 % på mors psykiske tilstand, indgår data fra kommunen ikke. Den høje missing kan skyldes, at variablen ikke anvendes i kommunen, eller at kommunen er overgået til et nyt journalsystem.

^c Da antallet af observationer er under fem, vises andelen ikke.

^d Andelen af mødre med EPDS-score \geq 11, inden barnet er otte måneder, er vægtet som beskrevet i afsnit "Skalaer til identificering af fødselsdepression".

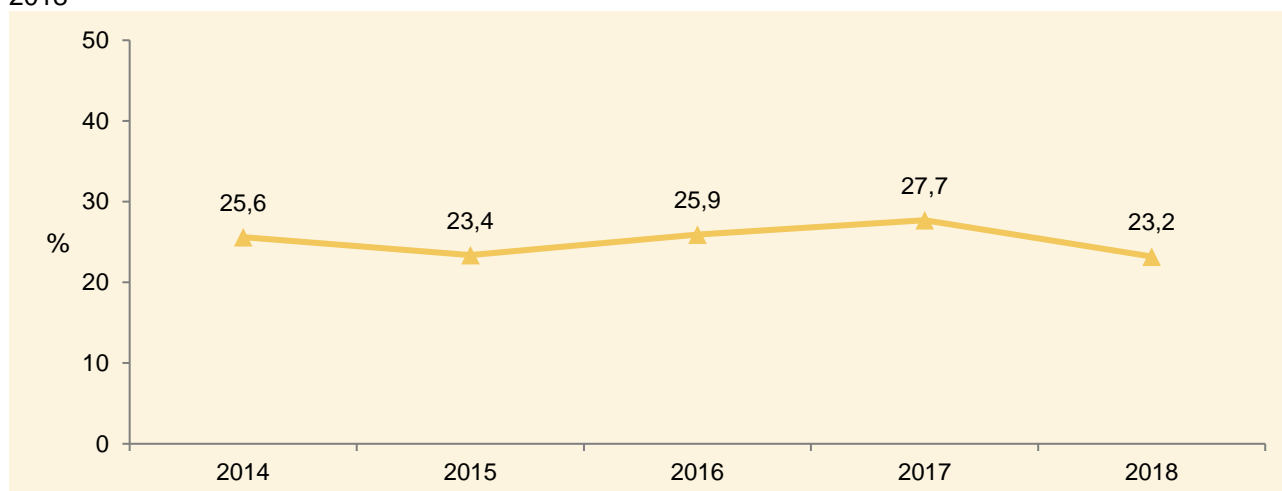
Udvikling i bemærkninger til mors psykiske tilstand 2014-2018

Figur 3 viser udviklingen i andelen af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, for perioden 2014-2018. Antallet og sammensætningen af deltagende kommuner i Databasen Børns Sundhed har ikke været den samme alle år i databasens historie. Det er derfor ikke muligt at sammenligne hele den undersøgte population fra år til år. For eksempel kan deltagelse af en ny stor kommune med gennemsnitligt flere socioøkonomisk velstillede medføre, at man ser en positiv udvikling i hele populationen på trods af, at udviklingen ikke har ændret sig i de

kommuner, der var med året før. Derfor analyseres udviklingen over tid i de 29 kommuner, der har været med i databasesamarbejdet alle de seneste fem år, og derfor er andelen af mødre med bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, lidt højere (23,2 %) end i populationen, som denne rapport er baseret på (22,2 %).

Figuren viser, at andelen af mødre med bemærkning til psykisk tilstand, inden barnet er otte måneder, i perioden 2014-2018 har svinget mellem 27,7 % og 23,2 %. Andelen af mødre med bemærkning til deres psykiske tilstand var højest i 2017 og lavest i 2018. Af figuren ses, at andelen af mødre med bemærkning til psykisk tilstand ikke har ændret sig væsentligt de seneste år.

Figur 3. Andelen af mødre, der får bemærkning til psykisk tilstand, inden barnet er otte måneder fra 2014-2018^a



^a Omfatter de 29 kommuner, som har deltaget i databasesamarbejdet i de seneste fem fødselsår. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk, Vejle og Aarhus.

Bemærkning til fædres psykiske tilstand og tegn på fødselsdepression

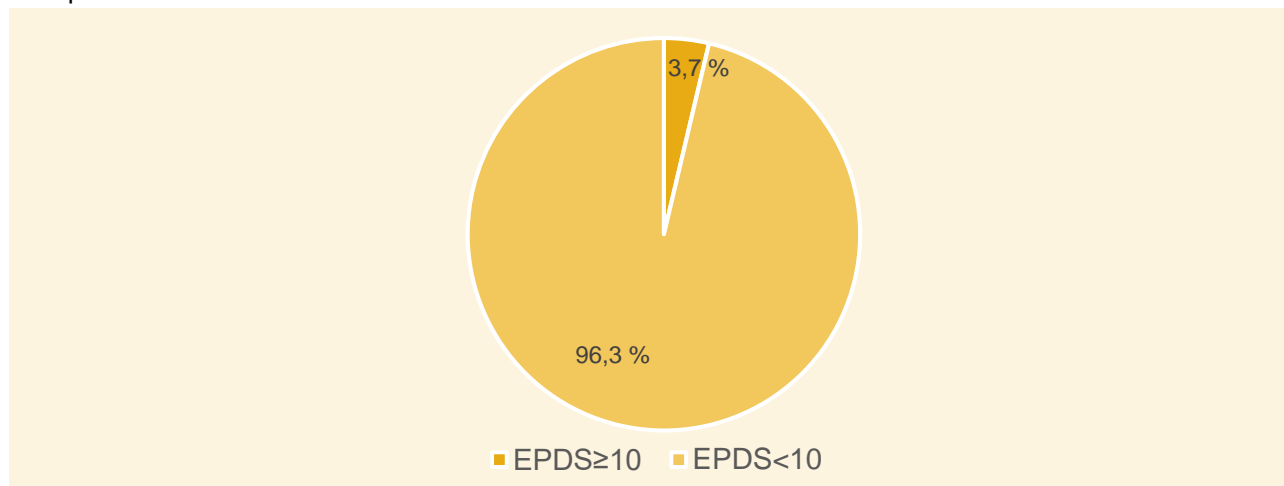
Eftersom data på fars psykiske tilstand og EPDS oftest kun udfyldes, når far er til stede ved besøgene, er der en høj missing på variablene, og det kan derfor være svært at udtale sig om forekomster på den baggrund. Vi har dog valgt at vise forekomsten blandt de fædre, hvor der er data, men vi foretager ikke yderligere analyser på sammenhænge på grund af det begrænsede datagrundlag. Tabel 8 viser, at blandt de fædre, hvor der er data på fars psykiske tilstand, er det særligt ved B-besøget, at der er den højeste andel fædre blandt fædre med data, der har bemærkning til fars psykiske tilstand (11,8 %).

Tabel 8. Andelen af fædre, der får bemærkninger til deres psykiske tilstand i barnets første leveår, hvor der er data på fars psykiske tilstand

A-besøg (N=5.402) % (N)	5,3 (285)
B-besøg (N=4.196) % (N)	11,8 (494)
C-besøg (N=2.872) % (N)	7,0 (200)
D-besøg (N=3.711) % (N)	4,5 (168)
Mindst én bemærkning inden D-besøg (N=8.203) % (N)	10,5 (858)
Mindst én bemærkning i det første leveår (N=9.118) % (N)	10,6 (965)

Figur 4 viser andelen af fædre, der på EPDS-skalaen scorer ≥ 10 , inden barnet er otte måneder, blandt fædre, hvor der er data på EPDS. Der er 3,7 % af fædrene, der scorer ≥ 10 på EPDS-skalaen. Børnenes gennemsnitsalder, når EPDS udfyldes, er 65 dage (SD 17,8), hvilket svarer til ca. to måneder.

Figur 4. Andelen af fædre, der scorer EPDS ≥ 10 , inden barnet er otte måneder, blandt fædre, hvor der er data på EPDS.



Andelen af fædre med EPDS-score ≥ 10 , inden barnet er otte måneder, er vægtet som beskrevet i afsnit "Skalaer til identificering af fødselsdepression".

Opsamling

I ovenstående afsnit finder vi, at 22,2 % af mødre får mindst én bemærkning til deres psykiske tilstand, og at 7,5 % scorer ≥ 11 på EPDS-skalaen, inden barnet er otte måneder. Derudover finder vi, at bemærkning til mors psykiske tilstand, når barnet er omkring 12 dage (A-besøget), er forbundet med en mere end tre gange øget risiko for at score ≥ 11 på EPDS-skalaen, inden barnet er otte måneder. Derudover finder vi, at der er væsentlige kommunale forskelle i andelen af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand, hvilket vi antager blandt andet skyldes forskelligheder i de to journalsystemer, eksempelvis hvordan registreringen tilgås. På tværs af kommunerne, som har været tilknyttet databasen i perioden 2014-2018, viser data, at bemærkning til mors psykiske tilstand har været stabil. For fædrenes vedkommende finder vi, at 10,5 % får bemærkning til deres psykiske tilstand, og at 3,7 % scorer ≥ 10 på EPDS-skalaen, inden barnet er otte måneder.

5.2 Sociodemografiske faktorer

Dette afsnit præsenterer en samlet tabel, der viser andelen af mødre, som har bemærkning til deres psykiske tilstand og EPDS \geq 11, inden barnet er otte måneder, for forskellige sociodemografiske grupper. Data til at belyse de sociodemografiske faktorer er hentet fra følgende registre: Befolkningsregisteret, Familieregisteret, Indvandringsregisteret, Uddannelsesregisteret og Arbejdsklassifikationsmodulet (se bilag 1 for yderligere information).

Barnets køn

I populationen med data på mors psykiske tilstand er 48,6 % af børnene piger og 51,5 % af børnene drenge. I populationen med EPDS-data er fordelingen tilsvarende 48,7 % og 51,3 %. Tabel 9 viser andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11 i forhold til barnets køn. Tabellen viser, at der ikke er signifikante kønsforskelle i bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11.

Familietype

I populationen med data på mors psykiske tilstand er der 88,2 % af mødrene, hvor barnet bor med begge forældre, mens 11,8 % bor med den ene forælder. I populationen med EPDS-data er fordelingen tilsvarende 88,1 % og 11,9 %. Tabel 9 viser andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11 i forhold til familietype. Tabellen viser, at andelen af mødre, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, er højere blandt mødre, hvor barnet ikke bor med begge forældre (25,3 %) end blandt mødre, hvor barnet bor sammen med begge forældre (21,6 %). Denne øgede andel af bemærkninger bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante sociodemografiske faktorer og kommuneforskelle.

Tabel 9 viser, at der ikke er signifikante forskelle i andelen af mødre, der scorer EPDS \geq 11 i forhold til familietype.

Forældrenes alder

Størstedelen (95,6 %) af mødrene i populationen med data på mors psykiske tilstand er mellem 20 år og 39 år, mens 0,7 % er under 20 år, og 3,7 % er 40 år eller ældre. I populationen med EPDS-data er fordelingen tilsvarende (95,7 %, 0,7 %, 3,3 %). Der er 87,6 %, hvor fædrene er mellem 20 år og 39 år, mens der er 0,2 %, der er under 20 år, og 12,2 % er 40 år eller ældre. I populationen med EPDS-data er fordelingen tilsvarende (88,8 %, 0,2 % og 10,9 %).

Tabel 9 viser andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11 i forhold til forældrenes alder. Tabellen viser, at andelen af mødre, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, er højere blandt mødre, der er 40 år eller ældre (26,3 %), end blandt mødre, der er 30-39 år (21,7 %). Denne øgede andel af bemærkninger bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante sociodemografiske faktorer og kommuneforskelle. Andelen af mødre, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, er højere blandt mødre, hvor far er yngre end 20 år (37,8 %) eller 40 år eller ældre (23,8 %), end blandt mødre, hvor far er 30-39 år (21,3 %). Denne øgede andel af bemærkninger bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante sociodemografiske faktorer og kommuneforskelle.

Tabel 9 viser, at der ikke er signifikante forskelle i andelen af mødre, der scorer EPDS \geq 11, i forhold til forældrenes alder.

Forældrenes herkomst

Personer med dansk herkomst er defineret som personer, hvor mindst én af forældrene både er dansk statsborger og født i Danmark. Indvandrere defineres som personer født i udlandet af forældre, der hverken er danske statsborgere eller er født i Danmark. Efterkommere defineres som personer, der er født i Danmark af forældre, der hverken er danske statsborgere eller født i Danmark. De fleste børn i populationen med data på mors psykiske tilstand, i alt 70,9 %, er fra familier, hvor begge forældre er af dansk herkomst, 10,7 % har én forælder af dansk herkomst og én forælder, der er indvandrer eller efterkommer, mens 18,4 % er fra familier, hvor begge forældre er indvandrere eller efterkommere. I populationen med EPDS-data er fordelingen lidt anderledes, nemlig 77,0 %, 10,6 % og 12,4 %. Dette skyldes, at nogle kommuner ikke anvender EPDS-skemaet til mødre, der ikke forstår/taler dansk.

Tabel 9 viser andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11 i forhold til forældrenes herkomst. Tabellen viser, at andelen af mødre, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, er lavere blandt mødre, hvor begge forældre er indvandrer eller efterkommer (18,7 %), end blandt mødre, hvor begge forældre er af dansk herkomst (22,7 %). Denne lavere andel af bemærkninger bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for kommuneforskelle.

Tabel 9 viser, at der ikke er signifikante forskelle i andelen af mødre, der scorer EPDS \geq 11, efter forældrenes herkomst.

Forældrenes uddannelsesniveaue

I populationen med data på mors psykiske tilstand har 6,2 % af børnenes forældre grundskoleuddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveaue, 15,3 % har erhvervsfaglig uddannelse, 8,4 % har almen- eller erhvervsgymnasialuddannelse, 27,4 % har kort eller mellemlang uddannelse, og 42,7 % har lang videregående uddannelse. I populationen med EPDS-data er fordelingen tilsvarende 5,0 %, 17,2 %, 8,9 %, 28,8 % og 40,1 %.

Tabel 9 viser andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11 i forhold til forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveaue. Tabel 9 viser, at andelen af mødre, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, er højere, jo lavere uddannelsesniveaue forældrene har. Blandt mødre, hvor forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveaue er grundskole, er der 27,6 %, der får bemærkning til mors psykiske tilstand, mens det blandt mødre, hvor forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveaue er lang videregående uddannelse, er 20,4 %. Denne øgede andel af bemærkninger bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante sociodemografiske faktorer og kommuneforskelle.

Tabel 9 viser, at der er en forhøjet andel af mødre med EPDS \geq 11 blandt mødre, hvor forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveaue er kort eller mellemlang uddannelse (8,0 %) eller erhvervsfaglig uddannelse (8,2 %), end blandt mødre, hvor forældre har lang videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveaue (6,6 %). Denne øgede andel bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante sociodemografiske faktorer og kommuneforskelle.

Forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet

I populationen med data på mors psykiske tilstand var 80,4 % af forældrene begge i erhverv eller under uddannelse året før, at børnene blev født. I 16,8 % af familierne var én forælder i arbejde og én uden for arbejdsmarkedet, og i 2,8 % af familierne var begge forældre hverken i erhverv eller under uddannelse. I populationen med EPDS-data er fordelingen tilsvarende 82,0 %, 16,3 % og 1,7 %.

Tabel 9 viser andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11 i forhold til forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet. Tabel 9 viser, at andelen af mødre, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, er højere blandt mødre, hvis én af forældrene ikke er i arbejde (28,3 %), eller hvis begge ikke er i arbejde (27,0 %), end blandt mødre, hvor begge forældre er i arbejde (20,8 %). Denne øgede andel af bemærkninger bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante sociodemografiske faktorer og kommuneforskelle.

Tabel 9 viser, at andelen af mødre, hvor mors EPDS \geq 11, inden barnet er otte måneder, er højere blandt mødre, hvor én af forældrene ikke er i arbejde (10,1 %), end blandt mødre, hvor begge forældre er i arbejde (6,9 %). Denne øgede andel bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante sociodemografiske faktorer og kommuneforskelle.

Tabel 9. Andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11, inden barnet er otte måneder, i forhold til sociodemografiske faktorer

	Andelen af mødre med bemærkning til psykisk tilstand (%)	OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand	Justeret OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand	Andelen af mødre med EPDS \geq 11 (%)	OR (CI 95 %) for EPDS \geq 11	Justeret OR (CI 95 %) for EPDS \geq 11
Barnets køn						
Pige	21,8	1,00	1,00 ^a	7,5	1,00	1,00 ^a
Dreng	22,5	1,05 (0,98-1,12)	1,05 (0,98-1,12)	7,3	0,96 (0,85-1,10)	0,96 (0,85-1,09)
Familietype						
Bor med begge forældre	21,6	1,00	1,00 ^b	7,3	1,00	1,00 ^b
Bor ikke med begge forældre	25,3	1,23 (1,10-1,37)	1,19 (1,06-1,34)	7,8	1,07 (0,88-1,30)	1,04 (0,84-1,27)
Mors alder						
<20 år	23,2	1,09 (0,72-1,66)	1,13 (0,71-1,80)	7,4	0,99 (0,46-2,15)	1,24 (0,55-2,82)
20-29 år	22,6	1,05 (0,98-1,13)	0,99 (0,92-1,07)	7,3	0,98 (0,86-1,12)	0,96 (0,83-1,11)
30-39 år	21,7	1,00	1,00 ^b	7,4	1,00	1,00 ^b
40 år eller ældre	26,3	1,29 (1,08-1,55)	1,32 (1,08-1,60)	8,6	1,18 (0,83-1,66)	1,19 (0,82-1,72)
Fars alder						
<20 år	37,8	2,60 (1,61-4,40)	2,07 (1,00-4,29)	-	-	-
20-29 år	22,7	1,09 (1,01-1,18)	0,99 (0,91-1,08)	7,1	0,95 (0,82-1,09)	0,91 (0,79-1,06)
30-39 år	21,3	1,00	1,00 ^b	7,5	1,00	1,00 ^b
40 år eller ældre	23,8	1,16 (1,04-1,30)	1,18 (1,06-1,33)	7,8	1,04 (0,84-1,29)	1,02 (0,82-1,27)
Forældrenes herkomst						
Begge forældre dansk herkomst	22,7	1,00	1,00 ^a	7,2	1,00	1,00 ^a
Én forælder dansk herkomst og én forælder indvandrer eller efterkommer	23,4	1,04 (0,92-1,16)	1,06 (0,94-1,20)	7,8	1,09 (0,88-1,34)	1,11 (0,89-1,37)
Begge forældre indvandrere eller efterkommere	18,7	0,78 (0,71-0,86)	0,74 (0,67-0,82)	8,5	1,19 (0,98-1,44)	1,20 (0,98-1,44)
Forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveau						
Lang videregående uddannelse	20,4	1,00	1,00 ^c	6,6	1,00	1,00 ^c
Kort eller mellemlang videregående uddannelse	22,4	1,13 (1,04-1,23)	1,08 (0,99-1,19)	8,0	1,25 (1,06-1,46)	1,31 (1,11-1,55)
Almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse	23,9	1,22 (1,08-1,39)	1,23 (1,07-1,42)	8,0	1,24 (0,98-1,57)	1,25 (0,96-1,61)
Erhvervsfaglig uddannelse	23,8	1,22 (1,10-1,35)	1,21 (1,08-1,35)	8,2	1,27 (1,06-1,53)	1,35 (1,10-1,66)
Grundskole	27,6	1,49 (1,29-1,72)	1,53 (1,28-1,84)	6,6	1,00 (0,72-1,39)	0,96 (0,65-1,42)
Forældrenes erhvervstilknytning						
Begge forældre i erhverv/under uddannelse	20,8	1,00	1,00 ^d	6,9	1,00	1,00 ^d
Én forælder i erhverv/under uddannelse, én ikke i erhverv/under uddannelse	28,3	1,50 (1,37-1,64)	1,47(1,33-1,63)	10,1	1,53 (1,30-1,80)	1,49 (1,25-1,77)
Begge forældre ikke i erhverv/under uddannelse	27,0	1,40 (1,13-1,73)	1,29 (1,01-1,64)	6,6	0,95 (0,55-1,64)	0,75 (0,41-1,38)

^aForskellen i andelen af mødre med bemærkning til psykisk tilstand eller EPDS \geq 11 er statistisk signifikant.

^aJusteret kommune, ^bJusteret kommune, forældrenes herkomst og forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveau, ^cJusteret kommune, familietype, forældrenes alder og forældrenes herkomst,

^dJusteret kommune, familietype, forældrenes alder, forældrenes herkomst, forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveau.

- Der afrapporteres ikke, hvis antallet af observationer er fem eller derunder.

Opsamling

Afsnittet vedrørende mors psykiske vanskeligheder og sociodemografiske faktorer viser, at der er væsentlige sociale forskelle i forhold til, hvilke mødre der får bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder. I de justerede analyser finder vi, at blandt mødre, hvor barnet ikke bor med begge forældre, hvor forældrene er 40 år eller ældre, eller far er yngre end 20 år, er der en øget andel af bemærkninger til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder. Derudover forekommer bemærkninger til mors psykiske tilstand oftere, jo lavere uddannelsesniveau forældrene har, samt hvis én eller begge forældre er uden erhverv. Desuden viser analysen, at bemærkning til mors psykiske tilstand forekommer i mindre grad blandt mødre, hvor barnets forældre er indvandrere eller efterkommere. Det er således tydeligt, at sociodemografiske faktorer har betydning for, at mødre får bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder. Analyserne af EPDS viser, at der er få sociale forskelle i, hvilke mødre der scorer ≥ 11 på EPDS-skalaen, og vi finder således ikke entydige mønstre på tværs af de sociodemografiske faktorer. I de justerede analyser finder vi en øget andel af mødre med EPDS-score på ≥ 11 blandt børn, hvor forældrenes højeste fuldførte uddannelsesniveau er kort eller mellemlang videregående uddannelse eller erhvervsfaglig uddannelse, eller hvor den ene af forældrene er uden for erhverv. Disse fund indikerer, at EPDS-skalaen i mindre grad end bemærkning til mors psykiske tilstand afhænger af sociale faktorer.

5.3 Faktorer relateret til graviditet og fødsel

Dette afsnit præsenterer en samlet tabel, der viser andelen af mødre, som har bemærkning til deres psykiske tilstand og EPDS \geq 11, inden barnet er otte måneder, for forskellige faktorer relateret til graviditet og fødsel. Data om graviditets- og fødselsrelaterede faktorer er hentet fra Det Medicinske Fødselsregister (se bilag 1 for yderligere information).

Graviditetskomplikationer

I populationen med data på mors psykiske tilstand er der 12,0 % af mødrene, der oplever graviditetskomplikationer². I populationen med EPDS-data er andelen tilsvarende 12,5 %.

Tabel 10 viser andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11 i forhold til graviditetskomplikationer. Tabellen viser, at andelen af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, er højere blandt mødre, der har oplevet graviditetskomplikationer (26,8 %), end blandt mødre, der ikke har oplevet graviditetskomplikationer (21,5 %). Denne øgede andel af bemærkninger bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle.

Tabel 10 viser, at der ikke er signifikante forskelle i andelen af mødre, der scorer EPDS \geq 11 i forhold til, om der er graviditetskomplikationer eller ej.

Gestationsalder

I populationen med data på mors psykiske tilstand er der 5,8 % af børnene, der er født før 37. gestationsuge. I populationen med EPDS-data er andelen tilsvarende 5,6 %.

Tabel 10 viser andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11 i forhold til barnets gestationsalder. Tabellen viser, at andelen af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, er højere blandt mødre, hvis børn fødes før 37. gestationsuge (26,8 %) sammenlignet med mødre, hvis børn fødes efter 37. gestationsuge (22,0 %). Denne øgede andel af bemærkninger bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle.

Tabel 10 viser, at andelen af mødre, hvor EPDS \geq 11 er højere blandt mødre, hvis børn fødes før 37. gestationsuge (11,8 %), end blandt mødre, hvis børn fødes efter 37. gestationsuge (7,2 %). Denne øgede andel bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle.

Fødselsvægt

I populationen med data på mors psykiske tilstand har størstedelen af børnene en fødselsvægt på mellem 2.500 og 3.999 gram (79,1 %). Der er 4,6 % af børnene, der har en fødselsvægt på under 2.500 gram, og 16,3 %, der har en fødselsvægt på 4.000 gram eller mere. I populationen med EPDS-data er andelen tilsvarende 80,0 %, 4,1 %, og 15,9 %.

Tabel 10 viser andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11 i forhold til barnets fødselsvægt. Tabellen viser, at andelen af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, er højere blandt mødre, hvis børn vejer mindre end 2.500 gram ved fødslen (28,8 %), end blandt mødre, hvis børn vejer mellem 2.500 og 3.999 gram

² Variablen "graviditetskomplikationer" indikerer, at moderen har haft mindst én af følgende diagnoser (diagnosekode) i perioden 280 dage før til 30 dage efter fødslen: "Gravid, fødsel og barsel m. komplicerende blodtryksforhøjelse" (DO10), "Præeklamsi ved forud bestående kronisk hypertension" (DO11), "Graviditetsbetinget ødem/proteinuri u/BT-forhøj" (DO12), "Graviditetsbetinget blodtryksforhøjelse u proteiner i urinen" (DO13), "Præeklamsi" (DO14), "Fødselskrampe" (DO15), "Dyb tromboflebitis i graviditeten" (DO223), "Diabetes under graviditet, fødsel og barsel" (DO24), "Graviditetskløe med leverpåvirkning" (DO266G), "Graviditet med misdannet foster fundet ved UL UNS" (DO359A), "Graviditet med rhesusimmunisering" (DO360) eller "Graviditet med anden immunisering" (DO361).

ved fødslen (22,1 %). Denne øgede andel af bemærkninger bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle.

Tabel 10 viser, at andelen af mødre, hvor EPDS \geq 11 er højere blandt mødre, hvis børn vejer mindre end 2.500 gram ved fødslen (11,0 %), end blandt mødre, hvis børn vejer mellem 2.500 og 3.999 gram ved fødslen (7,3 %). Denne øgede andel forsvinder i analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle.

Kejsersnit

I populationen med data på mors psykiske tilstand er 20,0 % af børnene født ved kejsersnit. I populationen med EPDS-data er andelen tilsvarende 20,3 %.

Tabel 10 viser andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11 i forhold til, om barnet er født ved kejsersnit. Tabellen viser, at andelen af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, er højere blandt mødre, hvis børn er født ved kejsersnit (26,9 %), end blandt mødre, hvis børn ikke er født ved kejsersnit (21,0 %). Denne øgede andel af bemærkninger bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle.

Tabel 10 viser, at andelen af mødre, hvor EPDS \geq 11 er højere blandt mødre, hvor barnet er født ved kejsersnit (9,1 %), end blandt mødre, hvis barn ikke er født ved kejsersnit (7,0 %). Denne øgede andel bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle.

Apgarscore

En apgarscore er et mål for barnets tilstand lige efter fødslen. Barnets tilstand vurderes ét, fem og ti minutter efter fødslen af en jordemoder eller børnelæge, som tildeler barnet fra nul til to point på fem områder (vejrtrækning, hudfarve, hjerteslag, reflekser og muskelspændinger). Barnet kan således score fra nul til ti point (Finster & Wood, 2005). En lav apgarscore er her defineret som mindre end ni point fem minutter efter fødslen. De fleste børn i populationen med data på mors psykiske tilstand har en apgarscore på mindst ni point fem minutter efter fødslen, kun 2,5 % har en apgarscore på under ni point. I populationen med EPDS-data er andelen tilsvarende 2,8 %.

Tabel 10 viser andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11 i forhold til barnets apgarscore ved fødslen. Tabellen viser, at andelen af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, er højere blandt mødre, hvor barnet scorer mindre end ni point fem minutter efter fødslen (30,5 %), end blandt mødre, hvis børn scorer mindst ni point (22,0 %). Denne øgede andel af bemærkninger bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle.

Tabel 10 viser, at der ikke er signifikante forskelle i andelen af mødre, der scorer EPDS \geq 11, i forhold til barnets apgarscore ved fødslen.

Flerfødsel

I populationen med data på mors psykiske tilstand er der 2,8 % af børnene, der er flerfødte. I populationen med EPDS-data er andelen tilsvarende 1,8 %.

Tabel 10 viser andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11 i forhold til, om barnet er flerfødt. Tabellen viser, at andelen af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, er højere blandt mødre, hvis børn er flerfødt (28,2 %), end blandt mødre, hvis børn er enkeltfødt (22,1 %). Denne øgede andel af bemærkninger bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle.

Tabel 10 viser, at andelen af mødre, hvor EPDS \geq 11, er højere blandt mødre, hvor barnet er flerfødt (13,3 %), end blandt mødre, hvis barn er enkeltfødt (7,3 %). Denne øgede andel bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle.

Mors paritet

I populationen med data på mors psykiske tilstand er 48,8 % af børnene deres mors førstefødte. I populationen med EPDS-data er andelen tilsvarende 58,7%. Det vil sige, at andelen af førstegangs-fødende er højere i EPDS-populationen, hvilket også er uddybet i afsnittet "Skalaer til identificering af fødselsdepression".

Tabel 10 viser andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11 i forhold til, om barnet er deres mors førstefødte. Tabellen viser, at andelen af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, er højere blandt mødre, hvis barnet er deres mors førstefødte (24,2 %), end blandt mødre, hvor barnet ikke er deres mors førstefødte (20,3 %). Denne øgede andel af bemærkninger bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle.

Tabel 10 viser, at der ikke er signifikante forskelle i andelen af mødre, der scorer EPDS \geq 11, i forhold til, om barnet er førstefødt.

Medfødte misdannelser

I populationen med data på mors psykiske tilstand er der 8,3 % af børnene, der har medfødte misdannelser. Misdannelser ved fødslen er indhentet via Det Medicinske Fødselsregister og indbefatter alle Q-diagnoserne fra WHO's sygdomsklassifikation (ICD). De tre hyppigste medfødte misdannelser i 2018 er misdannelser af hjerte, læbe-ganespalte og misdannelser af hofte. I populationen med EPDS-data er andelen tilsvarende 8,7 %.

Tabel 10 viser andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11 i forhold til, om barnet er født med misdannelser. Tabellen viser, at andelen af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, er højere blandt mødre, hvis børn er født med misdannelser (26,3 %), end blandt mødre, hvis børn ikke er født med misdannelser (21,8 %). Denne øgede andel af bemærkninger bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle.

Tabel 10 viser, at andelen af mødre, hvor EPDS \geq 11, er højere blandt mødre, hvor barnet er født med misdannelser (9,1 %), end blandt mødre, hvor barnet ikke er født med misdannelser (7,2 %). Denne øgede andel bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle.

Table 10. Andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS≥11, inden barnet er otte måneder, i forhold til graviditets- og fødselsfaktorer

	Andelen af mødre med bemærkning til psykisk tilstand (%)	OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand	Justeret OR (CI 95 %) for bemærkning til mors psykiske tilstand	Andelen af mødre med EPDS≥11 (%)	OR (CI 95 %) for EPDS≥11	Justeret OR (CI 95 %) for EPDS≥11
Graviditetskomplikationer						
Nej	21,5	1,00	1,00 ^a	7,3	1,00	1,00 ^a
Ja	26,8	1,34 (1,21-1,48)	1,32 (1,18-1,47)	8,5	1,19 (0,99-1,43)	1,12 (0,92-1,36)
Gestationsalder						
Født i uge 37 eller senere	22,0	1,00	1,00 ^a	7,2	1,00	1,00 ^a
Født før uge 37	26,8	1,30 (1,13-1,50)	1,29 (1,10-1,52)	11,8	1,74 (1,38-2,19)	1,48 (1,15-1,92)
Fødselsvægt						
Mindre end 2.500 gram	28,8	1,42 (1,22-1,67)	1,20 (0,96-1,50)	11,0	1,58 (1,20-2,08)	1,01 (0,69-1,48)
2.500-3.999 gram	22,1	1,00	1,00 ^b	7,3	1,00	1,00 ^b
4.000 gram eller mere	21,1	0,94 (0,85-1,04)	0,93 (0,84-1,03)	7,2	0,99 (0,83-1,18)	1,02 (0,85-1,24)
Kejsersnit						
Ikke kejsersnit	21,0	1,00	1,00 ^c	7,0	1,00	1,00 ^c
Kejsersnit	26,9	1,39 (1,28-1,51)	1,31 (1,20-1,44)	9,1	1,33 (1,14-1,54)	1,19 (1,01-1,40)
Apgarscore						
9 eller 10	22,0	1,00	1,00 ^d	7,4	1,00	1,00 ^d
Under 9	30,5	1,56 (1,27-1,91)	1,44 (1,15-1,79)	9,0	1,25 (0,87-1,79)	1,15 (0,79-1,68)
Flerfødsel						
Enkelfødsel	22,1	1,00	1,00 ^e	7,3	1,00	1,00 ^e
Flerfødsel	28,2	1,39 (1,13-1,70)	1,42 (1,15-1,77)	13,3	1,95 (1,35-2,83)	2,07 (1,41-3,04)
Mors paritet						
Førstefødte	24,2	1,26 (1,18-1,35)	1,35 (1,25-1,46)	7,6	1,06 (0,93-1,21)	1,10 (0,95-1,29)
Ikke førstefødte	20,3	1,00	1,00 ^e	7,2	1,00	1,00 ^e
Medfødte misdannelser						
Nej	21,8	1,00	1,00 ^e	7,2	1,00	1,00 ^e
Ja	26,3	1,28 (1,14-1,45)	1,42 (1,25-1,61)	9,1	1,28 (1,04-1,58)	1,30 (1,04-1,61)

^fForskellen i andelen af mødre med EPDS≥11 er statistisk signifikant.

^aJusteret kommune, mors alder, forældrenes herkomst, forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveau og flerfødsel.

^bJusteret kommune, mors alder, forældrenes herkomst, forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveau, gestationsalder og flerfødsel.

^cJusteret kommune, mors alder, forældrenes herkomst, forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveau, gestationsalder, flerfødsel, fødselsvægt og medfødte misdannelser.

^dJusteret kommune, mors alder, forældrenes herkomst, forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveau, gestationsalder, kejsersnit, flerfødsel, fødselsvægt og medfødte misdannelser.

^eJusteret kommune, mors alder, forældrenes herkomst og forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveau.

Opsamling

Afsnittet vedrørende mors psykiske vanskeligheder og faktorer relateret til graviditet og fødsel viser, at stort set alle de undersøgte faktorer hænger sammen med bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder. Når der i analyserne justeres for relevante faktorer, er der en øget andel af bemærkninger til mors psykiske tilstand blandt mødre, der oplever graviditetskomplikationer, mødre, der føder før uge 37, mødre, der føder ved kejsersnit, mødre, hvor barnet har en apgarscore på under ni fem minutter efter fødsel, mødre, der får flerfødte børn, mødre, der føder deres førstefødte barn, og mødre, der føder et barn med medfødte misdannelser. Det er således tydeligt, at fødselsfaktorer er af væsentlig betydning for at få bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder. Analyserne af EPDS viser, at der er færre graviditets- og fødselsfaktorer, der er associeret med at score 11 eller derover på EPDS-skalaen. Når der i analyserne justeres for relevante faktorer, er der en øget andel af bemærkninger til mors psykiske tilstand blandt mødre, der føder før uge 37, mødre, der føder ved kejsersnit, mødre, der får flerfødte børn, og mødre, der føder et barn med medfødte misdannelser.

5.4 Barnets udvikling og trivsel i det første leveår

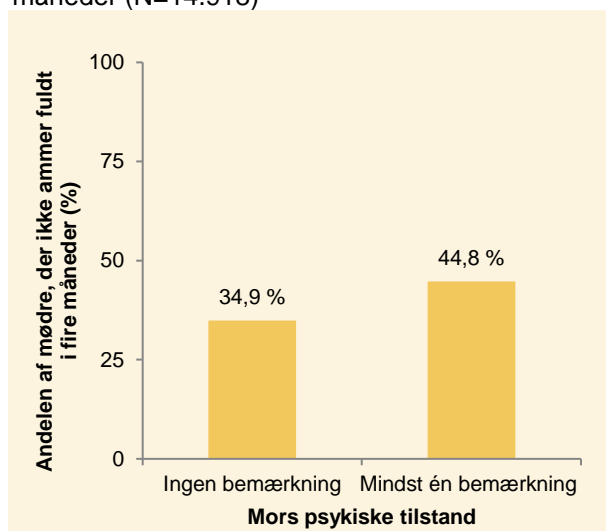
I det følgende afsnit undersøges det, om sundhedsplejerskens bemærkninger til mors psykiske tilstand og EPDS \geq 11, inden barnet er otte måneder, er associeret med barnets udvikling og trivsel i det første leveår.

Fuld amning ved fire måneder

Fuld amning er i sundhedsplejerskernes journaler registeret i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning (Sundhedsstyrelsen, 2011, Sundhedsstyrelsen, 2018). Blandt mødrene i populationen med data på mors psykiske tilstand er der 62,4 %, der ammer fuldt i mindst fire måneder, hvilket vil sige, at 37,6 % af mødrene ikke ammer fuldt i fire måneder. I populationen med EPDS-data er andelen tilsvarende 60,6 % og 39,4 %. Figur 5 og 6 viser andelen af mødre, der ikke ammer fuldt i mindst fire måneder, opdelt i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS-score, inden barnet er otte måneder.

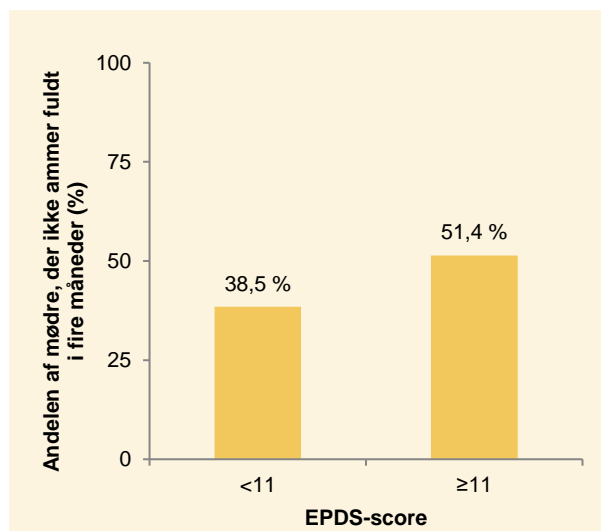
Figur 5 viser, at andelen af mødre, der ikke ammer fuldt i mindst fire måneder, er højere blandt mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder (44,8 %), end blandt mødre, der ikke får bemærkning (34,9 %). Figur 6 viser, at andelen af mødre, der ikke ammer fuldt i mindst fire måneder, er højere blandt mødre, der har EPDS \geq 11, inden barnet er otte måneder, (51,4%), end blandt mødre, der har EPDS $<$ 11 (38,5 %). De øgede andele af mødre, der ikke ammer fuldt i fire måneder, bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle (tabel 11). Eftersom fuld amning opgøres ved fire måneder og mors psykiske tilstand og EPDS er, inden barnet er otte måneder, er det samtidige målinger, og det er ikke muligt at konkludere på årsagssammenhænge.

Figur 5. Andelen af mødre, der ikke ammer fuldt i mindst fire måneder, i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder (N=14.918)



Forskellen i andelen af mødre, der ikke ammer fuldt i mindst fire måneder, er statistisk signifikant.

Figur 6. Andelen af mødre, der ikke ammer fuldt i mindst fire måneder, i forhold til EPDS-score, inden barnet er otte måneder (N=11.515)



Forskellen i andelen af mødre, der ikke ammer fuldt i mindst fire måneder, er statistisk signifikant.

Bemærkning til barnets motoriske udvikling

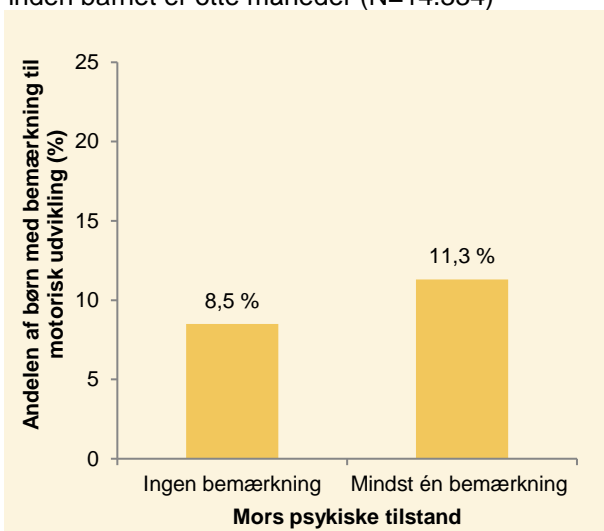
I både Solteq Sund- og NOVAX-journalsystemet registrerer sundhedsplejersken i et udviklingskema i forbindelse med de fire hjemmebesøg, hvorvidt der er en bemærkning til den motoriske udvikling. I denne rapport er der fokus på bemærkninger til motorisk udvikling ved D-besøget (otte-til timånedersalderen). Sundhedsplejerskernes bemærkninger er et udtryk for, at der er tegn på forsinket motorisk udvikling, og en bemærkning betyder, at sundhedsplejersken ved sin kontakt med

familien har registreret noget, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning. En bemærkning dækker sædvanligvis over, at den motoriske udvikling ikke opfylder den forventelige udvikling i forhold til barnets alder. Registreringen af motorisk udvikling er ikke helt ens i de to systemer: Motorisk udvikling og øje-hånd koordination er to selvstændige variable i Solteq Sund-journalsystemet, mens motorisk udvikling og øje-hånd koordination er samlet i en variabel i NOVAX-journalsystemet. Da øje-hånd koordination er en del af barnets motoriske udvikling, har vi sammenlagt de to variable i Solteq Sund.

I populationen med data for mors psykiske tilstand er der 8,9 % af børnene, der får en bemærkning til deres motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen. I populationen med EPDS-data er der tilsvarende 8,0 %, der får bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Figur 7 og 8 viser andelen af børn, der får bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen, i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS-score, inden barnet er otte måneder.

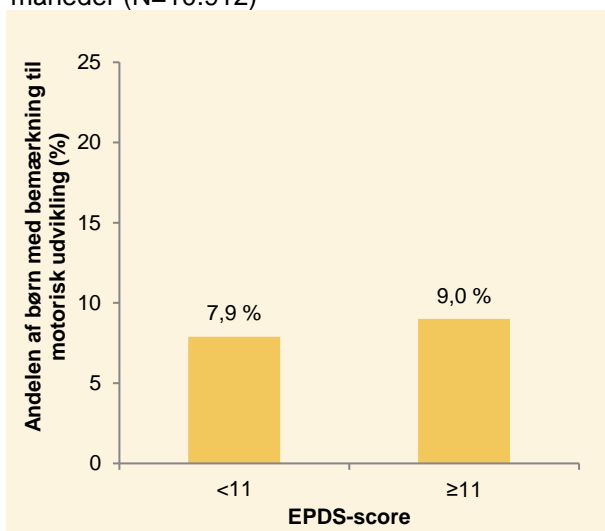
Figur 7 viser, at andelen af børn, der får bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen, er højere blandt mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand (11,3 %), end blandt mødre, der ikke får bemærkning (8,5 %). Den øgede andel af børn, der får bemærkning til motorisk udvikling, blandt mødre med bemærkning til deres psykiske tilstand bibeholdes, når der i analyserne justeres for relevante faktorer og kommuneforskelle (tabel 11). Af figur 8 fremgår det, at der ikke er statistisk signifikant forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen i forhold til mors EPDS-score (se også tabel 11).

Figur 7. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder (N=14.334)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er statistisk signifikant.

Figur 8. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen i forhold til EPDS-score, inden barnet er otte måneder (N=10.912)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er ikke statistisk signifikant.

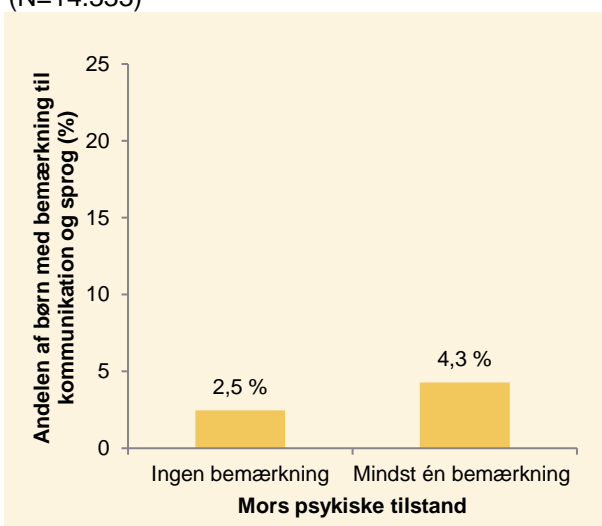
Bemærkning til kommunikation og sprog

Bemærkninger til barnets kommunikation og sprog registreres ved tre besøg i det første leveår. I denne rapport er der fokus på bemærkninger til kommunikation og sprog ved D-besøget (otte- til timånedersalderen). En bemærkning til kommunikation og sprog dækker over, at barnet ikke opfylder den forventelige sprog- og kommunikationsudvikling i forhold til alderstrinnet. Ved otte- til timånedersalderen forventes det, at barnet har sproglige udtryk som at pludre med variation, og at barnet kommunikerer sit humør ved at smile og le (Databasen Børns Sundhed, 2018, NOVAX, 2017). I populationen med data for mors psykiske tilstand er der 2,9 % af børnene, der får en bemærkning til deres kommunikation og sprog ved otte- til timånedersalderen. I populationen med EPDS-data er

der tilsvarende 2,6 %, der får bemærkning til kommunikation og sprog ved otte- til timånedersalderen. Figur 9 og 10 viser andelen af børn, der får bemærkning til kommunikation og sprog ved otte- til timånedersalderen, i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS-score, inden barnet er otte måneder.

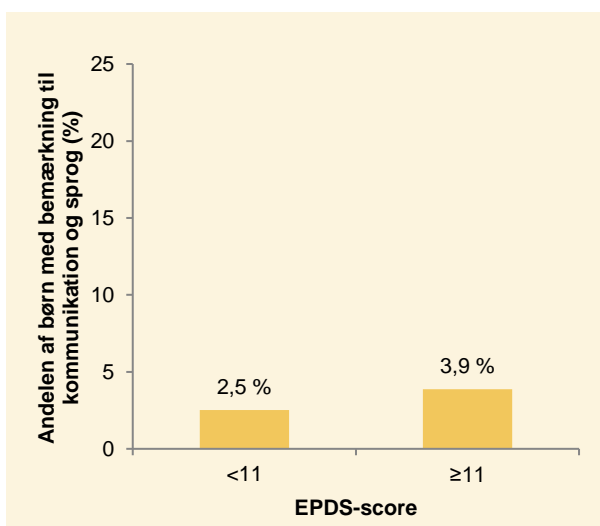
Figur 9 viser, at andelen af børn, der får bemærkning til kommunikation og sprog ved otte- til timånedersalderen, er højere blandt mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand (4,3 %), end blandt mødre, der ikke får bemærkning (2,5 %). Figur 10 viser, at andelen af børn, der får bemærkning til kommunikation og sprog ved otte- til timånedersalderen, er højere blandt mødre, der har EPDS \geq 11 (3,9 %), end blandt mødre, der har EPDS $<$ 11 (2,5 %). Den øgede andel af børn, der får bemærkning til kommunikation og sprog blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand bibeholdes, hvor der i analyserne justeres for relevante faktorer og kommuneforskelle (tabel 11). Den øgede andel af børn, der får bemærkning til kommunikation og sprog blandt mødre med EPDS \geq 11 forsvinder, når der i analyserne justeres for relevante faktorer og kommuneforskelle (tabel 11).

Figur 9. Andelen af børn med bemærkning til kommunikation og sprog ved otte- til timånedersalderen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder (N=14.333)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til kommunikation og sprog er statistisk signifikant.

Figur 10. Andelen af børn med bemærkning til kommunikation og sprog ved otte- til timånedersalderen i forhold til EPDS-score, inden barnet er otte måneder (N=10.911)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til kommunikation og sprog er statistisk signifikant.

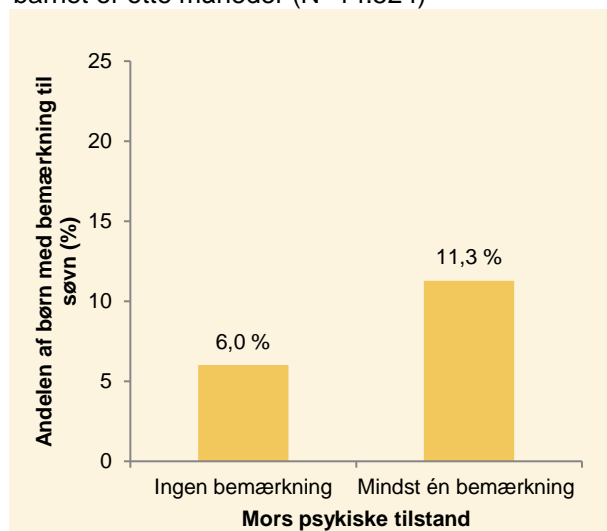
Bemærkning til søvn

Sundhedsplejersken vurderer barnets døgnrytme og søvnmønstre ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. I denne rapport er der fokus på bemærkninger til søvn ved D-besøget (otte- til timånedersalderen). Det registreres i journalen, hvis der er bemærkninger til barnets søvn. En bemærkning dækker over, at barnet har en døgnrytme, der giver anledning til problemer, eller fra firemånedersalderen, hvis barnet ikke har en begyndende døgnrytme. I populationen med data på mors psykiske tilstand er der 6,9 % af børnene, der får en bemærkning til deres søvn ved otte- til timånedersalderen. I populationen med EPDS-data er der tilsvarende 6,9 %, der får bemærkning til søvn ved otte- til timånedersalderen. Figur 11 og 12 viser andelen af børn, der får bemærkning til søvn ved otte- til timånedersalderen, i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS-score, inden barnet er otte måneder.

Figur 11 viser, at andelen af børn, der får bemærkning til søvn ved otte- til timånedersalderen, er højere blandt mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand (11,3 %), end blandt mødre, der ikke får bemærkning (6,0 %). Figur 12 viser, at andelen af børn, der får bemærkning til søvn ved otte- til timånedersalderen, er højere blandt mødre, der har EPDS \geq 11 (8,6 %), end blandt mødre,

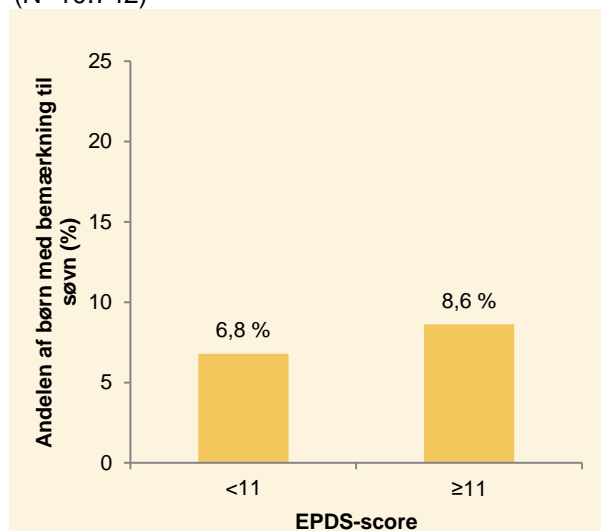
der har EPDS<11 (6,8 %). De øgede andele af børn, der får bemærkning til søvn, bibeholdes, hvor der i analyserne tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle (tabel 11).

Figur 11. Andelen af børn med bemærkning til søvn ved otte- til timånedersalderen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder (N=14.524)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til søvn er statistisk signifikant.

Figur 12. Andelen af børn med bemærkning til søvn ved otte- til timånedersalderen i forhold til EPDS-score, inden barnet er otte måneder (N=10.742)



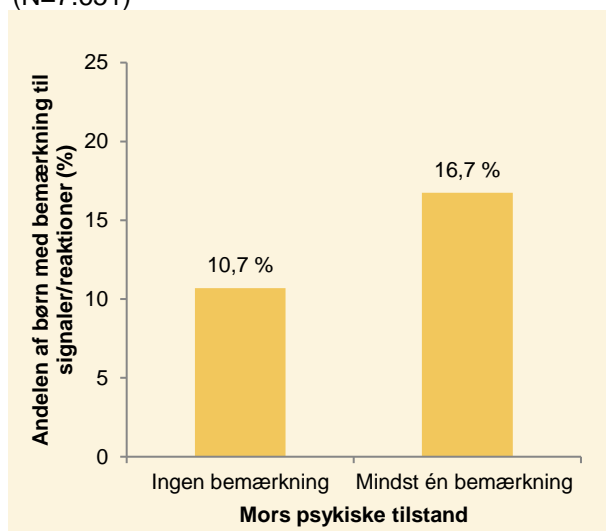
Forskellen i andelen af børn med bemærkning til søvn er statistisk signifikant.

Bemærkning til barnets signaler/reaktioner

Nogle børn oplever søvnproblemer, spiseproblemer og problemer med gråd og uro. For de kommuner, der anvender Solteq Sund-journalsystemet, registrerer sundhedsplejerskerne, om der er bemærkninger til barnets signaler og reaktioner. Disse oplysninger registreres ikke i standardiseret form i NOVAX-journalsystemet, så nedenstående analyser er baseret på Solteq Sund-data. I denne rapport er der fokus på bemærkninger til signaler/reaktioner ved D-besøget (otte- til timånedersalderen). En bemærkning til barnets signaler og reaktioner kan skyldes, at barnets døgnrytme giver anledning til problemer, at barnets søvnmønster har negativ indflydelse på barnets spising og trivsel, at barnet ikke kan trøstes, at barnet er anspændt og pirreligt, at barnet opleves trist og opgivende, eller hvis der er andre problematiske forhold vedrørende barnets signaler og reaktioner. Barnets signaler og reaktioner rummer således også bemærkninger til søvn og uro/gråd. I populationen med data på mors psykiske tilstand er der 12,6 % af børnene, der får en bemærkning til deres signaler og reaktioner ved otte- til timånedersalderen. I populationen med EPDS-data er der tilsvarende 13,8 %, der får bemærkning til signaler og reaktioner ved otte- til timånedersalderen. Figur 13 og 14 viser andelen af børn, der får bemærkning til signaler og reaktioner ved otte- til timånedersalderen, i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS-score, inden barnet er otte måneder.

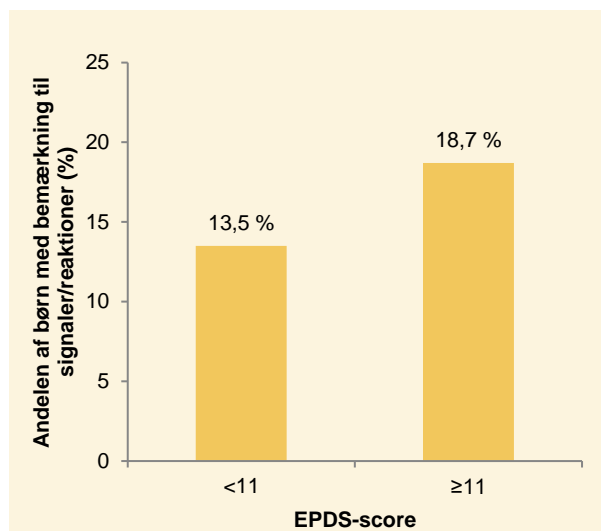
Figur 13 viser, at andelen af børn, der får bemærkning til signaler og reaktioner ved otte- til timånedersalderen, er højere blandt mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand (16,7 %), end blandt mødre, der ikke får bemærkning (10,7 %). Figur 14 viser, at andelen af børn, der får bemærkning til signaler og reaktioner ved otte- til timånedersalderen, er højere blandt mødre, der har EPDS≥11 (18,7 %), end blandt mødre, der har EPDS<11 (13,5 %). De øgede andele af børn, der får bemærkning til signaler og reaktioner ved otte- til timånedersalderen, bibeholdes, hvor der i analyserne tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle (tabel 11).

Figur 13. Andelen af børn med bemærkning til signaler/reaktioner ved otte- til timånedersalderen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, Solteq Sund-data (N=7.651)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til signaler/reaktioner er statistisk signifikant.

Figur 14. Andelen af børn med bemærkning til signaler/reaktioner ved otte- til timånedersalderen i forhold til EPDS-score, inden barnet er otte måneder, Solteq Sund-data (N=4.536)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til signaler/reaktioner er statistisk signifikant.

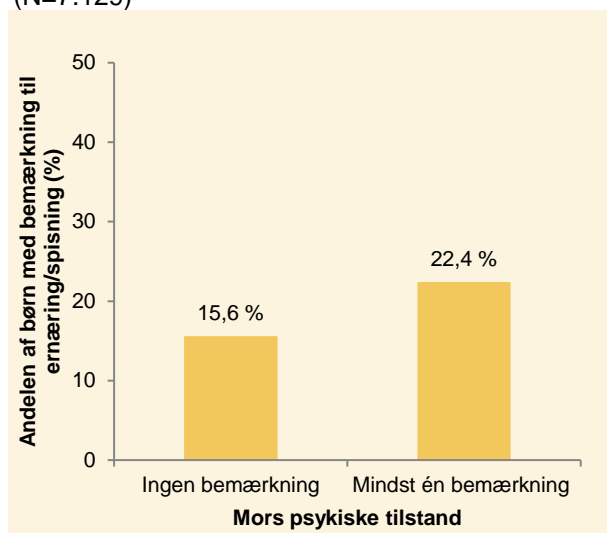
Bemærkning til ernæring/spisning

I kommuner, der anvender Solteq Sund-journalsystemet, vurderer sundhedsplejersken barnets ernæring og spisning ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. I denne rapport er der fokus på bemærkninger til ernæring/spisning ved D-besøget (otte- til timånedersalderen). Disse oplysninger registreres ikke i NOVAX-journalsystemet, så nedenstående analyser er baseret på Solteq Sund-data. Det registreres i journalen som en bemærkning, hvis barnets ernæring og spisning ikke er alderssvarende. En bemærkning i otte- til timånedersalderen kan betyde, at der er problemer med spisningen (måden barnet spiser på), at barnet ikke har lært at drikke af kop, eller at barnets hovedernæring ikke er skemad (barnets ernæring ikke svarer til anbefalingerne).

I populationen med data på mors psykiske tilstand er der 17,8 % af børnene, der får en bemærkning til ernæring/spisning ved otte- til timånedersalderen. I populationen med EPDS-data er der tilsvarende 17,4 %, der får bemærkning til ernæring/spisning ved otte- til timånedersalderen. Figur 15 og 16 viser andelen af børn, der får bemærkning til ernæring/spisning ved otte- til timånedersalderen, i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS-score, inden barnet er otte måneder.

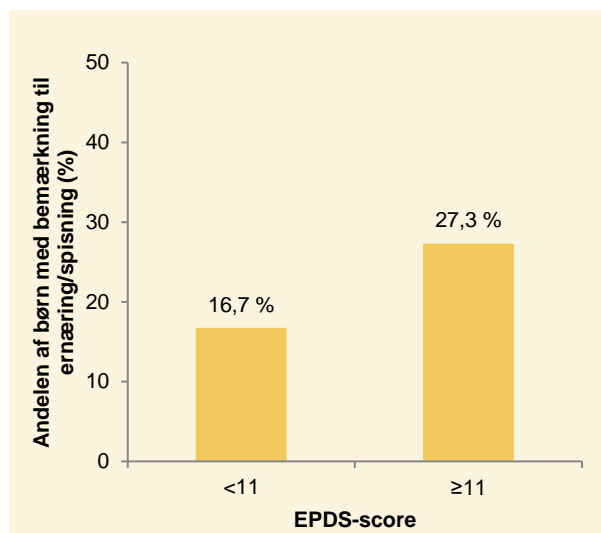
Figur 15 viser, at andelen af børn, der får bemærkning til ernæring/spisning ved otte- til timånedersalderen, er højere blandt mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand (22,4 %), end blandt mødre, der ikke får bemærkning (15,6 %). Figur 16 viser, at andelen af børn, der får bemærkning til ernæring/spisning ved otte- til timånedersalderen, er højere blandt mødre, der har EPDS \geq 11 (27,3 %), end blandt mødre, der har EPDS $<$ 11 (16,7 %). De øgede andele af børn, der får bemærkning til ernæring/spisning ved otte- til timånedersalderen, bibeholdes, hvor der i analyserne tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle (tabel 11).

Figur 15. Andelen af børn med bemærkning til ernæring/spisning ved otte- til timånedersalderen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, Solteq Sund-data (N=7.129)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til ernæring/spisning er statistisk signifikant.

Figur 16. Andelen af børn med bemærkning til ernæring/spisning ved otte- til timånedersalderen i forhold til EPDS-score, inden barnet er otte måneder, Solteq Sund-data (N=4.226)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til ernæring/spisning er statistisk signifikant.

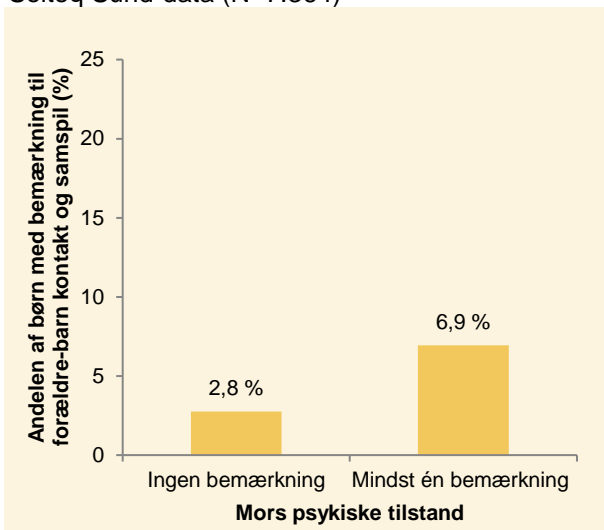
Forældre-barn relation

I det første år af barnets liv har barnets relationer til forældrene stor betydning for barnets udvikling, og sundhedsplejerskerne registrerer systematisk og ud fra en ensartet praksis deres observationer. Forældre-barn relationen registreres af sundhedsplejersken ved fire hjemmebesøg i barnets første leveår. I denne rapport er der fokus på bemærkninger til forældre-barn relationen ved D-besøget (otte- til timånedersalderen). I Solteq Sund-journalsystemet benævnes forældre-barn relationen som forældre-barn kontakt og samspil, og i NOVAX-journalsystemet benævnes relationen som samvær/kontakt/leg. Begge journalsystemer fokuserer på relationen mellem barnet og forældrene, men på hver sin måde. Solteq Sund-journalsystemet fokuserer på, om forældrene forstår barnets behov, og NOVAX-journalsystemet fokuserer i højere grad på barnets evne til at signalere følelsesmæssige behov samt barnets kontakt og tilknytning til primære omsorgspersoner, såsom forældrene. Der er udarbejdet en fælles journalvejledning til forældre-barn relation på baggrund af temarapporten om forældre-barn relationen i det første leveår fra 2018 (Databasen Børns Sundhed et al., 2018), og disse ændringer er trådt i kraft i dataindsamlingsperioden. Da kommunerne ikke har opdateret ændringer samtidigt, er det kun muligt at anvende data for forældre-barn kontakt og samspil for de kommuner i Solteq Sund-data, der opdaterede samtidigt.

I populationen med data for mors psykiske tilstand er der 4,1 % af børnene, der får en bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen. I populationen med EPDS-data er der tilsvarende 4,2 %, der får bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen. Figur 17 og 18 viser andelen af børn, der får bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen, i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS-score, inden barnet er otte måneder.

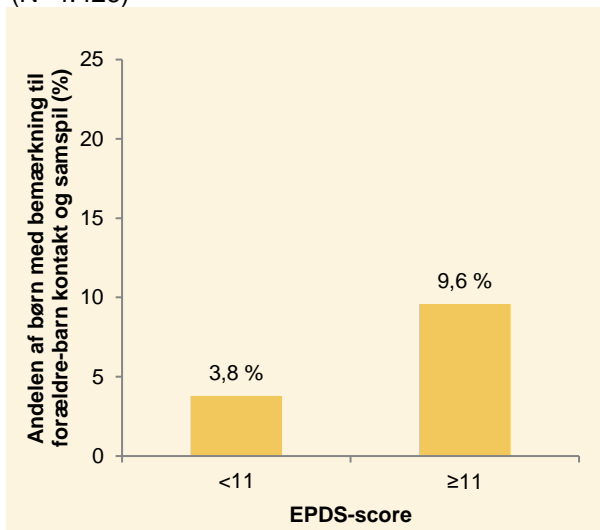
Figur 17 viser, at andelen af børn, der får bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen, er højere blandt mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand (6,9 %), end blandt mødre, der ikke får bemærkning (2,8 %). Figur 18 viser, at andelen af børn, der får bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen, er højere blandt mødre, der har EPDS \geq 11 (9,6 %), end blandt mødre, der har EPDS $<$ 11 (3,8 %). De øgede andele af børn, der får bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen, bibeholdes, hvor der i analyserne tages højde for relevante faktorer og kommuneforskelle (tabel 11).

Figur 17. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, Solteq Sund-data (N=7.364)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil er statistisk signifikant.

Figur 18. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen i forhold til EPDS-score, inden barnet er otte måneder, Solteq Sund-data (N=4.426)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil er statistisk signifikant.

Tabel 11. Andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til udvikling og trivsel ved otte- til timånedersalderen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS-score, inden barnet er otte måneder

Fuld amning ved fire måneder				
		Andelen af mødre, der ikke ammer fuldt i mindst fire måneder (%)	OR (CI 95 %) for ikke at amme fuldt i mindst fire måneder	Justeret OR (CI 95 %) for ikke at amme fuldt i mindst fire måneder
Mors psykiske tilstand	Ingen bemærkning	34,9	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	44,8	1,51 (1,40-1,64)	1,60 (1,46-1,75)
EPDS	<11	38,5	1,00	1,00 ^a
	≥11	51,4	1,69 (1,47-1,94)	1,60 (1,37-1,86)
Bemærkning til barnets motoriske udvikling				
		Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen (%)	OR (CI 95 %) for bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen	Justeret OR (CI 95 %) for bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen
Mors psykiske tilstand	Ingen bemærkning	8,5	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	11,3	1,38 (1,21-1,57)	1,18 (1,03-1,35)
EPDS	<11	7,9	1,00	1,00 ^a
	≥11	9,0	1,14 (0,89-1,47)	1,00 (0,76-1,32)
Bemærkning til kommunikation og sprog				
		Andelen af børn med bemærkning til kommunikation og sprog ved otte- til timånedersalderen (%)	OR (CI 95 %) for bemærkning til kommunikation/sprog ved otte til timånedersalderen	Justeret OR (CI 95 %) for bemærkning til kommunikation/sprog ved otte til timånedersalderen
Mors psykiske tilstand	Ingen bemærkning	2,5	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	4,3	1,77 (1,44-2,18)	1,61 (1,29-2,02)
EPDS	<11	2,5	1,00	1,00 ^a
	≥11	3,9	1,56 (1,07-2,28)	1,32 (0,87-2,01)
Bemærkning til søvn				
		Andelen af børn med bemærkning til søvn ved otte- til timånedersalderen (%)	OR (CI 95 %) for bemærkning til søvn ved otte til timånedersalderen	Justeret OR (CI 95 %) for bemærkning til søvn ved otte til timånedersalderen
Mors psykiske tilstand	Ingen bemærkning	6,0	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	11,3	1,99 (1,74-2,27)	1,58 (1,37-1,82)
EPDS	<11	6,8	1,00	1,00 ^a
	≥11	8,6	1,30 (1,00-1,68)	1,33 (1,01-1,75)
Bemærkning til barnets signaler/reaktioner, Solteq Sund-data				
		Andelen af børn med bemærkning til signaler/reaktioner ved otte- til timånedersalderen (%)	OR (CI 95 %) for bemærkning til signaler/reaktioner ved otte til timånedersalderen	Justeret OR (CI 95 %) for bemærkning til signaler/reaktioner ved otte til timånedersalderen
Mors psykiske tilstand	Ingen bemærkning	10,7	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	16,7	1,68 (1,46-1,93)	1,59 (1,37-1,84)
EPDS	<11	13,5	1,00	1,00 ^a
	≥11	18,7	1,47 (1,09-1,99)	1,37 (1,00-1,88)
Bemærkning til ernæring/spisning, Solteq Sund-data				
		Andelen af børn med bemærkning til ernæring/spisning ved otte- til timånedersalderen (%)	OR (CI 95 %) for bemærkning til ernæring/spisning ved otte- til timånedersalderen	Justeret OR (CI 95 %) for bemærkning til ernæring/spisning ved otte- til timånedersalderen
Mors psykiske tilstand	Ingen bemærkning	15,6	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	22,4	1,56 (1,37-1,77)	1,52 (1,32-1,74)
EPDS	<11	16,7	1,00	1,00 ^a
	≥11	27,3	1,87 (1,42-2,46)	1,73 (1,29-2,33)
Forældre-barn relation, Solteq Sund-data				
		Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen (%)	OR (CI 95 %) for bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen	Justeret OR (CI 95 %) for bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen
Mors psykiske tilstand	Ingen bemærkning	2,8	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	6,9	2,64 (2,09-3,33)	2,60 (2,02-3,33)
EPDS	<11	3,8	1,00	1,00 ^a
	≥11	9,6	2,69 (1,76-4,09)	2,73 (1,73-4,30)

^aJusteret for kommune, mors alder, forældrenes herkomst, forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveaue, gestationsalder, kejsersnit, flerfødsel, fødselsvægt, paritet, apgarscore og medfødte misdannelser.

Opsamling

Afsnittet vedrørende mors psykiske vanskeligheder og barnets udvikling og trivsel i det første leveår viser, at når der justeres for relevante faktorer, er der en forhøjet andel af børn, der ikke ammes fuldt i fire måneder, der får bemærkninger til kommunikation/sprog, søvn, signaler/reaktioner, ernæring/spisning, motorisk udvikling og forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen blandt mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder. De samme fund gør sig stort set gældende blandt mødre, der scorer ≥ 11 på EPDS-skalaen. Når der i analyserne justeres for relevante faktorer, er der en forhøjet andel af børn, der ikke ammes fuldt i fire måneder, der får bemærkninger til søvn, signaler/reaktioner, ernæring/spisning og forældre-barn kontakt og samspil blandt mødre, der scorer ≥ 11 på EPDS-skalaen, inden barnet er otte måneder.

5.5 Barnets udvikling og trivsel ved indskolingsundersøgelsen

Som nævnt i baggrundsafsnittet peger litteraturen på, at moderens psykiske vanskeligheder i barnets første leveår kan påvirke barnets udvikling og trivsel senere i livet. Formålet med dette afsnit er derfor at undersøge, om bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder, er forbundet med problemer med hensyn til barnets udvikling og trivsel ved indskolingsundersøgelsen. Oplysninger om mors EPDS-score vil ikke blive anvendt til at belyse denne problemstilling, da oplysninger om mors EPDS-score først blev inkluderet i Databasen Børns Sundhed i 2014, hvilket er efter, at hovedparten af børnene blev født. I analyserne inddrages oplysninger om de 3.905 indskolingselever fra skoleåret 2019/20, hvor vi i Databasen Børns Sundhed har oplysninger om bemærkninger til mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder. Blandt disse børn har sundhedsplejersken noteret mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder, for 26,4 % af eleverne.

Selv vurderet trivsel

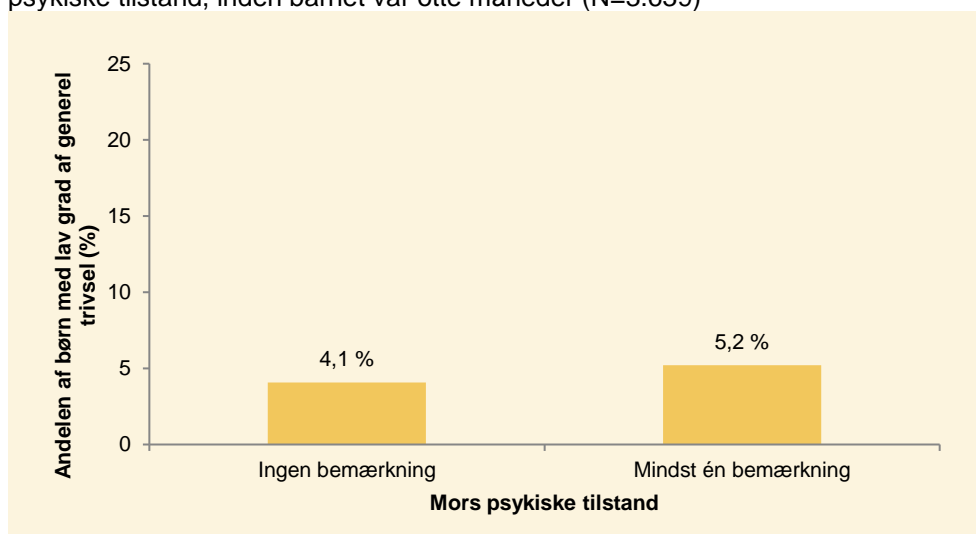
Nedenfor præsenteres to indikatorer, der omhandler selv vurderet trivsel hos barnet – generelt og i skolen. Sundhedsplejersken beder barnet vurdere sin egen trivsel ved at pege på ansigter med forskellige sindsstemninger ("Meget glad", "Glad", "Midt imellem" og "Ikke glad"). Sundhedsplejersken beder ligeledes barnet svare på udsagnene "Sådan har jeg det for det meste", og "Sådan har jeg det for det meste i skolen".

Generel trivsel

Langt de fleste børn har god selv vurderet generel trivsel, idet 63,3 % af børnene angiver at være "Meget glad", 32,4 % angiver at være "Glad", 4,0 % angiver at være "Midt imellem", og 0,4 % angiver at være "Ikke glad". Lav grad af generel trivsel er i denne rapport defineret som børn, der angiver, at de for det meste er "Midt imellem" eller "Ikke glad".

Figur 19 viser andelen af børn, der har lav grad af generel trivsel ved indskolingen, opdelt efter bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder. Der er ikke statistisk signifikante forskelle i andelen af børn, der har lav grad af generel trivsel, afhængigt af bemærkning til mors psykiske tilstand (tabel 12).

Figur 19. Andelen af børn med lav grad af generel trivsel ved indskolingsundersøgelsen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder (N=3.639)



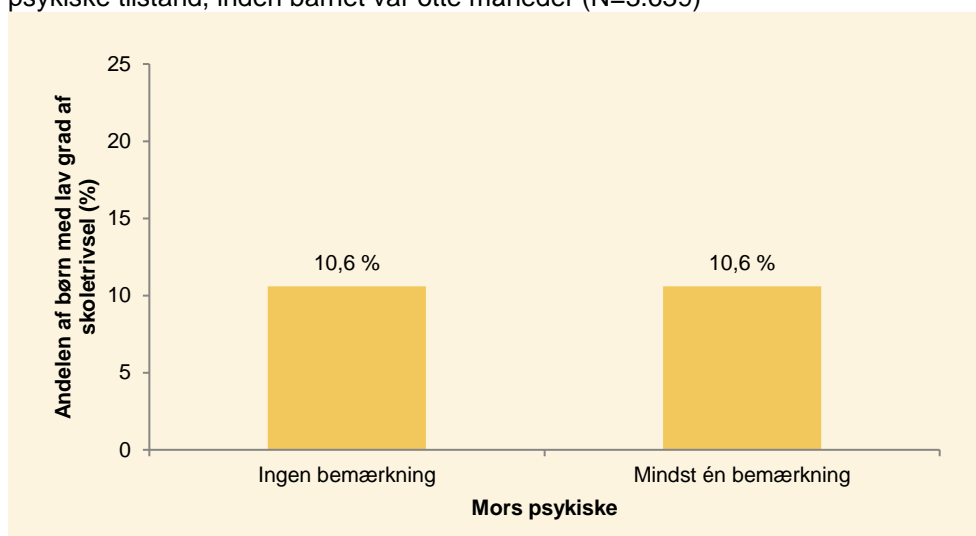
Forskellen i andelen af børn med lav grad af generel trivsel er ikke statistisk signifikant.

Skoletrivsel

Langt de fleste børn har en god skoletrivsel, idet 53,5 % af børnene angiver at være "Meget glad", 35,9 % angiver at være "Glad", 9,4 % angiver at være "Midt imellem", og 1,3 % angiver at være "Ikke glad" i skolen. Lav grad af skoletrivsel er i denne rapport defineret som børn, der angiver, at de for det meste er "Midt imellem" eller "Ikke glad" i skolen.

Af figur 20 fremgår andelen af børn, der har lav grad af skoletrivsel ved indskolingsundersøgelsen, opdelt efter bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder. Figuren viser, at der ikke er forskel i andelen af børn, der har lav grad af skoletrivsel, afhængigt af mors psykiske tilstand (se også tabel 12).

Figur 20. Andelen af børn med lav grad af skoletrivsel ved indskolingsundersøgelsen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder (N=3.639)



Forskellen i andelen af børn med lav grad af skoletrivsel er ikke statistisk signifikant.

Forældrenes vurdering af barnets forhold til jævnaldrende

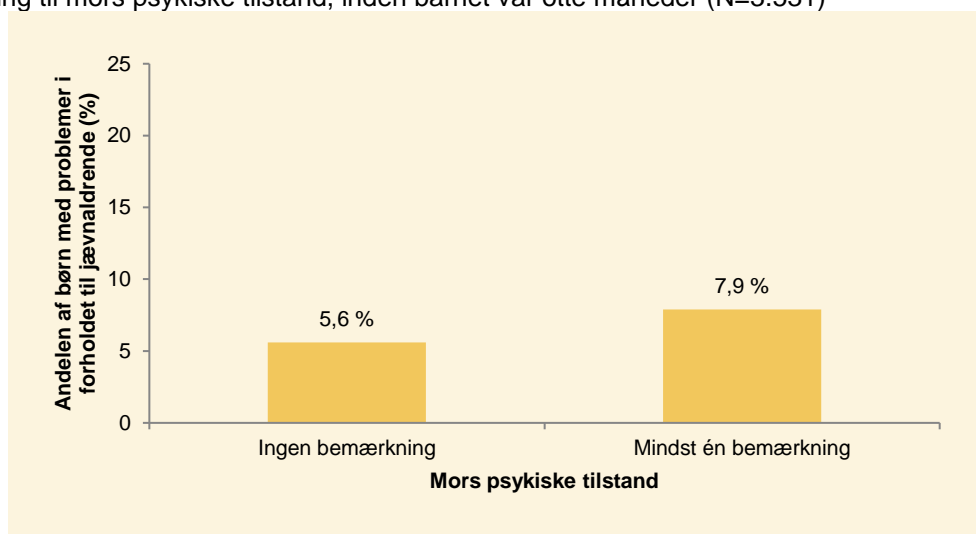
I forbindelse med indskolingsundersøgelsen bliver forældrene bedt om at vurdere barnets forhold til jævnaldrende. Forældrene får sendt et spørgeskema og besvarer dette inden indskolingsundersøgelsen. Herefter vurderer sundhedsplejersken svarene på udsagnene efter dialog med forældrene og barnet. Forældrene bliver bedt om at vurdere barnets forhold til jævnaldrende i de seneste seks måneder ud fra nedenstående udsagn:

- Er lidt af en enspænder
- Har mindst én god ven
- Er generelt vellidt af andre børn
- Bliver mobbet eller drillet af andre børn
- Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn

Forældrene skal vurdere hvert enkelt udsagn ud fra svarmulighederne: "Passer ikke", "Passer delvist" og "Passer godt". Udsagnene stammer fra det internationalt anvendte spørgeskema "The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)" og udgør tilsammen underskalaen "Problemer i forholdet til jævnaldrende" (Obel et al., 2003). Forældrenes svar summeres til en samlet score ved, at hvert svar giver mellem nul og to point, hvor nul point betyder ingen problemer. En samlet score på nul til to point defineres som "Inden for normalområdet", en score på tre point defineres som "Grænseområdet", og en score på fire til ti point defineres som "Uden for normalområdet". I denne rapport fokuseres der på børn i grænseområdet og børn, der ligger uden for normalområdet, og disse omtales "Børn med problemer i forholdet til jævnaldrende".

I hele populationen er der 6,2 % af børnene, der på baggrund af ovenstående definition har problemer i forholdet til jævnaldrende. Figur 21 viser andelen af børn med problemer i forholdet til jævnaldrende ved indskolingsundersøgelsen efter, hvorvidt deres mor havde bemærkning til hendes psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder. Af figuren kan det ses, at der er forskel i andelen af børn med problemer i forholdet til jævnaldrende afhængigt af mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder. Figuren viser, at andelen af børn med problemer i forholdet til jævnaldrende er højere blandt mødre, der havde bemærkning til psykisk tilstand (7,9 %), end blandt mødre, der ikke havde bemærkning (5,6 %). Den øgede andel af børn med problemer i forholdet til jævnaldrende blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand, inden barnet var otte måneder, forsvinder, når der i analyserne tages højde for relevante faktorer (tabel 12).

Figur 21. Andelen af børn med problemer i forholdet til jævnaldrende ved indskolingsundersøgelsen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder (N=3.531)



Forskellen i andelen af børn med problemer i forholdet til jævnaldrende er statistisk signifikant.

Tabel 12. Andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til udvikling og trivsel ved indskolingsundersøgelsen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder

Generel trivsel				
		Andelen af børn med lav grad af generel trivsel ved indskolingsundersøgelsen (%)	OR (CI 95 %) for lav grad af generel trivsel ved indskolingsundersøgelsen	Justeret OR (CI 95 %) for lav grad af generel trivsel ved indskolingsundersøgelsen
Mors psykiske tilstand	Ingen bemærkning	4,1	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	5,2	1,30 (0,92-1,83)	1,34 (0,93-1,92)
Skoletrivsel				
		Andelen af børn med lav grad af skoletrivsel ved indskolingsundersøgelsen (%)	OR (CI 95 %) for lav grad af skoletrivsel ved indskolingsundersøgelsen	Justeret OR (CI 95 %) for lav grad af skoletrivsel ved indskolingsundersøgelsen
Mors psykiske tilstand	Ingen bemærkning	10,6	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	10,6	1,00 (0,79-1,27)	1,00 (0,78-1,29)
Forældrenes vurdering af barnets forhold til jævnaldrende				
		Andelen af børn med problemer i forholdet til jævnaldrende ved indskolingsundersøgelsen (%)	OR (CI 95 %) for problemer i forholdet til jævnaldrende ved indskolingsundersøgelsen	Justeret OR (CI 95 %) for problemer i forholdet til jævnaldrende ved indskolingsundersøgelsen
Mors psykiske tilstand	Ingen bemærkning	5,6	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	7,9	1,44 (1,08-1,93)	1,31 (0,95-1,79)

^aJusteret for mors alder, forældrenes herkomst, forældrenes højst fuldførte uddannelsesnivea, gestationsalder, paritet, apgarscore, kejsersnit, flerfødsel, fødselsvægt og medfødte misdannelser.

Opsamling

Afsnittet vedrørende mors psykiske tilstand og barnets udvikling og trivsel ved indskolingsundersøgelsen viser, at mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder, ikke er associeret med lav grad af generel trivsel eller lav grad af skoletrivsel. Derudover viser analyserne, at andelen af børn med problemer i forholdet til jævnaldrende er højere blandt børn af mødre med mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder. Denne øgede andel forsvinder dog, når der i analyserne justeres for relevante faktorer, fx forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveau, paritet m.m.

5.6 Barnets udvikling og trivsel ved udskolingsundersøgelsen

Som nævnt i baggrundsafsnittet peger litteraturen inden for området på sammenhænge mellem mødres psykiske vanskeligheder i barnets første leveår og mentale helbredsproblemer hos barnet senere i opvæksten. Derfor er formålet med dette afsnit at undersøge, om bemærkning til mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder, er associeret med problemer i den unges udvikling og trivsel ved udskolingsundersøgelsen. Oplysninger om mors EPDS-score vil ikke blive anvendt til at belyse denne problemstilling, da oplysninger om mors EPDS-score først blev inkluderet i Databasen Børns Sundhed i 2014, hvilket er efter, at de unge blev født. I analyserne inddrages oplysninger om de 1.686 udskolings elever fra skoleåret 2019/20, hvor vi i Databasen Børns Sundhed har oplysninger om bemærkning til mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder. Blandt disse unge har sundhedsplejersken noteret mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder, for 26,9 % af eleverne.

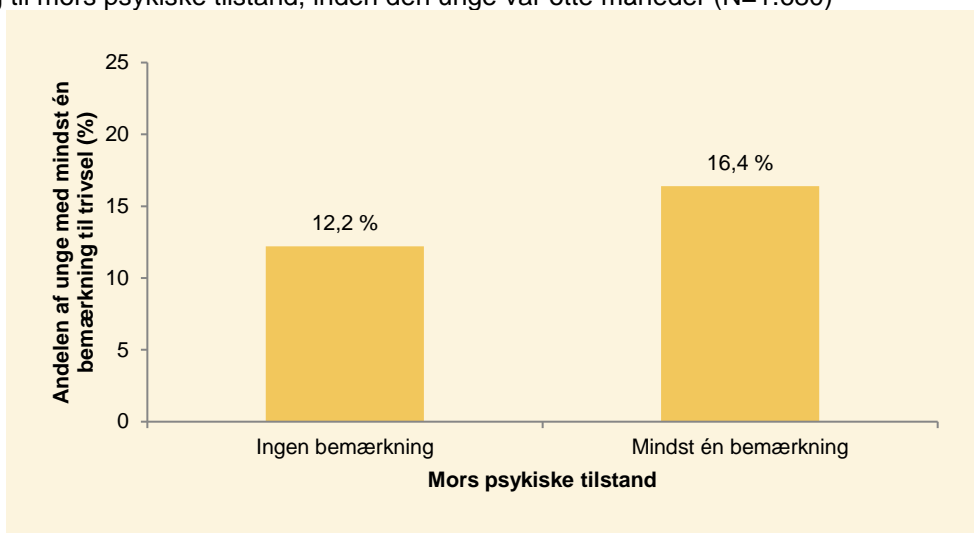
Udskolingsundersøgelsen er en individuel samtale med og undersøgelse af den unge, som tager udgangspunkt i den unges behov og ønsker samt sundhedsplejerskens viden om den unges sundhed fra skolestart til udskolingsundersøgelsen (Sundhedsstyrelsen, 2011). Udskolingsundersøgelsen indeholder blandt andet en sundhedssamtale, undersøgelse af højde, vægt, syn og hørelse. Sundhedssamtalen tager udgangspunkt i den unges ønsker for samtalen og udskolingsjournalen. Udskolingsjournalen udfyldes af sundhedsplejersken og er sundhedsplejerskens vurdering af den unge baseret på sundhedssamtalen (Databasen Børns Sundhed, 2018).

Generel trivsel

På baggrund af sundhedssamtalen registrerer sundhedsplejersken, om der er bemærkning til den unges trivsel, herunder om der er bemærkning til den unges trivsel i hjemmet, i skolen, i forhold til jævnaldrende og/eller andet (Databasen Børns Sundhed, 2018). Bemærkning til den unges generelle trivsel defineres ved, at der er mindst én bemærkning til trivsel i skolen, i hjemmet, i forhold til jævnaldrende eller andet.

Blandt de unge er der 13,3 %, der har mindst én bemærkning til deres generelle trivsel ved udskolingsundersøgelsen. Figur 22 viser andelen af unge med mindst én bemærkning til deres generelle trivsel ved udskolingsundersøgelsen i forhold til, hvorvidt deres mor havde mindst én bemærkning til psykisk tilstand, inden den unge var otte måneder. Figuren viser, at der er forskel i andelen af unge med mindst én bemærkning til generel trivsel afhængigt af mors psykiske tilstand. Af figuren fremgår det, at andelen af unge med mindst én bemærkning til generel trivsel er højere blandt mødre, der havde bemærkning til psykisk tilstand (16,4 %), end blandt mødre, der ikke havde bemærkning (12,2 %). Den øgede andel af unge med mindst én bemærkning til deres generelle trivsel blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand, inden den unge var otte måneder, bibeholdes, når der i analyserne tages højde for relevante faktorer (tabel 13).

Figur 22. Andelen af unge med mindst én bemærkning til trivsel ved udskolingsundersøgelsen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder (N=1.680)

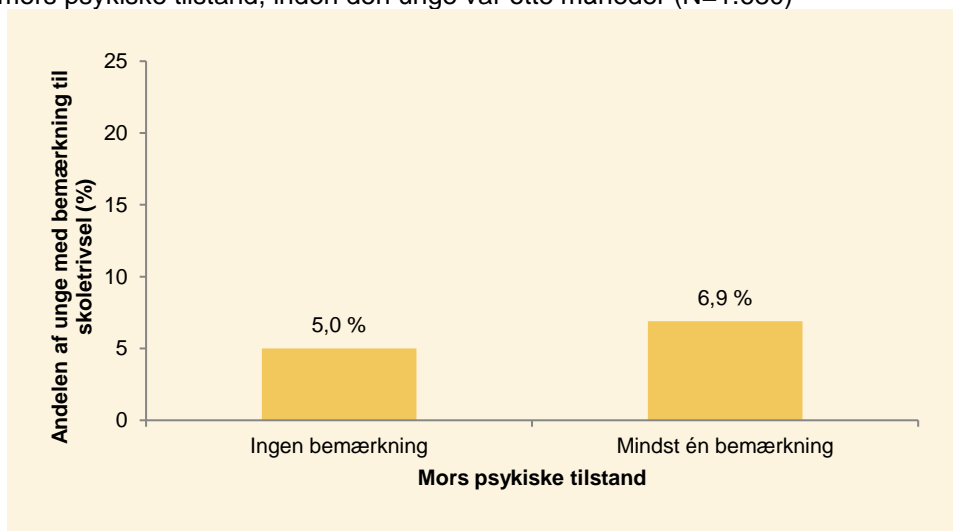


Forskellen i andelen af unge med mindst én bemærkning til generel trivsel er statistisk signifikant.

Skoletrivsel

At den unge får en bemærkning til trivsel i skolen, kan eksempelvis omhandle, at den unge ikke er glad for at gå i skole (Databasen Børns Sundhed, 2018). Langt de fleste unge har en god skoletrivsel, idet kun 5,5 % af de unge får bemærkning til deres skoletrivsel. Af figur 23 fremgår andelen af unge, der får bemærkning til skoletrivsel ved udskolingsundersøgelsen, opdelt efter bemærkninger til mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder. Der er ikke statistisk signifikante forskelle i andelen af unge, der får bemærkning til skoletrivsel, afhængigt af bemærkning til mors psykiske tilstand (tabel 13).

Figur 23. Andelen af unge med bemærkning til skoletrivsel ved udskolingsundersøgelsen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder (N=1.680)

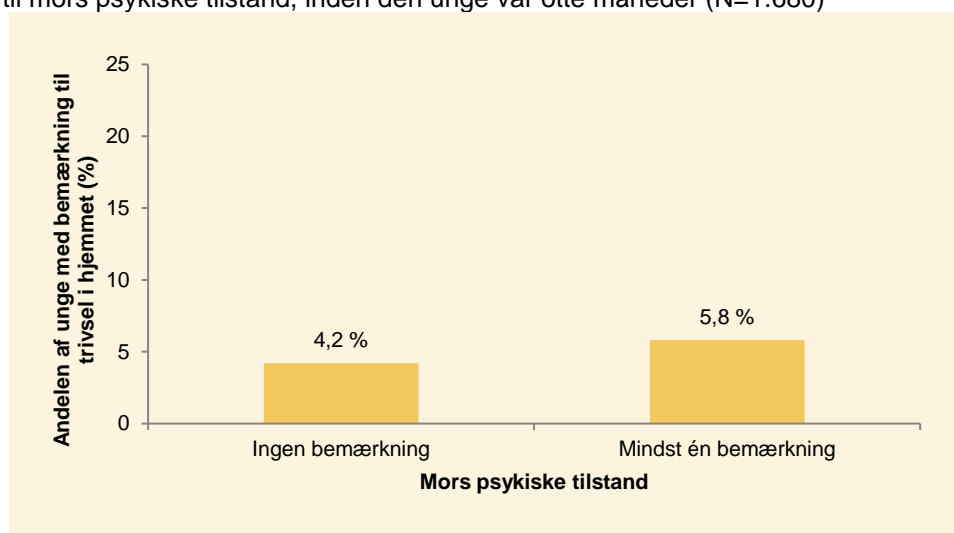


Forskellen i andelen af unge med bemærkning til skoletrivsel er ikke statistisk signifikant.

Trivsel i hjemmet

En bemærkning til trivsel i hjemmet kan omfatte, at den unge ikke har det godt i sin familie, fx hvis dødsfald, alvorlig sygdom eller skilsmisse afspejles ved problematikker hos den unge, eller hvis der er trusler eller vold i hjemmet (Databasen Børns Sundhed, 2018). Hovedparten af de unge har en god trivsel i hjemmet, idet kun 4,6 % af de unge får bemærkning til deres trivsel i hjemmet. Figur 24 viser andelen af unge, der får bemærkning til trivsel i hjemmet ved udskolingsundersøgelsen, opdelt efter bemærkninger til mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder. Af figuren fremgår det, at der ikke er statistisk signifikante forskelle i andelen af unge, der får bemærkning til trivsel i hjemmet, afhængigt af bemærkning til mors psykiske tilstand. Når der justeres for relevante faktorer, fremgår det af tabel 13, at forskellen bliver statistisk signifikant. De justerede analyser viser således, at der er øget andel af unge med bemærkning til trivsel i hjemmet blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand, inden den unge var otte måneder.

Figur 24. Andelen af unge med bemærkning til trivsel i hjemmet ved udskolingsundersøgelsen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder (N=1.680)

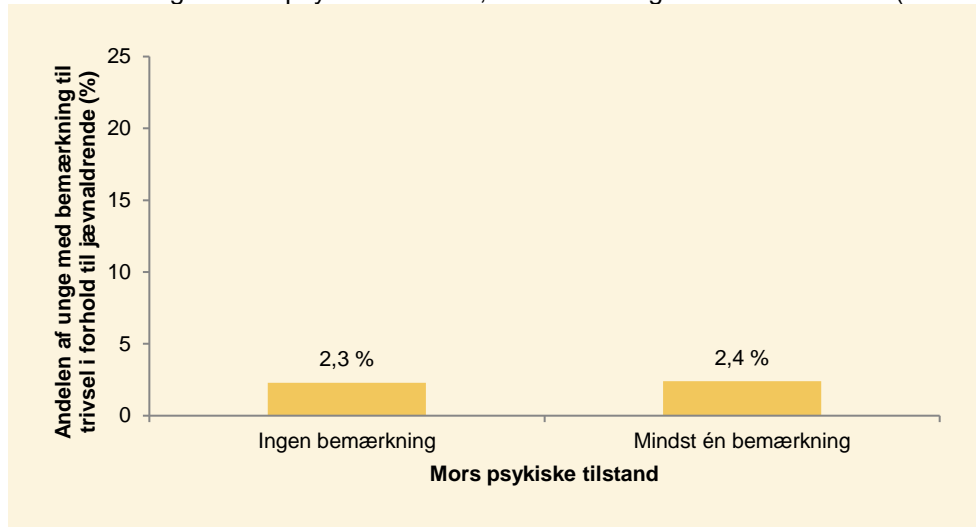


Forskellen i andelen af unge med bemærkning til trivsel i hjemmet er ikke statistisk signifikant.

Trivsel i forhold til jævnaldrende

En bemærkning til trivsel i forhold til jævnaldrende kan være et udtryk for, at den unge ikke har det godt med sine jævnaldrende i skolen og i fritiden, eller at den unge udøver eller er udsat for psykisk eller fysisk vold (Databasen Børns Sundhed, 2018). Langt de fleste unge har et godt forhold til jævnaldrende, idet kun 2,3 % af de unge får bemærkning til trivsel i forhold til jævnaldrende. Figur 25 viser andelen af unge, der får bemærkning til trivsel i forhold til jævnaldrende ved udskolingsundersøgelsen, opdelt efter bemærkning til mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder. Der er ikke statistisk signifikante forskelle i andelen af børn, der får bemærkning til trivsel i forhold til jævnaldrende, afhængigt af bemærkning til mors psykiske tilstand (tabel 13).

Figur 25. Andelen af unge med bemærkning til trivsel i forhold til jævnaldrende ved udskolingsundersøgelsen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder (N=1.680)



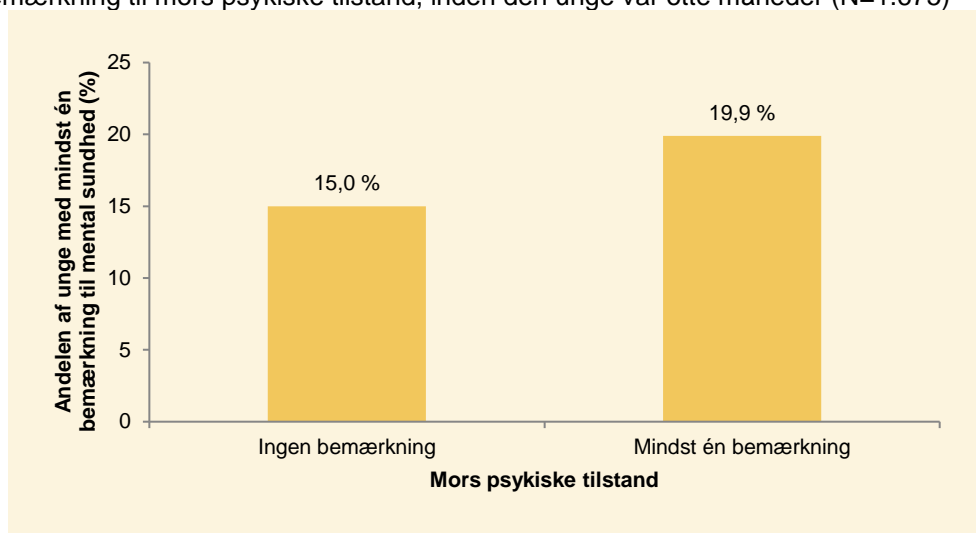
Forskellen i andelen af unge med bemærkning til trivsel i forhold til jævnaldrende er ikke statistisk signifikant.

Mental sundhed

Ved udskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken på baggrund af sundhedssamtalen med den unge, om der er bemærkning til den unges mentale sundhed. Sundhedsplejersken noterer en bemærkning, hvis den unge har psykiske vanskeligheder og/eller lidelser. Det kan handle om adfærdsvanskeligheder, diagnosticeret psykisk sygdom, stress, depressive tanker, psykisk sårbarhed, angst, mobning/krænkende adfærd, ingen at tale med om svære ting/ensomhed, selvskadende adfærd, ikke at kunne overkomme sit liv og/eller andet (Databasen Børns Sundhed, 2018). Bemærkning til den unges mentale sundhed defineres ved, at der er mindst én bemærkning til en af de ovenfor nævnte områder.

Der er 16,4 % af de unge, der får én eller flere bemærkninger til mental sundhed ved udskolingsundersøgelsen. Figur 26 viser andelen af unge, der har mindst én bemærkning til mental sundhed ved udskolingsundersøgelsen, opdelt efter bemærkninger til mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder. Der er forskel i andelen af unge, der får mindst én bemærkning til mental sundhed, afhængigt af bemærkning til mors psykiske tilstand. Figuren viser, at andelen af unge, der får mindst én bemærkning til mental sundhed, er højere blandt mødre, der havde bemærkning til psykisk tilstand (19,9 %), end blandt mødre, der ikke havde bemærkning (15,0 %). Når der i analyserne tages højde for relevante faktorer, bibeholdes den øgede andel af bemærkning til mental sundhed blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand, inden den unge var otte måneder (tabel 13).

Figur 26. Andelen af unge med mindst én bemærkning til mental sundhed ved udskolingsundersøgelsen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder (N=1.675)

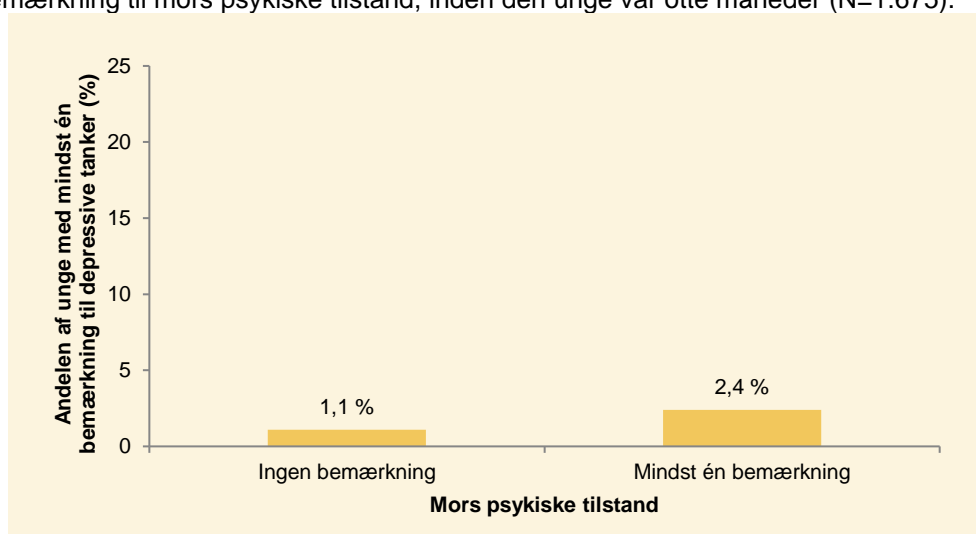


Forskellen i andelen af unge med mindst én bemærkning til mental sundhed er statistisk signifikant.

Depressive tanker

Som nævnt omhandler mental sundhed blandt andet, om den unge har depressive tanker, og her ses det, at langt de fleste unge ikke har depressive tanker, idet kun 1,5 % af de unge får bemærkning til depressive tanker. Af figur 27 fremgår andelen af unge, der får bemærkning til depressive tanker ved udskolingsundersøgelsen, opdelt efter bemærkning til mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder. Figuren viser, at andelen af unge med depressive tanker er højere blandt mødre, der havde bemærkning til psykisk tilstand (2,4 %), end blandt mødre, der ikke havde bemærkning (1,1 %). Den øgede andel af unge med depressive tanker blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand, inden den unge var otte måneder, bibeholdes, når der i analyserne tages højde for relevante faktorer (tabel 13).

Figur 27. Andelen af unge med mindst én bemærkning til depressive tanker ved udskolingsundersøgelsen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder (N=1.675).



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til depressive tanker er statistisk signifikant.

Tabel 13. Andelen og OR (CI 95 %) for bemærkning til udvikling og trivsel ved udskolingsundersøgelsen i forhold til bemærkning til mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder

Trivsel				
		Andelen af unge med mindst én bemærkning til trivsel ved udskolingsundersøgelsen (%)	OR (CI 95 %) for mindst én bemærkning til trivsel ved udskolingsundersøgelsen	Justeret OR (CI 95 %) for mindst én bemærkning til trivsel ved udskolingsundersøgelsen
Mors psykiske tilstand	Ingen bemærkning	12,3	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	16,4	1,41 (1,04-1,91)	1,55 (1,13-2,14)
Skoletrivsel				
		Andelen af unge med bemærkning til skoletrivsel ved udskolingsundersøgelsen (%)	OR (CI 95 %) for bemærkning til skoletrivsel ved udskolingsundersøgelsen	Justeret OR (CI 95 %) for bemærkning til skoletrivsel ved udskolingsundersøgelsen
Mors psykiske Tilstand	Ingen bemærkning	5,0	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	6,9	1,41 (0,91-2,21)	1,43 (0,90-2,28)
Trivsel i hjemmet				
		Andelen af unge med bemærkning til trivsel i hjemmet ved udskolingsundersøgelsen (%)	OR (CI 95 %) for bemærkning til trivsel i hjemmet ved udskolingsundersøgelsen	Justeret OR (CI 95 %) for bemærkning til trivsel i hjemmet ved udskolingsundersøgelsen
Mors psykiske tilstand	Ingen bemærkning	4,2	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	5,8	1,39 (0,85-2,25)	1,70 (1,02-2,83)
Trivsel i forhold til jævnaldrende				
		Andelen af unge med bemærkning til trivsel i forhold til jævnaldrende ved udskolingsundersøgelsen (%)	OR (CI 95 %) for bemærkning til trivsel i forhold til jævnaldrende ved udskolingsundersøgelsen	Justeret OR (CI 95 %) for bemærkning til trivsel i forhold til jævnaldrende udskolingsundersøgelsen
Mors psykiske tilstand	Ingen bemærkning	2,3	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	2,4	1,07 (0,53-2,17)	1,13 (0,54-2,36)
Mental sundhed				
		Andelen af unge med mindst én bemærkning til mental sundhed ved udskolingsundersøgelsen (%)	OR (CI 95 %) for mindst én bemærkning til mental sundhed ved udskolingsundersøgelsen	Justeret OR (CI 95 %) for mindst én bemærkning til mental sundhed ved udskolingsundersøgelsen
Mors psykiske tilstand	Ingen bemærkning	15,0	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	19,9	1,40 (1,08-1,86)	1,46 (1,09-1,97)
Depressive tanker				
		Andelen af unge med mindst én bemærkning til depressive tanker ved udskolingsundersøgelsen (%)	OR (CI 95 %) for bemærkning til depressive tanker ved udskolingsundersøgelsen	Justeret OR (CI 95 %) for bemærkning til depressive tanker ved udskolingsundersøgelsen
Mors psykiske tilstand	Ingen bemærkning	1,1	1,00	1,00 ^a
	Mindst én bemærkning	2,4	2,15 (0,97-4,78)	2,47 (1,02-5,96)

^aJusteret for mors alder, forældrenes herkomst, forældrenes højeste fuldførte uddannelsesniveaue, gestationsalder, paritet, apgarscore, kejsersnit, flerfødsel, fødselsvægt og medfødte misdannelser.

Opsamling

Afsnittet vedrørende betydning af mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder, for udvikling og trivsel ved udskolingsundersøgelsen viser, at der i de kontrollerede analyser er en forhøjet andel af unge med mindst én bemærkning til generel trivsel og bemærkning til trivsel i hjemmet blandt mødre med mindst én bemærkning til psykisk tilstand. Derudover viser analyserne, at der ikke er statistisk signifikante forskelle i andelen af unge med bemærkning til henholdsvis skoletrivsel og trivsel i forhold til jævnaldrende afhængigt af mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder. Modsat viser de kontrollerede analyser af bemærkning til mental sundhed og depressive tanker, at der er en forhøjet andel af unge med mindst én bemærkning til mental sundhed og bemærkning til depressive tanker blandt mødre, der havde bemærkning til psykisk tilstand, inden den unge var otte måneder.

6 Sammenfatning og diskussion

6.1 Sammenfatning

Denne rapport har til formål at opnå viden om forekomsten af psykiske vanskeligheder blandt nyblevne forældre i en dansk kontekst. Derudover har rapporten også til formål at belyse, hvilke socio-økonomiske, graviditets- og fødselsfaktorer der har sammenhæng med psykiske vanskeligheder hos nyblevne forældre, og at undersøge, i hvilket omfang psykiske vanskeligheder hos nyblevne forældre er forbundet med udviklings-/trivsels-/mentale helbredsproblemer i barnets første leveår og i skolealderen. Samlet set kan rapportens fund inddeles i fire hovedfund, heraf tre for spædbørnsdelen og ét for skolebørnsdelen.

Faktorer i barnets første leveår

Første hovedfund er, at 22,2 % af mødrene får mindst én bemærkning til deres psykiske tilstand, og at 7,5 % scorer ≥ 11 på EPDS-skalaen, inden barnet er otte måneder. Derudover finder vi, at bemærkning til mors psykiske tilstand, når barnet er omkring 12 dage (A-besøget), er associeret med mere end tre gange øget risiko for at score ≥ 11 på EPDS-skalaen, inden barnet er otte måneder. Desuden finder vi, at der er væsentlige kommunale forskelle i andelen af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand. På tværs af kommunerne, som har været tilknyttet databasen i perioden 2014-2018, finder vi, at bemærkning til mors psykiske tilstand har været stabil.

Nedenfor nævnes kun de resultater, som er statistisk signifikante i de kontrollerede analyser, hvilket vil sige de analyser, som er rensat for indflydelse af andre faktorer.

Andet hovedfund er, at der er flere sociodemografiske faktorer og graviditets- og fødselsfaktorer, der er relateret til bemærkninger til mors psykiske tilstand, mens der er væsentlig færre, som er relateret til EPDS-score på ≥ 11 .

Sociodemografiske faktorer: For hovedparten af de sociodemografiske faktorer er der forskel på hvilke mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder. Der er en forhøjet andel af bemærkninger til mors psykiske tilstand blandt forældre, der ikke bor sammen, er 40 år eller ældre, eller hvor far er yngre end 20 år. Derudover er der også en forhøjet andel af bemærkninger til mors psykiske tilstand, hvis forældrenes højest fuldførte uddannelse er almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse, erhvervsfaglig uddannelse eller grundskole, samt hvis den ene eller begge forældre er uden for arbejdsmarkedet. Omvendt finder vi en lavere andel af bemærkning til mors psykiske tilstand, hvis begge forældre er indvandrere eller efterkommere. I forhold til EPDS finder vi, at der er en forhøjet andel af mødre, der scorer ≥ 11 , hvis forældrenes højest fuldførte uddannelse er en kort eller mellemlang videregående uddannelse eller en erhvervsfaglig uddannelse, og hvis den ene af forældrene står uden for arbejdsmarkedet. På baggrund af disse fund ser vi således, at EPDS i mindre grad, end bemærkning til mors psykiske tilstand, påvirkes af sociodemografiske faktorer.

Faktorer relateret til graviditet og fødsel: Et væsentlig fund er, at der er flere faktorer relateret til graviditet og fødsel, som er risikofaktorer for at få en bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder. Der er en forhøjet andel af bemærkning til mors psykiske tilstand blandt børn, hvor moderen har haft graviditetskomplikationer, børn, der er født før uge 37, børn, der er født ved kejsersnit, børn, der har apgarscore under 9, børn, der er flerfødte, børn, der er førstefødte, eller børn, der er født med medfødte misdannelser. Tilsvarende finder vi, at der er en forhøjet andel af mødre med EPDS-score ≥ 11 blandt børn, der er født før uge 37, børn, der er født ved kejsersnit, børn, der er flerfødte, og børn, der er født med medfødte misdannelser.

Tredje hovedfund er, at bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS-score ≥ 11 , inden barnet er otte måneder, er sammenhængende med flere indikatorer for barnets trivsel og udvikling i første leveår.

Der er en forhøjet andel af børn, som ikke ammes fuldt i fire måneder, blandt mødre med mindst én bemærkning til psykisk tilstand og EPDS-score ≥ 11 inden barnet er otte måneder. Derudover er der også en forhøjet andel af børn med mindst én bemærkning til søvn, signaler/reaktioner, spisning/ernæring eller forældre-barn kontakt og samspil ved otte- til timånedersalderen blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand og EPDS-score ≥ 11 . Endvidere finder vi en forhøjet andel af børn med mindst én bemærkning til kommunikation/sprog og motorisk udvikling blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand, inden barnet er otte måneder.

Faktorer i skolealderen

Fjerde hovedfund er, at bemærkninger til mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder, ikke er statistisk signifikant associeret til udviklings- og trivselsfaktorer, såsom generel trivsel, skole-trivsel og forældres vurdering af barnets forhold til jævnaldrende ved indskolingsundersøgelsen. Derimod finder vi, at mors psykiske tilstand, inden den unge var otte måneder, er associeret med følgende trivsels- og udviklingsfaktorer ved udskolingsundersøgelsen: bemærkning til generel trivsel, trivsel i hjemmet, mental sundhed og depressive tanker.

Der er en forhøjet andel af unge med mindst én bemærkning til deres generelle trivsel og bemærkning til trivsel i hjemmet ved udskolingsundersøgelsen blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand, inden den unge var otte måneder. Der er også en forhøjet andel af unge med mindst én bemærkning til deres mentale sundhed og bemærkning til depressive tanker blandt mødre, som havde bemærkning til psykisk tilstand, inden den unge var otte måneder.

6.2 Sammenligning med anden forskning og diskussion af fund

Faktorer i barnets første leveår

De første hovedfund viser, at hver femte nybleven mor får mindst én bemærkning til sin psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, mens godt hver tolvte nybleven mor scorer ≥ 11 på EPDS-skalaen, inden barnet er otte måneder. Hos fædre er forekomsten af bemærkning til psykisk tilstand og EPDS-score ≥ 10 halvt så hyppigt forekommende end hos mødre, men forskellen i forekomsten mellem bemærkning til psykisk tilstand og EPDS er tilsvarende mødre. Denne forskel i forekomst kan skyldes, at variablene omhandlende forældrenes psykiske tilstand og EPDS-skalaen rummer forskelligt omfang af psykiske vanskeligheder. Studier har eksempelvis vist, at EPDS-skalaen er multidimensionel og således både opfanger symptomer på depression og angst (Smith-Nielsen et al., 2018, Swalm et al., 2010). Variablen forældrenes psykiske tilstand defineres ved sundhedsplejerskernes vurdering af blandt andet symptomer på tristhed, angst og søvnproblemer hos forældrene. En bemærkning til forældrenes psykiske tilstand kan både rumme de nævnte symptomer, men også at sundhedsplejersken skal være opmærksom på forældrenes psykiske tilstand ved næste besøg (Databasen Børns Sundhed, 2018). Trods forskellene antages mors psykiske tilstand og EPDS-skalaen at overlape hinanden med hensyn til de vanskeligheder, der identificeres hos mødre, inden barnet er otte måneder. Dog synes variabelen mors psykiske tilstand at opfange en bredere vifte af psykiske vanskeligheder, for eksempel milde symptomer og symptomer på andre psykiske vanskeligheder, fx posttraumatisk stresslidelse og spiseforstyrrelser, hvilke ikke bliver opfanget af EPDS. Dette understreger, at resultaterne i denne rapport ikke alene relaterer sig til fødselsdepression men et bredere spektrum af psykiske vanskeligheder, som forekommer i efterfødselsperioden. Når det er sagt, bør det fremhæves, at forekomsten af symptomer på fødselsdepression i nærværende rapport er tilnærmelsesvis lig forekomsten, som er beskrevet i andre studier (depression i graviditeten og ét år efter fødslen blandt mødre: 6,5-12,9 % og blandt fædre: 2,3-8,4 %)

(Gavin et al., 2005, Glasser & Lerner-Geva, 2019). Forekomsten i nærværende rapport er dog lidt højere, end hvad der tidligere er fundet i en dansk kontekst (mødre: EPDS \geq 13=5,5 %) (Nielsen Forman et al., 2000). Dette kan skyldes, at der i nærværende undersøgelse anvendes en lavere EPDS cut-off score, og at EPDS-skemaet udfyldes, når barnet gennemsnitligt er to måneder, mens EPDS-skemaet i studiet af Nielsen Forman et al. (2000) først udfyldes, når barnet er omkring fire måneder. Som en del af det første hovedfund finder vi, at bemærkning til mors psykiske tilstand for nogle mødre først optræder ved C- og/eller D-besøget uden foregående bemærkninger ved tidligere besøg. Dette fund tydeliggør vigtigheden af at have fokus på mor psykiske tilstand ved alle besøg i barnets første leveår. Dette er også et argument for, at det derfor ikke er tilstrækkeligt kun at have fokus på forældres psykiske vanskeligheder i graviditeten eller de første tre måneder efter fødslen.

Sociodemografiske faktorer: I litteraturen defineres en bred vifte af variable som værende risikofaktorer for udvikling af symptomer på fødselsdepression. For mødrenes vedkommende er blandt andre lav sociodemografisk status og lav indkomst risikofaktorer (Robertson et al., 2004), mens blandt fædre synes faktorer som lavere alder, arbejdsløshed og lavere uddannelsesniveau at være risikofaktorer (Glasser & Lerner-Geva, 2019). I nærværende rapport finder vi lignende sammenhænge for bemærkning til mors psykiske tilstand. Vi finder en forhøjet andel af bemærkning til mors psykiske tilstand, hvis far er yngre end 20 år, hvis forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveau er almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse, erhvervsfaglig uddannelse eller grundskole, og hvis begge forældre står uden for arbejdsmarkedet. I forhold til EPDS finder vi, at det kun er kort eller mellemlang videregående uddannelse, erhvervsfaglig uddannelse og arbejdsløshed hos den ene forælder, der er risikofaktorer for at score \geq 11 på EPDS-skalaen. Disse fund indikerer, at EPDS-skalaen i mindre grad end bemærkning til mors psykiske tilstand afhænger af sociodemografiske faktorer. Denne forskel peger på, at variabelen bemærkning til mors psykiske tilstand opfanger en bredere vifte af psykiske vanskeligheder og reaktioner på sociale forhold i familien end symptomer på fødselsdepression. EPDS-skalaen opfanger ikke de mere udadreagerende symptomer, fx opfarethed, vredesudbrud og vanskeligheder med impuls kontrol (Massoudi et al., 2013, Psouni et al., 2017), hvorimod sådanne vanskeligheder muligvis godt kan ligge bag bemærkning til mors eller fars psykiske tilstand. Det er også væsentligt at bemærke, at vi finder divergerende effekt af etnicitet på bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS. Vi finder en lavere andel af mødre med bemærkning til psykisk tilstand, men en højere andel af mødre med EPDS-score \geq 11, hvis begge forældre er indvandrere eller efterkommere. Sidstnævnte sammenhæng skal forstås med det forbehold, da sammenhængen kun er grænsesignifikant. Fundet peger dog på, at mødre i familier, hvor begge forældre er indvandrere eller efterkommere, har øget sandsynlighed for at få symptomer på fødselsdepression. Dette fund understøttes af et review, som på tværs af otte studier samlet set finder, at fødselsdepression forekommer hos op til 42 % af mødre med migrant baggrund (Collins et al., 2011). Derudover finder vi, at familier, hvor begge forældre er indvandrere eller efterkommere, i mindre grad besvarer EPDS-skemaet, hvilket forklares med, at nogle kommuner ikke anvender EPDS-skemaet til familier, der ikke taler/forstår dansk. Dette faktum, at familier, hvor begge forældre er indvandrere eller efterkommere, i mindre grad besvarer EPDS-skemaet, demonstrerer – uanset årsagen – at disse forældre ikke har samme mulighed som forældre, der forstår/taler dansk, for at blive undersøgt for symptomer på fødselsdepression og derved ikke har samme mulighed for at få den nødvendige støtte. Denne forskel i muligheden for at blive undersøgt for symptomer på fødselsdepression kan have betydelige konsekvenser set i lyset af den forøgede andel af mødre med EPDS-score \geq 11 blandt familier, hvor begge forældre er indvandrere eller efterkommere.

Graviditet og fødsel: I rapporten finder vi, at særligt graviditets- og fødselsfaktorer er risikofaktorer for, at mødre får bemærkning til psykisk tilstand og scorer \geq 11 på EPDS-skalaen, inden barnet er otte måneder. Mødre med graviditetskomplikationer har forhøjet andel af bemærkning til psykisk tilstand og mødre, der føder før uge 37 og/eller føder ved kejsersnit, har ligeledes forhøjet andel af bemærkning til psykisk tilstand og EPDS-score \geq 11. Disse fund er i overensstemmelse med den foreliggende videnskabelig litteratur (Robertson et al., 2004). I rapporten finder vi også en forhøjet andel af mødre med bemærkning til psykisk tilstand og EPDS-score \geq 11 blandt mødre til børn, der er flerfødte. Dette er ikke så overraskende, da flerfødte ofte fødes ved kejsersnit og fødes for tidligt

(Schaaf et al., 2011, Delnord et al., 2014). I den eksisterende litteratur findes divergerende resultater i forhold til, hvorvidt flerfødsel er risikofaktorer for fødselsdepression (Ross et al., 2011), heriblandt finder det tidligere nævnte danske studie af Nielsen Forman et al. (2000), at flerfødsel ikke er en risikofaktor for depression i efterfødselsperioden. Denne forskel sammenlignet med fundet i denne rapport kan muligvis skyldes tidspunktet for undersøgelse af fødselsdepression og forskel i EPDS cut-off score. Eksempelvis kan man forestille sig, at tvillingemødre i højere grad har tilvænnet sig moderrollen ved firemånedersalderen, hvor Nielsen Forman et al. (2000) anvender EPDS-skalaen, end ved tomånedersalderen, hvor mødre i nærværende rapport oftest besvarer EPDS-skalaen. I rapporten finder vi desuden en højere andel af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand, hvis barnet får en apgarscore under ni, samt en forhøjet andel af mødre, der får bemærkning til deres psykiske tilstand og/eller EPDS-score ≥ 11 , hvis barnet har medfødte misdannelser. Disse fund understøttes af den foreliggende videnskabelig litteratur, som finder, at fødselskomplikationer og lavere apgarscore er associeret med fødselsdepression hos mødre (Aishwarya et al., 2013, Myers & Johns, 2019).

Amning: I rapporten finder vi en forhøjet andel af mødre, der ikke ammer sit barn fuldt i fire måneder, blandt mødre med bemærkning til psykiske tilstand og EPDS-score ≥ 11 , inden barnet er otte måneder. Det er svært at udtale sig om denne årsagssammenhæng, da der er tale om samtidige målinger af amning, mors psykiske tilstand og EPDS. I den foreliggende videnskabelige litteratur om sammenhængen mellem amning og depression efter fødslen blandt mødre er der divergerende fund (Pope & Mazmanian, 2016). Et studie finder, at mødre, der ammer, har samme niveau af selvrappede symptomer på fødselsdepression som mødre, der ikke ammer (Ahn & Corwin, 2015), og et andet studie finder, at depressive symptomer kort efter fødslen er medvirkende til ammevanskeligheder, mindre tro på egen evne til at amme og højere risiko for at stoppe med at amme (Dennis og McQueen, 2007). Sidstnævnte taler for, at den sammenhæng, som vi finder mellem ammelængde og mors psykiske vanskeligheder, er et udtryk for, at symptomer på fødselsdepression er en risikofaktor for at amme i kortere tid. Dette støtter op om konklusionerne i studiet af (Pope & Mazmanian, 2016).

Forældre-barn relationen: Vi finder, at der er en væsentligt forhøjet andel af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved otte- til timånedersalderen blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand og EPDS-score ≥ 11 , inden barnet er otte måneder. Disse fund understøttes af resultaterne, som er fundet i flere andre studier og reviews (Reck et al., 2004, Væver et al., 2020, Slomian et al., 2019, Væver et al., 2015, Bernard et al., 2018). Ligesom fundene bekræfter resultaterne af en tidligere rapport fra Databasen Børns Sundhed (Svendsen et al., 2012), omend at den forhøjede risiko for at få bemærkning til forældre-barn relationen ikke er hel så høj i nærværende rapport. Dele af denne forskel kan muligvis skyldes, at vi i denne rapport ser på bemærkninger til mors psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, og ikke i hele barnets første leveår, som anvendes i rapporten af Svendsen et al. (2012). I forlængelse heraf argumenterer Svendsen et al. (2012), at sundhedsplejerskernes vurdering af forældre-barn relationen kan påvirkes af, at sundhedsplejerskerne er mere opmærksomme på mødre med symptomer på fødselsdepressioner, og der derved skal mindre til, før der registreres bemærkning til forældre-barn relationen i disse familier. Hvis dette er tilfældet, kan det medføre bias i resultaterne, som vi ikke har mulighed for at kontrollere for, og som man skal være opmærksom på, når man tolker vores resultater. I et nyligt review og metaanalyse undersøges effekten af interventioner med fokus på forældre-barn relationen blandt mødre med depressive symptomer i barnets første leveår (Rayce et al., 2020). På tværs af de otte studier finder de i reviewet ingen signifikant effekt af forældreinterventioner på forældre-barn relationen. Forfatterne argumenterer i forlængelse heraf, at dette fund muligvis kan skyldes, at studierne fortrinsvis inkluderer familier af højere socioøkonomisk status, som antages at være bedre rustede til at komme igennem en fødselsdepression (Rayce et al., 2020). Resultaterne af dette studie understreger vigtigheden af sundhedsplejerskernes arbejde med at identificere forældre med symptomer på psykiske vanskeligheder – særligt blandt forældre med færre socioøkonomiske ressourcer.

Trivsel og udvikling: I rapporten finder vi en forhøjet andel af børn med bemærkning til kommunikation og sprog ved otte- til timånedersalderen blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand, inden barnet er otte måneder. Der findes ikke en forhøjet andel blandt mødre med EPDS ≥ 11 . I den eksisterende videnskabelige litteratur er der ligeledes divergerende fund i forhold til, at nogle studier finder en sammenhæng mellem fødselsdepression og barnets kognitive udvikling, mens andre studier ikke finder en sammenhæng (Kingston et al., 2012). I en dansk undersøgelse finder forfatterne, at børn af depressive mødre scorer lavere på kognition ved firemånedersalderen, mens dette ikke er tilfældet for sprog (Smith-Nielsen et al., 2016a). At vi i rapporten finder sammenhæng mellem bemærkning til mors psykiske tilstand og bemærkning til barnets kommunikation og sprog kan muligvis skyldes, at bemærkning til mors psykiske tilstand opfanger et bredere spektrum af psykiske vanskeligheder. I rapporten finder vi desuden, at der er en forhøjet andel af børn med bemærkning til søvn ved otte- til timånedersalderen blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand og EPDS ≥ 11 , inden barnet er otte måneder. Dette er i overensstemmelse med et nyere review, som også finder, at børn af mødre med depressive symptomer i højere grad vågner om natten og har problematisk søvnmønster (Sloman et al., 2019). På baggrund af den foreliggende litteratur såvel som fundene i denne rapport er det dog vanskeligt at konkludere, hvorvidt symptomer på fødselsdepression hos moderen er en risikofaktor for søvnproblemer hos barnet eller omvendt. Dette er til trods for, at undersøgelse for symptomer på fødselsdepression i nærværende rapport sker før vurdering af barnets søvn, da barnet kan have søvnproblemer allerede kort tid efter fødslen.

I rapporten finder vi endvidere en forhøjet andel af børn med bemærkning til spisning/ernæring og signaler/reaktioner ved otte- til timånedersalderen blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand og EPDS ≥ 11 , inden barnet er otte måneder. Som tidligere beskrevet i rapporten kan en bemærkning til barnets signaler/reaktioner skyldes, at barnets døgnrytme giver anledning til problemer, fx negativ indflydelse på spisning og trivsel. Vi har ikke fundet videnskabelig litteratur, som specifikt undersøger sammenhængene mellem moderens psykiske vanskeligheder, spisning/ernæring og signaler/reaktioner. Både spisning/ernæring og signaler/reaktioner kan dog antages at hænge tæt sammen med henholdsvis amning og søvn, og i forlængelse heraf synes fundene at blive understøttet af den videnskabelige litteratur, som er drøftet i forhold til amning og søvn (se tidligere afsnit i diskussionen). Vores data viser også, at der er en forhøjet andel af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand, inden barnet er otte måneder. Der findes ikke en forhøjet andel blandt mødre med EPDS ≥ 11 . Sidstnævnte peger i samme retning som fundene i den videnskabelige litteratur, da disse tilsvarende ikke finder en sammenhæng mellem fødselsdepression og motorisk udvikling (Piteo et al., 2012, Smith-Nielsen et al., 2016a). At vi finder en sammenhæng mellem bemærkning til mors psykiske tilstand og bemærkning til motorisk udvikling kan muligvis forklares med, at mors psykiske tilstand dækker over en bredere vifte af psykiske vanskeligheder.

Faktorer i skolealderen

Indskolingsundersøgelsen: I et dansk studie finder forfatteren, at sundhedsplejerskers registrering af moderens tilkendegivelse af psykiske problemer i ugerne efter fødslen er prædikterende for diagnosticerede psykiske forstyrrelser ved 5-7 år (Elberling, 2012). Et nyere studie bekræfter lignende sammenhæng; studiet finder, at depressive symptomer hos mødre i graviditeten og i barnets første leveår er associeret med adfærdsproblemer hos tre- og seksårige børn, og stærkest hos børn, hvor mødre har vedvarende depressive symptomer (Kingston et al., 2018). I nærværende rapport finder vi ikke signifikante sammenhænge mellem sundhedsplejerskens bemærkning til mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder, og barnets generelle trivsel, skoletrivsel eller forældrenes vurdering af barnets forhold til jævnaldrende. Dette nulfund understøttes af anden videnskabelig forskning, som peger på, at det i højere grad er gentagen depression blandt forældrene, som har betydning for børnenes udvikling og trivsel (Grace et al., 2003, Brand & Brennan, 2009). På baggrund af disse studier og fundene i nærværende rapport er det relevant, at fremtidige studier også inkluderer oplysninger om forældrenes psykiske vanskeligheder i barnets opvækst, herunder oplysning om forældrenes psykiatriske diagnoser. Derudover er det også relevant at undersøge validiteten af målingerne af børns trivsel ved indskolingsundersøgelsen, da nulfundet potentielt også kan

skyldes manglende validitet i måleredskaberne. At vi ikke finder sammenhæng mellem mors psykiske tilstand og barnets udvikling og trivsel ved indskolingsundersøgelsen, kan også skyldes, at bemærkning til mors psykiske tilstand også rummer milde symptomer på psykiske vanskeligheder. I dette perspektiv ville det været givtigt, hvis vi havde haft oplysninger om mors EPDS-score, for på den måde i højere grad at kunne fokusere på væsentlige symptomer på depression og angst i efterfødselsperioden. Dette vil vi have mulighed for, når der i databasen er indsamlet tilstrækkeligt data på EPDS-målinger.

Udskolingsundersøgelsen I rapporten finder vi forhøjet andel af unge med bemærkning til generel trivsel, trivsel i hjemmet, mental sundhed og depressive tanker ved udskolingsundersøgelsen blandt mødre med bemærkning til psykisk tilstand, inden den unge var otte måneder. Disse fund er i overensstemmelse med konklusionerne af studierne af Sanger et al. (2015), Stein et al. (2014) og Maruyama et al. (2019), som – omend med divergerende effekt – finder, at fødselsdepression blandt forældre kan øge sårbarheden for psykiske vanskeligheder blandt børn i teenagealderen. I studiet af Sanger et al. (2015) finder de tilsvarende studierne af Grace et al. (2003), Brand & Brennan (2009) og Maruyama et al. (2019), at gentagne depressioner hos forældrene er en vigtig prædikator for psykiske vanskeligheder hos barnet. I denne sammenhæng vil det derfor også være relevant at undersøge, hvordan forældrenes psykiske tilstand, herunder psykiatriske diagnoser, i barnets opvækst påvirker barnets udvikling og trivsel i teenagealderen. I forlængelse af ovenstående er det også væsentlig at fremhæve, at nulfundene ved både ind- og udskolingsundersøgelsen kan skyldes mangel på statistisk styrke i resultaterne, da populationerne for både ind- og udskolingsundersøgelsen ikke er så store. At vi ikke finder sammenhæng mellem bemærkning til mors psykiske tilstand og barnets trivsel ved indskolingsundersøgelsen, men derimod finder en sammenhæng ved udskolingsundersøgelsen, kan ikke forklares med en enkel årsag. Forskellen kan muligvis tilskrives, at validiteten af måleredskaberne ved indskolingsundersøgelsen ikke er tilstrækkelig, og at måden, hvorpå man måler unges trivsel ved udskolingsundersøgelsen, i højere grad indfanger de psykiske effekter af, at moderen har haft psykiske vanskeligheder efter fødslen. Derudover har sammenhænge mellem psykiske vanskeligheder hos forældre og deres børns trivsel mange underliggende årsagsmekanismer, hvorfor det er svært at give en entydig forklaring på forskellene i fundene. Dog beskrives gentagen depression hos forældrene og psykosocial påvirkning i opvæksten som vigtige risikofaktorer (Stein et al., 2014, Sanger et al., 2015, Grace et al., 2003).

6.3 Kommuneforskelle

Denne rapport viser, at der er betydelige forskelle i forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand mellem kommunerne (tabel 7). Variationen svinger fra 6,2 % til 33,3 % på tværs af de 33 kommuner, som har indrapporteret data om børn født i 2018. Ser vi nærmere på forskellene, er der ligeledes tydelige forskelle mellem de to journalsystemer, således at variationen i Solteq Sund-journalsystemet strækker sig fra 14,7 % til 33,3 %, og NOVAX-journalsystemet strækker sig fra 6,2 % til 25,0%. Variationen mellem kommunerne er ikke lige så iøjnefaldende, når vi ser på EPDS-score blandt mødre, da variationen her svinger fra 3,3 % til 12,8 %. Dele af kommuneforskellene kan formentlig tilskrives befolkningssammensætningen i de enkelte kommuner, mens dele af forskellene også kan skyldes forskelle i registreringspraksis, herunder journalsystemernes måde, hvorpå registrering af mors psykiske tilstand tilgås og uddybes. Derudover konstateres der næsten altid interpersonelle variationer i kliniske databaser, til trods for at der udarbejdes udførlige vejledninger og kriterier for registrering. En svaghed ved datamaterialet er således, at validiteten og reliabiliteten af sundhedsplejerskernes bemærkninger er ukendt, ligesom det også er ukendt, om alle databasekommuner har implementeret en konsistent praksis for, hvordan EPDS anvendes. Databasen Børns Sundhed igangsatte i foråret 2020 en kortlægning af, hvordan og med hvilken baggrund sundhedsplejerskerne i databasekommunerne vurderer og registrerer forældrenes psykiske tilstand, samt hvordan EPDS anvendes ved hjemmebesøgene i barnets første leveår (Henriksen et al. 2020, intern rapport). Kortlægningen viser, at i hovedparten af kommunerne bliver både mor og far spurgt speci-

fikt ind til deres psykiske tilstand, og den vurderes samtidig ud fra samtalen med forældrene (Henriksen et al. 2020, intern rapport). I forhold til vejledningen til journalsystemerne er der forskellige vurderinger blandt ledende og praktiserende sundhedsplejersker om, hvorvidt vejledningen er tilstrækkeligt dækkende. I kommunerne er der ligeledes forskellige muligheder for tiltag, hvis nyblevne forældre får bemærkning til deres psykiske tilstand (Henriksen et al. 2020, intern rapport). Disse forskelle kommunerne imellem kan muligvis have indflydelse på resultaterne i nærværende rapport og må derved betegnes som en svaghed ved datamaterialet. Det er derfor vigtigt, at kommunerne til stadighed har fokus på ens registreringspraksis.

Variationen mellem kommunerne kan muligvis også tilskrives, at der er forskellige traditioner for, hvornår der noteres en bemærkning til mors psykiske tilstand. Eksempelvis kan høje forekomster i nogle kommuner tænkes at være påvirket af, hvor meget fokus der er på psykiske vanskeligheder i den enkelte kommune. Dette kan forklares med, at vi fra tidligere rapporter og drøftelser med de ledende sundhedsplejersker ved, at jo mere fokus en kommune har på et område, jo højere forekomst af bemærkninger til det givne område er der det efterfølgende år.

Ud fra et videnskabeligt perspektiv er det vigtigt, at sundhedsplejerskerne i de deltagende kommuner baserer deres vurderinger ud fra samme standardiserede kriterier. Med baggrund i dette er det derfor vigtigt at fortsætte arbejdet med at tilpasse journalerne og præcisere vejledninger, således det så vidt muligt bliver fuldt sammenlignelige informationer, der registreres i kommunerne.

Rapportens hovedformål er at belyse, hvilke sociodemografiske faktorer og fødsels- og graviditetsfaktorer der øger risikoen for psykiske vanskeligheder blandt mødre, samt hvordan moderens psykiske vanskeligheder påvirker forskellige faktorer i barnets første leveår. Derudover er formålet også at undersøge, hvordan moderens psykiske vanskeligheder, inden barnet var otte måneder, påvirker barnets udvikling og trivsel i skolealderen. De identificerede variationer mellem kommunerne har formentlig ikke væsentlig betydning for fundene i nærværende rapport, men for at imødegå en eventuel betydning af kommuneforskelle har vi i analyserne af sammenhænge kontrolleret for kommune.

6.4 Styrker og svagheder ved data og metode

En styrke ved rapportens resultater er, at rapporten omfatter et stort og repræsentativt datamateriale. For den del af rapporten, der omhandler spædbørn født i 2018, indgår der børn fra 33 kommuner fra alle fem regioner i Danmark, og denne del af rapporten omfatter 37,2 % af de børn, der blev født i Danmark i 2018. Da næsten alle børn tilses af en sundhedsplejerske i første leveår, er der næsten ingen udfordringer med bortfald og dertil relaterede bias. Det er dog ikke alle børn i databasen, hvis forældre vælger eller får tilbudt at besvare EPDS-skemaet. I de indledende analyser af datamaterialet ser vi, at i gruppen af forældre, hvor vi ikke har oplysninger om deres psykiske tilstand eller EPDS, er der en større andel af mødre, hvor hun og/eller partneren er uden for arbejdsmarkedet, er indvandrere eller efterkommere og har lavere uddannelse. Dette kan bevirke, at forekomsten af bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS-score ≥ 11 er underestimeret, da både bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS-score ≥ 11 er associeret med uddannelse og erhvervstilknytning. Modsat kan det også tale for en mulig overestimering, da forekomsten af bemærkning til mors psykiske tilstand er lavere blandt mødre, når hun og partneren er indvandrere eller efterkommere. Med hensyn til EPDS kan det også forestilles, at den valgte periode for måling af EPDS, som i denne rapport er afgrænset til, inden barnet er otte måneder, påvirker den estimerede andel af mødre med EPDS-score ≥ 11 . Havde vi valgt en kortere periode for måling af EPDS, fx når barnet er 2-4 måneder, kan det forestilles, at andelen af mødre med EPDS-score ≥ 11 ville være højere. Dette er begrundet med, at andelen af mødre med fødselsdepression synes at være højest omkring tredje måned efter fødslen (Gavin et al., 2005). Som beskrevet i afsnittet "Variabelbeskrivelse" er der identificeret en fejl i udtrækket fra Solteq Sund, som gør, at vi ikke har oplysninger om EPDS for en stor andel af mødre, som har født mere end ét barn. Dette gør, at antallet af flergangsmødre med EPDS-

score er lavere i populationen, som anvendes i rapporten, end i baggrundspopulationen. Dette understøttes af, at vi i populationen med data på mors psykiske tilstand har omtrent 10 % færre førstegangsfødende end i populationen med data på mors EPDS-score. For at imødegå denne skævvridning har vi valgt at vægte prævalensen af disse mødre svarende til, at vi havde EPDS-score fra den samme andel af flergangsmødre som førstegangsmødre. Dette gøres ud fra antagelsen om, at de flergangsmødres EPDS-score, hvor vi ikke har oplysninger om EPDS-score, svarer til de flergangsmødre, hvor vi har oplysninger om EPDS-score. Denne vægtning af prævalens anvendes kun i tabel 7, figur 1 og figur 4. I rapportens resterende analyser, hvor vi undersøger associationer, anser vi ikke vægtning nødvendig, eftersom vi ikke har grund til at tro, at de data, vi har på flergangsførelde, ikke er repræsentative.

For den del af rapporten, der omhandler børn og unge ved henholdsvis ind- og udskolingsundersøgelsen, indgår der 17 kommuner, og denne del af rapporten omfatter 83,5 % af børnene i de deltagende kommuner, som har oplysninger fra indskolingsundersøgelsen, og 57,4 % af de unge i de deltagende kommuner, der har oplysninger fra udskolingsundersøgelsen. Dette er en lavere andel end i det foregående år (Pedersen et al., 2020) og kan skyldes, at skoleåret 2019/2020 har været præget af nedlukning på grund af COVID-19 pandemien, hvilket har medført udskydelse af ind- og udskolingsundersøgelser i nogle kommuner. Det er ikke alle børn, som indgår i ind- og udskolingsundersøgelsen, hvor vi også har oplysninger om mors psykiske tilstand, inden barnet var otte måneder. Indledende analyser viser, at på tværs af ind- og udskolingsundersøgelsen er der en større andel af højtuddannede forældre, hvor vi ikke har oplysninger om mors psykiske tilstand, hvorfor disse ikke indgår i analyserne i rapporten. Vi antager dog, at dette ikke har væsentlig betydning for fundene i denne rapport.

Koblingen af journaldata med registre er med til at styrke kvaliteten af data. Koblingen med de sociodemografiske registre betyder, at vi har næsten fuldstændige oplysninger om forældrenes herkomst, uddannelse og arbejdsmarkedstilknnytning. Registerkoblingen betyder også, at det har været muligt at kontrollere analyserne for stort set alle vigtige faktorer, hvilket bidrager til validiteten af rapportens fund. Det skal pointeres, at denne kobling sker af en dataadministrator, som er særligt autoriseret til dette. Det datasæt, som benyttes til analyserne, rummer ikke oplysninger om navne eller CPR-numre, hverken om børnene, forældrene eller sundhedsplejerskerne.

En tredje styrke ved datamaterialet er, at data er indsamlet systematisk: Det er sundhedsplejersken og ikke forældrene, der ud fra en standardiseret vejledning og journal vurderer forældrenes psykiske tilstand og barnets trivsel og udvikling. Sundhedsplejerskerne er specialuddannede på børneområdet, og den enkelte sundhedsplejerske ser rigtig mange spædbørn i deres daglige arbejde. Derudover er undersøgelse af symptomer på fødselsdepression målt ved brug af et valideret måleredskab (EPDS). Alt dette er sammen med vejledningen til sundhedsplejerskerne, om hvordan data skal vurderes og registreres, med til at kvalificere vurderingen af, hvorvidt det enkelte barns trivsel og udvikling er alderssvarende, hvilket også gør sig gældende for sundhedsplejerskens vurdering af forældrenes psykiske tilstand. Sundhedsplejerskens vurdering er systematisk og bygger på stor erfaring og må derfor vurderes at være relativt valid sammenlignet med for eksempel selvrapportering fra forældre.

6.5 Implikationer

Implikationer for praksis

I rapporten finder vi en række risikofaktorer for bemærkning til mors psykiske tilstand og EPDS-score ≥ 11 , inden barnet er otte måneder. Det er vigtigt ikke at overfortolke disse risikofaktorer. Selvom risikoen for at få bemærkning til mors psykiske tilstand eller EPDS-score ≥ 11 er større, hvis barnet er født ved kejsersnit, får hovedparten af mødre, som føder ved kejsersnit, ikke en bemærkning til psykisk tilstand eller EPDS-score ≥ 11 . Med baggrund i resultaterne er det derimod vigtigt at have fokus på den tidlige opsporing af psykiske vanskeligheder hos forældre, for på denne måde tidligt at

kunne forebygge symptomer på fødselsdepression for så tidligt som muligt at kunne forebygge de effekter, en egentlig fødselsdepression kan have på barnets udvikling og trivsel tidligt som senere i livet.

På baggrund af denne rapport og kortlægningen af bemærkning til psykisk tilstand og anvendelse af EPDS i databasekommunerne (Henriksen et al., 2020, intern rapport) foreslås det at gennemgå formuleringer i journalerne og vejledningerne med henblik på behov for justering og præcisering. Begge journalsystemer indeholder definition af forældrenes psykiske tilstand og EPDS, men der ses tydelige forskelle i forekomsten af særligt bemærkning til mors psykiske tilstand mellem kommunerne. Det er derfor relevant at undersøge, hvad der ligger til grund for denne forskel for på sigt at sikre, at det ikke er forskelle i journalsystemerne, der er årsag til forskellen. Derudover er det fortsat også vigtigt at have fokus på at sikre høj svarprocent på EPDS, det vil sige, at alle forældre helt konsistent inviteres til at udfylde EPDS-skemaet. Dette gælder selvsagt for mødre, men vi opfordrer til at være særligt opmærksom på fædre og familier med anden etnisk herkomst, da det vil øge sandsynligheden for at identificere forældre med tegn på fødselsdepression. I forhold til fædre kan det anbefales at opfordre fædre til at være til stede ved de planlagte sundhedsplejerskebesøg, og som minimum det besøg, hvor EPDS-skemaet administreres, og at sundhedsplejerskens hjemmebesøg tilrettelægges, så fædre har mulighed for at deltage. Med hensyn til familier med anden etnisk herkomst er det vigtigt med mere viden om, hvordan disse emner drøftes i disse familier samt forsøge at imødegå, at det ikke er sprogbarrierer, der ligger til hinder for, at tegn på psykiske vanskeligheder opspores. Derudover vil det også være interessant at undersøge, hvad der kan ligge bag, at vi finder divergerende effekt af etnicitet på bemærkning til mors psykiske vanskeligheder og EPDS-score ≥ 11 . Databasen Børns Sundhed har indgået et samarbejde med forskere fra Københavns Universitet, som vil anvende data fra databasen for at undersøge psykisk tilstand og EPDS blandt indvandrere og immigranter yderligere.

Mange af de identificerede risikofaktorer omhandler forhold, som sundhedsplejersken kan inddrage i sit arbejde; sundhedsplejersken kan øge fokus på forældres psykiske vanskeligheder blandt familier, hvor risikoen for psykiske vanskeligheder er størst, eksempelvis i familier med forældre med lavere uddannelse og familier, der har oplevet graviditets- og fødselskomplikationer. Det er vigtigt, at kommunerne støtter op omkring et sådant fokus ved at sikre, at der er tilbud til familierne. Behovsbesøg kan være en god løsning for mange familier, men der er også brug for, at sundhedsplejersken har et henvisningstilbud til de familier, hvor der er behov for yderligere hjælp.

Derudover er det vigtigt, at de rette indsatser tilbydes til familier, hvor forældrene udviser symptomer på psykiske vanskeligheder, herunder tegn på fødselsdepression. Ekstra besøg, støtte og rådgivning er vigtige værktøjer, ligesom også henvisning til læge, psykolog eller psykiater kan være nødvendige tiltag. Uddannelse og en systematisk udveksling af viden og erfaringer mellem sundhedsplejersker, psykologer og psykiatere kan bidrage til, at hver eneste sundhedsplejerske får et øget repertoire af handlemuligheder og større viden om, hvordan effektfulde indsatser bør tilrettelægges. Indsatser, der inkluderer besøg af en sundhedsprofessionel, for eksempel sundhedsplejersken eller jordemoder, som er uddannet i personcentreret tilgang eller kognitiv adfærdsterapi, peger på at kunne reducere depression blandt forældre i efterfødselsperioden (Morrell et al., 2016).

Forskningsmæssige implikationer

Ud over disse implikationer for praksis har undersøgelsen også en række videnskabelige implikationer. Blandt andet er det vigtigt at undersøge validiteten og reliabiliteten af sundhedsplejerskernes bemærkning til mors psykiske tilstand. Herudover kunne det også være vigtigt at undersøge, hvornår og hvorfor sundhedsplejersken sætter en bemærkning til forældrenes psykiske tilstand. I forbindelse med at flere studier finder, at særligt drengebørns udvikling og trivsel påvirkes af forældres psykiske tilstand (Azak, 2012, Hay et al., 2001, Weinberg et al., 2006), er det også relevant at undersøge, om dette og andre forhold gør sig gældende i en dansk kontekst. Derudover vil det være interessant at lave en tilsvarende undersøgelse, som også inkluderer oplysninger om forældrenes psykiske vanskeligheder, herunder psykiatriske diagnoser, gennem barnets opvækst. Dette vil give mulighed for

at undersøge, hvordan klinisk diagnosticerede psykiske lidelser og gentagne psykiske lidelser kan påvirke barnets udvikling og trivsel i det første leveår og i skolealderen, og om tilbagevendende depression og psykiske vanskeligheder eksempelvis kan forklare den sammenhæng, vi har fundet mellem bemærkning til mors psykiske tilstand inden for de første otte måneder af den unges liv og den unges trivsel ved udskolingsundersøgelsen. Derudover vil det også være relevant, hvis fremtidige studier undersøger validiteten og reliabiliteten af sundhedsplejerskernes registrering af barnets trivsel ved ind- og udskolingsundersøgelsen. Slutteligt er det vigtigt, at fremtidige studier har fokus på fædres psykiske vanskeligheder før og efter fødslen, da dette område fortsat ikke er så velbelyst som mødres psykiske vanskeligheder i relation til graviditet og fødsel.

6.6 Konklusion

Samlet set peger rapportens fund på, at psykiske vanskeligheder ofte forekommer blandt nyblevne mødre, og at socioøkonomiske, graviditets- og fødselsfaktorer har indflydelse på, hvem der oplever psykiske vanskeligheder. Fundene i rapporten viser også, at psykiske vanskeligheder blandt mødre i de første otte måneder efter fødslen påvirker faktorer relateret til udvikling og trivsel i barnets første leveår og ved udskolingsalderen. Fundene i rapporten peger således på en særlig sårbar gruppe af børn, der er født af mødre med psykiske vanskeligheder efter fødslen. Disse børn har en øget sandsynlighed for ikke at trives og udvikle sig optimalt i første leveår og i udskolingsalderen. Rapporten viser, at det er muligt at identificere sårbare børn i den danske sundhedspleje og tydeliggør vigtigheden af sundhedsplejerskernes arbejde med tidlig opsporing af og fokus på mødres psykiske vanskeligheder i barnets første leveår. Rapporten viser desuden, at fædre og familier med anden etnisk herkomst i langt mindre grad undersøges for symptomer på fødselsdepression ved hjælp af EPDS-skemaet. Derfor peger rapporten også på et behov for øget fokus her for at sikre, at disse også får den nødvendige hjælp og støtte. Fremadrettet er det ligeledes vigtigt at sikre validiteten af sundhedsplejerskernes data og at udvikle ensrettede registreringer til vurdering af særligt mors psykiske tilstand i barnets første leveår.

7 Inspiration til praksis

Rapporten kan på mange måder give inspiration til sundhedsplejens praksis.

- Rapportens fund indikerer vigtigheden af, at sundhedsplejen til stadighed har fokus på psykiske vanskeligheder blandt nyblevne forældre. Vigtigheden af fokus på forældrenes psykiske vanskeligheder i efterfødselsperioden understøttes af den videnskabelig litteratur, som ligeledes finder, at psykiske vanskeligheder er hyppigt forekommende, og at vanskelighederne kan have konsekvenser for både barnets udvikling og trivsel. Derudover er sundhedsplejersken ofte den sundhedsprofessionelle, som har den tætteste kontakt til nyblevne forældre, hvorfor sundhedsplejersken har en essentiel rolle i identificering af de forældre, som har behov for yderligere hjælp og støtte.
- I rapporten identificerer vi en række risikofaktorer for bemærkning til mors psykiske tilstand og score ≥ 11 på EPDS-skalaen. Disse risikofaktorer kan supplere sundhedsplejerskens viden om, hvilke familier der bør være ekstra opmærksomhed på, blandt andet familier, hvor barnet er født for tidligt, født ved kejsersnit eller har medfødte misdannelser.
- I rapporten finder vi, at en stor andel af fædre og familier med anden etnisk herkomst ikke besvarer EPDS-skemaet. Dette har betydning for deres mulighed for at blive undersøgt for symptomer på fødselsdepression. Sundhedsplejerskerne er allerede opmærksomme på disse grupper samt at øge svarprocenten af EPDS, men fundene kan alligevel give anledning til overvejelser om, hvorvidt fokus på disse grupper og EPDS skal styrkes yderligere.
- Rapporten fremhæver vigtigheden af, at både bemærkning til forældrenes psykiske tilstand og EPDS-skemaet bør anvendes i sundhedsplejerskernes arbejde med at opspore psykiske vanskeligheder blandt nyblevne forældre. Dette begrundes med, at bemærkning til forældrenes psykiske tilstand dækker over bredere spektrum af psykiske vanskeligheder end EPDS-skemaet, samt at bemærkning til psykisk tilstand for nogle mødre først optræder ved de sidste sundhedsplejerskebesøg i barnets første leveår uden foregående bemærkninger ved tidligere besøg.
- Rapporten tydeliggør vigtigheden af en systematisk vurdering og intervention i forhold til mødrenes psykiske vanskeligheder. En systematisk udveksling af viden og erfaringer med specialpsykologer, læger og psykiatikere kan endvidere bidrage til, at sundhedsplejerskerne får et øget repertoire af handlemuligheder og en større sikkerhed i at skræddersy indsatser til de familier, der har brug for hjælp.
- Registrering af mors psykiske tilstand tilgås og uddybes forskelligt i de to journalsystemer, og der observeres også forskelle kommunerne imellem i forhold til andelen af mødre med bemærkning til deres psykiske tilstand. Det er vigtigt, at vurderingen sker ud fra de samme standardiserede kriterier, hvorfor der til stadighed bør være opmærksomhed på at tilpasse journalerne og præcisere vejledningerne. Dette vil bidrage til, at det så vidt muligt bliver fuldt sammenlignelige informationer, der registreres i kommunerne.

Sundhedsplejen opfordres til at drøfte og vurdere behovet for yderligere indsatser og tilbud i egen kommune, og for om samarbejdet med andre relevante tværfaglige grupper skal udvikles yderligere.

8 Referencer

- Ahn, S. & Corwin, E. J. 2015. The association between breastfeeding, the stress response, inflammation, and postpartum depression during the postpartum period: Prospective cohort study. *Int J Nurs Stud*, 52, 1582-90.
- Aishwarya, S., Rajendiren, S., Kattimani, S., Dhiman, P., Hariitha, S. & Ananthanarayanan, P. H. 2013. Homocysteine and serotonin: association with postpartum depression. *Asian J Psychiatr*, 6, 473-7.
- American Psychiatric Association 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Aoyagi, S. S. & Tsuchiya, K. J. 2019. Does maternal postpartum depression affect children's developmental outcomes? *J Obstet Gynaecol Res*, 45, 1809-1820.
- Arifin, S. R. M., Cheyne, H. & Maxwell, M. 2018. Review of the prevalence of postnatal depression across cultures. *AIMS Public Health*, 5, 260-295.
- Azak, S. 2012. Maternal depression and sex differences shape the infants' trajectories of cognitive development. *Infant Behavior and Development*, 35, 803-814.
- Beck, C. 1998. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs*, 12-20.
- Beck, C. T. 2001. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*, 50, 275-85.
- Bernard, K., Nissim, G., Vaccaro, S., Harris, J. L. & Lindhiem, O. 2018. Association between maternal depression and maternal sensitivity from birth to 12 months: a meta-analysis. *Attach Hum Dev*, 20, 578-599.
- Brand, S. R. & Brennan, P. A. 2009. Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? *Clin Obstet Gynecol*, 52, 441-55.
- Cameron, E. E., Sedov, I. D. & Tomfohr-Madsen, L. M. 2016. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord*, 206, 189-203.
- Collins, C. H., Zimmerman, C. & Howard, L. M. 2011. Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. *Arch Womens Ment Health*, 14, 3-11.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150, 782-6.
- Danmarks Statistikbank 2020a. FODIE: Levendefødte efter kommune, moders herkomst, moders oprindelsesland, moders statsborgerskab, moders alder og barnets køn. Link: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1920>.
- Danmarks Statistikbank 2020b. SPECIAL1: Elever, grundskolen (offentlige skoler og specialområdet) efter klassetrin, skoletype, specialundervisning, herkomst og køn. Link: <https://www.statistikbanken.dk/10130>.
- Databasen Børns Sundhed 2018. Vejledning til den kvalitetssikrede sundhedsplejerskejournal. Link: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger.
- Databasen Børns Sundhed, Pedersen, T. P., Pant, S. W., Holstein, B. E., Ammitzbøll, J. & Due, P. 2018. Sundhedsplejerskers bemærkninger til forældre-barn relationen i barnets første leveår. Børn født i 2016. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- De Paula Eduardo, J. a. F., De Rezende, M. G., Menezes, P. R. & Del-Ben, C. M. 2019. Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 259, 392-403.
- Delnord, M., Blondel, B., Drewniak, N., Klungsøyr, K., Bolumar, F., Hindori-Mohangoo, A., Gissler, M., Szamotulska, K., Lack, N., Nijhuis, J., Velebil, P., Sakkeus, L., Chalmers, J. & Zeitlin, J. 2014. Varying gestational age patterns in cesarean delivery: An international comparison. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 321.
- Edmondson, O. J., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E. & Ramchandani, P. G. 2010. Depression in fathers in the postnatal period: assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *J Affect Disord*, 125, 365-8.
- Elberling, H. 2012. Prevalence and predictors of mental health problems and disorders in a general population of 5-7-year-old children. Copenhagen: University of Copenhagen.
- Falah-Hassani, K., Shiri, R. & Dennis, C. L. 2017. The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: a meta-analysis. *Psychol Med*, 47, 2041-2053.
- Finster, M. & Wood, M. 2005. The Apgar score has survived the test of time. *Anesthesiology*, 102, 855-7.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. & Swinson, T. 2005. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, 106, 1071-83.
- Gentile, S. & Fusco, M. L. 2017. Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Res*, 252, 325-332.
- Glasser, S. & Lerner-Geva, L. 2019. Focus on fathers: paternal depression in the perinatal period. *Perspect Public Health*, 139, 195-198.
- Golding, J., Emmett, P., Iles-Caven, Y., Steer, C. & Lingam, R. 2014. A review of environmental contributions to childhood motor skills. *J Child Neurol*, 29, 1531-47.

- Grace, S. L., Evidandar, A. & Stewart, D. E. 2003. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health*, 6, 263-74.
- Guedeney, A., Guedeney, N., Wendland, J. & Burtchen, N. 2014. Treatment - mother-infant relationship psychotherapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28, 135-45.
- Gullestrup, L. & Terp, I. 2008. *Fødselsdepression*, København, PsykiatriFondens Forlag.
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T. & Anaya, I. 2018. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Frontiers in psychiatry*, 8, 248-248.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A. & Kumar, R. 2001. Intellectual Problems Shown by 11 - year - old Children Whose Mothers Had Postnatal Depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 871-889.
- Henriksen, I., Pant, S. & Pedersen, T. 2020. Kortlægning af sundhedsplejerskernes vurdering og registrering af mors og fars psykiske tilstand samt efterfødselsreaktioner i barnets første leveår, Intern Rapport, Databasen Børns Sundhed.
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A. & Milgrom, J. 2014. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384, 1775-88.
- Hutchens, B. F. & Kearney, J. 2020. Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *J Midwifery Womens Health*, 65, 96-108.
- Kerstis, B., Nohler, E., Ohrvik, J. & Widarsson, M. 2016. Association between depressive symptoms and parental stress among mothers and fathers in early parenthood: A Swedish cohort study. *Ups J Med Sci*, 121, 60-4.
- Kingston, D., Kehler, H., Austin, M. P., Mughal, M. K., Wajid, A., Vermeyden, L., Benzies, K., Brown, S., Stuart, S. & Giallo, R. 2018. Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. *PLoS One*, 13, e0195365.
- Kingston, D., Tough, S. & Whitfield, H. 2012. Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 43, 683-714.
- Koutra, K., Chatzi, L., Bagkeris, M., Vassilaki, M., Bitsios, P. & Kogevinas, M. 2013. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 1335-45.
- Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A. & Thombs, B. D. 2020. 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*.
- Liu, Y., Kaaya, S., Chai, J., McCoy, D. C., Surkan, P. J., Black, M. M., Sutter-Dallay, A. L., Verdoux, H. & Smith-Fawzi, M. C. 2017. Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. *Psychol Med*, 47, 680-689.
- Madsen, S. A. 2017. Tidlig opsporing af fødselsdepression hos vordende mødre og fædre. Available: <https://www.rigshospitalet.dk/presse-og-nyt/nyheder/nyheder/Documents/JMC%20-%20dokumenter%20til%20nyheder/Screening%20for%20f%C3%B8dselsdepression%20under%20graviditet%20RESULTATER.pdf>.
- Madsen, S. A. & Juhl, T. 2007. Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *The Journal of Men's Health and Gender*, 4, 26-31.
- Maruyama, J. M., Pastor-Valero, M., Santos, I. S., Munhoz, T. N., Barros, F. C. & Matijasevich, A. 2019. Impact of maternal depression trajectories on offspring socioemotional competences at age 11: 2004 Pelotas Birth Cohort. *J Affect Disord*, 253, 8-17.
- Massoudi, P., Hwang, C. P. & Wickberg, B. 2013. How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population based Swedish sample. *J Affect Disord*, 149, 67-74.
- Massoudi, P., Hwang, C. P. & Wickberg, B. 2016. Fathers' depressive symptoms in the postnatal period: Prevalence and correlates in a population-based Swedish study. *Scand J Public Health*, 44, 688-694.
- Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S. & Milgrom, J. 2018. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers*, 4, 18022.
- Morrell, C. J., Sutcliffe, P., Booth, A., Stevens, J., Scope, A., Stevenson, M., Harvey, R., Bessey, A., Cantrell, A., Dennis, C. L., Ren, S., Ragonesi, M., Barkham, M., Churchill, D., Henshaw, C., Newstead, J., Slade, P., Spiby, H. & Stewart-Brown, S. 2016. A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. *Health Technol Assess*, 20, 1-414.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O. & Mortensen, P. B. 2006. New parents and mental disorders: a population-based register study. *Jama*, 296, 2582-9.
- Myers, S. & Johns, S. E. 2019. Male infants and birth complications are associated with increased incidence of postnatal depression. *Soc Sci Med*, 220, 56-64.
- Nielsen Forman, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby Salvig, J. & Secher, N. J. 2000. Postpartum depression: identification of women at risk. *Bjog*, 107, 1210-7.
- Novax 2017. Obligatoriske registreringer i Novax journalen med henblik på deltagelse i Databasen Børns Sundhed. Link: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledning.

- O'hara, M. W. 2009. Postpartum depression: what we know. *J Clin Psychol*, 65, 1258-69.
- O'hara, M. W. & Swain, A. M. 1996. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Obel, C., Dalsgaard, S., Stax, H. P. & Bilenberg, N. 2003. [Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Dan). A new instrument for psychopathologic screening of children aged 4-16 years]. *Ugeskr Laeger*, 165, 462-5.
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C. & Osiezagha, K. 2012. Postpartum depression: a review. *J Health Care Poor Underserved*, 23, 534-42.
- Pedersen, T., Pant, S. & Ammitzbøll, J. 2020. Motorisk udvikling ved indskolingsalderen. Temarapport for skoleåret 2018/19. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Piteo, A. M., Yelland, L. N. & Makrides, M. 2012. Does maternal depression predict developmental outcome in 18 month old infants? *Early Hum Dev*, 88, 651-5.
- Pope, C. J. & Mazmanian, D. 2016. Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research. *Depression research and treatment*, 2016, 4765310-4765310.
- Psouni, E., Agebjörn, J. & Linder, H. 2017. Symptoms of depression in Swedish fathers in the postnatal period and development of a screening tool. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58, 485-496.
- Rayce, S. B., Rasmussen, I. S., Væver, M. S. & Pontoppidan, M. 2020. Effects of parenting interventions for mothers with depressive symptoms and an infant: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 6, e9.
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Moehler, E., Downing, G., Tronick, E. Z. & Mundt, C. 2004. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology*, 37, 272-80.
- Reck, C., Stehle, E., Reinig, K. & Mundt, C. 2009. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord*, 113, 77-87.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D. E. 2004. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*, 26, 289-95.
- Ross, L. E., McQueen, K., Vigod, S. & Dennis, C. L. 2011. Risk for postpartum depression associated with assisted reproductive technologies and multiple births: a systematic review. *Hum Reprod Update*, 17, 96-106.
- Rowe, H. J., Fisher, J. R. & Loh, W. M. 2008. The Edinburgh Postnatal Depression Scale detects but does not distinguish anxiety disorders from depression in mothers of infants. *Arch Womens Ment Health*, 11, 103-8.
- Rutz, W., Von Knorring, L., Pihlgren, H., Rihmer, Z. & Wålinder, J. 1995. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet*, 25, 524.
- Sanger, C., Iles, J. E., Andrew, C. S. & Ramchandani, P. G. 2015. Associations between postnatal maternal depression and psychological outcomes in adolescent offspring: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*, 18, 147-162.
- Schaaf, J. M., Mol, B. W., Abu-Hanna, A. & Ravelli, A. C. 2011. Trends in preterm birth: singleton and multiple pregnancies in the Netherlands, 2000-2007. *BJOG*, 118, 1196-204.
- Śliwerski, A., Kossakowska, K., Jarecka, K., Świtalska, J. & Bielawska-Batorowicz, E. 2020. The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17.
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y. & Bruyere, O. 2019. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*, 15, 1745506519844044.
- Smith-Nielsen, J. 2015. *Postpartum Depression: A Risk factor for Infant Development and Infant-Mother Attachment?*, University of Copenhagen,.
- Smith-Nielsen, J., Matthey, S., Lange, T. & Væver, M. S. 2018. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry*, 18, 393.
- Smith-Nielsen, J., Tharner, A., Krogh, M. T. & Vaever, M. S. 2016a. Effects of maternal postpartum depression in a well-resourced sample: Early concurrent and long-term effects on infant cognitive, language, and motor development. *Scand J Psychol*, 57, 571-583.
- Smith-Nielsen, J., Tharner, A., Steele, H., Cordes, K., Mehlhase, H. & Vaever, M. S. 2016b. Postpartum depression and infant-mother attachment security at one year: The impact of co-morbid maternal personality disorders. *Infant Behav Dev*, 44, 148-58.
- Stein, A., Pearson, R. M., G., S. H., R., E., , Rahman, A., Mccallum, M., Howard, L. M. & Pariante, C. M. 2014. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 384, 1800-1819.
- Sundhedsstyrelsen 2011. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2018. Amning – en håndbog for sundhedspersonale. 4. udgave, 1. oplag. ed. København: Sundhedsstyrelsen.
- Svendsen, M., Brixval, C. & Holstein, B. 2012. Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand – Temarapport fra Databasen Børns Sundhed om børn født i 2010. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed.
- Swalm, D., Brooks, J., Doherty, D., Nathan, E. & Jacques, A. 2010. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for perinatal anxiety. *Arch Womens Ment Health*, 13, 515-22.
- Videbech, P., Kjølbye, M., Sørensen, T. & Vestergaard, P. 2018. *Psykiatri. En lærebog om voknes psykiske sygdomme*, København, FADL's forlag.

- Væver, M. S., Krogh, M. T., Smith-Nielsen, J., Christensen, T. T. & Tharner, A. 2015. Infants of Depressed Mothers Show Reduced Gaze Activity During Mother-Infant Interaction at 4 Months. *Infancy*, 20, 445-454.
- Væver, M. S., Pedersen, I. E., Smith-Nielsen, J. & Tharner, A. 2020. Maternal postpartum depression is a risk factor for infant emotional variability at 4 months. *Infant Ment Health J*, 41, 477-494.
- Weinberg, M. K., Olson, K. L., Beeghly, M. & Tronick, E. Z. 2006. Making up is hard to do, especially for mothers with high levels of depressive symptoms and their infant sons. *J Child Psychol Psychiatry*, 47, 670-83.
- Wisner, K. L., Chambers, C. & Sit, D. K. 2006. Postpartum depression: a major public health problem. *Jama*, 296, 2616-8.
- World Health Organization 2008. Maternal mental health and Child Health and Development.
- World Health Organization 2018. *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. .
- Xu, F., Sullivan, E., Binns, C. & Homer, C. S. E. 2016. Mental disorders in new parents before and after birth: a population-based cohort study. *BJPsych open*, 2, 233-243.
- Zierau, F., Bille, A., Rutz, W. & Bech, P. 2002. The Gotland Male Depression Scale: a validity study in patients with alcohol use disorder. *Nord J Psychiatry*, 56, 265-71.

Bilag 1: Variabeloversigt

Variabel	Data stammer fra	Kategorier
Kommune	Kommune, der har indsendt data	Kommune
SPÆDBØRNSDATA		
Sociodemografiske faktorer		
Barnets køn	Udregnet via cpr. nr. (Befolkningsregistre (BEF))	Dreng Pige
Familietype	Hentet via familieregisteret	Bor med begge forældre Bor ikke med begge forældre
Mors alder ved fødslen	Udregnet via cpr. nr. (Befolkningsregistre (BEF))	<20 år 20-29 år 30-39 år 40 år eller ældre
Fars alder ved fødslen	Udregnet via cpr. nr. (Befolkningsregistre (BEF))	<20 år 20-29 år 30-39 år 40 år eller ældre
Forældrenes herkomst	Hentet via indvandringsregisteret (IEPE)	Begge forældre dansk herkomst En forælder dansk herkomst og én forælder indvandrer eller efterkommer Begge forældre indvandrere eller efterkommere
Mors herkomst	Hentet via indvandringsregisteret (IEPE)	Dansk herkomst Indvandrer Efterkommer
Fars herkomst	Hentet via indvandringsregisteret (IEPE)	Dansk herkomst Indvandrer Efterkommer
Forældrenes højeste fuldførte uddannelsesniveau	Hentet via uddannelsesregisteret (UDDA)	Lang videregående uddannelse Kort eller mellemlang videregående uddannelse Almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse Erhvervsfaglig uddannelse Grundskole
Mors højeste fuldførte uddannelsesniveau	Hentet via uddannelsesregisteret (UDDA)	Lang videregående uddannelse Kort eller mellemlang videregående uddannelse Almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse Erhvervsfaglig uddannelse Grundskole
Fars højeste fuldførte uddannelsesniveau	Hentet via uddannelsesregisteret (UDDA)	Lang videregående uddannelse Kort eller mellemlang videregående uddannelse Almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse Erhvervsfaglig uddannelse Grundskole
Forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet	Hentet via arbejdsklassifikationsmodulet (AKM)	Begge forældre i erhverv En forælder i erhverv, én ikke i erhverv Begge forældre ikke i erhverv
Mors tilknytning til arbejdsmarkedet	Hentet via arbejdsklassifikationsmodulet (AKM)	I erhverv Ikke i erhverv
Fars tilknytning til arbejdsmarkedet	Hentet via arbejdsklassifikationsmodulet (AKM)	I erhverv Ikke i erhverv
Faktorer relateret til fødslen		
Graviditetskomplikationer	Hentet via det medicinske fødselsregister	Ja Nej
Gestationsalder	Hentet via det medicinske fødselsregister	Født uge 37 eller senere Født før uge 37
Fødselsvægt	Hentet via det medicinske fødselsregister	<2.500 gram 2.500-3.999 gram >3.999 gram
Flerfødt	Hentet via det medicinske fødselsregister	Enkeltfødt Flerfødt
Kejsersnit	Hentet via det medicinske fødselsregister	Ja Nej
Mors paritet	Hentet via det medicinske fødselsregister	Førstegangsfødende Flergangsfødende
Apgarscore fem min. efter fødslen	Hentet via det medicinske fødselsregister	<9 ≥9

Medfødte misdannelser	Hentet via det medicinske fødselsregister	Ja Nej
Amning		
Fuld amning	Er registreret i begge journaler	<4 måneder ≥4 måneder
Faktorer relateret til barnets trivsel og udvikling		
Vægt ud fra WHO's definition af vægtstatus	Er registreret i begge journaler	Undervægtige Normalvægtige I risiko for overvægt Overvægtige/svært overvægtige
Bemærkning til søvn	Er registreret i begge journaler ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til sprog og kommunikation	Er registreret i begge journaler ved B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Solteq Sund-data		
Bemærkning til uro/gråd	Er registreret i Solteq Sund-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til barnets signaler og reaktioner	Er registreret i Solteq Sund-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til barnets ernæring og spisning	Er registreret i Solteq Sund-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Forældre-barn relationen		
Bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i Solteq Sund	Er registreret i Solteq Sund-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til samvær og kontakt i NOVAX	Er registreret i NOVAX-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Faktorer relateret til tegn på psykiske vanskeligheder		
Edinburgh skalaen mor	Er registreret i begge journaler	<11 point ≥11 point
Edinburgh skalaen far	Er registreret i begge journaler	<10 point ≥10 point
Bemærkning til mors psykiske tilstand i første leveår	Er registreret i begge journaler	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til fars psykiske tilstand i første leveår	Er registreret i TM-journalen	Bemærkning Ingen bemærkning
Indskolingsdata		
Generel trivsel	Er registreret i begge journaler	Meget glad/glad Midt imellem/ikke glad.
Skoletrivsel	Er registreret i begge journaler	Meget glad/ glad Midt imellem/ikke glad.
Forhold til jævnaldrende	Er registreret i begge journaler	Ingen vanskeligheder i forhold til jævnaldrende I grænseområdet eller vanskeligheder i forhold til jævnaldrende.
Udskolingsdata		
Trivsel	Er registreret i begge journaler	Ingen bemærkninger (<i>hvis der ikke er bemærkning til hverken trivsel i hjemmet, skolen og/eller i forhold til jævnaldrende</i>) Bemærkninger (<i>hvis der er bemærkning til den unges trivsel i skolen, i hjemmet og/eller i forhold til jævnaldrende</i>)
Skoletrivsel	Er registreret i begge journaler	Bemærkning (<i>hvis der er bemærkning til den unges trivsel i skolen</i>)
Trivsel i hjemmet	Er registreret i begge journaler	Bemærkning (<i>hvis der er bemærkning til den unges trivsel i hjemmet</i>)
Trivsel i forhold til jævnaldrende	Er registreret i begge journaler	Bemærkning (<i>hvis der er bemærkning til den unges trivsel i forhold til jævnaldrende</i>)
Mental sundhed	Er registreret i begge journaler	Ingen bemærkning (<i>hvis den unge ikke har adfærdsvanskeligheder, diagnosticeret psykisk sygdom, stress, depressive tanker, psykisk sårbarhed, angst, mobning/krænkende adfærd, nogen at tale med om svære ting/ensomhed, selvskadende adfærd, ikke at kunne overkomme sit liv og/eller andet</i>) Bemærkninger (<i>hvis den unge har adfærdsvanskeligheder, diagnosticeret psykisk sygdom, stress, depressive tanker, psykisk sårbarhed, angst, mobning/krænkende adfærd, nogen at tale med om svære ting/ensomhed, selvskadende adfærd, ikke at kunne overkomme sit liv og/eller andet</i>)
Depressive tanker	Er registreret i begge journaler	Bemærkning (<i>hvis den unge har depressive tanker</i>)

Bilag 2: Edinburgh Postnatal Depression Scale

De følgende 10 spørgsmål skal belyse, hvordan du har haft det i løbet af de sidste 7 dage – altså ikke blot i dag. Sæt kryds ud for det svar, du synes passer bedst på spørgsmålet

A Jeg har 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

B Jeg har med glæde set frem til forskellige ting

- (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

C Jeg har unødvendigt bebrejdet mig selv, hvis noget er gået galt

- (3) Ja, det meste af tiden
(2) Ja, af og til
(1) Nej, sjældent
(0) Nej, aldrig

D Jeg har været nervøs og bekymret uden god grund

- (0) Nej, overhovedet ikke
(1) Meget sjældent
(2) Ja, nogle gange
(3) Ja, meget ofte

E Jeg har været angst og panikslagen uden god grund

- (3) Ja, en hel del
(2) Ja, nogle gange
(1) Nej, ikke meget
(0) Nej, overhovedet ikke

F Jeg har haft svært ved at overskue min situation

- (3) Ja, det meste af tiden
(2) Ja, nogle gange
(1) Nej, det meste af tiden har jeg kunnet overskue min situation
(0) Nej, jeg har kunnet overskue min situation lige så godt, som jeg plejer

G Jeg har været så ulykkelig, at jeg har haft svært ved at sove

- (3) Ja, det meste af tiden
(2) Ja, nogle gange
(1) Nej, sjældent
(0) Nej, aldrig

H Jeg har været ked af det og ulykkelig

- (3) Ja, det meste af tiden
(2) Ja, ret tit
(1) Nej, sjældent
(0) Nej, aldrig

I Jeg har været så ulykkelig, at jeg har grædt

- (3) Ja, det meste af tiden
(2) Ja, ret tit
(1) Nej, kun ved enkelte lejligheder
(0) Nej, aldrig

J Tanken om at gøre skade på mig selv har strejfet mig

- (3) Ja, ganske ofte
(2) Nogle gange
(1) Meget sjældent
(0) Aldrig
-

(Databasen Børns Sundhed, 2018)