

Finn Breinholt Larsen
Karen Ghoula

Birgit Wexel
Poul Videbech



Tidlig indsats mod fødselsdepression

- erfaringer fra et projekt i Århus Kommune



Århus Kommune
Mødrehjælpen
Region Midtjylland

Finn Breinholt Larsen
Karen Ghoula

Birgit Wexel
Poul Videbech

Tidlig indsats mod fødselsdepression

- erfaringer fra et projekt i Århus Kommune

Titel: Tidlig indsats mod fødselsdepression
– erfaringer fra et projekt i Århus Kommune

Copyright: © 2009 Center for Folkesund
Alle rettigheder forbeholdes
ISBN, trykt version: 978-87-92400-05-5
ISBN, elektronisk version: 978-87-92400-06-2

Forfattere: Finn Breinholt Larsen
Karen Ghoula
Birgit Wexel
Poul Videbech

Udgivere: Århus Kommune
Mødrehjælpen
Region Midtjylland

Bestilling: Rapporten kan erhverves ved henvendelse
til Center for Folkesundhed eller downloades
fra centrets hjemmeside:
www.centerforfolkesundhed.dk

Center for Folkesundhed
Region Midtjylland
Olof Palmes Allé 15
8200 Århus N
Telefon: 8728 4700
Telefax: 8728 4702
E-mail: folkesundhed@rm.dk

Forside: Weitemeier Design & Communication

**Grafisk tilrette-
læggelse &
korrektur:** Gerd Nielsen

Oplag: 1.500

Sats & tryk: Grafisk Service, Region Midtjylland
2910-09-175

Indhold

Forord af Poul Videbech	3
<i>Referencer</i>	4
1. Baggrund	5
Hvad forstår man ved fødselsdepression?	5
Konsekvenser af fødselsdepression for mor, barn og partner	5
Hvem har risiko for at få fødselsdepression?	6
Forebyggelse af fødselsdepression	7
Opsporing af fødselsdepression	8
Screeningsredskaber	9
Diagnostisering af fødselsdepression	11
Behandling af fødselsdepression	12
Erfaring med ikke-medikamentel behandling af fødselsdepression	14
SAMMENFATNING	15
<i>Referencer</i>	16
2. Projektet	19
Baggrunden for Projekt Fødselsdepression	19
Projektets formål	20
Målgruppe	20
Metode	21
Projektets screeningsdel	21
Projektets indsatsdel	22
Valg af gruppe som primært behandlingstilbud	22
Behandlingsmetode	23
Undersøgelse af effekten af gruppeforløbene	24
Opkvalificering af fagpersonerne	25
SAMMENFATNING	25
<i>Referencer</i>	26
3. Målgruppens sammensætning	27
Målgruppen	27
Data om målgruppen	30
SAMMENFATNING	32
<i>Referencer</i>	33
4. Projektets klientflow	38
Klientflow	38
Antal fødsler	38
Antal screenede	40
Antal der blev testet positive	40

Antal henviste til visitationssamtale	40
Antal der kom til visitationssamtale	41
Antal der deltog i Mødrehjælpens tilbud	42
Modelberegning	42
Massescreening eller selektiv screening?	43
Klientflowet i Centrum og i Vest	45
Tre modeller for Århus Kommune	46
SAMMENFATNING	47
5. Screening	50
Erfaringer med brug af EPDS-skemaet	50
Tidspunktet for screeningen	50
Betydningen af to screeninger	51
Betydningen af den valgte cut-off-værdi på EPDS	51
Havde screeningen social slagside?	54
SAMMENFATNING	55
6. Visitation	57
Visitationssamtalen	57
Den visiterende psykologs erfaringer og vurderinger	57
SAMMENFATNING	59
7. Gruppeforløb	60
Deltagelse i gruppeforløbene	60
Gruppenledernes erfaringer og vurderinger	60
Deltagernes vurdering af gruppeforløbet	64
Ændringer i psykisk trivsel før/efter gruppeforløbet	67
SAMMENFATNING	68
8. Individuelle og parsamtaler	71
Deltagelse i individuelle og parsamtaler	71
Psykologens erfaringer og vurderinger	71
SAMMENFATNING	72
9. Vigtige erfaringer	73
Erfaringer fra projektet	73
Screeningsdelen	73
Behandlingsdelen	74
Organisation	76
Fremtidige indsatser	76
BILAG 1: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	77
BILAG 2: Symptom Check List – 92 (SCL-92)	78

Forord

af Poul Videbech

Det er uhyre almindeligt, at kvinder, der har født, oplever store følelsesmæssige udsving i barselsperioden, men heldigvis er egentlig depression efter en fødsel relativt sjældent. En dansk undersøgelse pegede således på en hyppighed på omkring 6% (1).

Symptomerne minder meget om dem, man ser ved depression i andre livsfaser. Blot er indholdet af sygdommen farvet af efterfødselsperioden. Fx er det almindeligt, at kvinden ikke kan mobilisere nogen følelser for sit lille barn. Dette kan få hende til at føle sig ond eller falsk og igen endnu mere deprimeret. Hun har svært ved at tage sig sammen til noget, føler sig træt og energiløs, så hun kan have svært ved at passe barnet. Når der sker flere ting på én gang: telefonen ringer, barnet skriger, og det ringer på døren, kan hun slet ikke overskue situationen, fordi hendes evne til at planlægge og strukturere er forringet (2).

Selv mordstanker er hyppige og bør tages alvorligt, selvom fuldbårde selvmord i ammeperioden er sjældne. Kvinden kan føle sig så deprimeret og så værdiløs, at hun ikke mener, der er nogen anden udvej for hende, eller måske mener hun, at hun ikke fortjener at leve mere. Af og til optræder det såkaldte udvidede selvmord, hvor kvinden først dræber barnet og derefter sig selv.

Flere undersøgelser af børn af mødre med svær depression har vist, at barnets psykiske udvikling samt erhvervelsen af de forskellige motoriske færdigheder kan blive forsinket. Dette er særligt slemt for drengbørn samt ved dårlige sociale kår i øvrigt og skal medtages i vurderingen af behovet for behandling.

På trods af at tilstanden er taknemmelig at behandle, viser svenske undersøgelser, at under en tredjedel af de ramte kommer i behandling. Dette kan fx skyldes, at de nybagte mødre er følsomme over for kritik og vil have svært ved at indrømme, at de ikke klarer opgaven godt nok. Kvinderne frygter også hyppigt, at deres barn vil blive fjernet fra dem, hvis de indrømmer, hvor dårligt de har det. Fødselsdepression er en sygdom, som i særlig høj grad rammer kvinder, der i forvejen er socialt dårligt stillede. Der er overvægt af kvinder med kort uddannelseslængde, kvinder på overførselsindkomst og kvinder med dårligt netværk. Det gør det særligt svært at hjælpe dem, som det nævnes senere i denne rapport.

Da det er så få, som bliver tilbudt hjælp, er screening for depression blandt alle, der har født vigtig, som det også anbefales i Sundhedsstyrelsens *Referenceprogram for unipolar depression hos voksne* (3). Denne rapport viser netop, at det er muligt at screene gruppen,

og at det anvendte spørgeskema har en høj grad af accept hos kvinderne og hos de sundhedsplejersker, der anvender det.

Psykoterapeutisk behandling af fødselsdepressioner er et fascinerende område, og ud over at lindre depressionen kan kvinden opnå værdifuld viden om sig selv og sine reaktionsmåder, hvilket ofte kan forebygge nye depressioner. Endelig er det en stor fordel, at denne behandling ikke påvirker amningen i modsætning til medicinsk behandling af depression. I den forbindelse er gruppeterapi en ganske særligt velegnet behandling, fordi deltagerne lærer af hinanden ved at se, hvordan andre i samme situation takler de vanskeligheder, de jo har til fælles. Rapporten viser, at et sådant behandlingstilbud i høj grad bliver brugt af kvinderne, og at de har god effekt af det målt på en række parametre. Derudover er hele projektet et interessant eksempel på, hvordan forskellige instanser (i dette projekt: amt, kommune og en privat institution) kan arbejde sammen til stor glæde for de borgere, det hele drejer sig om: kvinder med fødselsdepression.

REFERENCER

1. Nielsen DF, Videbech P, Hedegaard M, Dalby JS, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG*. 2000;107(10):1210-17.
2. Se: www.videbech.com/fdep.
3. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007. Kan downloades fra: www.dpsnet.dk.

1. Baggrund

Hvad forstår man ved fødselsdepression?

Fødselsdepression er en depression, der forekommer hos kvinder i ugerne eller månederne efter en fødsel. Hyppigheden af fødselsdepression svinger meget fra undersøgelse til undersøgelse, men det må antages, at mindst hver tiende kvinde får en let til svær depression i forbindelse med fødsel (1-3).

Der findes ingen særskilt diagnose for fødselsdepression i de internationale sygdomsklassifikationer ICD-10 og DSM-IV. Fødselsdepression henregnes her under depression.

Når betegnelsen fødselsdepression alligevel anvendes som en klinisk diagnose, er det for at fremhæve det tidsmæssige sammenfald mellem depression og ansvaret for et spædbarn. Fødselsdepression indtræder på et tidspunkt, hvor belastningen i familien i forvejen er stor, og hvor der gerne skulle være overskud til at varetage omsorgen for det spæde barn.

Fødselsdepression adskiller sig fra de kortvarige humørsvingninger ('tudeture', på engelsk *maternity blues*), som et flertal af kvinder oplever i dagene efter fødslen, og de alvorligere, men meget sjældnere fødselspsykoser, hvor der ud over depression forekommer vrangforestillinger, hallucinationer, forfølgelsesforestillinger mv.

Andre sjældnere forekommende psykiske lidelser i forbindelse med fødsel er bipolær depression hos kvinder, der i forvejen lider af denne sygdom, posttraumatisk stress (PTSD) hos kvinder, der har haft traumatiske oplevelser under eller forud for fødslen, og angstlidelser herunder tvangstanker og tvangshandlinger (obsessiv-kompulsiv tilstand) (4).

Konsekvenser af fødselsdepression for mor, barn og partner

Kvinder, der har haft en fødselsdepression, har i kvalitative undersøgelser beskrevet det som en mareridtsagtig tilstand, der er kendetegnet ved følelser som ensomhed, angst, håbløshed, forvirring, skyld, nedsat koncentration og træthed. Nogle kvinder har selvmordstanker (5).

Ud over selve lidelsen ved depressionen, som moderen oplever, indebærer fødselsdepression også en risiko for barnets udvikling. Største effekt er dokumenteret i forhold til intelligens, sprog og andre sider af barnets kognitive udvikling. Der er endvidere påvist en øget tendens til adfærdsforstyrrelser i de første fem leveår. Drengene synes at være mere udsatte end piger. Den skadelige virkning på

barnet må antages at øges ved alvorlig og langvarig depression, og hvis familien er udsat for andre belastninger (fx konflikter mellem ægtefællerne eller økonomiske problemer) (6, 7).

Endvidere kan depression vanskeliggøre amning. Flere undersøgelser viser, at depression reducerer andelen, der ammer, og forkorter længden af ammeperioden (8-10).

Moderens depression belaster også parforholdet. En forskningsoversigt viser, at der er en betydelig andel af mænd, som får en depression, når deres partner har en fødselsdepression. Der er flere ægteskabelige konflikter i parforhold, hvor kvinden er deprimeret, hvilket har en negativ indvirkning på børnene. Børn, hvor begge forældre er deprimerede, har en forøget risiko for at blive påvirket i negativ retning end børn, hvor kun den ene af forældrene er deprimeret (11).

Hvem har risiko for at få fødselsdepression?

Overordnet kan man sige, at fødselsdepressioner udvikles som følge af en belastning hos en person, som i forvejen har en særlig sårbarhed. Denne sårbarhed kan bl.a. bestå af bestemte personlighedstræk, som gør, at kvinden håndterer belastninger på en uhenigtsmæssig måde. Disse personlighedstræk kan dels være bestemt af arvelige forhold, dels af hendes opvækstbetingelser (12).

Ikke to kvinder er ens, og ikke to har den samme baggrund. Depression kan have mange forskellige årsager, og der vil i det enkelte tilfælde ofte være flere faktorer, som spiller sammen.

To metaanalyser fra 2001 og 2004 har identificeret en række faktorer, der øger risikoen for udvikling af fødselsdepression (13, 14). De kan opdeles i tre grupper:

1. Moderens psykiske tilstand før og under graviditeten og umiddelbart efter fødslen:
 - Tidligere tilfælde af depression
 - Depression under graviditeten
 - Angstanfald under graviditeten
 - Særligt voldsomme humørsvingninger i dagene efter fødslen
 - Lavt selvværd
 - Et højt stressniveau
 - Neuroticisme (angst, irritabilitet, sårbarhed, impulsivitet mv.)
2. Belastninger i omgivelserne og manglende social støtte:
 - Uplanlagt eller uønsket graviditet

- Komplikationer under graviditet og fødsel
- Ringe grad af social støtte
- Et dårligt parforhold
- Problemer med at passe barnet
- Et barn med et vanskeligt temperament
- Stressfyldte livsbegivenheder (fortrinsvis inden for det foregående år)

3. Social position:

- Enlig mor
- Lav social status

Flere undersøgelser tyder endvidere på, at mødre med for tidligt fødte børn eller tvillinger har en forøget risiko for fødselsdepression (15-17).

Forebyggelse af fødselsdepression

Med den efterhånden omfattende viden om faktorer, der disponerer for fødselsdepression, er det nærliggende at forsøge at forebygge tilstanden. Der er da også gennemført en række forsøg med forebyggelse af fødselsdepression. Resultaterne har imidlertid ikke været gode.

I en systematisk gennemgang og metaanalyse af 40 randomiserede, kontrollerede forsøg med psykologisk og social intervention offentliggjort i 2004 opdeles forsøgene efter tidspunkt: før, under eller efter fødslen. Og efter målgruppe: et tilbud til alle, til kvinder med særlig risiko for fødselsdepression eller til kvinder med depression eller symptomer på depression (18). Ud fra de to kriterier skelnes der mellem forsøg, der omfatter:

- Gravide generelt
- Gravide med forøget risiko for fødselsdepression
- Gravide med depression eller symptomer på depression
- Fødende kvinder
- Kvinder generelt efter fødslen
- Kvinder med forøget risiko for fødselsdepression efter fødslen
- Kvinder med depression eller symptomer på depression efter fødslen

For de seks første af disse syv grupper er der ikke dokumenteret nogen positiv effekt. Det er der til gengæld for den syvende gruppe.

Her er der imidlertid snarere tale om behandling end forebyggelse, da tilstanden allerede er til stede. Der er stærk evidens for, at professionel støtte til kvinder med depression eller sandsynlig depression reducerer depressionen/de depressive symptomer væsentligt. *Number Needed to Treat*¹ angives som to til tre.

En anden metaanalyse af 15 randomiserede, kontrollerede forsøg med forebyggelse af fødselspression gennem psykosociale og psykologiske tiltag offentliggjort i 2005 konkluderer, at der ikke er evidens for, at man med de benyttede metoder kan forebygge fødselsdepression (19). Forsøgene fandt sted i graviditeten og/eller indtil seks uger efter fødslen.

Der er således ikke dokumentation for, at psykologisk og social intervention kan forebygge udviklingen af fødselsdepression, med den viden man har i dag. Først når depressionen er udviklet, ses der en gavnlig effekt af psykologisk og social intervention.

Forsøg, hvor kvinder med særlig risiko for at udvikle fødselsdepression forebyggende har fået antidepressiv medicin umiddelbart efter fødslen, har heller ikke vist nogen klar effekt (20).

Opsporing af fødselsdepression

Med den nuværende viden synes den bedste strategi i forhold til fødselsdepression at være at starte indsatsen i ugerne efter fødslen. Indsatsen bør fokusere på tidlig opsporing, så moderen kan komme i behandling, da forsøg på forebyggelse af fødselsdepression endnu ikke har båret frugt.

På grund af de alvorlige konsekvenser af fødselsdepression for mor, barn og partner er det vigtigt, at tilstanden opdages, så moderen og familien kan tilbydes hjælp. En hurtig indsats kan være med til at begrænse skadens omfang.

Der kan imidlertid være forskellige barrierer for at få stillet en diagnose og komme i behandling. Mange, der rammes af depression, er ikke selv klar over, hvad der er i vejen med dem, og søger enten ikke hjælp eller præsenterer deres symptomer på en måde, der ikke leder tanken hen på depression.

Endvidere kan nogle af symptomerne i forbindelse med fødselsdepression af den praktiserende læge eller sundhedsplejersken forveksles med naturlige reaktioner i forbindelse med en fødsel (fx træthed, nedsat koncentrationsevne eller søvnbesvær).

¹ *Number Needed to Treat* er det antal personer, der skal behandles, for at man kan forvente at opnå én ekstra behandlingssucces.

Kvinder med fødselsdepression er desuden tit plaget af skyldfølelse, fordi deres følelser er 'forkerte' i forhold til deres situation. At have fået et barn forventes at være forbundet med glæde og lykkefølelse. Nogle forsøger derfor at skjule deres sindstilstand for omgivelserne.

Undersøgelser tyder på, at mindre end halvdelen af tilfældene af fødselsdepression opdages af sundhedspersonalet i den sædvanlige kontakt til kvinderne, sammenholdt med når der foretages en systematisk opsporing med et formaliseret screeningsredskab (21-24).

Med baggrund i disse tal anbefaler en række fagfolk, at der foretages en systematisk screening for fødselsdepression i forbindelse med sundhedspersonalets rutinemæssige kontakt med mødrene. I *Referenceprogram for behandling af unipolar depression hos voksne* (46), udsendt af Sundhedsstyrelsen i 2007, anbefales rutinemæssig screening for depression hos kvinder, der er gravide, eller lige har født.

Der er forskellige anbefalinger med hensyn til det ideelle screeningstidspunkt.

På baggrund af en stor skotsk og en stor dansk epidemiologisk undersøgelse af fødselsdepression anbefaler en leder i *Journal of American Medical Association*, at screeningen foretages 2 til 12 uger efter fødslen (25).

Forfatterne til en systematisk gennemgang af screeningsredskaber for fødselsdepression anbefaler, at der screenes for fødselsdepression 2 uger til 6 måneder efter fødslen, men helst så hurtigt som muligt efter de første to uger (26).

Den nedre grænse på to uger er i begge tilfælde valgt for at undgå sammenblanding med de første dages humørmæssige dyk, der hos de fleste kvinder ikke udvikler sig til en depression.

I Danmark har den praktiserende læge og sundhedsplejersken hyppig kontakt med de fleste mødre i de første måneder efter fødslen, hvilket giver gode muligheder for at tilbyde screening.

Screeningsredskaber

Systematisk screening for fødselsdepression kan foretages ved, at alle kvinder tilbydes en depressionstest ved den rutinemæssige kontakt med sundhedsvæsenet efter en fødsel (massescreening).

Der kan desuden foretages screening ved formodning om depression (selektiv screening).

Der stilles en række krav til en test for fødselsdepression. Den skal være hurtig og let at besvare for moderen og let at gøre op for den, der foretager screeningen.

Desuden skal testen være pålidelig. Den skal have en høj *sensitivitet* (evne til at klassificere syge som syge), *specificitet* (evne til at klassificere raske som raske) og *prædiktiv værdi* (en stor del af dem, der udpeges som syge, er faktisk syge).

Der er benyttet forskellige generelle depressionstest til opsporing af fødselsdepression. I slutningen af 1980'erne udviklede en skotsk forskergruppe imidlertid en depressionstest specielt til opsporing af fødselsdepression, *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (27).

Begrundelsen for at udvikle EPDS var, at der i de generelle depressionstest indgår fysiske symptomer, som ofte optræder efter en fødsel uafhængigt af depressive tilstande som fx søvnproblemer og nedsat energi.

Edinburgh-skalaen består af 10 spørgsmål i et selvudfyldt spørgeskema (se bilag 1). Skemaet tilsendes pr. post eller udleveres i forbindelse med kontakt. Skemaet tager nogle få minutter at udfylde.

Skalaen går fra 0 til 30. Forfatterne anbefaler, at en score på 13 og derover bruges som indikation på depression. Ofte benyttes dog andre, både højere og lavere, cut-off-værdier. Personer, der testes positive, bør vurderes nærmere af en praktiserende læge, psykiatrisk sygeplejerske, psykolog eller psykiater.

Der er stor erfaring med at bruge EPDS, og skemaet findes på mere end en snes sprog. Der foreligger valideringsstudier fra en lang række lande (28).

Der er i dag et stort grundlag for at bedømme EPDS' pålidelighed anvendt i forskellige situationer. En gennemgang af 18 valideringsstudier viser, at EPDS har en god pålidelighed, når den anvendes til test af kvinder, hvor der på forhånd er mistanke om depression (29).

Men anvendes EPDS til screening af alle kvinder efter fødsel i en befolkning med en 'normal' forekomst af fødselsdepression, er testens prædiktive værdi knap 50%. Der er med andre ord en stor gruppe af falsk positive, der må sorteres fra gennem yderligere undersøgelse.

Det understreger betydningen af, at kvinder, der testes positive med EPDS, tilbydes en undersøgelse hos en fagperson med erfaring inden for området.

I en sammenlignende gennemgang af en række test, der har været anvendt ved fødselsdepression, beskrives EPDS som en test med

moderat pålidelighed, men samtidig som den test der er bedst undersøgt (30). På grund af de mange sprogversioner er det desuden den bedst egnede test i befolkninger med flere sproggrupper.

Der er udviklet to andre test specifikt til opsporing af fødselsdepression (*Bromley Postnatal Depression Scale* og *Postpartum Depression Screening Scale*). De synes begge at have en god pålidelighed og virker lovende, men erfaringsgrundlaget er stadig meget begrænset. Det samme gælder for en modificeret udgave af den generelle depressionstest *Beck Depression Inventory, BDI-II* (30).

Der er brug for at udvikle test med større pålidelighed til brug ved systematisk screening for fødselsdepression. På trods af sine begrænsninger synes EPDS aktuelt at være det bedste valg af screeningsredskab.

Diagnosticering af fødselsdepression

EPDS og de øvrige screeningsredskaber kan ikke bruges til at stille en egentlig diagnose. Hertil kræves et diagnostisk interview foretaget af en læge. Det vil ofte være den praktiserende læge, der foretager diagnosticeringen. Diagnosekriterierne for fødselsdepression er de samme som for depression generelt.

Dansk Selskab for Almen Medicin udgav i 2001 en klinisk vejledning for diagnostik og behandling af depression i almen praksis (31). I vejledningen anbefales det at benytte WHO's sygdomsklassifikation ICD-10 som diagnoseredskab. Det samme gør Sundhedsstyrelsens *Referenceprogram for behandling af unipolar depression hos voksne* fra 2007 eventuelt med støtte i spørgeskemaet *Major Depression Inventory* (46). I tabel 1 er angivet symptomerne på depression i ICD-10. Der skelnes mellem depressive kernesymptomer og depressive ledsagesymptomer.

ICD-10 inddeler depression i tre kategorier: let, moderat og svær depression. Ved let depression er mindst to kernesymptomer og to ledsagesymptomer til stede. Ved moderat depression er mindst to kernesymptomer og fire ledsagesymptomer til stede. Ved svær depression er alle tre kernesymptomer og fem eller flere ledsagesymptomer til stede.

Tilstanden skal have varet mere end to uger, for at man taler om en klinisk depression.

I praksis stiller den praktiserende læge ofte diagnosen på et mere uformelt grundlag. I en dansk undersøgelse af diagnostik og behandling af depression i almen praksis fra 2002 angav over halvdelen af de praktiserende læger, at de ikke kendte ICD-10 eller tilsvarende diagnoseredskaber godt nok til, at de kunne anvende dem i praksis. Det konkluderedes i undersøgelsen, at de alment prakti-

Tabel 1. Symptomer på depression i ICD-10**1. Depressive kernesymptomer**

- Nedtrykthed
- Nedsat lyst eller interesse
- Nedsat energi eller øget træthed

2. Depressive ledsagesymptomer

- Nedsat selvtillid eller selvfølelse
- Selvbeprejdelse eller skyldfølelse
- Tanker om død og selvmord
- Tænke- eller koncentrationsbesvær
- Rastløshed eller hæmning, dvs. alt foregår i et meget nedsat tempo
- Søvnforstyrrelser
- Appetit- og vægtøgning

Kilde: *ICD-10 International Classification of Diseases, 10th edn*

serende lægers viden om depressionsdiagnostik er utilstrækkelig til at stille en rimelig sikker diagnose, og at der er et klart behov for efteruddannelse for at sikre en korrekt depressionsdiagnose og -behandling (32).

Referenceprogram for behandling af unipolar depression hos voksne anbefaler, at udredning for depression omfatter en grundig psykiatrisk og somatisk anamnese. Depression kan være et symptom på en endnu uerkendt fysisk sygdom eller en bivirkning ved medicinsk behandling (46).

Referenceprogrammet anbefaler, at sværhedsgraden af depressionen fastslås fx ved hjælp af *Hamiltons Depressionskala*, da behandlingen varierer med sværhedsgrad.

Behandling af fødselsdepression

Når først diagnosen fødselsdepression er stillet, er behandlingen i princippet den samme som ved depression på andre tidspunkter i livet. Der gør sig imidlertid nogle særlige forhold gældende ved behandling af depression efter en fødsel.

I *Referenceprogram for behandling af unipolar depression hos voksne* er opstillet følgende retningslinjer for behandling af depression (46):

- **Let depression:** Tilstanden observeres (*watchful waiting*), der gives eventuelt støttende samtaler.
- **Moderat depression:** Antidepressiv medicin og psykologisk behandling, der specifikt fokuserer på depression – som alternativ eller som kombinationsbehandling.
- **Svær depression:** Antidepressiv medicin og ved svær forpintthed, psykotiske symptomer og selvmordsrisiko *electro convulsive therapy (ETC)*, sidstnævnte kun under indlæggelse.

Til psykologisk behandling af depression kan bl.a. benyttes kognitiv terapi, interpersonel psykoterapi, psykodynamisk korttidsterapi og problemløsningsterapi, der alle har en dokumenteret effekt (46). Endvidere anbefales undervisningsprogrammer om depression som en metode til at øge patientens efterlevelse af den iværksatte behandling (behandlingsadhærens).

Af særlige forhold, der skal tages hensyn til ved behandling af fødselsdepression, skal fremhæves:

For det første kan der være en vis risiko for barnet ved brug af antidepressiv medicin, hvis moderen ammer. Der vil formentlig være mange ammende kvinder, der fravælger medikamentel behandling af hensyn til barnet. I en statusartikel fra 2007 i *Ugeskrift for Læger* anbefales det at prøve samtalerapi først, hvis det er muligt og forsvarligt (33). I *Referenceprogram for behandling af unipolar depression hos voksne* anføres det dog, at der efterhånden er fremkommet så stor viden om antidepressiv behandling og amning, at man ikke længere rutinemæssigt fraråder det (46). Hvis kvinder, der ammer, sættes i medicinsk behandling for depression, skal der tages særlige hensyn ved valg af præparat og dosis (33, 34).

For det andet er kvinder, der lige har født, i en særlig situation. De kæmper alle med den samme livsopgave: at udfylde rollen som mor og at være familie. Meget tyder på, at de kan drage nytte af hinandens erfaringer, enten direkte gennem gruppeforløb eller indirekte gennem individuelle forløb, hvor terapeuten har erfaring med at arbejde med kvinder med fødselsdepression. Man skal være opmærksom på, at der er kvinder, der ikke ønsker eller magter at indgå i gruppeforløb.

For det tredje kan depression hos moderen have en negativ indvirkning på hele familien og ikke mindst på det spæde barns udvikling, hvilket taler for en behandlingsstrategi, hvor man ikke alene fokuserer på moderen, men også på barnets og familiens situation.

Alle tre forhold understreger, at der er brug for effektive behandlingstilbud til kvinder med fødselsdepression, der bygger på ikke-medikamentel behandling, også selv om man i nogle tilfælde vælger at benytte psykoterapi og antidepressiv medicin samtidigt. Valg af behandling afhænger i sidste ende både af depressionens svær-

hedsgrad, moderens ønsker og de eksisterende behandlingsmuligheder.

Erfaring med ikke-medikamentel behandling af fødselsdepression

Der er opsamlet en del erfaringer om ikke-medikamentel behandling af fødselsdepression.

De mest afprøvede behandlingsformer er klientcentreret rådgivning, kognitiv adfærdsterapi, psykodynamisk terapi, interpersonel terapi og psykoedukation.

En gennemgang fra 2003 af ni randomiserede, kontrollerede forsøg viser, at fire forsøg med individuel psykoterapi af forskellige slags alle havde en positiv effekt. Det samme havde to ud af tre forsøg med gruppebaseret psykoterapi og to forsøg med hjemmebesøg af sundhedsplejerske (35).

Resultatet er på linje med en gennemgang fra 2004 af 11 randomiserede, kontrollerede forsøg, hvor der er anvendt forskellige ikke-medikamentelle terapiformer. Også her var der en klart positiv effekt af interventionen (18).

En systematisk litteraturgennemgang i *BMJ Clinical Evidence* opdateret i september 2006 konkluderer, at psykologisk behandling som individuel kognitiv terapi, klientcentreret rådgivning, interpersonel psykoterapi og psykodynamisk terapi sandsynligvis forbedrer symptomerne på kort sigt sammenlignet med standardtilbuddet, men at de langsigtede fordele er mere usikre (36).

En litteraturgennemgang fra 2004 af 21 forsøg med ikke-medikamentel behandling af fødselsdepression, heraf 14 randomiserede, kontrollerede forsøg, konkluderer, at det ikke er muligt at vurdere effekten af de forskellige metoder i forhold til hinanden, fordi mange af undersøgelseerne har for få deltagere, nogle undersøgelser mangler kontrolgruppe mv. (37). Der efterlyses randomiserede, kontrollerede studier af god kvalitet, der sammenligner forskellige behandlingsformer og undersøger effektiviteten af forskellige behandlingskomponenter i forhold til kvinder med forskellige behov.

Der er således et behov for at videreudvikle de eksisterende behandlingsformer.

Flere undersøgelser har dokumenteret betydningen af social støtte for en vellykket overgang til rollen som mor (38-42). Et forsøg hvor kvinder, der selv havde haft en fødselsdepression, rådgav nybagte mødre pr. telefon, viste en reduceret forekomst af depression sammenholdt med kontrolgruppen (43). Et forsøg med psykoedukation af kvinder med fødselsdepression viste, at der var en positiv effekt

af, at partneren deltog i forløbet (44). I en kvalitativ undersøgelse af kvinder med fødselsdepression gav især de førstegangsfødende udtryk for, at de havde brug for at være sammen med andre kvinder med små børn for bedre at forstå sig selv i deres nye rolle (45).

SAMMENFATNING

Mindst hver tiende kvinde antages at få depression i let til svær grad i forbindelse med fødsel. Fødselsdepression belaster både moderen og familien i en situation, hvor der skal være overskud til at tage sig af det nye barn, og kan desuden hæmme barnets udvikling.

Selv om man kender en række faktorer, der øger risikoen for fødselsdepression, har det hidtil ikke været muligt at forebygge tilstanden. Den bedste strategi er derfor tidlig opsporing, så kvinden kan komme i behandling og familien kan tilbydes hjælp. I Sundhedsstyrelsens *Referenceprogram for behandling af unipolar depression for voksne* anbefales rutinemæssig screening for depression hos gravide og kvinder, der lige har født.

Edinburgh Postnatal Depression Score (EPDS) er på trods af en forholdsvis lav prædiktiv værdi det bedste af de eksisterende screeningsredskaber. Kvinder, der screenes positive med EPDS, skal efterfølgende udredes af en fagperson. Når først diagnosen depression er stillet, er behandlingen i princippet den samme som ved depression på andre tidspunkter i livet og afhænger af depressionens sværhedsgrad.

På grund af barselskvinders særlige situation er der behov for ikke-medikamentel behandling, der tager hensyn til moderens og familiens situation (også selv om moderen kommer i medikamentel behandling). En række undersøgelser har vist en positiv effekt af forskellige ikke-medikamentelle terapier i forhold til kvinder med fødselsdepression. Flere undersøgelser har endvidere vist en positiv effekt af social støtte for en vellykket overgang til rollen som mor samt behovet for udveksling af erfaringer med andre kvinder i samme situation.

REFERENCER

1. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996;8:37-54.
2. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2006;91:97-111.
3. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression – A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*. 2005;106:1071-83.
4. Beck CT. Postpartum depression. It isn't just the blues. *American Journal of Nursing*. 2006;106:40-50.
5. Leahy-Warren P, McCarthy G. Postnatal depression: Prevalence, mothers' perspectives, and treatments. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2007;21:91-100.
6. Murray L, Cooper PJ. Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*. 1997;77:99-101.
7. Grace SL, Evindar E, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*. 2003;6:263-74.
8. Hatton DC, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron DA. Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. *Journal of Human Lactation*. 2005;21:444-49.
9. Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*. 2003;30:175-80.
10. Thome M, Alder EM, Ramel A. A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43:11-20.
11. Burke L. The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*. 2003;15:243-55.
12. Videbech P. Fødselsdepression. Informationshæfte til patienter, pårørende og andre. Århus: PsykInfo Forlaget; 2003.
13. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*. 2001;50:275-85.
14. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26:289-95.
15. Beck CT. Releasing the pause button: mothering twins during the first year of life. *Quality of Health Research*. 2002;12:593-608.
16. Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development*. 2003;73:61-70.
17. Veddovi M, Kenny DT, Gibson F, Bowen J, Starte D. The relationship between depressive symptoms following premature birth, mothers' coping style, and knowledge of infant development. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2001;19:313-23.
18. Lumley JL, Austin MP, Mitchell C. Intervening to reduce depression after birth: A systematic review of the randomized trials. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2004;20:128-44.
19. Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *British Medical Journal*. 2005;331:15-23.

20. Howard LM, Hoffbrand S, Henshaw C, Boath L, Bradley E. Antidepressant prevention of postnatal depression. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2005; 18(2).
21. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, Yawn BP. Routine screening for postpartum depression. *Journal of Family Practice*. 2001;50:117-22.
22. Evins GG, Theofrastous JP, Galvin SL. Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2000;182:1080-2.
23. Hearn G, Iliff A, Jones I, et al. Postnatal depression in the community. *British Journal of General Practice*. 1998;48:1064-66.
24. Heneghan AM, Silver EJ, Bauman LJ, Stein REK. Do pediatricians recognize mothers with depressive symptoms? *Pediatrics*. 2000;106:1367-73.
25. Wiesner KL, Chambers C, Sit DKY. Postpartum depression: a major public health problem. *Journal of American Medical Association*. 2006;296:2616-8.
26. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2007;20:280-8.
27. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 1987;150:782-6.
28. Cox JL, Holden J. *Perinatal Mental Health: A Guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell; 2003.
29. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001;104:243-9.
30. Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*. 2005;8:141-53.
31. Diagnostik og behandling af depression. København: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2001.
32. Lublin HKF, Nielsen UJ, Vittrup P, Bach-Dal C, Larsen JK. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis. *Ugeskrift for Læger*. 2002;164:3440-4.
33. Nielsen RE, Stage KB, Christensen PM, Mortensen S, Andersen LLT, Damkier P. Medikamentel behandling af depression under graviditet eller amning. *Ugeskrift for Læger*. 2007;169:1442-4.
34. Videbech P. Amning og medikamentel antidepressiv behandling. *Ugeskrift for Læger*. 2002;164:1914-9.
35. Gjerdingen D. The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2003;16:372-82.
36. Howard L. Postnatal depression. *Clinical Evidence*. 2006;15:1919-31.
37. Dennis CL. Treatment of postpartum depression, part 2: A critical review of non-biological interventions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004; 65:1252-65.
38. Leahy-Warren P, McCarthy G. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;50:479-88.
39. Majewski J. Social support and the transition to the maternal role. *Health Care Women International*. 1987;8:397-407.
40. Reece SM. Social support and the early maternal experience of primiparas over 35. *Maternal-Child Nursing Journal*. 1993;21:91-8.
41. McVeigh CA. Investigating the relationship between satisfaction with social support and functional status after childbirth. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*. 2000;25:25-30.

42. Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. Social support provided by public health nurses and the coping of first-time mothers with child care. *Public Health Nursing*. 1999;16:114-9.
43. Dennis CL. The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2003;48:115-24.
44. Misiri S, Kostaras X, Fox D, Kostaras D. The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2000;45:554-8.
45. Mauthner N. Postnatal depression: The significance of social contact between mothers. *Women's Studies International Forum*. 1995;18:311-23.
46. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København:Sundhedsstyrelsen; 2007.

2. Projektet

Baggrunden for Projekt Fødselsdepression

Baggrunden for *Projekt Fødselsdepression* var et erkendt behov for en styrket indsats for kvinder med fødselsdepression.

Sundhedsplejen i Århus Kommune havde gennem *Projekt Askepot*, der blev gennemført i 1998-99, indhøstet erfaringer med tidlig opsporing og indsats over for mødre med middelsvær fødselsdepression (1). Knap 400 kvinder blev screenet for tegn på fødselsdepression i løbet af projektperioden ved hjælp af *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Testskemaet blev udfyldt i forbindelse med sundhedsplejerskens besøg 3-8 uger efter fødslen og igen 3-6 måneder efter fødslen.

Testen blev brugt som grundlag for sundhedsplejerskens samtale med kvinden og eventuelt hendes samlever om kvindens psykiske velbefindende. Sundhedsplejersken skønnede herudfra, om der var behov for en særlig indsats, herunder tilbud om deltagelse i projektets gruppetilbud. 12 kvinder startede i et gruppeforløb ledet af en sundhedsplejerske og en psykolog. 10 gennemførte forløbet.

Erfaringerne fra *Projekt Askepot* var positive. Projektet viste, at kvinder med begyndende fødselsdepression kunne drage nytte af en ekstra indsats fra sundhedsplejen og af at deltage i et gruppeforløb under professionel ledelse. Systematisk screening kombineret med et gruppetilbud kan bidrage til, at kvinder i en 'gråzone' får den nødvendige støtte, så familien ikke 'slides op' og barnet mistriives. *Projekt Askepot* har derfor i vid udstrækning dannet model for nærværende projekt.

I perioden mellem *Projekt Askepot* og *Projekt Fødselsdepression* blev der gennemført et projekt i sundhedsplejen i Vejle Kommune, der også tog udgangspunkt i erfaringerne fra *Projekt Askepot* (2).

Projekt Fødselsdepression blev gennemført i et samarbejde mellem Sundhedsfremmeenheden i Århus Amt, Mødrehjælpen i Århus samt sundhedsplejen i sundhedsplejedistrikterne Centrum og Vest i Århus Kommune. Rammen om samarbejdet var sundhedsplanarbejdet i Århus Amt, der i 1998-2001 havde temaet "Børns og børnefamiliers sundhed".

Hensigten var at afprøve modellen fra *Projekt Askepot* i stor skala. Hvordan ville det fungere, når man gjorde screening for fødselsdepression til en rutinemæssig del af sundhedsplejerskernes besøg? Projektet blev forberedt af en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra almen praksis, psykiatrien, fødselsområdet, sundhedsplejen, sundhedsfremme og forebyggelse samt sundhedsstaben i Århus Amt (3).

Der var tale om et fælles projekt, hvor de tre parter: amt, kommune og Mødrehjælpen bidrog med henholdsvis medarbejdere og økonomiske midler. Projektperioden løb fra 15. oktober 2003 til 31. december 2005.

Projektets formål

Det overordnede formål med projektet var tidlig opsporing og tidlig indsats over for kvinder med fødselsdepression. Mere specifikt drejede det sig om:

- At bidrage til så tidligt som muligt at mindske den lidelse, det er at have en fødselsdepression.
- At opkvalificere sundhedsplejersker til tidlig opsporing af kvinder med fødselsdepression og til at imødekomme målgruppens særlige behov.
- At forebygge en forværring af tilstanden, som kan medføre øget isolation og negative konsekvenser for samspillet mellem mor og barn og familien som helhed.
- At etablere et gruppetilbud til mødre med begyndende fødselsdepression, som befinder sig i en "gråzone" med hensyn til henvisnings- og behandlingsmuligheder.

Målgruppe

Målgruppen var kvinder, der nylig havde født, som var:

- Bosiddende i sundhedsplejedistrikterne Centrum og Vest i Århus Kommune
- Motiverede for at deltage
- Dansktalende

Ekskluderet fra at deltage i gruppeforløb var:

- Kvinder der ikke talte dansk
- Kvinder med misbrugsproblemer
- Kvinder med svære psykiatriske lidelser

Familierne blev orienteret om projektet i forbindelse med sundhedsplejens graviditets- eller etableringsbesøg. Sundhedsplejersken udleverede en pjece om fødselsdepression samt et indstik med kort information om projektet. Hun gav endvidere en kort mundtlig orientering.

Metode

Projektet indeholdt en screeningsdel og en indsatsdel. Screeningsdelen bestod af:

- Screening af kvinder, der havde født, for depression ved hjælp af EPDS

Indsatsdelen bestod af:

- Visitationssamtale
- Gruppebehandlingstilbud
- Individuelle og parsamtaler

Projektets screeningsdel

Alle førstegangsfødende skulle tilbydes at udfylde EPDS-skemaet ved et af sundhedsplejerskens besøg 3-8 uger efter fødslen. Ca. 6 måneder efter fødslen skulle kvinden atter tilbydes at udfylde EPDS.

Flergangsfødende blev kun tilbudt screening, når der var tegn på depression (selektiv screening). Det havde fra starten været hensigten, at alle skulle tilbydes screening, men det var ikke muligt på grund af projektets begrænsede ressourcer.

Screeningen blev foretaget af en sundhedsplejerske i forbindelse med et almindeligt sundhedsplejerskebesøg i hjemmet. Kvinden blev anbefalet at sidde nogle minutter for sig selv, mens hun besvarede spørgsmålene så omhyggeligt, hun kunne.

Testresultatet dannede grundlag for en kortere eller længere snak mellem kvinden, sundhedsplejersken og evt. hendes samlever om hendes og familiens velbefindende.

Ved kvinder, der viste tegn på depression, vurderede sundhedsplejersken og kvinden og evt. hendes samlever i fællesskab hvilken indsats der ville være den bedste. Kvinder, der scorede 12 point eller mere på EPDS, blev tilbudt en visitationssamtale hos Mødrehjælpen.

På grund af projektets begrænsede midler blev der kun screenet i sundhedsplejedistrikterne Centrum og Vest og ikke i Nord og Syd. Der er i alt knap 2.000 fødsler om året i de to distrikter, hvoraf halvdelen er førstegangsfødende. Ud fra erfaringerne fra *Projekt Askepot* forventedes det, at 1,5 % af de fødende ville komme i gruppetilbud, hvilket svarede til cirka 30 kvinder om året.

Projektets indsatsdel

De henviste kvinder kom til en visitationssamtale i Mødrehjælpen. Her blev det vurderet, hvilket af projektets tilbud kvinden kunne have bedst udbytte af. Projektets primære tilbud var deltagelse i en gruppe. Der kunne endvidere visiteres til individuelle og parsamtaler, men kun i begrænset omfang på grund af begrænsede ressourcer. Hvis det skønnedes nødvendigt, blev kvinden opfordret til at kontakte egen læge eller en psykiater.

Man regnede med, at der skulle startes fire grupper om året. Grupperne skulle mødes en gang om ugen i 11–12 uger. Hvert møde skulle vare 2½ time.

Der skulle være mindst fem personer for, at en gruppe kunne starte. Gruppetilbuddet blev ledet af sundhedsplejerske Birgit Wexel, Århus Kommune, og psykolog Karen Ghoula, Mødrehjælpen. Sidstnævnte stod også for visitationssamtalerne samt individuelle og parsamtaler.

Visitationssamtaler, gruppebehandling og individuelle og parsamtaler blev afholdt i Mødrehjælpens lokaler, hvor der også var mulighed for børnepasning under gruppemøderne. Et tilbud som mange af deltagerne benyttede sig af.

Valg af gruppe som primært behandlingstilbud

I projektet var gruppetilbuddet det primære behandlingstilbud, fordi det efter projektgruppens mening var det mest relevante tilbud til de fleste kvinder med en let til moderat fødselsdepression.

Kvinder med fødselsdepression føler som regel skam over, at de ikke lever op til deres egne og andres forventninger om at være mor. Alle, inklusive kvinderne selv, forventer, at de skal være lykkelige, fordi de har fået et barn. De kan ikke forlige sig med, at de føler sig ulykkelige, er irriterede på barnet og måske fortryder, at de overhovedet har fået det.

Mange tror, at de er ved at blive 'skøre', og at de er alene om at have det på den måde, selv om de måske har læst eller hørt, at andre nybagte mødre kan have de samme følelser. Derfor taler de som oftest ikke med andre om de svære, farlige følelser, ikke engang med deres partner. Men jo mere følelserne gemmes bag facaden, jo farligere bliver de.

En af gevinsterne for kvinderne ved gruppebehandling er at opdage, at man ikke er den eneste, der har følelser, som ikke matcher omverdenens og egne forventninger. At kunne sige til andre, at de er blevet svage og ikke magter det samme, som de plejer, er en stor forløsning og dermed meget helende.

I gruppen er alle kvinderne 'i samme båd'. Det gør det nemmere at sætte ord på de svære følelser, tanker, behov og forestillinger. I gruppen kan man bryde følelsen af isolation og ensomhed og droppe den facade, som mange kvinder med fødselsdepression skjuler sig bag. Oftest føler man sig forstået på et langt dybere plan end hos 'udenforstående'.

Behandlingsmetode

Hvert gruppeforløb startede med et introduktionsmøde. Formålet var at lære hinanden at kende, at have lejlighed til at fortælle om sine forventninger og få mere detaljeret information om forløbet, end det var muligt i forbindelse med visitationssamtalen. På mødet blev man også introduceret for børnepasserne.

Hvert gruppemøde havde en rimelig fast struktur, som bestod af følgende:

- Kort kropslig øvelse
- Siden sidst
- Pause
- Tema
- Afrunding

Temaerne var fx:

- Hvad er en depression?
- Hvordan har man det med at være svag/ikke kunne magte det samme, som man plejer?
- Hvordan har det været at blive mor?
- Forholdet til barnet
- Forholdet til ægtefællen
- Forholdet til egen familie (mor eller far)
- Forholdet til svigerforældre

Behandlerne inddrog elementer fra forskellige terapiretninger, bl.a. kognitiv terapi, men var dog især inspireret af interpersonel terapi.

Interpersonel terapi er i sin nuværende form udviklet i USA i 1980'erne af Gerald Klerman og Myrna Weissman med det formål at behandle voksne med depression (4). Uden at underkende genetiske eller personlighedsmæssige faktorer i forbindelse med depression fokuserer den på det interpersonelle felt. Klerman og Weisman mener, at depression kan hænge sammen med problemer i forholdet til nærtstående personer, fx tab af eller konflikter med nærtstående personer, manglende evne eller mulighed for kontakt med andre eller rolleændringer som følge af sygdom, fødsel, skilsmisse eller andre store begivenheder. Interpersonel terapi bygger på den antagelse, at der er en gensidig årsagsforbindelse mellem depres-

sion og interpersonelle forbindelser, idet interpersonelle problemer kan udløse depression, og depression kan forværre interpersonelle problemer.

Selv om man i interpersonel terapi mener, at barndomsoplevelser er afgørende for udviklingen af depression, rettes fokus mod personens 'her og nu'-situation, og der er tale om korttidssterapi.

Et væsentligt element i gruppeforløbet var psykoedukation, hvor den deprimerede lærer, at depression er en sygdom og ikke et moralsk anliggende ("du er ikke en dårlig mor"). Man kan sammenligne depressionen med et brækket ben. Ligesom når man har et brækket ben, skal man passe på sig selv, men man bliver rask igen. Den deprimerede oplever i en periode nogle begrænsninger i sin livsudfoldelse og må derfor skrue sine forventninger ned.

Undersøgelse af effekten af gruppeforløbene

Med henblik på at undersøge effekten af gruppeforløbene blev gruppedeltagerne bedt om at udfylde to spørgeskemaer ved start og afslutning på gruppeforløbet.

De to spørgeskemaer var EPDS-skemaet, som også var benyttet ved screeningen, og *Symptom Check List – 92* (SCL-92, se bilag 2). SCL-92 er en selvrapporteringskala til vurdering af psykiske problemer og psykopatologiske symptomer. Den er oprindeligt konstrueret til at måle effekten af psykoterapi (5) og bruges ofte som effektmål i forbindelse med klinisk psykologisk og psykiatrisk behandling. SCL-92 er valgt, fordi der findes danske normtal, som man kan sammenligne med (6).

I løbet af projektperioden blev lederne af gruppetilbuddet opmærksomme på, at der var kvinder, som ved slutningen af et gruppetilbud ikke scorede væsentligt lavere på EPDS og SCL-92, selv om både kvinden og behandlerne kunne mærke, at der var sket en positiv ændring i hendes relationer til andre, herunder især til hendes barn og mand.

Derfor konstruerede behandlerne et spørgeskema, som skulle vise effekten af behandlingen på kvindens relationer til mand og barn, hendes oplevelse af sig selv som mor og hendes oplevelse af sin evne til at klare tilværelsen med et lille barn.

Med inddragelse af dette spørgeskema kom evalueringen af behandlingen også til at stemme overens med projektets overordnede formål, som både var at mindske den lidelse, det er at have en depression, dvs. mindske symptomerne, og at modvirke de negative konsekvenser af depressionen for samspillet mellem mor og barn og familien som helhed, dvs. bedre hendes relationer, herunder især til barnet. Spørgeskemaet blev givet til 4 af de 7 grupper i projektperioden.

Opkvalificering af fagpersonerne

Tidligere projekter, bl.a. *Projekt Askepot* og projektet i Vejle, har vist, at en effektiv screening kræver en grundig forberedelse af dem, som skal foretage screeningen. Det er desuden vigtigt, at procedurerne er klart beskrevet og de organisatoriske opgaver entydigt fordelt.

I forbindelse med opstart af *Projekt Fødselsdepression* blev der derfor planlagt en undervisningsdag, hvor alle sundhedsplejersker og personale fra Mødrehjælpen, der var involveret i screening, visitation og behandling, deltog. Her blev der undervist i den nyeste viden omkring fødselsdepression, i anvendelse af EPDS som test for fødselsdepression og i samtale i forbindelse med brugen af testen samt i vejledning af pårørende. Undervisningen blev varetaget af overlæge, dr.med. Poul Videbech og af de to gruppeledere i projektet, sundhedsplejerske Birgit Wexel og psykolog Karen Ghoula.

I løbet af det første år viste der sig et behov for og ønske om mere viden om fødselsdepression hos kvinder fra etniske minoriteter. Derfor afholdtes et eftermiddagsarrangement, hvor psykolog Tahar Ghoula, Interkulturel Psykologisk Klinik, underviste i, hvorledes traditioner og familiære, religiøse og samfundsmæssige forhold påvirker graviditet og fødsel i minoritetsfamilier, og hvordan migration og eksil påvirker kvindens situation og mulighed for støtte.

Gruppelederne har derudover under hele projektet haft en koordinerende og vejledende funktion i forhold til de sundhedsplejersker, der foretog screening.

De to gruppeledere fik faglig supervision af Poul Videbech. Der kunne som minimum gives supervision to gange pr. gruppe til gruppelederne.

SAMMENFATNING

Projekt Fødselsdepression havde til formål at styrke indsatsen over for kvinder med fødselsdepression. Det skulle opnås gennem screening kombineret med et behandlingstilbud til kvinder, der blev screenet positive. Der blev lagt vægt på tidlig opsporing og indsats.

Der blev foretaget systematisk screening blandt førstegangsfødende (massescreening) og screening efter behov blandt flergangsfødende (selektiv screening) ved hjælp af EPDS. Udelukket fra at deltage i screeningen var kvinder, der ikke talte dansk, og kvinder med misbrugsproblemer eller svære psykiske lidelser.

Kvinder, der ved screeningen viste tegn på fødselsdepression, blev indbudt til en visitationssamtale. Her blev det afklaret, om de havde behov for behandling. I bekræftende fald blev de tilbudt at deltage

i projektets behandlingsforløb eller blev guidet videre til andre behandlingstilbud.

Behandlingstilbuddet bestod primært af et gruppeforløb, der var en blanding af kropslige øvelser, psykoedukation, terapi og erfaringsudveksling. Der blev endvidere i begrænset omfang tilbudt individuelle og parsamtaler.

Ved starten af projektet blev sundhedsplejerskerne opkvalificeret, så de havde de fornødne forudsætninger til at stå for screening. Behandlerne fik faglig supervision under projektet.

REFERENCER

1. Christiansen I, Wexel B. Projekt "Askepot". Tidlig opsporing og indsats over for mødre med fødselsdepression. Metodebeskrivelse, erfaringsopsamling og evaluering. Århus: Århus Kommune; 1999.
2. Olesen KM. Evaluering af Vejle Kommunes Fødselsdepressionsprojekt 2002-2003. Vejle: Vejle Amt, Vejle Kommune; 2005.
3. Oplæg til styrket tværfaglig indsats i forhold til kvinder med fødselsdepression. Århus: Århus Amt; 2001.
4. Klerman G, Weissman MM, Rounsaville B, Chevron E. Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books; 1984.
5. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90, an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. Psychopharmacology Bulletin. 1973;9:13-28.
6. Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample. Acta Psychiatr Scand 2004; 110:225-29.

3. Målgruppens sammensætning

Målgruppen

Der blev screenet for fødselsdepression i Århus Kommunes sundhedsplejedistrikter Centrum og Vest fra november 2003 til september 2005 (23 måneder). Projektets målgruppe var de kvinder, der fødte i dette tidsrum i de to distrikter.

I det følgende beskrives målgruppens sammensætning med hensyn til:

- Første- og flergangsfødende
- Fødeland
- Tidligere psykisk sygdom
- Alder
- Samlivsstatus
- Skolegang
- Afsluttet erhvervsuddannelse
- Forsørgelsesgrundlag

De tre første karakteristika havde direkte indflydelse på, hvem der blev tilbudt screening. Kun førstegangsfødende skulle systematisk tilbydes screening, mens flergangsfødende skulle tilbydes screening efter behov. Kvinder, der ikke talte dansk, skulle ikke tilbydes screening og heller ikke kvinder med alvorlig psykisk sygdom eller misbrugsproblemer.

De øvrige karakteristika formodes også at have haft betydning for, hvordan tilbuddet om screening kom til at virke i praksis. Erfaringsmæssigt er der forskel på, hvordan offentlige sundhedstilbud bruges af forskellige grupper i befolkningen.

Målgruppen er beskrevet som helhed og opdelt på distrikter (tabel 2). Desuden er førstegangs- og flergangsfødende beskrevet hver for sig (tabel 3 og 4).

Centrum og Vest er som byområder temmelig forskellige (1). Det giver mulighed for at iagttage, hvordan et identisk tilbud virker i kvarterer med forskellig befolknings sammensætning.

Tabel 2. Oplysninger om de kvinder der fødte i screeningsperioden – alle

	Alle	Centrum	Vest	Centrum ÷ Vest
	----- pct -----			forskel i %-point
Paritet				
Førstegangsfødende	54	66	38	28
Flergangsfødende	46	34	62	-28
I alt	100	100	100	
Fødeland				
Danmark	62	71	52	19
Andet	17	11	26	-15
Ukendt	20	19	22	-3
I alt	100	100	100	
Tidligere behandlet for psykiske problemer				
Ja	12	12	12	0
Nej	67	69	65	4
Uoplyst	21	19	24	-5
I alt	100	100	100	
Alder				
<20 år	2	1	2	-1
20-24 år	11	8	16	-8
25-29 år	37	43	30	13
30-34 år	35	36	32	4
35-39 år	13	11	16	-5
40+ år	2	2	3	-1
I alt	100	100	100	
<i>Gennemsnitsalder</i>	<i>30</i>	<i>30</i>	<i>30</i>	<i>0</i>
Samlivsstatus				
Gift	49	40	59	-19
Samlevende	36	45	25	20
Alene	4	3	5	-2
Ukendt (men ikke gift)	12	12	11	1
I alt	100	100	100	
Skolegang				
7.-9. klasse	7	4	10	-6
10. klasse	10	7	13	-6
Studentereksamen/HF	55	67	40	27
Andet	7	6	9	-3
Ukendt	21	16	28	-12
I alt	100	100	100	

Afsluttet erhvervsuddannelse				
Ingen	17	20	14	6
Faglært	3	2	4	-2
Kort boglig (1-2 år)	9	7	10	-3
Mellemlang boglig (3-4 år)	23	25	21	4
Lang boglig (5+ år)	13	16	9	7
Andet	4	4	4	0
Ukendt	31	26	38	-12
I alt	100	100	100	
Forsørgelsesgrundlag				
Lønnet arbejde	38	39	37	2
Understøttelse	6	6	5	1
Kontanthjælp mv.	7	3	11	-8
Studerende	20	26	12	14
Andet	4	4	6	-2
Ukendt	25	22	30	-8
I alt	100	100	100	

Centrum omfatter selve bykernen, hvor der bor mange studerende samt mange højtuddannede lønmodtagere og selvstændige inden for de liberale erhverv (såkaldt professionelle). Desuden omfatter Centrum en del af Århus V/Hasle.

Vest omfatter forstæderne Åbyhøj, Brabrand, Tilst, Harlev og Sabro samt den resterende del af Århus V/Hasle. Her er der store sociale boligbyggerier med en høj andel af indvandrere og efterkommere og i nogle kvarterer en stor koncentration af økonomisk dårligt stillede. Der er også store områder med villakvarterer og økonomisk velkonsoliderede middelklassefamilier.

Data om målgruppen

Det præcise antal fødsler i de to distrikter kendes ikke, fordi Århus Kommune ikke opgør fødselsstatistikken på sundhedsplejedistrikter. De fleste kvinder i Århus føder imidlertid på Århus Universitetshospital i Skejby. Derfor kan gruppen af kvinder, der fødte i screeningsperioden i Centrum og Vest, tilnærmelsesvis afgrænses ved hjælp af oplysninger fra Skejby's fødselsregister.

Kvinder fra de to distrikter fødte 3.536 gange i Skejby i screeningsperioden. Heraf var 1.901 førstegangs- og 1.635 flergangsfødende. 1.979 af samtlige fødende var bosiddende i Centrum og 1.556 i Vest. De 3.500 fødende kvinder kan betragtes som en god tilnærmelse til projektets faktiske målgruppe².

Der er hentet oplysninger om kvinderne fra to kilder: dels fra fødselsregisteret, som udfyldes af jordemoderen umiddelbart efter fødslen, dels fra den Den Århusianske Fødselskohorte. Sidstnævnte bygger på et spørgeskema, som alle gravide, der indskrives til fødsel i Skejby, inviteres til at deltage i. Ca. 85% af de gravide udfylder skemaet. Det er muligt ved hjælp af oplysninger fra fødselsregisteret og fødselskohorten at give en karakteristik af de kvinder, der fødte i det pågældende tidsrum.

I det følgende beskrives målgruppens sammensætning. Ved hver variabel er angivet andelen, der mangler oplysninger om i fødselsregisteret eller fødselskohorten.

Førstegangs- og flergangsfødende

Lidt over halvdelen var førstegangsfødende. Der er imidlertid stor forskel på fordelingen mellem førstegangs- og flergangsfødende

² I screeningsperioden var der ifølge Århus Kommunes statistik 7.896 fødsler i hele kommunen. 3.688 var førstegangs- og 4.208 var flergangsfødende. I samme periode fødte 7.465 kvinder bosiddende i Århus Kommune i Skejby. Der var 3.587 førstegangs- og 3.878 flergangsfødende, hvilket er henholdsvis 3% og 8% færre end antallet af fødsler ifølge kommunens statistik. Der var således god overensstemmelse mellem fødselstallene fra Århus Kommune og Skejby.

i de to distrikter. Der var en stor overvægt af førstegangsfødende i Centrum (66%) og en stor overvægt af flergangsfødende i Vest (62%).

Fødeland

62% af de fødende var født i Danmark, 17% i et andet land, mens moderens fødeland var ukendt ved 20%.

Der var imidlertid stor forskel imellem Centrum og Vest: i Centrum var 11% født i et andet land mod 26% i Vest.

Andelen af kvinder, som var født i et andet land, var næsten dobbelt så stor ved flergangsfødende som ved førstegangsfødende. Det afspejler en højere fertilitet især hos indvandrerkvinder fra ikke-vestlige lande.

Der er ikke oplysninger om kvindernes danskfærdigheder. I fødselsregisteret er oplyst hvilket sprog, moderen normalt anvendte i kommunikationen med personalet. 97% anvendte dansk, 99% i Centrum og 96% i Vest. Det afspejler nok i højere grad tilgængeligheden af tolke i sundhedsvæsenet end behovet for tolkning.

Den største andel, der ikke brugte dansk, finder man blandt flergangsfødende kvinder født i udlandet. 9% af disse brugte ikke dansk i kommunikationen med personalet.

Det er endvidere oplyst, om der har medvirket tolk ved fødslen. 5 kvinder i Centrum og 15 kvinder i Vest benyttede tolk.

Tidligere psykisk sygdom

12% var tidligere behandlet for psykiske problemer (det fremgår ikke hvilke). Andelen var den samme i Centrum og i Vest. Lidt flere førstegangs- end flergangsfødende havde været behandlet for psykiske problemer.

Alder

Gennemsnitsalderen var 30 år, 28 år for førstegangsfødende og 31 år for flergangsfødende. Der var ingen forskel mellem Centrum og Vest.

Aldersspredningen var imidlertid større i Vest end i Centrum. Det gjaldt både førstegangs- og flergangsfødende. 18% af de fødende var under 25 år i Vest mod 9% i Centrum. 19% var 35 år og derover i Vest mod 13% i Centrum.

Samlivsstatus

49% af de fødende var gift, 36% var samlevende, mens 4% var alene og 12% var enten samlevende eller alene (men ikke gift).

Af de førstegangsfødende var 39% gift, mens 65% af de flergangsfødende var gift.

En betydelig større andel af de fødende i Vest end i Centrum var gift. Det gjaldt både førstegangs- og flergangsfødende.

Skolegang

55% af kvinderne havde studentereksamen/HF, mens 17% havde forladt skolen fra 7. til 10. klasse. 7% var kategoriseret under 'andet', mens der ved 21% ikke forelå oplysninger om skolegang.

Der var en betydeligt højere andel med studentereksamen/HF i Centrum end i Vest. I Centrum havde 67% af de fødende studentereksamen/HF, 75% blandt førstegangs- og 50% blandt flergangsfødende. I Vest havde 40% studentereksamen/HF, 53% blandt førstegangs- og 32% blandt flergangsfødende.

Afsluttet erhvervsuddannelse

Mellemlang boglig uddannelse (3-4 år) var den hyppigste form for erhvervsuddannelse (23%).

17% af de fødende havde ikke afsluttet en erhvervsuddannelse. Andelen var dobbelt så stor blandt førstegangs- som flergangsfødende, henholdsvis 22% og 11%. Andelen var højere i Centrum end i Vest.

En nærmere analyse viser, at 60% uden afsluttet erhvervsuddannelse var under uddannelse (ikke vist i tabellerne). I Centrum var det 62% og i Vest 54%.

Uddannelsesniveaut var højere i Centrum end i Vest. Lidt flere havde en mellemlang boglig uddannelse og væsentlig flere havde en lang boglig uddannelse i Centrum.

Forsørgelsesgrundlag

38% af de fødende havde lønnet arbejde, 20% var studerende, mens der ved 25% mangler oplysninger. 6% fik understøttelse og 7% kontanthjælp, mens 4% havde andet forsørgelsesgrundlag.

Lønnet arbejde var hyppigere hos førstegangs- end flergangsfødende. Der var en næsten lige stor andel med lønnet arbejde i Centrum og Vest.

Der var til gengæld betydeligt flere studerende i Centrum end i Vest (26% mod 12%) og betydeligt færre kontanthjælpsmodtagere (3% mod 11%).

SAMMENFATNING

Lidt over halvdelen af målgruppen var førstegangsfødende. Målgruppen bestod overvejende af ressourcestærke kvinder. De fleste levede i parforhold, uddannelsesniveaut var højt, og hovedpar-

ten havde lønnet arbejde eller var studerende. To tredjedele var i aldersgruppen 25-34 år.

Der var imidlertid markante forskelle mellem kvinderne fra sundhedsplejedistrikt Centrum og Vest.

Der var en langt større andel af flergangsfødende i Vest end i Centrum, og betydeligt flere var født i udlandet. Det måtte nødvendigvis få konsekvenser for screeningsprocenten i de to distrikter. Flergangsfødende skulle kun tilbydes screening ved mistanke om fødselsdepression. Kvinder der ikke talte dansk skulle ikke tilbydes screening. Uddannelsesniveaet var desuden lavere i Vest, og andelen på kontanthjælp var større, hvilket også kunne påvirke screeningsprocenten i negativ retning.

I kapitel 5, der beskriver erfaringerne med screeningen, undersøges sammenhængen mellem de her beskrevne karakteristika og screeningsprocenten.

REFERENCER

1. Rasmussen T, Christensen AB: Social polarisering i Århus Kommune. Rapport 1: Social polarisering og fattigdom i Århus Kommune 1996-2005. Århus: Via University College; 2008.

Tabel 3. Oplysninger om de kvinder der fødte i screeningsperioden – førstegangsfødende

	Alle	Centrum	Vest	Centrum ÷ Vest
	----- pct -----			forskel i %-point
Fødeland				
Danmark	73	76	64	12
Andet	12	8	22	-14
Ukendt	16	16	14	2
I alt	100	100	100	
Tidligere behandlet for psykiske problemer				
Ja	13	13	14	-1
Nej	71	71	72	-1
Uoplyst	16	17	15	2
I alt	100	101	100	
Alder				
<20 år	3	2	5	-3
20-24 år	13	9	24	-15
25-29 år	47	50	38	12
30-34 år	29	31	25	6
35-39 år	7	7	8	-1
40+ år	1	1	1	0
I alt	100	100	100	
<i>Gennemsnitsalder</i>	28	29	28	1
Samlevsstatus				
Gift	35	31	44	-13
Samlevende	49	54	40	14
Alene	3	3	5	-2
Ukendt (men ikke gift)	12	13	11	
I alt	100	100	100	
Skolegang				
7.-9. klasse	6	4	10	-6
10. klasse	10	7	17	-10
Studentereksamen/HF	68	75	53	22
Andet	6	5	8	-3
Ukendt	10	9	12	-3
I alt	100	100	100	

Afsluttet erhvervsuddannelse				
Ingen	22	24	20	4
Faglært	2	2	3	-1
Kort boglig (1-2 år)	10	7	14	-7
Mellemlang boglig (3-4 år)	25	26	23	3
Lang boglig (5+ år)	14	16	9	7
Andet	4	4	4	0
Ukendt	23	22	27	-5
I alt	100	101	100	
Forsørgelsesgrundlag				
Lønnet arbejde	42	41	43	-2
Understøttelse	6	6	6	0
Kontanthjælp mv.	3	2	7	-5
Studerende	27	30	21	9
Andet	4	2	6	-4
Ukendt	18	19	18	1
I alt	100	100	100	

Tabel 4. Oplysninger om de kvinder der fødte i screeningsperioden – flergangsfødende

	Alle	Centrum	Vest	Centrum ÷ Vest
	----- pct -----			forskel i %-point
Fødeland				
Danmark	51	59	45	14
Andet	23	17	28	-11
Ukendt	26	24	27	-3
I alt	100	100	100	
Tidligere behandlet for psykiske problemer				
Ja	10	10	11	-1
Nej	62	66	60	6
Uoplyst	27	25	29	-4
I alt	100	100	100	
Alder				
<20 år	0,3	0,3	0,2	0,1
20-24 år	8	5	11	-6
25-29 år	26	27	26	1
30-34 år	41	46	37	9
35-39 år	21	19	21	-2
40+ år	4	3	5	-2
I alt (afrundet)	100	100	100	
<i>Gennemsnitsalder</i>	31	31	31	0
Samlivsstatus				
Gift	65	60	68	-8
Samlevende	20	26	16	10
Alene	4	3	5	-2
Ukendt (men ikke gift)	11	11	11	
I alt	100	100	100	
Skolegang				
7.-9. klasse	8	5	10	-5
10. klasse	10	8	11	-3
Studentereksamen/HF	39	50	32	18
Andet	9	8	9	-1
Ukendt	34	29	37	-8
I alt	100	100	99	

Afsluttet erhvervsuddannelse				
Ingen	11	12	11	1
Faglært	4	3	4	-1
Kort boglig (1-2 år)	8	7	8	-1
Mellemlang boglig (3-4 år)	20	22	19	3
Lang boglig (5+ år)	12	16	9	7
Andet	4	4	4	0
Ukendt	41	35	45	-10
I alt	100	100	100	
Forsørgelsesgrundlag				
Lønnet arbejde	33	34	33	1
Understøttelse	6	8	5	3
Kontanthjælp mv.	11	6	14	-8
Studerende	11	17	6	11
Andet	5	6	5	1
Ukendt	34	29	37	-8
I alt	100	100	100	

4. Projektets klientflow

Klientflow

Projekt Fødselsdepression omfattede en kæde af aktiviteter fra sundhedsplejerskens orientering til familierne om tilbuddet i forbindelse med graviditets- eller etableringsbesøget til gruppebaseret eller individuel psykoterapi hos Mødrehjælpen.

En vigtig del af erfaringerne fra projektet er en beskrivelse af klientflowet:

- Hvor mange af de fødende kvinder blev screenet for fødselsdepression?
- Hvor mange blev testet positive ved screeningstesten?
- Hvor mange blev henvist til en visitationssamtale hos Mødrehjælpen?
- Hvor mange kom til visitationssamtale?
- Hvor mange deltog i Mødrehjælpens støttetilbud til kvinder med fødselsdepression?

Klientflowet er vist i figur 1. Da der er benyttet massescreening ved førstegangsfødende og selektiv screening ved flergangsfødende, er klientflowet opgjort separat for de to grupper.

Figuren beskriver den selektion, der skete på de enkelte trin i forløbet fra screening til Mødrehjælpens støttetilbud. Ved hvert trin er vist, hvor mange procent der gik videre fra det foregående trin, og hvor stor en andel af samtlige fødende kvinder de udgør.

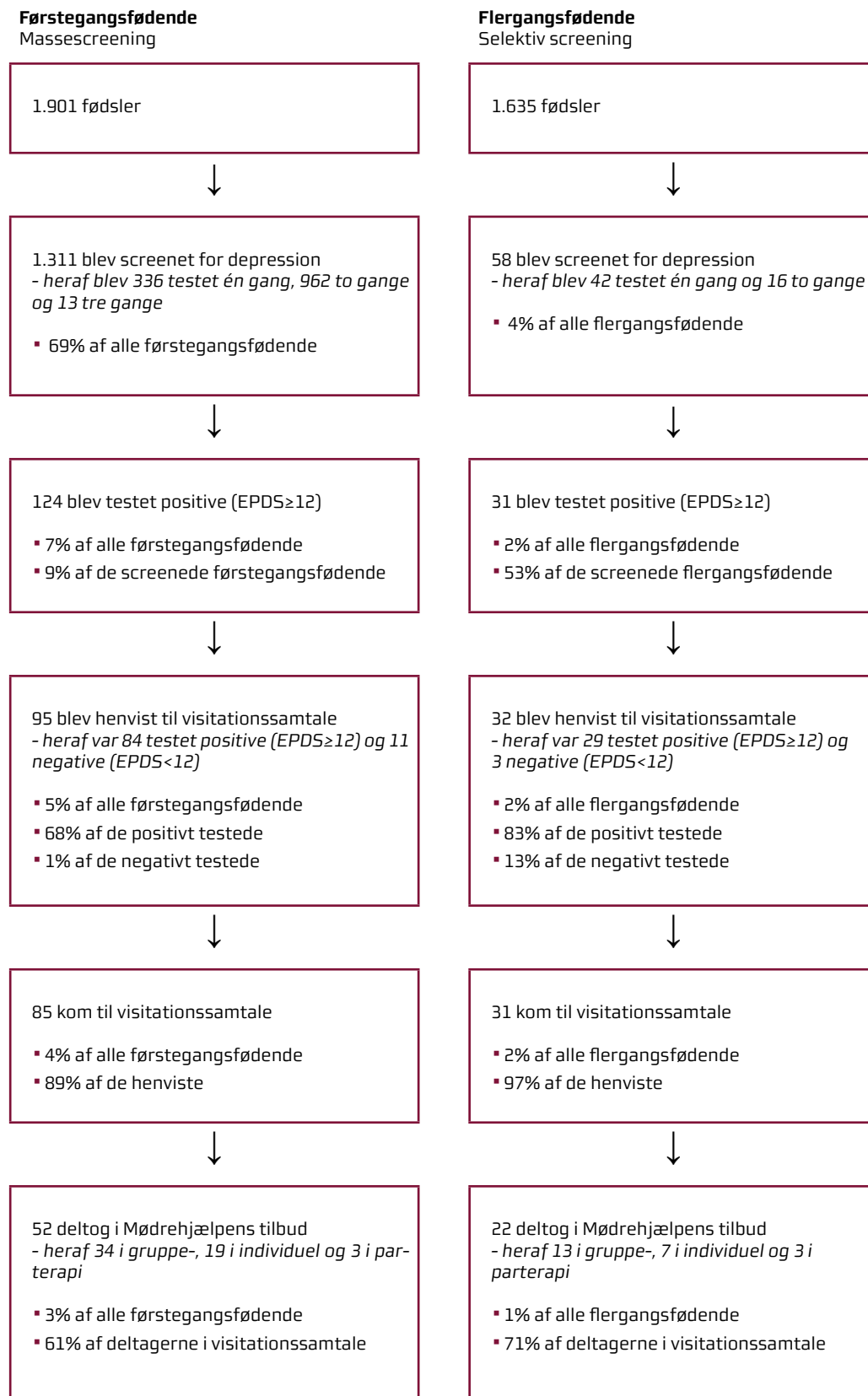
Klientflowet er endvidere opgjort separat for Centrum og Vest (figur 2 og 3). Se også tekstboksen side 45.

Projektets klientflow kan bruges som erfaringsgrundlag ved dimensionering af fremtidige indsatser for kvinder med fødselsdepression. Der er derfor lavet en modelberegning af, hvor mange 'begivenheder' man kan forvente, at en indsats af denne type udløser, når der benyttes henholdsvis massescreening og selektiv screening: hvor mange screenes?, hvor mange testes positive?, osv. Beregningen er foretaget pr. 1.000 fødende kvinder samt for et enkelt års fødsler i Århus Kommune.

Antal fødsler

Antallet af fødsler i screeningsperioden i de to distrikter udgør basis for at beregne, hvor stor en andel af samtlige førstegangsfø- og fler-

Figur 1. Det samlede klientflow



gangsfødende, der indgik på de enkelte trin af projektet. Den benyttede metode ved opgørelsen af antal fødsler er beskrevet på side 21.

Der var 3.536 fødsler i Centrum og Vest i screeningsperioden. 1.901 var førstegangsfødende og 1.635 flergangsfødende.

Antal screenede

Førstegangsfødende: 1.311 kvinder blev screenet for depression, hvilket svarer til 69% af alle førstegangsfødende.

Depressionstesten blev anvendt i alt 2.299 gange. Målsætningen var, at hver kvinde skulle tilbydes to test. 336 (26%) førstegangsfødende blev testet én gang, 962 (73%) blev testet to gange, og 13 (1%) blev testet tre gange.

590 kvinder blev ikke screenet. Det vides ikke, hvor mange af disse der blev udelukket på grund af eksklusionskriterierne (talte ikke dansk eller var misbrugere eller havde svære psykiske lidelser), hvor mange der ikke ønskede at deltage, og hvor mange der ikke udfyldte skemaet af andre årsager (midlertidig bortrejse, sundhedsplejersken glemte at udlevere skemaet etc.).

Flergangsfødende: 58 kvinder blev screenet, hvilket svarer til 4% af alle flergangsfødende.

Depressionstesten blev anvendt i alt 74 gange. 42 (72%) kvinder blev testet én gang, og 16 (28%) blev testet to gange.

I alt blev 39% af de fødende kvinder – førstegangsfødende og flergangsfødende – screenet mindst én gang for fødselsdepression i løbet af projektperioden.

Antal der blev testet positive

Førstegangsfødende: 124 kvinder blev testet positive ved depressionstesten (EPDS \geq 12). Det svarer til 9% af de screenede og 7% af alle førstegangsfødende.

Flergangsfødende: 31 blev testet positive ved depressionstesten. Det svarer til 53% af de screenede og 2% af alle flergangsfødende.

Antal henviste til visitationssamtale

Førstegangsfødende: 95 blev henvist til visitationssamtale hos Mødrehjælpen. Af disse var 84 testet positive (EPDS \geq 12) af sundhedsplejen. 11 var testet negative (EPDS $<$ 12). Det fremgår således, at en positiv score på depressionstesten i praksis ikke har været det eneste kriterium for henvisning til visitationssamtale.

68% af de positivt testede blev henvist til samtale og 1% af de negativt testede. Det svarer til 5% af alle førstegangsfødende.

Af de 11, der var testet negative, havde 9 en score på 11 på EPDS, det vil sige et enkelt point under den benyttede cut-off-værdi. Sundhedsplejersken må her i hvert enkelt tilfælde have skønnet, at kvinden havde behov for Mødrehjælpens tilbud. En havde scoret 10 point. Mødrehjælpens visitator har noteret: "Parret havde to gode lønninger og kunne derfor selv betale for psykologhjælp, hvilket sundhedsplejersken vil tale med hende om." En havde scoret 6 point. Mødrehjælpens visitator har noteret: "Får antidepressiv medicin, men føler behov for hjælp."

40 kvinder med positiv test blev ikke henvist til samtale. 27 af disse ønskede enten ikke, at deres testskema blev sendt videre til Mødrehjælpen (en del ønskede udelukkende opfølgning ved sundhedsplejersken). Eller tilbuddet var irrelevant, fordi de var i anden behandling (to var i behandling hos egen læge, en var i psykiatrisk behandling, fire gik til psykolog, to var tilknyttet Vuggestedet), eller fordi de ikke syntes, at de havde behov for det (en forklarede sin høje testscore med stress, en anden med søvnmangel, en tredje med at hendes mor for nylig var død). Årsagen til, at de resterende 13 ikke blev henvist til samtale, kendes ikke.

Flergangsfødende: 32 blev henvist til visitationssamtale hos Mødrehjælpen. Af disse var 29 testet positive (EPDS ≥ 12) af sundhedsplejen. 3 var testet negative (EPDS < 12), alle havde en score på 11 på EPDS.

83% af kvinderne med en positiv test blev henvist til visitationssamtale og 13% af kvinderne med en negativ test. 2% af alle flergangsfødende blev henvist til samtale.

To kvinder med positiv test blev ikke henvist til samtale. Den ene ønskede ikke, at testskemaet blev sendt videre til Mødrehjælpen, den anden ventede på psykologbehandling. Begge ønskede opfølgning ved sundhedsplejersken.

Antal der kom til visitationssamtale

Førstegangsfødende: 85 kom til visitationssamtale af de 95, der var henvist. Det svarer til 89% af de henviste og til 4% af alle førstegangsfødende.

7 udeblev uden afbud, 2 meldte afbud, fordi de havde fået det bedre, og 1 meldte afbud og udeblev dernæst til det næste aftalte mødetidspunkt.

Flergangsfødende: 31 kom til visitationssamtale af de 32, der var henvist. Det svarer til 97% af de henviste og til 2% af alle flergangsfødende. En udeblev.

Antal der deltog i Mødrehjælpens tilbud

Førstegangsfødende: 52 kvinder deltog i Mødrehjælpens tilbud, heraf kom 34 i gruppeterapi, 19 i individuel terapi og 3 i parterapi. 4 deltog i mere end én form for terapi.

61% af de kvinder, der var til visitationssamtale, deltog efterfølgende i Mødrehjælpens tilbud. 3% af alle førstegangsfødende deltog i Mødrehjælpens tilbud.

33 kvinder, som var til visitationssamtale, deltog ikke i Mødrehjælpens tilbud:

- 10 sagde nej tak til den tilbudte hjælp, fordi de havde fået det bedre. For enkelte var forbedringen allerede indtrådt ved visitationssamtalen, for de fleste skete det, mens de ventede på at komme i tilbud.
- 20 blev af Mødrehjælpen henvist til eller fandt selv et andet behandlingstilbud, som bedre matchede deres behov og ønsker (praktiserende læge, psykolog, psykiater, psykoterapeut, selvhjælpsgruppe, mødregruppe).
- Om de resterende 3 oplyses det blot om den ene, at hun ikke blev henvist til andre behandlingstilbud, om den anden, at hun ikke havde behov for hjælp, og om den tredje, at hun ikke ønskede hjælp.

Flergangsfødende: 22 kvinder deltog i Mødrehjælpens tilbud, heraf var 13 i gruppeterapi, 7 i individuel terapi og 3 i parterapi. En deltog i mere end én form for terapi.

71% af de kvinder, der blev henvist til visitationssamtale hos Mødrehjælpen, deltog efterfølgende i et af Mødrehjælpens tilbud. 1% af alle flergangsfødende deltog i Mødrehjælpens tilbud.

9 kvinder, som var til visitationssamtale, deltog ikke i Mødrehjælpens tilbud. 7 blev i stedet henvist til eller fandt selv et andet behandlingstilbud (praktiserende læge, psykolog, psykiater). En gav ved visitationssamtalen udtryk for, at hun havde fået det bedre, og en meldte fra, mens hun ventede på at få individuel psykologhjælp hos Mødrehjælpen, ligeledes fordi hun havde fået det bedre.

Modelberegning

Projektet har afprøvet en model for screening og tidlig indsats i forhold til fødselsdepression i stor skala i en befolkning med 3500 fødsler. Det har skabt et væsentligt erfaringsgrundlag, der kan bruges ved tilrettelæggelse af fremtidige indsatser.

Der er derfor lavet en beregning af, hvor mange 'begivenheder' (screeninger, positivt testede osv.), man kan forvente, at en kombineret indsats med screening og støttetilbud vil udløse (tabel 5). Beregningerne bygger på den antagelse, at forekomsten af fødselsdepression er lige stor hos førstegangs- og flergangsfødende.

Antallet af 'begivenheder' er beregnet pr. 1.000 fødende kvinder for henholdsvis masse- og selektiv screening, og for Århus Kommune baseret på det gennemsnitlige fødselstal i hele kommunen i perioden 2001-2005.

Tabel 5. Modelberegning: 'begivenheder' pr. 1.000 fødsler

	Masse-screening	Selektiv screening	Difference	Ratio
	----- antal -----		masse+selektiv	masse/selektiv
Fødsler	1.000	1.000		
Screenet for fødselsdepression	690	35	654	19
Testet positive	65	19	46	3,4
Henvist til visitationssamtale	50	20	30	2,6
Deltaget i visitationssamtale	45	19	26	2,4
Deltaget i tilbud	27	13	14	2,0

Massescreening eller selektiv screening?

Der er betydelig forskel på antallet af 'begivenheder', som henholdsvis masse- og selektiv screening udløser (tabel 5).

- Ved massescreening kan man forvente, at 690 pr. 1.000 kvinder screenes for fødselsdepression mod 35 ved selektiv screening (difference masse+selektiv=654, ratio masse/selektiv=19).
- Ved massescreening kan man forvente, at 65 pr. 1.000 kvinder testes positive ved depressionstesten mod 19 ved selektiv screening (difference masse+selektiv=46, ratio masse/selektiv=3,4).
- Ved massescreening kan man forvente, at 50 pr. 1.000 kvinder henvises til visitationssamtale mod 20 ved selektiv screening (difference masse+selektiv=30, ratio masse/selektiv=2,6).
- Ved massescreening kan man forvente, at der bliver afholdt 45 visitationssamtaler pr. 1.000 kvinder mod 19 ved selektiv screening (difference masse+selektiv=26, ratio masse/selektiv=2,4).
- Ved massescreening kan man forvente, at 27 pr. 1.000 kvinder kommer i et støttetilbud hos Mødrehjælpen mod 13 ved selektiv screening (difference masse+selektiv=14, ratio masse/selektiv=2,0).

Den absolutte og den relative forskel i antallet af 'begivenheder' reduceres trin for trin, når man bevæger sig 'downstream' fra depressionstest til støttetilbud. Ved massescreening vil der være næsten tyve gange så mange, der screenes i forhold til selektiv screening, godt tre gange så mange, der testes positive, og dobbelt så mange der kommer i et af de terapiforløb, der tilbydes i forbindelse med screeningen.

Man kan ikke alene ud fra beregningerne i tabel 5 sige, hvilken af de to screeningsstrategier, der er bedst. Hvis man antager, at der er en lige stor forekomst af fødselsdepression hos førstegangs- og flergangsfødende, kan man konstatere, at der ved massescreening er dobbelt så mange pr. 1.000 kvinder, der kommer i støttetilbud, hvilket umiddelbart taler for at benytte denne screeningsstrategi.

Det er imidlertid ikke så enkelt at sammenligne de to strategier. På hvert trin er der fordele og ulemper, der skal afvejes mod hinanden. Det er derfor afgørende for den samlede vurdering af de to strategier, hvordan man vægter disse fordele og ulemper.

- Hvis man fx udelukkende betragter brugen af depressionstesten som et middel til at opdage kvinder med depression, skal udgiften ved at udfylde og gennemgå EPDS-skemaet alene holdes op imod, hvor effektiv testen er til at opspore kvinder med depression, der ellers først sent eller slet ikke ville være kommet i behandling.
- Hvis EPDS-skemaet samtidig betragtes som et nyttigt redskab for sundhedsplejersken til en samtale om kvindens psykiske velbefindende, også når der ikke er tegn på depression, skal denne gevinst regnes med i den samlede vurdering.
- Hvis visitationssamtalen udelukkende betragtes som et redskab til at finde ud af, om kvinden skal deltage i de terapiforløb, der er knyttet til screening, skal udgiften til afholdelse af samtalen alene holdes op mod gevinsten, som kvinderne får ved at deltage i terapiforløbet.
- Hvis visitationssamtalen samtidig ses som et middel til at guide nogle kvinder videre til andre tilbud (praktiserende læge, psykolog osv.), som de får gavn af, skal denne gevinst regnes med på plussiden.

Tabel 5 er et hjælpemiddel, men ikke nogen facitliste, ved tilrettelæggelse af indsatser for at opspore og behandle fødselsdepression.

Klientflowet i Centrum og i Vest

Indledningsvist skal det nævnes, at Centrum og Vest afviger fra hinanden med hensyn til fordelingen på førstegangsfødsler og flergangsfødsler. I Centrum var 66% førstegangsfødsler mod 38% i Vest. Det afspejler væsentlige forskelle i befolkningssammensætningen i de to distrikter, jf. foregående kapitel.

Førstegangsfødsler: Der var 1.308 fødsler i Centrum og 593 i Vest i screeningsperioden. I Centrum blev 1.012 (77%) af de førstegangsfødsler screenet, i Vest 299 (50%). Vest havde således en væsentligt lavere screeningsprocent end Centrum.

94 blev testet positive i Centrum og 30 i Vest. Andelen af de testede, der var positive, afveg ikke væsentligt mellem de to distrikter (9% og 10%), men en lavere andel af de positivt testede i Centrum end i Vest blev henvist til en visitationssamtale hos Mødrehjælpen: henholdsvis 69 (64%) og 26 (80%).

67 kom til visitationssamtale i Centrum og 18 i Vest, henholdsvis 97% og 69% af de henviste. Der var således betydeligt flere af de henviste i Vest end i Centrum, der ikke kom til visitationssamtale.

39 af kvinderne fra Centrum og 13 af kvinderne fra Vest, der var til visitationssamtale, deltog efterfølgende i Mødrehjælpens tilbud: 58% fra Centrum og 72% fra Vest.

Havde deltagerne i Mødrehjælpens tilbud fordelt sig nøjagtigt i forhold til fødselstallene i Centrum og i Vest, ville der have været 36 deltagere fra Centrum og 16 fra Vest. Den højere screeningsprocent i Centrum og det lavere frafald ved visitationssamtalen førte således ikke til nogen væsentlig overrepræsentation af deltagere fra dette distrikt. Det skyldes, at en større andel af de positivt testede i Vest end i Centrum blev henvist til visitationssamtale, og at en større andel af dem, der kom til samtale, gik videre i tilbud.

Flergangsfødsler: Der var 665 fødsler i Centrum og 970 i Vest i screeningsperioden. I Centrum blev 35 (5%) af de flergangsfødsler screenet, i Vest 23 (2%). Screeningsprocenten var således højere i Centrum end i Vest.

16 blev testet positive i Centrum og 15 i Vest. 17 blev henvist til visitationssamtale i Centrum (15 positivt testede, 2 negativt testede) og 15 i Vest (14 positivt testede og 1 negativt testet). Hovedparten af de positivt testede i begge distrikter blev således henvist til en visitationssamtale.

16 af de henviste i Centrum og 15 af de henviste i Vest kom til visitationssamtale. Det var henholdsvis 94% og 100% af de henviste.

Fra Centrum deltog 12 (75%) og fra Vest 10 (67%) efterfølgende i Mødrehjælpens støttetilbud.

Havde deltagerne i Mødrehjælpens tilbud fordelt sig nøjagtigt i forhold til fødselstallene i Centrum og i Vest, ville der have været 9 deltagere fra Centrum og 13 fra Vest.

Markant flere blev screenet i Centrum end i Vest. Det vides ikke, hvor meget af denne forskel der skyldes, at en lavere andel i Vest opfyldte inklusionskriterierne (især sprogkriteriet), at flere ikke ønskede at udfylde testen, eller at testen blev administreret anderledes.

Tabel 6. Modelberegning for Århus Kommune: 'begivenheder' pr. år ved anvendelse af tre forskellige modeller til screening for fødselsdepression. Der er benyttet det gennemsnitlige fødselstal i perioden 2001-2005

	MODEL 1			MODEL 2			MODEL 3		
	Første-gangs-fødende	Fler-gangs-fødende	Alle	Første-gangs-fødende	Fler-gangs-fødende	Alle	Første-gangs-fødende	Fler-gangs-fødende	Alle
	Selektiv screening	Selektiv screening	Alle	Masse screening	Selektiv screening	Alle	Masse screening	Masse screening	Alle
	----- antal -----			----- antal -----			----- antal -----		
Fødsler	1.927	2.159	4.085	1.927	2.159	4.085	1.927	2.159	4.085
Screenet for depression	68	77	145	1.329	77	1.405	1.329	1.489	2.817
Testet positive	37	41	77	126	41	167	126	141	266
Henvist til visitations-samtaler	38	42	80	96	42	139	96	108	204
Deltaget i visitations-samtaler	37	41	77	86	41	127	86	97	183
Deltaget i tilbud	26	29	55	53	29	82	53	59	112

Tre modeller for Århus Kommune

For Århus Kommune er der foretaget beregninger for følgende tre screeningsmodeller: 1) Selektiv screening af både førstegangs- og flergangsfødende. 2) Massescreening af førstegangs- og selektiv screening af flergangsfødende (den model som er benyttet i projektet). 3) Massescreening af førstegangs- og flergangsfødende. Se tabel 6.

Tabellen viser, hvor mange 'begivenheder' anvendelse af de tre forskellige screeningsmodeller kan forventes at udløse, hvis de indføres i hele Århus Kommune.

- Ved valg af *model 1* forventes det, at der foretages 145 screeninger pr. år, ved *model 2* 1.405, og ved *model 3* 2.817.
- Ved valg af *model 1* forventes det, at 77 testes positive pr. år, ved *model 2* 167 og ved *model 3* 266.
- Ved valg af *model 1* forventes det, at der bliver afholdt 77 visitationssamtaler pr. år, ved *model 2* 127 og ved *model 3* 183.
- Ved valg af *model 1* forventes det, at 55 deltager i støttetilbud, der gives i tilknytning til screeningen, ved *model 2* 82 og ved *model 3* 112.

SAMMENFATNING

Projekt Fødselsdepression har afprøvet en model for screening og tidlig indsats i en befolkning med 3.500 fødsler. Det giver et betydeligt erfaringsgrundlag, der kan bruges i planlægningen af fremtidige indsatser. Anvendelsen af både massescreening og selektiv screening giver desuden basis for at sammenligne effekten af to screeningsstrategier.

Ved massescreening blandt førstegangsfødende opnåedes en screeningsprocent på 69%. 9% af disse blev testet positive svarende til 7% af alle førstegangsfødende.

Ved selektiv screening blandt flergangsfødende blev 4% screenet. 53% af disse blev testet positive svarende til 2% af alle flergangsfødende.

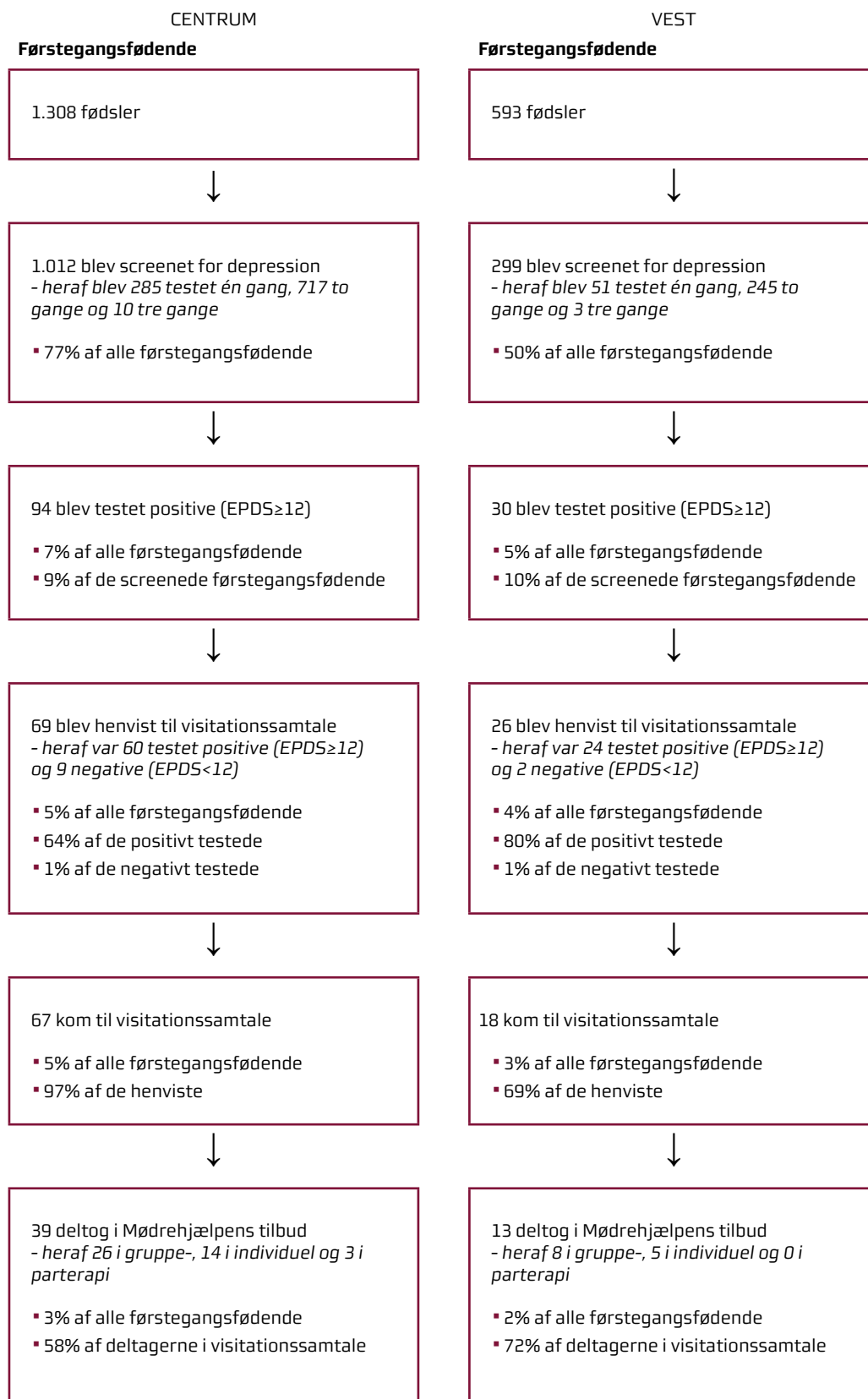
Med massescreeningen fandt man således tegn på depression 3,5 gange så ofte som ved selektiv screening. Ser man på, hvor mange der deltog i Mødrehjælpens tilbud pr. 1.000 screenede, var det kun dobbelt så mange ved massescreening som ved selektiv screening. Ved massescreening var der således færre, der gik videre til behandlingstilbuddet. Det kan bl.a. skyldes, at massescreening giver flere falsk positive.

Sammenholder man massescreening med selektiv screening, kan man konkludere, at en betydelig større arbejdsindsats i form af screening, henvisninger og visitationssamtaler resulterede i en fordobling af antallet af deltagere i behandlingstilbuddet.

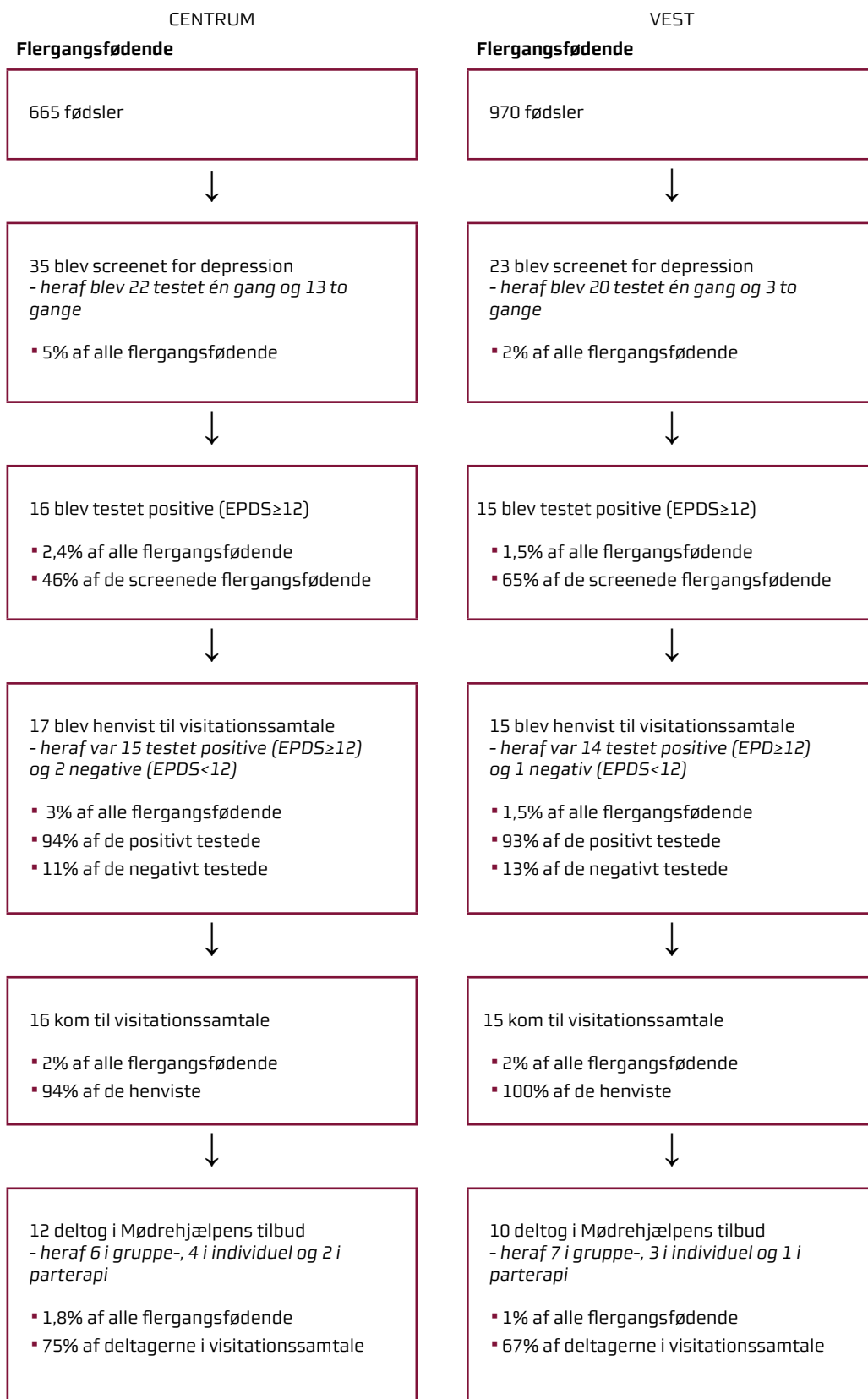
Ved valg af screeningsstrategi i fremtidige indsatser mod fødselsdepression bør disse erfaringer inddrages. Det endelige valg af screeningsstrategi må imidlertid bero på, hvor højt man vægter udbytte og omkostninger ved de to fremgangsmåder.

Analysen af klientflowet viser endvidere, at der var en markant højere screeningsprocent i sundhedsplejedistrikt Centrum end i Vest. 45% af alle fødende i Centrum blev screenet mod 17% i Vest. En vigtig grund var den større andel af flergangsfødende i Vest, men det må formodes, at andre forhold også har spillet en rolle, fx manglende dansk kundskaber hos en del af den etniske minoritetsbefolkning. Ser man på andelen, der kom i behandling i de to distrikter, udjævner forskellen sig noget. Andelen der modtog behandling var dog ca. 75% højere i Centrum end i Vest. Der er ikke grundlag for at antage, at behovet for hjælp var mindre i Vest end i Centrum.

Figur 2. Klientflowet i Centrum og i Vest — førstegangsfødende



Figur 3. Klientflowet i Centrum og i Vest – flergangsfødende



5. Screening

Erfaringer med brug af EPDS-skemaet

EPDS-skemaet blev udleveret i forbindelse med sundhedsplejerskens besøg. Kvinden udfyldte selv skemaet, hvorefter sundhedsplejersken talte pointene sammen og drøftede besvarelsen med kvinden.

Erfaringer fra tidligere projekter viser, at kvinderne finder det meningsfuldt, at der bliver spurgt til deres psykiske velbefindende. Både i *Projekt Askepot* og projektet i Vejle tog kvinderne godt imod tilbuddet om screening med EPDS-skemaet.

Det er også erfaringen fra *Projekt Fødselsdepression*.

Der var ikke fra starten planlagt møder for sundhedsplejerskerne, der deltog i projektet, hvor de kunne udveksle erfaringer med brugen af EPDS-skemaet som arbejdsredskab.

Der viste sig imidlertid ret hurtigt et behov for at afholde faste opsamlings- og udvekslingsmøder med de involverede sundhedsplejersker. Specielt i starten var der mange henvendelser med spørgsmål af forståelsesmæssig karakter.

Samlet set blev skemaet dog vurderet meget positivt af sundhedsplejerskerne. Skemaet oplevedes som et godt udgangspunkt for at komme til at tale om emner, det kunne være vanskeligt at komme ind på i en almindelig samtale.

Tidspunktet for screeningen

Det var vigtigt at få kendskab til moderens emotionelle tilstand så tidligt som muligt. Derfor var første screening af de førstegangsfødende lagt tidligt, dvs. 3-8 uger efter fødslen.

50% af fødselsdepressionerne viser sig erfaringsmæssigt senere end tre måneder efter fødslen. Den anden screening blev derfor lagt i perioden 3-6 måneder efter fødslen.

Der var således givet en margen, så den enkelte sundhedsplejerske kunne indpasse screeningen i de normale besøg.

Efter projektets start gjorde nogle af sundhedsplejerskerne opmærksom på, at det var lige tidligt nok at bruge EPDS-skemaet tre uger efter fødslen, da nogle kvinder endnu virkede sårbare og trætte, uden at de havde egentlige depressionstegn.

I praksis blev 56% screenet inden for 3-8 uger efter fødslen ved første screening, mens 5% blev screenet tidligere og 34% blev screenet senere, mens tidspunktet var uoplyst ved 4% (tabel 7).

Ved anden screening foretoges 63% af screeningerne 3-6 måneder efter fødslen. 2% blev screenet tidligere og 28% senere, mens tidspunktet var uoplyst ved 7%.

Erfaringen fra projektet er således, at tidsfristerne for screening ikke blev overholdt strikt. 4 ud af 10 screeninger blev foretaget uden for de aftalte frister, heraf langt hovedparten efter fristens udløb.

I enkelte tilfælde blev der foretaget en tredje screening. Det skete i alt 13 gange, hvoraf de 9 screeninger fandt sted et halvt år eller mere efter fødslen.

En analyse viser, at sandsynligheden for en positiv test var størst lige efter fødslen. Andelen af positive test faldt, ind til barnet var 8-9 uger. Herefter begyndte den igen at stige.

51% af de kvinder, der blev testet positive i *Projekt Fødselsdepression*, blev testet positive første gang tre måneder eller senere efter fødslen. Det svarer således nøje til de hidtidige erfaringer med opsporing af fødselsdepression.

Betydningen af to screeninger

Formålet med at tilbyde førstegangsfødende to test med nogle måneders mellemrum kombinerede to hensyn: hurtigt at kunne tilbyde hjælp til kvinder, der allerede i de første uger efter fødslen viste tegn på depression, og at opspore de kvinder, der først efter nogle måneder udviklede tegn på depression.

74% af de førstegangsfødende blev testet to gange (nogle få blev testet tre gange). 28% af de flergangsfødende blev testet to gange.

I alt blev 155 kvinder testet positive. Heraf blev 115 testet positive ved første screening. Der blev således fundet 38 ekstra ved anden screening og to ved tredje screening.

Gentagelse af testen ved tre fjerdedele af de screenede kvinder øgede altså andelen af positivt testede med 35%.

Betydningen af den valgte cut-off-værdi på EPDS

Forfatterne til EPDS anbefaler, at en score på 13 og derover bruges som indikation på depression. I nærværende projekt er der valgt en score på 12 som cut-off-værdi. Ud fra dette kriterium blev 155 kvinder testet positive.

Table 7. Screeningsprocent hos førstegangsfødende

● = referencegruppe grønne tal = signifikant mindre/større end reference- gruppe (95% konfidenceniveau)	Procent	Forskel i %-point	Forskel i %-point justeret*
Distrikt			
Centrum	65	●	●
Vest	42	-23	-16
Fødeland			
Danmark	66	●	●
Andet	26	-40	-30
Ukendt	45	-21	-17
Tidligere behandlet for psykiske problemer			
Ja	60	●	●
Nej	60	0	2
Uoplyst	44	-15	-6
Alder			
<20 år	20	●	●
20-24 år	44	24	14
25-29 år	62	42	19
30-34 år	60	40	18
35-39 år	55	34	16
40+ år	60	40	27
Samlivsstatus			
Gift	51	●	●
Samlevende	66	15	6
Alene	43	-8	-1
Ukendt (men ikke gift)	47	-5	4
Skolegang			
7.-9. klasse	30	●	●
10. klasse	47	17	6
Studentereksamen/HF	66	36	14
Andet	48	17	9
Ukendt	45	15	9

Afsluttet erhvervsuddannelse			
Ingen	59	●	●
Faglært	62	2	8
Kort boglig (1-2 år)	61	2	5
Mellemlang boglig (3-4 år)	63	4	1
Lang boglig (5+ år)	66	7	3
Andet	56	-3	5
Ukendt	43	-16	0
Forsørgelsesgrundlag			
Lønnet arbejde	62	●	●
Understøttelse	66	4	6
Kontanthjælp mv.	34	-29	-4
Studerende	64	1	1
Andet	39	-24	-3
Ukendt	43	-20	-17
Flerfoldsfødsel			
Ja	58	●	●
Nej	35	-23	-28

*Justeret for alle andre variable i tabellen

Hvis man alternativt havde valgt 13 som cut-off-værdi, ville 134 være blevet testet positive – 14% færre. Havde man i stedet valgt 11 som cut-off-værdi, ville 195 være testet positive – 26% flere.

Havde screeningen social slagside?

I det foregående kapitel er målgruppens sammensætning beskrevet.

Et vigtigt spørgsmål at få belyst er, om der skete en selektion ved screeningen, så kvinder med bestemte socio-demografiske kendetegn sjældnere blev screenet end andre. Det er især relevant at undersøge ved de førstegangsfødende, da alle her i udgangspunktet skulle tilbydes screening. Der er derfor beregnet screeningsprocenter for de førstegangsfødende opdelt på socio-demografiske kendetegn.

Oplysninger om de 1.905 førstegangsfødende er hentet fra Den Århusianske Fødselskohorte og fødselsregistreringen på Skejby Sygehus. Det har ikke været muligt at matche 209 af de screenede kvinder med oplysninger fra registrene. De er derfor i analysen blandet sammen med dem, der ikke blev screenet. Derfor er screeningsprocenten i den følgende analyse generelt lavere end angivet i kapitel 4, men da det manglende match formodes at fordele sig tilfældigt, influerer det næppe på de relative forskelle mellem grupperne.

Analysen er delt i to. Først er de faktiske forskelle i screeningsprocent inden for de forskellige socio-demografiske grupper beregnet. Forskellen er angivet i procentpoint (en procent minus en anden procent). Dernæst er de samme forskelle beregnet, efter at der er korrigeret for fordelingen af samtlige andre variable i analysen. Dette er gjort for at vise, hvor meget af forskellen der 'forklares' af de øvrige variable. Korrektionen er foretaget ved hjælp af logistisk regression.

Distrikt

Screeningsprocenten var 23 procentpoint højere i Centrum end i Vest. Når der tages højde for forskelle i befolkningssammensætning mellem de to distrikter, reduceres forskellen til 16 procentpoint.

Fødeland

Der var en betydelig højere screeningsprocent blandt kvinder født i Danmark end blandt kvinder født i udlandet. Forskellen er på 40 procentpoint. Den reduceres til 30 procentpoint, når der tages højde for de øvrige faktorer. Af samtlige undersøgte socio-demografiske faktorer er det fødeland, der påvirker screeningsprocenten mest blandt de førstegangsfødende.

Tidligere behandlet for psykiske problemer

Kvinder, der tidligere har været behandlet for psykiske problemer, havde samme screeningsprocent som kvinder, der ikke har været i behandling.

Alder

Screeningsprocenten var lav hos kvinder under 25 år. Når der tages højde for fordelingen af de øvrige variable, reduceres forskellen noget, men er dog stadig betydelig.

Samlivsstatus

Samlevende havde en højere screeningsprocent end gifte og en væsentlig højere screeningsprocent end kvinder, der var alene. Forskellene er små, efter at der er justeret for forskelle i de øvrige variable.

Skolegang

Der er en klar sammenhæng mellem skolegangens længde og screeningsprocenten. Screeningsprocenten var 36 procentpoint højere blandt personer med studentereksamen/HF end blandt personer, der havde forladt skolen efter 7.-9. klasse. Forskellen reduceres til 14 procentpoint i den justerede analyse.

Afsluttet erhvervsuddannelse

Der var ingen forskel i screeningsprocent i forhold til erhvervsuddannelse.

Forsørgelsesgrundlag

Personer med lønnet arbejde, på understøttelse og studerende havde den højeste screeningsprocent. Personer på kontanthjælp mv. og med andet forsørgelsesgrundlag havde en væsentlig lavere screeningsprocent. Denne forskel forsvinder stort set, når der justeres for forskelle i de øvrige variable.

Flerfoldsfødsler

Kvinder, der fødte tvillinger, havde en markant lavere screeningsprocent end de øvrige. Forskellen øges en smule, når der justeres for forskelle i de øvrige variable.

SAMMENFATNING

Der var gode erfaringer med brug af EPDS. Kvinderne tog godt imod tilbuddet om screening, og sundhedsplejerskerne oplevede, at EPDS var et godt udgangspunkt for at tale om emner, der kunne være vanskelige at komme ind på i en almindelig samtale.

To screeninger øgede antallet af positivt testede med 35%. Samtidig gav to screeninger mulighed for både at screene i ugerne efter fødslen og dermed tilgodese hensynet til en tidlig indsats, og efter 3-6 måneder efter fødslen, hvor risikoen for fødselsdepression er

større end i de første måneder.

EPDS er ret følsomt over for valg af cut-off-værdi. I projektet er brugt en værdi, der ligger et point under den anbefalede, hvilket bevirkede, at 14% flere blev screenet positive. Det er ikke muligt at sige præcist hvilken cut-off-værdi, der er den 'rigtige'. Valget må i sidste instans bero på praktiske overvejelser.

Der var en vis social skævhed ved screening af førstegangsfødende. Screeningsprocenten var lavere ved personer født uden for Danmark, personer med kort skoleuddannelse, enlige, kontanthjælpsmodtagere, unge mødre og blandt kvinder, der havde født tvillinger.

Grunden til den lavere screeningsprocent blandt disse grupper må formodes blandt andet at være: 1) Manglende danskkundskaber. 2) Mindre velvilje over for tilbuddet hos kvinder med en mere marginal social position end blandt kvinder fra middelklassen. 3) Selektion fra sundhedsplejerskernes side.

6. Visitation

Visitationssamtalen

Kvinder, som viste tegn på depression ved sundhedsplejerskernes screening, blev henvist til en samtale hos Mødrehjælpen, hvis de var interesserede og i øvrigt opfyldte betingelserne for deltagelse i projektet (dansktalende, ingen misbrugsproblemer eller svære psykiatriske problemer).

Af de 155 kvinder, der blev testet positive med EPDS, blev 127 henvist til samtale, og 110 deltog i en samtale.

Formålet var at afklare, om kvinden kunne have udbytte af at deltage i gruppetilbuddet, som var det primære tilbud, eller hun havde behov for individuelle samtaler eller parsamtaler. Som det fremgår af kapitel 4, tjente visitationssamtalen ikke blot til at vurdere kvindens egnethed og motivation for at deltage i Mødrehjælpens tilbud, men også til at guide videre til andre tilbud, der skønnedes relevante.

Den visiterende psykologs erfaringer og vurderinger

Visitationssamtalerne blev afholdt af Karen Ghoula, psykolog i Mødrehjælpen. Hun fortæller her om sine erfaringer med samtalerne:

Forhold der skulle afklares i visitationssamtalen

Det viste sig ret hurtigt i projektet, at visitationssamtalen var af afgørende betydning for behandlingens succes. For at kvinden kunne få noget ud af forløbet, skulle flere forhold være til stede.

For det første skulle kvinden være motiveret. Skønt alt tyder på, at en kvinde har en fødselsdepression og behandlerne i øvrigt vurderer, at hun vil være oplagt til et gruppetilbud, er det ikke nødvendigvis en god idé, hvis kvinden har modstand mod gruppebehandling eller har svært ved at erkende, at hun har en depression.

For det andet var det vigtigt, at hun var velforberedt, dvs. hun skulle vide, hvad hun kunne forvente, og hvilke krav forløbet stillede til hende.

Sidst men ikke mindst skulle hun kunne profitere af tilbuddet. Som påpeget i forbindelse med *Projekt Askepot* skal man være opmærksom på, at selv om en kvinde scorer højt på EPDS og gerne selv vil i gruppe, kan det ikke altid forsvares, hvis fx kvinden er svært deprimeret. I disse tilfælde vil kvinden for det første ofte ikke kunne magte at være i gruppen, og gruppen vil heller ikke være en tilstrækkelig støtteforanstaltning.

Visitationssamtalen et led i behandlingen

På grundlag af de erfaringer vi fik i projektet, forlængede vi visitationssamtalerne fra 1 til 2 timer, da det viste sig at være et ret omfattende arbejde at afklare de ovennævnte forhold.

Derudover rådede vi i visitationssamtalen også kvinderne til at kontakte egen læge og fortælle om deres situation, også i de tilfælde, hvor kvinden ikke umiddelbart havde behov for medicinsk behandling. Det var vigtigt, at lægen var orienteret, hvis der fx skulle blive behov for medicinsk behandling eller for en sygemelding på et senere tidspunkt.

De fleste kvinder havde en meget positiv oplevelse af visitationssamtalen og gav udtryk for, at de allerede følte sig hjulpet ved at have haft mulighed for at fortælle, om de mange svære følelser og deres tilstand. Det gjorde, at mange kunne klare den ventetid, der ofte blev fra de havde været til visitationssamtale og til gruppeforløbet startede.

I nogle tilfælde viste det sig dog, at kvinden ikke kunne vente på, at gruppeforløbet startede, og i de tilfælde fik kvinden individuelt støttende samtaler som oftest hos jordemoder eller socialrådgiver, men enkelte gange også hos den visiterende psykolog, når der var behov for en meget akut indsats. På den måde kom visitationssamtalen til at fungere som et led i behandlingen og ikke bare som en afklaring. Samtalerne foregik hos Mødrehjælpen.

Kvinder med anden etnisk baggrund

Som nævnt tidligere var målgruppen afgrænset til dansktalende kvinder, hvilket automatisk udelukkede en del kvinder med anden etnisk baggrund. Projektets økonomi gav ikke mulighed for at afholde udgifter til tolkebistand.

Men vi måtte også konstatere, at det ikke var en enkel sag at hjælpe kvinder med anden etnisk baggrund, selv når de talte og forstod dansk og derfor måtte antages at være rimeligt integrerede. Det viste sig nemlig, at flere indvandrerkvinder, som blev henvist til visitationssamtale i Mødrehjælpen, ikke dukkede op. I disse tilfælde forsøgte vi at genindkalde kvinden eller kontakte hendes sundhedsplejerske for at få denne til at tale med kvinden og motivere hende til at søge hjælp, men det lykkedes kun i få tilfælde.

Sundhedsplejerskerne gav udtryk for, at det kunne skyldes, at mange af indvandrerkvinderne var utrygge ved at skulle uden for deres lokalmiljø for at modtage hjælp. Men også at kvinderne måske ikke ville være med i en gruppe af angst for, at tavshedspligten ikke blev overholdt, og at andre fra deres etniske netværk skulle få kendskab til deres problemer og psykiske tilstand.

Hvis man skal nå denne gruppe, må man i fremtiden nøje overveje, hvor man geografisk placerer et tilbud om hjælp, og hvordan man kan forberede og motivere kvinderne, så de føler sig trygge ved at tage imod tilbuddet. I den sammenhæng vil det være hensigtsmæssigt at inddrage en konsulent med viden om og erfaring med indsats i forhold til personer med anden etnisk baggrund.

Men i forhold til de kvinder med anden etnisk baggrund, som kom til visitationssamtale og fik et behandlingstilbud, herunder også gruppetilbud, var erfaringerne positive. I næsten hver gruppe var der én kvinde med anden etnisk baggrund, og alle oplevede det som en berigelse. Kvinderne oplevede, at man ikke var så forskellige som man kunne tro, og at nybagte mødre i forskellige kulturer kan slås med de samme problemstillinger. Men tilgangen til problemerne kan samtidig være forskellig, og på den måde kan alle lære noget af hinanden.

SAMMENFATNING

Visitationssamtalen hos Mødrehjælpens psykolog havde til formål at afklare, om kvinden kunne drage nytte af projektets tilbud, primært gruppetilbuddet, sekundært tilbuddet om individuelle eller parsamtaler. Eller om hun eventuelt skulle guides videre til andre behandlingstilbud.

Der var tale om en lang, grundig samtale, hvor de kommende deltagere i gruppetilbuddet ligeledes blev informeret om, hvad de kunne forvente af forløbet, og hvilke krav der stilledes til dem. Visitationssamtalen kom på den måde også til at fungere som en del af behandlingen.

En del kvinder med anden etnisk baggrund end dansk udeblev fra visitationssamtalen, selv om de i første omgang havde takket ja. Forklaringen herpå skal muligvis søges i angsten for reaktioner fra deres netværk samt den geografiske placering af tilbuddet.

7. Gruppeforløb

Deltagelse i gruppeforløbene

47 af de 155 kvinder, der viste tegn på depression ved sundhedsplejerskernes screening, deltog i gruppeforløbene hos Mødrehjælpen. De deltog i gennemsnit i 9 gruppesessioner.

Mødeprocenten var 80%. 5 kvinder faldt fra under gruppeforløbene. Gennemførelsesprocenten var 89%.

For at en gruppe kunne starte, skulle der være 5 personer tilmeldt.

Gruppeledernes erfaringer og vurderinger

Gruppetilbuddet blev ledet af Birgit Wexel, sundhedsplejerske i Århus Kommune, og Karen Ghoula, psykolog i Mødrehjælpen, som her fortæller om erfaringerne med grupperne:

Grupperne

I projektperioden blev der gennemført 7 gruppeforløb. Det var en gruppe mindre end forventet i projektbeskrivelsen, hvilket skyldes, at vi ændrede på gruppeforløbenes længde på baggrund af de erfaringer, vi fik.

Der var tale om lukkede grupper, og hver mødegang var på 2½ time og lå tirsdag formiddag fra kl. 9.30 til 12.00. Ved hvert møde blev der i pausen serveret brød, te, kaffe og frugt.

Grupperne var på 6-7 personer. I projektbeskrivelsen regnede man med et deltagerantal på 6-8. Vores erfaring er, at 6-7 deltagere er passende, men at 8 er for mange. Det hænger sammen med, at der er tale om mennesker med depression. Depression handler om andet end følelser. Ved depression optræder der også forstyrrelser i tænkningen i form af hukommelses- og koncentrationsbesvær. Hvis gruppen er for stor, bliver det for uoverskueligt for den deprimerede at forholde sig til at være i den.

Gruppeforløbets længde varierede i løbet af projektperioden. Vi startede med gruppeforløb på 10 gange, men både vi og deltagerne oplevede, at det var for kort. Derefter eksperimenterede vi med gruppeforløb på henholdsvis 14, 12, og 13 gange og nåede frem til, at tilfredsheden var størst for de grupper, der havde fået 13-14 gange. Så følte de fleste af gruppedeltagerne, at de var klar til at stå på egne ben igen.

Fremmødeprocenten for de deltagende var høj, hvilket efter vores vurdering hænger sammen med, at vi gjorde meget ud af at for-

berede kvinderne både ved visitationssamtalen og ved det første introduktionsmøde i gruppen, således at de vidste, hvad de gik ind til. Herunder hvad vi forventede af dem, hvilke reaktioner de selv kunne få, og hvad de kunne forvente at få ud af forløbet.

Til gruppetilbuddet var der tilknyttet et frivilligt team bestående af en sundhedsplejerske, en pædagog og en sygeplejerske. Teamet tilbød gratis børnepasning til de mødre, der ellers ville være afskåret fra at deltage i tilbuddet, fordi de manglede muligheder for at få passet deres børn.

Stort set alle kvinder, der fik deres børn passet, gav børnepasningen topkarakter. De var meget glade for, at tilbuddet eksisterede og var placeret i samme hus som gruppetilbuddet. Det følte trygt for dem, at barnet var lige i nærheden, og gav dem, der ammede, mulighed for at deltage uden det store besvær, som det ofte er at få et ammebarn passet.

Fællestræk hos deltagerne

Kvinderne, der deltog i gruppeforløbene, var selvfølgelig umiddelbart meget forskellige, men vi oplevede også, at de havde mange fællestræk. De har et stort behov for kontrol og er vant til at kunne styre det hele. Det er dem, der har været vant til at tage sig af de andre, og ofte dem, som de andre i vennekredsen kommer til, hvis de har problemer. Men deres egne problemer indvier de ikke andre i. De har det bedst med at klare problemerne selv.

Men når man får et barn, kan man ikke længere forudse og styre alt, og det opleves af disse kvinder som et meget stærkt kontroltab, som de ikke kan klare.

Mange af kvinderne var det, man umiddelbart kunne beskrive som dygtige, pæne middelklassepiger, men i projektperioden blev vi opmærksomme på, at mange har haft en barndom, som har været belastet, og som har efterladt kvinderne med en psykisk sårbarhed.

Fx har der været mange kvinder, hvor en af forældrene, som oftest faderen, har haft et alkoholmisbrug. Som oftest var misbruget skjult, forstået på den måde at der var tale om familier, som udadtil var velfungerende. Der var ingen uden for familien, der havde kendskab til, hvor svært barnet eller børnene havde det.

Da det først var noget, vi blev opmærksomme på undervejs, kan vi ikke sætte tal på, hvor mange kvinder, det drejer sig om, men i den sidste gruppe vi havde, havde 5 ud af 7 kvinder haft en barndom med en alkoholiseret far.

Følgende case illustrerer dette:

B. scorede 15 point på EPDS og blev henvist til visitationssamtale. B. er 29 år og har en datter på 5 måneder. Hun er universitetsstuderende og bor sammen med barnets far. B. fortæller, at der ikke var tale om en planlagt graviditet, men da de tidligere havde talt om, at de gerne ville have børn, var det ingen katastrofe, da 'uheldet' skete.

Umiddelbart giver B. udtryk for, at hun havde det godt under graviditeten, men længere inde i samtalen kommer det frem, at hun ikke altid syntes, det var rart at gå rundt med den store mave. Hun havde det meget svært med, at hendes krop forandrede sig.

Hun havde en hurtig fødsel, der gjorde mere ondt, end hun havde regnet med, men hun føler sig ikke belastet af den. Men hun synes, det var overvældende med de mange besøg, som parret fik, mens hun lå på hospitalet.

Det fortsatte da de kom hjem, fordi hendes mand er meget socialt anlagt og gerne ville dele sin glæde over barnet med så mange som muligt. Hun følte ikke, at hun havde energi til alle de mennesker, men fik ikke sagt fra.

Hun begyndte at blive trist og energiløs og som en konsekvens heraf også at føle sig utilstrækkelig, fordi hun ikke orkede at være den samme aktive kvinde, som hun var, før hun fik barn. Utilstrækkelighedsfølelsen voksede, således at hun nu føler, at hun slet ikke slår til, hverken som mor eller kæreste.

Hun kan ikke forstå, hvorfor hun har det på denne måde, for hun synes, at barnet er nemt, og at hun har de bedste betingelser for at have det godt. Derfor tager hun ofte med sin mand ud, selv om hun helst vil sidde hjemme og slappe af. Men hun føler det som et meget stort pres.

Umiddelbart oplever B., at hun har haft en meget normal, almindelig opvækst i en traditionel kernefamilie med far, mor og børn. De boede i et parcelhuskvarter, og begge forældre var i arbejde.

Men ved nærmere udspørgen viser det sig, at tingene ikke har været så enkle. Faderen havde et alkoholmisbrug, som der dog aldrig blev talt om i familien, og forældrene blev skilt, da hun var 6 år gammel, men fandt sammen igen et par år senere. Men faderens misbrug fortsatte, og hjemmet var præget af det. Alligevel holdt forældrene sammen, indtil B. var 16 år, hvorefter de blev endeligt skilt. B. flyttede med sin far, da hun siden puberteten havde fået et meget dårligt forhold til sin mor.

Forholdet til moderen er i dag lidt bedre, men langt fra uproblematisk, og faderen har hun kun lidt kontakt til. Han drikker fortsat, og hun har ikke lyst til, at hendes barn skal have kontakt med ham.

Få deltagere med lav social status

Som nævnt i kapitel 1 viser undersøgelser, at risikoen for at udvikle en fødselsdepression er højere for kvinder med lav social status, og vi havde da også kvinder i grupperne fra denne kategori, som føl-

gende case illustrerer. Men der var færre, end man skulle forvente.

M. er 25 år og mor til to børn, en datter på 2½ år og en søn på 3½ måned. M. bor sammen med børnenes far. De har kendt hinanden, siden de var unge. Hun er ufaglært, og han er butiksarbejder. Hun scorede 19 point på EPDS og blev henvist til visitationssamtale.

M. giver udtryk for, at hun har en god støtte i sin kæreste, men at hun ikke har det godt og meget ofte føler sig usikker i moderrollen. Hun er hele tiden bekymret for, om den lille får nok at spise, om hun stimulerer ham nok, når hun også samtidig skal tage sig af den store pige, og i det hele taget om hun gør det godt nok.

M. tror selv, at hendes problemer hænger sammen med, at hun er meget isoleret. Hun er ikke god til at holde på venner eller knytte nye venskaber, og hun har ikke en familie, der kan støtte hende.

M. har haft en meget belastet opvækst. Hun har ikke kendt sin far, og hun beskriver moderen som meget dominerende, krævende og selvoptaget. M. oplevede, at moderen gennem hele hendes opvækst stillede krav om, at M. skulle støtte og være der for sine søskende, mens moderen ikke selv tog et ansvar. M. føler, at hun på den måde blev som en mor for sine søskende, og at moderen svigtede hende til fordel for hendes søskende.

Da M. var 14 år gammel, kom hun i familiepleje, hvor hun boede, indtil hun flyttede hjemmefra. Men hun har i dag ingen kontakt med plejefamilien, da hun blev uvenner med dem i forbindelse med flytningen.

Hun har heller ikke haft kontakt med sin mor i tre år, fordi hun oplever, at kontakten med hende er for svær. Men det er ikke let. Hun savner en mor, der kan støtte hende.

M. beskriver sig selv som en person, der altid har været der for andre og hjulpet dem, hvis de havde brug for det. Men i dag, hvor hun har brug for hjælp, oplever hun, at de ikke er der for hende, og hun føler sig svigtet. Men det er på den anden side også ambivalent, for hvis hun skulle fortælle om sine problemer, ville hun også vise svaghed, og det har hun det ikke godt med, for hun har altid skullet være den stærke i familien.

Svært at nå de meste udsatte kvinder

Det faktum, at risikoen for at udvikle en fødselsdepression er større for kvinder med lav social status, falder ikke i tråd med beskrivelsen af den typiske kvinde, der deltog i projektets gruppetilbud. Det kunne tyde på, at der er sket en selektion til fordel for de veluddannede middelklassekvinder. Det ser ud til, at denne selektion allerede sker ved screeningen. [Gruppeledernes formodning bekræftes af analyserne i afsnittet "Havde screeningen social slagside?" i kapitel 5.]

Vi har ikke oplysninger, der kan besvare, hvorfor det forholder sig således, så der kan derfor kun blive tale om gisninger. Muligvis

afspejler det befolkningssammensætningen i de to distrikter i byen, som var omfattet af projektet (der bor især mange studerende i Centrum).

Mere sandsynligt er det dog, at det handler om kvindernes forskellige indstilling til hjælp. Kvinder med lav social status er ofte vant til at have 'systemet' imod sig, og de nærer derfor modstand mod og frygt for det. Måske er de bange for, at deres børn bliver tvangsfjernet. De vil derfor ikke bede om hjælp og skjuler, hvor dårligt de reelt har det. Måske afviser de at udfylde EPDS-skemaet eller besvarer ikke spørgsmålene ærligt. Mens kvinder med middelklassebaggrund anser de offentlige myndigheder som et sted, man kan få hjælp, og de tør derfor være mere åbne om deres psykiske tilstand.

Men uanset hvad grunden er, tyder det på, at projektet ikke i tilstrækkelig grad har nået de svageste og mest udsatte kvinder med fødselsdepression. Det er en meget vigtig erfaring, som man i et fremtidigt projekt eller tilbud til fødselsdeprimerede kvinder må tage seriøst. Fx betyder det, at man skal gøre sig overvejelser om, hvordan man kvalificerer de medarbejdere, der skal håndtere denne problemstilling.

Deltagernes vurdering af gruppeforløbet

I de fire sidste af de syv grupper blev der udleveret evalueringsskema ved afslutningen af forløbet. Der blev spurgt om, hvor tilfredse de var med forløbet, og hvilket udbytte de syntes, de havde haft af det. 24 kvinder besvarede spørgeskemaet.

Tilfredshed med gruppeforløbet

Kvinderne blev bedt om at angive, hvor tilfredse de var med gruppeforløbet på en skala fra 0 til 10, hvor 10 var *særdeles tilfreds* og 0 *ikke tilfreds*. Gennemsnittet for besvarelserne var 9.

Udbyttet af gruppeforløbet

Der blev stillet et spørgsmål om deltagernes oplevelse af ensomhed og isolation før starten i gruppen og syv spørgsmål om deltagernes udbytte af gruppeforløbet.

Tabel 8 på næste side viser svarfordelingen. 21 ud af 24 gav udtryk for, at de følte sig ensomme eller isolerede ('i nogen grad' eller 'meget') før gruppeforløbet.

Kvinderne gav i de syv spørgsmål om udbytte udtryk for, at de havde haft et positivt udbytte af gruppeforløbet. Hos de fleste var oplevelsen af ensomhed og isolation blevet reduceret.

Kvinderne havde følt sig styrket i deres rolle som mødre, og de syntes, at gruppeforløbet havde givet dem større styrke i dagligdagen. De fleste havde også oplevet at have fået styrket kontakten med barnet og at være kommet bedre i kontakt med deres egne stærke sider.

Table 8. Udbyttet af gruppeforløbet — 24 deltageres vurdering (gruppe 4-7)

Spørgsmål	Nej, slet ikke	Ja, i nogen grad	Ja, meget
Følte du dig ensom eller isoleret inden du startede i gruppen?	3	15	6
Føler du dig mindre ensom eller isoleret nu ved gruppens afslutning?	1	9	11
Har din deltagelse i gruppeforløbet styrket dig i rollen som mor?	-	10	14
Har din deltagelse i gruppeforløbet styrket din kontakt med dit barn?	1	11	11
Har din deltagelse i gruppeforløbet styrket dit parforhold?	1	16	6
Har din deltagelse i gruppeforløbet styrket din oplevelse af at være en familie?	2	20	2
Har din deltagelse i gruppeforløbet givet dig bedre kontakt til dine styrkesider igen?	-	12	10
Har din deltagelse i gruppeforløbet styrket/givet dig større styrke i dagligdagen?	-	10	14

Mindst har den oplevede effekt været i forhold til parforhold og oplevelsen af at være en familie. Men også her havde de fleste oplevet en positiv effekt.

Uddybende kommentarer

De fleste har uddybet deres vurdering med en skriftlig kommentar. Kommentarerne var for hovedpartens vedkommende overordentligt positive. Flere gav udtryk for, at det havde haft en afgørende betydning for deres liv. De oplevede, at de havde fundet sig selv igen og genvundet glæden og troen på fremtiden:

"Det har betydet utroligt meget for mig og mit forhold til mit barn at være i denne gruppe. Jeg har genvundet troen på, at det bliver en god fremtid."

"Jeg har fundet mig selv igen. Jeg tror ikke, at jeg var kommet så hurtigt ovenpå uden gruppeforløbet. Gruppeforløbet har betydet alt."

Nogle nævner, at forløbet har givet dem glæden ved at være mor og troen på, at de kan blive en god mor:

"Jeg er blevet glad for at være mor. Før kunne jeg fortryde det, men nu er det at være mor det bedste, der er sket for mig. Jeg har lært meget omkring mig selv, og det tror jeg vil styrke mig i at blive en rigtig god mor, da jeg er kommet i balance med mig selv."

"Jeg er blevet glad og har fået troen på fremtiden og på mig selv tilbage. Jeg er blevet den mor, jeg gerne ville være."

"Jeg er ikke bange for at være alene med mit barn mere."

Nogle fremhæver, at forløbet har haft en positiv virkning på deres parforhold:

"Det har været godt at hive mig selv op til at komme herind og få talt om netop de små ting, som man slet ikke er klar over påvirker en og ens parforhold. Tusind tak for hjælpen – det har betydet meget for mig og vores familie."

"Jeg er nu mere bevidst om, hvad mine forventninger til parforholdet er – jeg har langt om længe fået sat ord på – det har gjort det lidt nemmere at forklare min partner, hvad det er, jeg har manglet fra ham."

Flere nævner, at gruppeforløbet har givet dem mulighed for at dele deres problemer med andre, der er i samme situation:

"Jeg synes, det har været rart at mødes med andre, der har været i en situation, der lignede min, så man ikke har følt sig helt alene med sine bekymringer og bedre har kunnet arbejde med problemer, der ofte er tabubelagte og derfor ikke er nemme at diskutere med sit normale netværk."

"Det har været en lettelse at få læsset af – og kunne sige, hvordan man virkelig har det."

"Jeg er blevet bedre til at fortælle venner og familie, hvordan jeg har det. Jeg har lært meget om, hvordan det er at blive mor – at det ikke er en dans på roser – heller ikke for de andre."

Men kvinderne nævner også 'indsigten i sig selv' som en meget væsentlig årsag til, at de har fået det bedre:

"Det har virkelig åbnet mine øjne for mange af mine problemer og givet mig nogle gode værktøjer til at arbejde videre med mig selv."

"Jeg har lært meget omkring mig selv, og det tror jeg vil styrke mig i at blive en rigtig god mor, nu da jeg er kommet i balance med mig selv."

"Jeg har fundet mig selv igen, har fået byggesten til at arbejde videre med."

"Jeg er blevet opmærksom på nye sider af mig selv – og fået nye måder at tænke om tingene på."

Til slut skal nævnes, at forplejningen blev fremhævet som noget ganske særligt. Kvinderne syntes, at det var virkelig dejligt, at der ved hvert gruppemøde var lavet en fin anretning med hjemmebagte boller, pålæg, frugt osv. Det var en omsorg, som de helt klart var meget taknemmelige for.

Ændringer i psykisk trivsel før/efter gruppeforløbet

Deltagernes psykiske trivsel blev målt ved start og afslutning af gruppeforløbet, for at undersøge om der var sket en forbedring. Der blev brugt to selvudfyldningsskemaer. Dels EPDS, som også blev brugt ved screeningen. Dels SCL-92 (*Symptoms Check List* – se bilag 2), der ved hjælp af 92 spørgsmål måler psykisk velbefindende inden for følgende områder:

- Somatisering
- Angst
- Interpersonel sensibilitet
- Fobi
- Tvangstanker eller tvangshandlinger
- Depression
- Vrede
- Mistroiskhed
- Psykotisme

36 ud af 47 deltagere udfyldte skemaerne før og efter (77%).

SCL-92

Tabel 9 viser ændringerne på de 9 skalaer fra før til efter gruppeforløbet. De grønne felter markerer forbedringer på fire point eller mere, de røde forværringer på fire point eller mere.

I gennemsnit er der sket forbedringer på alle skalaer, dog mest på depressionsskalaen og på skalaerne for somatisering, interpersonel sensibilitet og angst i nævnte rækkefølge.

Det fremgår endvidere af tabel 9, at de fleste af deltagerne har opnået en forbedret psykisk trivsel. Kun for et fåtal har der på alle områder været tale om status quo eller en forværring.

EPDS

Figur 4 og 5 viser udviklingen i scoren på EPDS. Det fremgår af figur 4, at hovedparten af deltagerne har reduceret deres score på EPDS fra før til efter gruppeforløbet, hvilket indikerer, at deres psykiske tilstand er blevet forbedret.

Figur 5 viser, at mens flertallet af deltagerne scorede 12 eller mere ved begyndelsen af gruppeforløbet, scorede flertallet under 12 ved gruppeforløbets afslutning.

Man kan derfor konstatere, at der er sket en betydelig forbedring af deltagernes psykiske tilstand under gruppeforløbet.

Det skal understreges, at der ikke var nogen kontrolgruppe i projektet, som resultaterne kan sammenlignes med, så det er ikke muligt at afgøre, hvor stor en del af forbedringen i psykisk velbefindende, der skyldes gruppeforløbet, og hvor stor en del, der kan tilskrives andre forhold.

SAMMENFATNING

Erfaringen fra gruppeforløbet var, at det fungerede bedst med 6-7 personer pr. gruppe og 13-14 mødegange af 2½ time. Møde- og gennemførelsesprocenten var høj, hvilket bl.a. tilskrives den grundige visitationssamtale. Tilbuddet om gratis pasning af børnene under møderne blev benyttet af de fleste deltagere.

Gruppedeltagerne var gennemgående dygtige og socialt velfungerende middelklassekvinder. Men mange af gruppedeltagerne havde oplevet belastninger i barndommen, herunder alkoholiserede forældre.

Man havde svært ved at nå de socialt mest udsatte kvinder med gruppetilbuddet. Muligvis fordi kvinder med lav social status er vant til at have 'systemet' imod sig og derfor er mere skeptiske over for tilbud om hjælp. Muligvis fordi personalet havde sværere ved at komme på bølgelængde med denne gruppe.

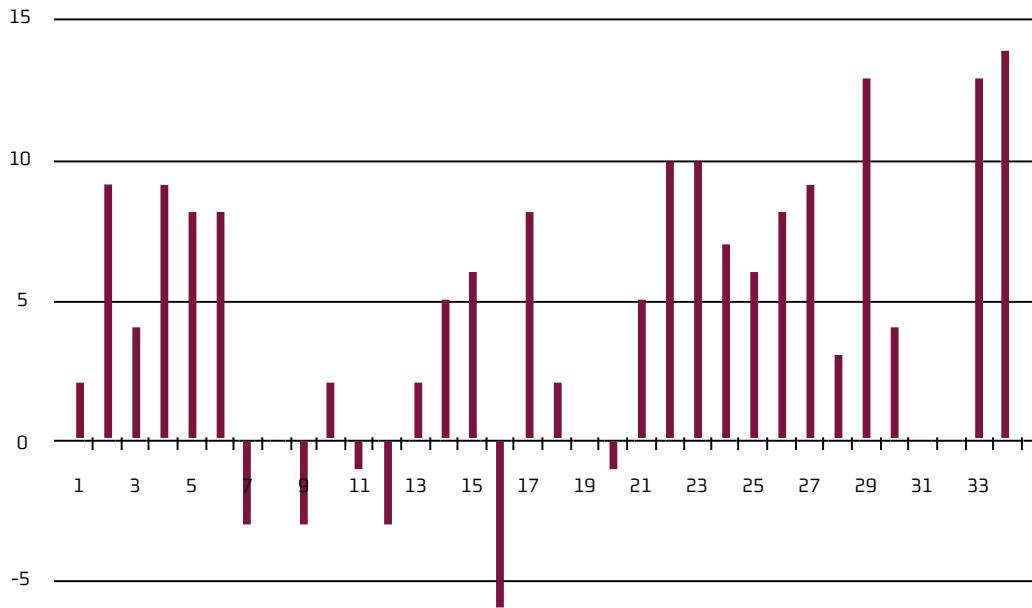
Deltagerne i gruppeforløbene gav for langt størstedelens vedkommende udtryk for, at de havde haft stort udbytte af at deltage. Især gav de udtryk for, at gruppeforløbet havde givet dem større styrke i dagligdagen og havde styrket dem i deres rolle som mødre.

Målingerne af deltagernes psykiske trivsel før og efter gruppeforløbet viste, at der var sket en betydelig forbedring af deltagernes psykiske tilstand under gruppeforløbet. Da der ikke var nogen kontrolgruppe, er det ikke muligt at afgøre, i hvor høj grad forbedringen skyldes deltagelse i gruppeforløbet.

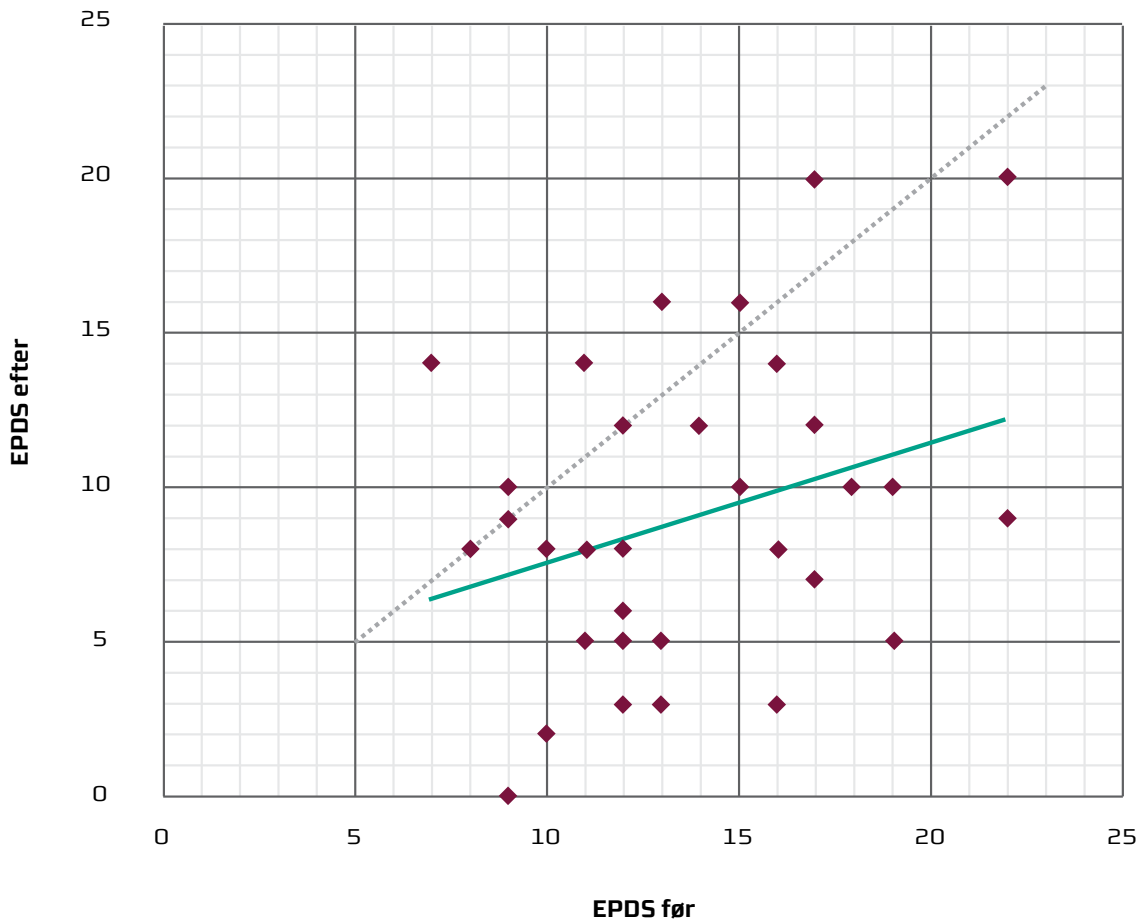
Tabel 9. Ændring i SCL-92-score fra start til slut af gruppeforløbet – forbedringer på 4 point eller mere = grønne felter, forværringer på 4 point eller mere = røde felter.

	Somatisering	Angst	Sensibilitet	Fobi	Tvangstanker	Depression	Vrede	Mistroiskhed	Psykotisme
	13	8	16	3	14	19	5	1	2
	17	6	13	1	13	29	9	1	4
	12	5	7	5	7	14	6	4	4
	18	18	7	5	16	19	3	6	10
	-4	4	4	0	8	5	-2	1	4
	-4	-6	-5	-1	-5	-12	-1	-2	-6
	0	-3	-1	1	0	3	1	1	-1
	-3	0	1	1	2	3	1	0	2
	12	8	8	10	9	12	6	3	13
	13	9	-12	-2	6	6	0	1	1
	2	-2	5	-2	3	2	0	0	-2
	4	11	14	5	8	11	4	15	3
	3	8	5	1	7	8	-2	2	2
	10	12	3	8	4	12	6	1	0
	1	7	0	1	4	2	0	1	0
	1	5	2	0	11	10	4	1	1
	6	4	3	1	9	11	5	0	3
	0	1	2	13	-1	2	1	4	-2
	3	3	1	0	1	3	3	-1	1
	1	7	18	20	6	27	6	6	7
	-10	-5	-2	2	0	4	1	-1	0
	3	-2	4	0	2	13	3	1	0
	8	0	1	2	0	9	6	-1	1
	5	1	2	0	4	3	2	1	1
	10	0	-3	4	-4	-7	-5	1	2
	4	-1	-2	-1	-3	-3	-4	-2	-5
	1	-2	-5	-3	-6	-10	-3	-4	-1
	20	4	-2	0	2	7	0	2	-1
	-2	-7	0	0	-8	-11	-1	4	-1
	9	14	13	1	10	24	7	6	7
	9	10	7	1	-2	10	3	4	5
	9	8	13	3	-1	17	8	0	1
	9	13	24	5	20	25	9	9	17
	7	1	10	5	0	10	-2	6	6
	-2	3	-5	0	5	-4	-1	-1	-1
	-12	-1	-1	1	-7	-5	-7	-1	0
Gn.snit	4,8	3,9	4,0	2,5	3,7	7,4	2,0	1,9	2,1
Max	20	18	24	20	20	29	9	15	17
Min	-12	-7	-12	-3	-8	-12	-7	-4	-6

Figur 4. Ændring i EPDS-score fra første samtale til efter forløbet — positive værdier angiver, at der er sket et fald i EPDS-score fra start til slut (dvs. en forbedring af den psykiske tilstand)



Figur 5. EPDS-score ved første samtale og efter gruppeforløbet — grøn linje er regressionslinjen, den stiplede linje svarer til uændret EPDS



8. Individuelle og parsamtaler

Deltagelse i individuelle og parsamtaler

25 af de 155 kvinder, der blev testet positive på EPDS, fik individuel behandling/rådgivning hos Mødrehjælpen — enten som eneste tilbud eller i tilknytning til gruppebehandlingstilbuddet. 2 af disse deltog desuden sammen med deres partnere i parrådgivning. For to tredjedels vedkommende var det korte terapiforløb på 1-3 gange, mens en tredjedel fik 10-12 samtaler ved psykolog. De korte forløb blev varetaget af jordemoder, socialrådgiver eller psykolog.

Tre kvinder og deres samleverer var udelukkende til parsamtaler (1-3 samtaler).

Psykologens erfaringer og vurderinger

Psykolog Karen Ghoula, Mødrehjælpen, fortæller om erfaringerne med individuelle og parsamtaler:

Muligvis kunne antallet af kvinder, der gik i gruppe frem for individuel behandling, have været større. I løbet af projektperioden fandt vi nemlig ud af, at hvis man gav kvinderne mulighed for at vælge mellem de forskellige tilbud, ville en del have tilbøjelighed til at vælge individuel behandling, selv om det drejede sig om kvinder, der ud fra vores erfaring med gruppebehandlingen, ville være oplagte til at indgå i et gruppetilbud.

Det hænger sammen med, at mange har den opfattelse, at individuel terapi giver mere end gruppebehandling, fordi man i sidstnævnte tilfælde er alene med terapeuten. Men også at kvinderne skammer sig over deres tilstand og har det svært med at skulle fortælle om den til andre.

Denne erfaring gjorde, at vi ændrede vores procedure, således at vi præciserede, at vores tilbud til kvinderne var et gruppetilbud, og at individuel behandling kun kunne komme på tale i ganske særlige tilfælde.

Antallet af kvinder, der fik parrådgivning, er ikke udtryk for det reelle behov, men afspejler de begrænsede ressourcer, der var til dette tilbud i projektet. Kvinderne blev kun tilbudt parrådgivning i de tilfælde, hvor enten kvinden var meget dårlig, og det derfor var nødvendigt at få manden på banen, eller hvor der var stor risiko for, at parforholdet ville blive opløst.

Men der er ingen tvivl om, at det ville have været hensigtsmæssigt at have kunnet inddrage fædrene noget mere, da de ofte var bekymrede og stod uforstående over for kvindens depression. Vi oplevede, at parforholdet meget ofte var under et stort pres, og at der var et større behov, end vi kunne honorere.

SAMMENFATNING

Individuelle og parsamtaler blev tilbudt i begrænset omfang til kvinder med særligt behov. Efterspørgslen efter individuel behandling oversteg, hvad der var ressourcer til. Det ville have været hensigtsmæssigt, hvis der havde været mulighed for i højere grad at inddrage fædrene i rådgivningen. Parforholdene var ofte under stort pres, og manden ville bedre have kunnet støtte kvinden.

9. Vigtige erfaringer

Erfaringer fra projektet

Projekt Fødselsdepression havde til formål at styrke indsatsen overfor kvinder med fødselsdepression. Projektet har over to år afprøvet en model for screening og tidlig indsats i en befolkning med 3500 fødsler. Der er benyttet både massescreening og selektiv screening. Det giver et betydeligt erfaringsgrundlag, der kan bruges ved tilrettelæggelsen af fremtidige tilbud. I dette kapitel opsummeres nogle af de vigtigste erfaringer fra projektet.

Screeningsdelen

- ▶ Det er en vigtig erfaring, at det er muligt at gennemføre rutinemæssig screening for fødselsdepression i sundhedsplejens regi.

Både sundhedsplejersker og mødre har for størstedelens vedkommende været positive overfor tilbuddet om screening.

EPDS-skemaet har vist sig at være et godt udgangspunkt for at tale om svære emner. EPDS kan derfor både bruges som screenings- og som samtaleredskab. Det gør det nemt at gøre screening til en del af sundhedsplejens standardtilbud.

Ved massescreening af førstegangsfødende opnåedes en screeningsprocent på 69%, hvilket må betragtes som tilfredsstillende.

- ▶ Det er en vigtig erfaring, at screeningsprocenten påvirkes af sociale og kulturelle forhold.

Screeningsprocenten var lavest blandt kvinder med anden etnisk baggrund end dansk, kortuddannede, unge, enlige og kontanthjælpsmodtagere.

Det er vigtigt, at der ved screening ikke sker en utilsigtet social selektion. Man bør derfor være opmærksom på eventuelle sociale og kulturelle barrierer for at deltage i screening, og overveje hvad der kan gøres for at overvinde dem. Samtidig er det vigtigt at erindre, at det er frivilligt at lade sig screene.

- ▶ Det er en vigtig erfaring, at massescreening i forhold til selektiv screening fordobler antallet af deltagere, der kommer i behandling.

Ved massescreening opdages flere kvinder med behov for hjælp, end når der blot screenes ved mistanke om depression

(selektiv screening).

Massescreening er samtidig den mest ressourcekrævende af de to screeningsstrategier, fordi der skal foretages omkring 20 gange så mange screeninger og 2,5 gange så mange visitationssamtaler som ved selektiv screening.

Ved valg af screeningsstrategi i fremtidige indsatser mod fødselsdepression bør disse erfaringer inddrages. Det endelige valg af screeningsstrategi må bero på, hvor højt man vægter udbytte og omkostninger ved de to fremgangsmåder.

- ▶ Det er en vigtig erfaring, at man ved at screene to gange med et interval på nogle måneder øger andelen af positivt screenede med 35%.

Ved at screene i ugerne efter fødslen tilgodeser man hensynet til en tidlig indsats. Ved at gentage screeningen 3 - 6 måneder efter fødslen tager man samtidig højde for, at 50% af depressionerne først viser sig mere end 3 måneder efter fødslen.

Behandlingsdelen

- ▶ Det er en vigtig erfaring, at visitationssamtalen har afgørende betydning for behandlingens succes.

Visitationssamtalen havde flere formål. Samtalen blev brugt til at afklare kvindens situation og behov. Det blev ved samtalen vurderet, om kvinden kunne drage nytte af projektets tilbud, og om hun havde brug for anden støtte end den, der kunne gives i projektet. Hvis kvinden havde behov for andre former for hjælp, blev hun guidet videre til andre tilbud. Samtalen forberedte kvinden på, hvad hun kunne forvente af forløbet, og hvad der krævedes af hende. Den grundige samtale fungerede for nogle kvinder som en del af behandlingen og gjorde, at de havde lettere ved at vente på, at gruppeforløbet startede.

Hvis visitationssamtalen skal opfylde disse formål, bør der afsættes to timer til den.

En del kvinder med anden etnisk baggrund end dansk udeblev fra visitationssamtalen, selv om de havde sagt ja til at deltage. Forklaringen herpå skal muligvis søges i angsten for reaktioner fra deres netværk samt den geografiske placering af tilbuddet. Ved tilrettelæggelse af nye tilbud bør man rådføre sig med personer med viden om og erfaring med indsats i forhold til borgere med anden etnisk baggrund.

- ▶ Der er indhøstet en række vigtige erfaringer med gruppeforløb i projektet.

Gruppeforløbene var en blanding af kropslige øvelser, psykoedukation, terapi og erfaringsudveksling, hvilket fungerede godt. Deltagerne oplevede, at gruppeforløbet gav dem større styrke i dagligdagen og styrkede dem i deres rolle som mødre.

Målinger før og efter gruppeforløbet af kvindernes psykiske trivsel viste en betydelig forbedring af deres psykiske tilstand.

Gruppeforløbene viste sig at fungere bedst med 6-7 personer pr. gruppe og 13-14 mødegange af 2½ time. Fremmøde- og gennemførelsesprocenten var høj, hvilket blandt andet tilskrives den grundige visitationssamtale.

Et tilbud om gratis børnepasning i forbindelse med møderne gjorde det lettere for kvinderne at deltage.

Man havde svært ved at nå de socialt mest udsatte kvinder med gruppetilbuddet. Muligvis fordi kvinder med lav social status er vant til at have 'systemet' imod sig og derfor er mere skeptiske over for tilbud om hjælp. Der er behov for at udvikle tilbud, der appellerer bedre til de udsatte grupper.

- ▶ Det er en vigtig erfaring, at mange er tilbøjelige til at vælge individuel behandling frem for gruppetilbud, når de har mulighed for det.

Erfaringen fra projektet er imidlertid, at gruppeforløbene fungerer godt, og at kvinderne har stort udbytte af at være sammen.

Projektets primære behandlingstilbud var gruppeforløb. Kun i særlige tilfælde kunne der tilbydes individuelle og parsamtaler. Når mange ved visitationssamtalen gav udtryk for, at de gerne ville i individuel behandling, hænger det både sammen med forestillingen om, at det er mere effektivt at være alene med terapeuten, og at de skammer sig over deres tilstand og derfor har svært ved at fortælle andre om den.

Det er vigtigt i forbindelse med visitationssamtalen at fortælle kvinderne om de fordele, der er ved gruppeforløb, for herved at motivere dem til denne form for terapi.

- ▶ Det er en vigtig erfaring, at der er et stort behov for parsamtaler.

I projektet var der kun begrænsede ressourcer til parsamtaler. Der var imidlertid et klart behov for at inddrage partneren, dels fordi parforholdet ofte var under stærkt pres på grund af kvindens situation, dels fordi manden bedre ville blive i stand til at støtte kvinden.

Organisation

- ▶ Det er en vigtig erfaring, at det har været muligt at etablere et velfungerende samarbejde mellem den kommunale sundhedspleje og Mødrehjælpen som privat forening.

Arbejdsdelingen mellem sundhedsplejen i Århus Kommune, der foretog screeningen, og Mødrehjælpen, der stod for visitationssamtalerne, gruppeforløbene og individuelle og parsamtaler, viste sig at fungere godt. Sundhedsplejen havde kontakt til alle barselskvinder i området, mens Mødrehjælpen havde den faglige ekspertise og de fysiske rammer til at gennemføre behandlingsdelen.

- ▶ Det er en vigtig erfaring, at de personer, der foretager screeningen, bør have den fornødne baggrundsviden om fødselsdepression og have modtaget undervisning i brug af EPDS.
- ▶ Det er en vigtig erfaring, at de fagpersoner, der forestår gruppeforløb og individuelle og parsamtaler, bør modtage supervision fra en psykolog eller psykiater med viden om fødselsdepression.

Fremtidige indsatser

- ▶ Følgende tal udgør et vigtigt erfaringsgrundlag ved dimensionering af fremtidige indsatser. Ved massescreening kan man forvente:

at 690 pr. 1.000 kvinder screenes for fødselsdepression mod 35 ved selektiv screening.

at 65 pr. 1.000 kvinder testes positive ved depressionstesten mod 19 ved selektiv screening.

at 50 pr. 1.000 kvinder henvises til visitationssamtale mod 20 ved selektiv screening.

at der bliver afholdt 45 visitationssamtaler pr. 1.000 kvinder mod 19 ved selektiv screening.

at 27 pr. 1.000 kvinder kommer i et støttetilbud mod 13 ved selektiv screening.

BILAG 1

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Jeg har indenfor den sidste uge:

1. Kunnet le og se tingene fra den humoristiske side?

- 0 - I samme omfang som før
- 1 - Ikke helt så meget som før
- 2 - Bestemt ikke så meget som jeg plejer
- 3 - Overhovedet ikke

2. Kunnet se frem til ting med glæde?

- 0 - I samme omfang som før
- 1 - Ikke helt så meget som før
- 2 - Bestemt mindre end jeg plejer
- 3 - Overhovedet ikke

3. Unødigt bebrejdet mig selv, når ting ikke gik som de skulle?

- 3 - Ja, det meste af tiden
- 2 - Ja, sommetider
- 1 - Ikke særligt ofte
- 0 - Overhovedet ikke

4. Været anspændt og bekymret uden nogen særlig grund?

- 0 - Nej, overhovedet ikke
- 1 - Næsten aldrig
- 2 - Ja, af og til
- 3 - Ja, meget ofte

5. Følt mig angst eller panikslagen uden nogen særlig grund?

- 3 - Ja, ofte
- 2 - Ja, af og til
- 1 - Nej, næsten ikke
- 0 - Nej, overhovedet ikke

6. Følt at tingene voksede mig over hovedet?

- 3 - Ja, det meste af tiden kan jeg ikke klare problemerne
- 2 - Ja, af og til kan jeg ikke klare problemerne
- 1 - Ja, men det meste af tiden har jeg kunnet klare det, som jeg plejer
- 0 - Nej, jeg klare mig så godt som jeg plejer

7. Været så ked af det, at jeg har haft svært ved at sove?

- 3 - Ja, meget ofte
- 2 - Ja, af og til
- 1 - Næsten ikke
- 0 - Nej, overhovedet ikke

8. Været trist eller elendig til mode?

- 3 - Ja, for det meste
- 2 - Ja, temmelig ofte
- 1 - Næsten ikke
- 0 - Nej, overhovedet ikke

9. Været så ulykkelig, at jeg har grædt?

- 3 - Ja, for det meste
- 2 - Ja, temmelig ofte
- 1 - Ja, af og til
- 0 - Nej, overhovedet ikke

10. Tænkt på at gøre skade på mig selv?

- 3 - Ja, temmelig ofte
- 2 - Ja, af og til
- 1 - Næsten aldrig
- 0 - Nej, aldrig

KILDE: Cox JL, Holden JM & Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry. 1987;150:782-6.

BILAG 2 Symptom Check List – 92 (SCL-92)

INSTRUKTION

Nedenfor er anført en række problemer og gener, som man undertiden kan have. Læs venligst hver enkelt grundigt. Når du har gjort det, bedes du sætte kryds i den cirkel, der bedst beskriver, **i hvor høj grad det pågældende problem har voldt dig ubehag i løbet af den sidste uge inklusiv i dag**. Afkryds kun én cirkel for hvert problem. Hvis du skifter mening, bedes du slette din første markering tydeligt. Det er af stor betydning, at du besvarer **alle** spørgsmålene.

I hvilken grad har du været plaget af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
1 Hovedpine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Nervøsitet eller indre uro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Gentagne ubehagelige tanker, du ikke kan få ud af hovedet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Svimmelhed eller tilløb til at besvime	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Manglende interesse for eller glæde ved seksualitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 At føle dig kritisk over for andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Den forestilling, at andre kan kontrollere dine tanker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 En følelse af, andre er skyld i de fleste af dine problemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Besvær med at huske	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Bekymringer over sjuskeri eller ligegyldighed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 En følelse af, at du let bliver ærgerlig eller irriteret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Smerter i hjerte eller bryst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I hvilken grad har du været plaget af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
13 At du føler dig bange på åbne pladser eller på gaden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 En følelse af manglende energi eller af at være langsom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Tanker om at gøre en ende på dit liv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 At høre stemmer, som andre ikke kan høre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Rysten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 En følelse af, at de fleste andre mennesker ikke er til at stole på	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Manglende appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 At du let kommer til at græde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 At føle dig genert eller usikker over for det modsatte køn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 En følelse af at være fanget i en fælde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 At du pludselig bliver bange uden grund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 Vredesudbrud, som du ikke kan kontrollere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 At føle dig bange for at forlade dit hjem alene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 Selvbeprejdelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 Lavtsiddende rygmerter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 En følelse af ikke at kunne overkomme noget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I hvilken grad har du været plaget af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
29 At føle dig ensom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30 At føle dig nedtrykt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31 At bekymre dig for meget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32 At du ikke føler dig interesseret i noget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33 At føle dig ængstelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34 At du let bliver såret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 At andre mennesker kender dine inderste tanker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 En følelse af, at andre ikke forstår dig eller er ufølsomme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37 En følelse af, at folk er uvenlige eller ikke kan lide dig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38 At være nødt til at gøre alting meget langsomt for at sikre, at det bliver gjort rigtigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39 Hjertebanken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40 Kvalme eller uro i maven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41 En følelse af mindreværd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42 Muskelsmerter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43 En følelse af, at andre iagttager dig eller taler om dig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44 Besvær med at falde i søvn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I hvilken grad har du været plaget af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
45 At være nødt til at kontrollere alt, hvad du gør, igen og igen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46 At du har svært ved at træffe beslutninger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47 Frygt for at køre med bus eller tog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48 At du har svært ved at få vejret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49 Anfald af varme- eller kuldefornemmelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50 At være nødt til at undgå visse ting, steder eller aktiviteter, fordi de skræmmer dig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51 At du bliver helt tom i hovedet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52 Følelsesløshed eller en snurrende fornemmelse i kroppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53 En klump i halsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54 At føle dig uden håb for fremtiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55 At du har svært ved at koncentrere dig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56 At du føler dig svag i kroppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57 At du føler dig anspændt eller opkørt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58 At dine arme eller ben føles tunge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59 Tanker om døden eller om at dø	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60 At du spiser for meget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I hvilken grad har du været plaget af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
61 At du føler dig usikker, når folk iagttager dig eller taler om dig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62 Tanker, som ikke er dine egne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63 Trang til at slå, såre eller skade nogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64 At vågne tidligt om morgenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65 At du er nødt til at gentage de samme handlinger, f.eks. vaske eller tælle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66 Hvileløs eller urolig søvn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67 Trang til at ødelægge eller slå ting i stykker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68 At have tanker eller overbevisninger, som andre ikke deler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69 At være meget genert over for andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70 At føle ubehag blandt mange mennesker, f.eks. i butikker eller i biografen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71 En følelse af, at alting er anstrengende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72 Anfald af rædsel eller panik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73 En følelse af ubehag ved at spise eller drikke i andres påsyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74 At du ofte kommer i skænderi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75 At føle dig nervøs, når du er overladt til dig selv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76 At andre ikke værdsætter dig efter fortjeneste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I hvilken grad har du været plaget af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
77 At du føler dig ensom, selv når du er sammen med andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78 At du føler dig rastløs, at du ikke kan sidde stille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79 En følelse af at være ingenting værd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80 En følelse af, at der vil ske dig noget slemt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81 At du råber eller smider med ting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82 At du er bange for at besvime i andres påsyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83 En følelse af, at folk vil udnytte dig, hvis du giver dem mulighed for det	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84 At have seksuelle tanker, som generer dig meget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85 Den forestilling, at du burde straffes for dine synder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86 Skræmmende tanker og forestillinger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87 Den forestilling, at der er noget alvorligt i vejen med din krop	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88 Aldrig at føle dig tæt knyttet til et andet menneske	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89 Skyldfølelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90 Den forestilling, at der er noget i vejen med din forstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91 En følelse af, at velkendte ting er fremmede eller uvirkelige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92 At du føler dig presset til at få tingene gjort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Symptom Check List (SCL): Scoringsinstruktioner

Skemaet består af de 92 symptomer, som er opstået ved at den danske SCL-gruppe (107) har villet sikre, at man både kan benytte den klassiske SCL-90 (1) og den reviderede udgave SCL-90-R (133).

Forskellen mellem disse to skalaer ligger i delskalaen for angst, hvor to items er blevet erstattet af to nytilførte.

Traditionelt benyttes følgende delskalaer (tallene angiver itemnumrene i SCL):

1. SCL - somatisering: 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58.
2. SCL - angst (90-R and 92): 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 91, 92.
((2 SCL - angst (90)): 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86)
3. SCL - interpersonel sensibilitet: 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73.
4. SCL - fobi: 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82.
5. SCL - tvangstanker eller tvangshandlinger: 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65.
6. SCL - depression: 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79.
7. SCL - vrede: 11, 24, 63, 67, 74, 81.
8. SCL - mistroiskhed: 8, 18, 43, 68, 76, 83.
9. SCL - psykotisme: 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90.

(SCL - rest-items: 9, 44, 59, 60, 66, 89)

Ud fra disse SCL-subskalaer kan man vise profilen af en patient eller en gruppe af patienter.