

Fødselsdepression i Danmark: Kommunale forskelle i opsporing og tilbud

Caroline Skjellerup Engmann og Salli Elkjær

Indholdsfortegnelse

Indledning.....	2
Analyse Screening for fødselsdepression	3
<i>Screeningsandel fordelt på kommunestørrelse</i>	<i>3</i>
<i>Hvilken screening tilbyder kommunerne.....</i>	<i>4</i>
<i>Forskel i tærskelværdi.....</i>	<i>4</i>
<i>Forskel i hvor mange der scorer over 11 i EPDS blandt kommunerne.....</i>	<i>5</i>
Systematisk screening	6
<i>Sprogbarriere og kulturelle forskelle.....</i>	<i>7</i>
<i>Formidling og fagligt skøn.....</i>	<i>9</i>
Evidens for screening og behandling.....	10
Behandling.....	10
<i>Tilbud hvis scoren er over kommunens tærskelværdi.....</i>	<i>11</i>
<i>Gruppetilbud</i>	<i>12</i>
<i>Tilbud kan afhænge af kommunestørrelse</i>	<i>13</i>
Kvalitet og udfordringer	15
Konklusion.....	16
Metode.....	18
Litteraturliste	19

Indledning

Praksis for screening og behandling af fødselsdepression varierer betydeligt mellem kommunerne - både i forhold til metoder, screeningsredskaber og behandlingstilbud. Denne rapport undersøger, hvordan forskellige kommuner screener for fødselsdepression og hvilke tilbud, der eksisterer til både mødre og fædre med symptomer herpå. Rapporten er baseret på data fra HOPE kohorten, som er en stor, landsdækkende dansk forskningsdatabase med oplysninger om 170.218 fødsler og 142.795 unikke mødre. Den indeholder data om symptomer og diagnoser på fødselsdepression fra perioden 2015–2021. Kohorten vurderes at være repræsentativ for den samlede fødedygtige befolkning i Danmark. Ligeledes baseres rapporten på spørgeskemadata fra 50 kommuner i Danmark, der svarer på deres praksis i forhold til fødselsdepression - både i forhold til screening og tilbud.

Ifølge Sundhedsstyrelsen (2023) forekommer fødselsdepression i graviditeten eller i barnets første leveår og er karakteriseret ved symptomer som nedtrykthed, nedsat interesse og øget udmattelse. Fødselsdepressioner forekommer ved op mod 11% af mødre og 7-8% af fædre og kan både påvirke den ramte såvel som barn og familie. Med den rette hjælp og støtte kan langt de fleste komme sig. Derfor er det vigtigt at have fokus på opsporing og behandling af fødselsdepressioner (Sundhedsstyrelsen, 2023).

På kommunalt plan findes der ingen retningslinjer for opsporing og behandling af fødselsdepressioner. Dette skaber stor variation i praksis og betyder, at borgerens adgang til hjælp kan afhænge af, hvor i landet de bor (Rambøll Management Consulting, 2021).

De fleste kommuner tilbyder screening for fødselsdepression ved besøg 2 måneder efter fødslen (Rambøll Management Consulting, 2021). Men der er forskel på om der laves systematisk screening af alle, eller om der tilbydes screening til bestemte grupper. Eksempelvis kan nogle kommuner kun tilbyde screening, hvis mor (eller far) snakker dansk eller engelsk - eller i nogle tilfælde kun dansk.

Opsporingsredskaberne er oftest The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) og i nogle tilfælde, Gotland Male Depression Scale (GMDS). EPDS er et valideret værktøj, der bruges til at screene for fødselsdepression. EPDS er valideret til mange sprog og har været anvendt i Danmark i omkring 20 år. Over de seneste år er der kommet øget fokus på, at den ideelle tærskelværdi kan variere afhængigt af blandt andet kultur og køn. Tærskelværdi henviser til den score, der markerer grænsen for, om en person vurderes at være i risiko for fødselsdepression.

Selvom EPDS har været brugt i Danmark gennem længere tid, blev redskabet først valideret i en dansk kontekst i 2018, hvilket har betydet, at der tidligere ikke har eksisteret officielle retningslinjer for tærskelværdi. Dette har resulteret i stor variation mellem kommunerne, hvor der anvendes tærskelværdier fra 7 og op til 13.

Valideringen af EPDS i en dansk befolkning af Schmidt-Nielsen et al. (2018), medførte en anbefaling om at anvende en tærskelværdi på ≥ 11 . Denne tærskelværdi anses for at opnå en god balance mellem at identificere så mange som muligt med symptomer på fødselsdepression og samtidig begrænse antallet af falsk positive – altså tilfælde, hvor forældre uden egentlig fødselsdepression identificeres som mulige tilfælde. (Smith-Nielsen et al., 2018).

Ligesom på opsporingsområdet er der heller ikke landsdækkende retningslinjer og procedure for behandlingen af fødselsdepression. Derfor afhænger kommunens og sundhedsplejerskerens håndtering af kommunale prioriteringer, som ikke er underlagt generelle retningslinjer og krav. Dermed kan tilbuddene være drevet af enkelte fagpersoners interesse og være præget af ikke evidensbaserede tilbud (Rambøll Management Consulting, 2021).

De mest udbredte tilbud blandt de 50 kommuner, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen, er ekstra besøg af sundhedsplejersken samt anbefaling om at kontakte egen læge og tilbud om gruppeforløb. Der ses dog tydelig variation i omfang om type af tilbud, hvilket skaber ulighed i mulighederne for støtte, afhængigt af hvor forældrene bor.

Variationen i screening og behandlingstilbud ses også mellem mødre og fædre, som begge kan rammes af fødselsdepression. Nogle kommuner har samme tilbud til mødre og fædre, mens andre kommuner ikke har tilbud til fædre med fødselsdepression. Det betyder, at fædres adgang til hjælp også er geografisk betinget.

Analyse

Screening for fødselsdepression

Screening for fødselsdepression er en central del af den forebyggende indsats i sundhedsplejen, men der ses betydelige variationer i indsatsen på tværs af landets kommuner. I det følgende afsnit belyses forskelle i screeningsdeltagelse fordelt på kommunestørrelse, hvilke typer screening kommunerne tilbyder, variationer i anvendt tærskelværdi samt forskelle i andelen, der scorer over 11 på EPDS-skalaen.

Screeningsandel fordelt på kommunestørrelse

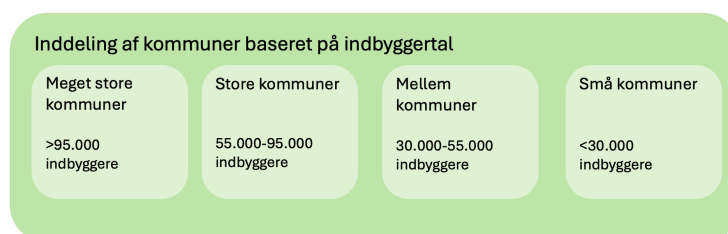
I rapporten er der inkluderet data fra 65 kommuner i HOPE-kohorten. Der er gjort brug af data omkring antal fødsler, EPDS (antal - opgjort på barnet + fødselsdato indenfor 12 uger af skema-udfyldelsesdatoen). Ud fra dette er der en udregnet andel screenede (%).

Kommunerne er grupperet i størrelse efter indbyggertal, som det ses i figur 1.

Denne inddeling giver indblik i, at den procentvis andel screenede i perioden 2015-2021, varierer i forhold til kommunestørrelse.

Ser man på kommunestørrelser, er der forskel på hvor mange der

procentvis screenes. De meget store kommuner har den laveste screeningsandel med et gennemsnit på 51,5 %, mens de mellem kommuner har den højeste gennemsnitlige andel (65,3%). De store kommuner har en gennemsnitlig screeningsandel på 54,8%. De små kommuner ligger en smule højere med 56,3% i gennemsnit.



Figur 1: viser inddelingen af kommuner baseret på indbyggertal i kommunen.

Hvilken screening tilbyder kommunerne

Ud over data fra HOPE-kohorten er der data fra en spørgeskemaundersøgelse fra 2023 hvor 50 kommuner har uddybet deres arbejde med borgere med fødselsdepression, herunder både screening og behandling af både mødre og fædre. Alle deltagende kommuner oplyste, at de i et vist omfang tilbyder screening, men vores undersøgelse viser stor variation i både procedurer, målgrupper og anvendte metoder.

Først og fremmest er der forskel på hvilken metode der bruges til screening for fødselsdepression. Over halvdelen af kommunerne bruger en kombination af EPDS og GMDS til at screene mødre, mens cirka en tredjedel udelukkende anvender EPDS. En mindre andel benytter alene GMDS, og en enkelt kommune bruger Whooley, som er et to-spørgsmåls screeningsinstrument for depression (Whooley, M.A. 1997).

Fordelt på kommunestørrelser ses der tydelige forskelle. Blandt store og meget store kommuner tilbyder alle enten EPDS alene eller i kombination med GMDS til at vurdere om mødre er i risiko for fødselsdepression. I de små kommuner benytter 18 % GMDS til mødre, et værktøj der oprindeligt er udviklet til at identificere depression hos mænd. Dette er en udfordring, da mænd viser andre tegn på depression end kvinder, og der derfor skal være forskellige screeningsredskaber rettet mod mænd og kvinder (Madsen S.A., 2019).

I forhold til fædre, viser analysen, at ca. 83 % af de meget store kommuner tilbyder screening med både EPDS og GMDS. I store kommuner er andelen ca. 75 %, mens det i mellem kommuner er 57 %. I de små kommuner er andelen der tilbyder screening med både EPDS og GMDS 22 %.

Et studie peger på, at der er behov for særligt tilpassede redskaber til fædre, da de ofte udviser andre symptomer på depression end kvinder – et behov GMDS i højere grad imødekommer (Madsen S. A., 2019). Som beskrevet er det dog langt fra alle kommuner der tilbyder GMDS til fædre. Bruger kommunerne ikke både EPDS og GMDS til fædrene, bruger de i stedet kun EPDS. Det er især blandt de mellem kommuner, at EPDS alene anvendes som screeningsværktøj for fædre (31,5 %).

Forskel i tærskelværdi

Den danske version af EPDS (faktaboks 1) er valideret af Johanne Schmidt Nielsen et al. (2018). I artiklen anbefales det at den danske EPDS skal have en tærskelværdi på ≥ 11 , da det vil være den mest hensigtsmæssige tærskelværdi til identifikation i en dansk kontekst. Dette bygger på en afvejning mellem sensitivitet (evnen til at fange alle der har symptomer) og specificitet (evnen til at undgå at sygeliggøre raske).

Faktaboks 1:

Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression

Forfattere: Johanne Smith-Nielsen, Stephen Matthey, Theis Lange, Mette Skovgaard Væver
Formål: At validere den danske version af Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) op imod diagnostiske kriterier for depression i både DSM-5 og ICD-10.

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) er 5. udgave af den amerikanske diagnosemanual for psykiske lidelser. (Psykologisk Ordbog u.å. a)
ICD-10 (International Classification of Diseases) er den europæiske diagnosemanual, som på nuværende tidspunkt er gældende for diagnosticering i Danmark. (Psykologisk Ordbog u.å. b)

Metode: 324 kvinder blev rekrutteret 2–10 måneder efter fødslen.

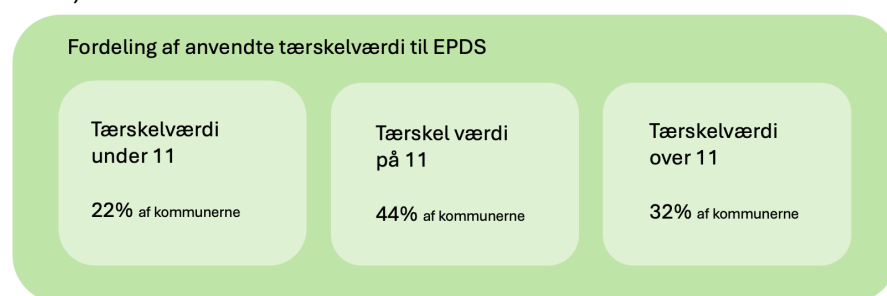
- De blev screenet med EPDS og interviewet med SCID-5. Interviewene blev optaget og kodet i henhold til ICD-10.

Resultater:

- En EPDS-score på ≥ 11 var den optimale grænseværdi for at identificere depression ifølge både DSM-5 og ICD-10.

Konklusion: Den danske EPDS er et validt screeningsværktøj til at identificere postnatal depression, med god overensstemmelse mellem DSM-5 og ICD-10 kriterier

Trods anbefalingen er der forskel på, hvilken tærskelværdi der er valgt i den enkelte kommune. Således bruger 44% af kommunerne den anbefalede tærskelværdi på 11 til EPDS. I 22% af kommunerne anvendes en tærskelværdi under den anbefalede og i 32% af kommunerne anvendes en tærskelværdi over den anbefalede. Disse forskelle kan have konsekvenser for opsporingen af fødselsdepression. Ved en tærskelværdi over 11, vil der være risiko for ikke at fange alle med symptomer på fødselsdepression, idet den anbefalede tærskelværdi på 11 ikke vil udløse klar mistanke. Dette kan føre til, at individet, som har behov for hjælp og støtte, ikke bliver opdaget. Omvendt vil en tærskelværdi under 11, kunne give en risiko for flere falsk positive, dvs. individer som identificeres uden at have fødselsdepression. Dette kan føre til unødvendig bekymring og skabe ekstra pres for sundhedssystemet og det kommunale, da der skal følges op på flere (Smith-Nielsen et al., 2018).



Figur 2: procentvis fordeling af kommuner der bruger henholdsvis under, præcist og over den anbefalede tærskelværdi på 11.

Forskelle i tærskelværdier kan til dels skyldes, at nogle kommuner har fastlagt deres tærskelværdi før de nationale anbefalinger blev offentliggjort. Disse forskelle understreger behovet for tydelige nationale retningslinjer, som understøtter ensartet praksis på tværs af landet.

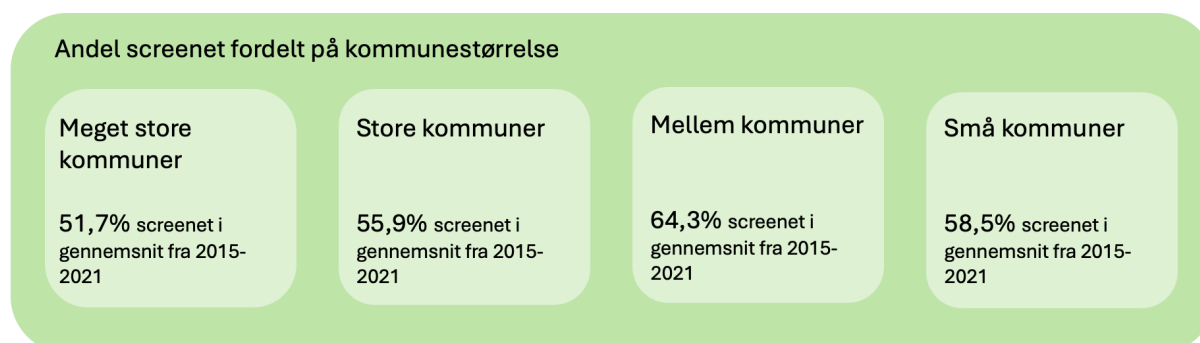
Forskel i hvor mange der scorer over 11 i EPDS blandt kommunerne

Blandt kommunerne ses der en variation i hvor mange procent der scorer 11 eller derover i EPDS - altså andelen, hvor EPDS-scoren giver grund til mistanke om fødselsdepression. Andelen varierer fra 4,6% til 12,4%. Denne forskel kan blandt andet skyldes variation i screeningspraksis – både i hvor mange og hvilke forældre der bliver screenet. Hvis en kommune primært screener ved konkret mistanke om fødselsdepression, vil en større andel af de screenede typisk score over 11, da udvalget allerede er præget af øget risiko. Omvendt kan kommuner, der screener alle mødre systematisk, forvente en lavere andel med høj score, fordi gruppen inkluderer forældre med og uden symptomer.

Analysen viser ikke en signifikant sammenhæng mellem kommunestørrelse og andelen, der scorer over 11 i EPDS. **Det vil sige, at andelen, der udviser tegn på fødselsdepression ifølge EPDS, ikke varierer systematisk med kommunestørrelsen.**

Dog ses der forskelle i hvor mange der screenes i kommunerne, afhængig af deres størrelse. Generelt screener de mellem kommuner den største andel af forældre, mens de meget store kommuner screener færrest. Analysen viser, at andelen af

screenede i store og meget store kommuner er signifikant lavere end i de mellem kommuner, som altså har den højeste andel af screenede.



Figur 3: andel (%) screenede mødre i gennemsnit over 5 år fordelt på kommunestørrelser. Screenings andelen er signifikant lavere i store og meget store kommuner i forhold til de mellem kommuner, som har den højeste screenings andel.

Opsummeret tyder det på, at variationen i andelen, der scorer over 11 i EPDS, primært kan forklares af forskelle i screeningspraksis – herunder hvem og hvor mange der bliver screenet. **Der ses ingen signifikant sammenhæng mellem kommunestørrelse og andelen der scorer over 11 i EPDS. Men andelen af screeninger varierer, hvor mellem kommuner screener flest, og meget store kommuner færrest. Dette understreger, at både screeningsomfang og -kriterier kan have stor betydning for, i hvilket omfang tegn på fødselsdepression bliver opdaget.**

**Screening**

Alle 50 kommuner tilbyder screening i et vist omfang.
Der er **variation i målgrupper, metoder og praksis**.
EPDS er det mest anvendte screeningsværktøj.

**Tærskelværdi ved EPDS**

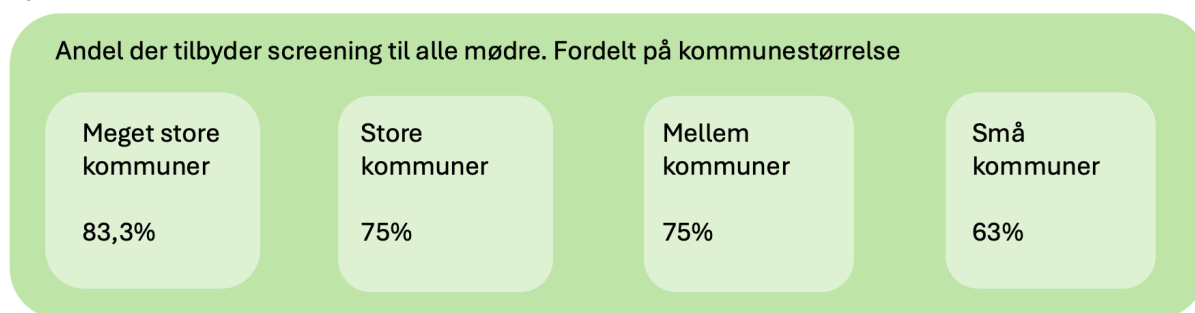
Det anbefales at bruge en **tærskelværdi på 11** i Danmark.
Der er stor **variation** i hvilken tærskelværdi kommunerne bruger.
Under halvdelen bruger den anbefalede tærskelværdi på 11.
Brug af højere eller lavere tærskelværdi kan give over- eller underestimering

Systematisk screening

Forskning peger på at systematisk screening af fødselsdepression er vigtigt for tidlig opsporing, fordi fødselsdepression på kort og lang sigt kan påvirke mor og barn (Svendsen M. et al., 2012). Samtidig resulterer systematisk screening i, at der findes 3 gange så mange mødre med fødselsdepression, end hvis der ikke var blevet screenet systematisk (Fagligt selskab for sundhedsplejersker, u.å.).

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at cirka 72% af kommunerne systematisk screener alle mødre uanset sprog. Omkring 69% af kommunerne screener systematisk alle fædre uanset sprog.

Fordelt på kommunestørrelser ses en tydelig forskel i andelen af kommuner, der tilbyder screening til alle mødre - uanset sprog. I de meget store kommuner tilbydes screening til alle mødre i 83,3 % af kommunerne, mens det kun gælder for 63% af de små kommuner. I de mellem- og store kommuner tilbydes screening til 75 % af mødre. **Dette indikerer, at mødres mulighed for at blive screenet for fødselsdepression i høj grad kan afhænge af, hvor i landet de bor – og dermed hvilken kapacitet og hvilke ressourcer kommunen har.**



Figur 4: Andel (%) af kommuner, der tilbyder systematisk screening for fødselsdepression til alle mødre, fordelt på kommunestørrelse. Tallene angiver andelen af kommuner inden for hver kommunegruppe, som tilbyder screening til alle mødre.

Sprogbarriere og kulturelle forskelle

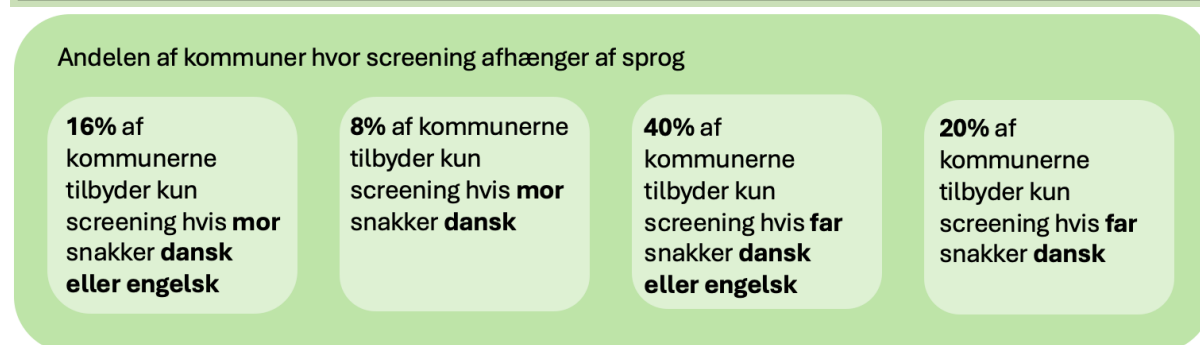
Selvom alle kommuner screener for fødselsdepression i nogen grad, er det ikke alle mødre, der reelt får tilbuddet. **I 16 % af kommunerne tilbydes screening kun, hvis mor taler dansk eller engelsk, og i 8 % af kommunerne kun, hvis hun taler dansk. Flere kommuner angiver, at sprogbarrierer og kulturelle forskelle skaber usikkerhed omkring, hvordan spørgsmålene i EPDS bliver forstået og tolket, hvilket kan svække validiteten af resultaterne af EPDS.** Dette understøttes af Smith-Nielsen et al. (2018), der påpeger, at kulturelle normer og forskellige forståelser af psykisk sygdom kan påvirke både svar og deltagelse i screeningen. Nogle kommuner forsøger at imødekomme dette ved at gennemføre samtaler i stedet for den skriftlige EPDS, hvor spørgsmålene bruges som støtte. Alligevel er der forskelle i, hvordan dette praktiseres.

Et nyere studie fra Marti-Castaner et al. (2022) viser, at immigrantkvinder i Danmark, især nyankomne, har markant lavere deltagelse i EPDS-screening. I studiet blev 54,7% af immigrantkvinder ikke screenet, sammenlignet med 27,8% af danskfødte kvinder. For ikke-vestlige indvandrere var risikoen for manglende screening 90% højere. Årsagerne vurderes at være både sproglige og kulturelle barrierer, men også sundhedsplejerskers fravalg af screening, hvis det vurderes, at den ikke kan gennemføres forsvarligt – fx ved sprogvanskeligheder eller tidspres. Dertil kommer, at nogle kvinder oplever ubehag ved at tale om mentale problemer, især i situationer hvor der er tolk til stede, hvilket kan føre til afvisning af screeningen.

Derudover ses det, at ikke alle mødre ønsker at deltage i screeningen. I kommuner, der har opgjort dette, angiver størstedelen, at mellem 1 % og 40 % af mødrene vælger ikke at udfylde EPDS. Samtidigt vurderer kommunerne, at mellem 2% og 77% af fædre vælger ikke at udfylde EPDS.

Blandt fædre er sproglige og praktiske barrierer også tydelige. I 40% af kommunerne tilbydes fædre kun screening, hvis de taler dansk eller engelsk, og i 20% kun hvis de taler dansk. Derudover er det i 26% af kommunerne et krav, at sundhedsplejersken har en konkret mistanke om fødselsdepression, før fædre tilbydes screening. Flere kommuner nævner desuden, at det kan være svært at screene fædre, fordi de ofte ikke deltager i sundhedsplejerskens besøg.

En svensk cost-benefit-analyse (Asper et al., 2018) viser, at screening af fædre ikke blot kan føre til bedre sundhed udbytte, men også være omkostningseffektivt sammenlignet med ingen screening. Tidlig identifikation og behandling kan reducere helbredsomkostninger, øge livskvaliteten og mindske samfundsøkonomiske tab som sygefravær og lav produktivitet. Trods dette er det ikke alle kommuner, der screener fædre systematisk. Et andet studie på kvinder fra USA viser samme tendens, og konkluderer at både screening og behandling er omkostningseffektiv og burde være en del af den generelle postnatale pleje (Wilkinson et al. 2017).



Figur 5: andel (%) af kommuner, hvor screening afhænger af sprog.

Blandt de fem kommuner med den højeste andel af mødre med anden etnisk baggrund end dansk, tilbyder 2 ud af 5 kun screening for fødselsdepression på dansk eller engelsk (Danmarks statistik, 2025). Dette må udgøre en udfordring, da der netop i disse kommuner er en større andel af borgere med et andet modersmål end dansk. Derfor er der en risiko for, at en betydelig del af befolkningen i disse kommuner ikke har mulighed for at deltage i screeningen. Det kan føre til en manglende opsporing af fødselsdepressioner og dermed også en manglende støtte og behandling.

Dette underbygges af studiet af Marti-Castaner et al (2022), som viser at 54,7% af mødre af anden etnisk baggrund end dansk ikke bliver screenet. Sammenlignet udgør andelen af danskfødte, der ikke bliver screenet, 27,8%. Dermed er der en ulighed i hvem der tilbydes screening. Denne ulighed kan især komme til udtryk i de kommuner som har den højeste andel af mødre af anden etnisk baggrund end dansk og samtidigt kun tilbyder screening til mødre, der snakker dansk og engelsk.

Både data og eksisterende forskning viser dermed at sproglige og kulturelle barrierer har stor betydning for, hvem der reelt får adgang til screening og dermed mulighed for tidlig opsporing og støtte ved fødselsdepression.

Formidling og fagligt skøn

Selvom mange kommuner fremhæver, at de anvender screeningsværktøjer som EPDS til at opspore tegn på fødselsdepression, kan anvendelsen afhænge af sundhedsplejerskens egen opfattelse og formidling af redskabet med borgeren. Ifølge Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker (u.å.) spiller formidlingen af EPDS-tilbuddet en afgørende rolle: Da screeningen er et tilbud, er det i sidste ende sundhedsplejersken, der sætter rammen for, om og hvordan forældrene bliver screenet. Har sundhedsplejersken en positiv holdning til EPDS, præsenteres det ofte som et vigtigt og naturligt element i besøget. Har sundhedsplejersken derimod en mere kritisk tilgang, vil tilbuddet kunne fremstå som valgfrit eller unødvendigt – og risikoen for, at familien takker nej, stiger. Denne forskellighed i formidlingen knytter sig ofte til det faglige skøn, som sundhedsplejersken benytter i vurderingen af, hvem der bør screenes. Skønnet baserer sig på erfaring og sansning i mødet med familien, men forskning viser, at systematisk screening gør, at der findes 3 gange så mange mødre med fødselsdepression, end når der ikke screenes systematisk. **Når EPDS ikke bruges systematisk, bliver opsporingen selektiv – og dermed afhængig af den enkelte sundhedsplejerskes erfaring, vurdering og praksis. Det kan skabe en ulighed i, hvem der bliver screenet, og hvem der potentielt forbliver uopdaget.** For at sikre en mere ensartet opsporing er det derfor nødvendigt med øget refleksion over egen praksis samt en tydeliggørelse af, hvordan EPDS kan anvendes både som screenings- og samtaleredskab, uanset den enkelte sundhedsplejerskes personlige erfaring med redskabet.



Systematisk screening

Systematisk screening **øger antallet af opdagede tilfælde** af fødselsdepression. Der findes **betydelig variation** i screeningspraksis, præget af kommunistørrelse, sproglige/kulturelle barrierer, køn og sundhedsplejerskernes individuelle praksis. Der ses **geografisk ulighed** i adgangen til screening.



Sprog og kultur

Kommuner oplever **usikkerhed om validiteten af EPDS ved sproglige og kulturelle forskelle** – påvirker deltagelse og tolkning.

Et studie viser at **immigrant kvinder har langt lavere deltagelse** end danskfødte.

Blandt kommuner med **flest mødre med anden etnisk baggrund tilbyder 2 ud af 5 kun screening på dansk eller engelsk.**

→ Risiko for social ulighed i adgang til tidlig opsporing og støtte.



Fædre

Fædre screenes **mindre systematisk** og møder **flere barrierer.**

I **40%** af kommunerne tilbydes **fædre** kun screening, hvis de taler **dansk eller engelsk**, og i **20%** kun hvis de taler **dansk.**



Mødre

72 % af kommunerne screener systematisk **alle mødre** for fødselsdepression.

I **16 %** af kommunerne tilbydes **mødre** kun screening, hvis de taler **dansk eller engelsk**, og i **8%** kun hvis hun taler **dansk.**



Sundhedsplejerskers formidling

Formidlingen af EPDS er afgørende.

Anvendelse afhænger ofte af **fagligt skøn frem for faste retningslinjer.**

Uden systematik bliver **opsporing selektiv** og uensartet.

Der er **behov for mere ensartet praksis.**

Evidens for screening og behandling

Screening for fødselsdepression er et vigtigt værktøj, fordi det kan opspore depressive symptomer. EPDS er et ideelt værktøj til screening, fordi det med høj præcision kan opspore tegn på fødselsdepression, hvis man bruger en tærskelværdi på 10-13 (O'Connor et al., 2016). Samtidig blev tærskelværdien til brug af EPDS i Danmark, valideret til 11 (Smith-Nielsen et al., 2018).

Selvom screening for fødselsdepression er et vigtigt første skridt, viser forskning, at det ikke er tilstrækkeligt i sig selv. Et studie af Vanderkruijck et al., (2021) viste, at selvom størstedelen af kvinder med tegn på fødselsdepression blev henvist til behandling, var det kun omkring halvdelen, der faktisk modtog den nødvendige hjælp. Tre måneder senere havde næsten 40 % stadig symptomer. Barrierer som manglende erkendelse af behov for hjælp og bekymringer omkring medicin under amning viste sig at forhindre mange i at søge behandling. **Dette understreger, at screening skal følges op af effektiv opfølgning og støtte, hvis det skal føre til bedre mental sundhed for nybagte mødre.**

Som nævnt kan screeningen ikke stå alene, da de depressive symptomer kan kræve behandling. **Effekten af screeningen øges, hvis der suppleres med behandling.** Der er evidens for at kognitiv adfærdsterapi kan reducere forekomsten af fødselsdepression. Kommunerne, der tilbyder gruppeforløb, gør i høj grad brug af denne terapiform. Derudover kan der anvendes antidepressiva. Men her skal man være opmærksom på risikoen for bivirkninger og risikoen for at en koncentration af medicinen videregives i modermælken. Forskning peger på, at visse typer antidepressiv medicin kun overføres til modermælken i meget små mængder og generelt anses for at være sikre under amning (Videbech, P., 2005). Det skal derfor vurderes om det er nødvendigt med medicin eller om kognitiv adfærdsterapi kan benyttes. Kognitiv adfærdsterapi er ideelt fordi det både er sikkert og effektivt (O'Connor E et al., 2016).



Evidens for screening

Screening med EPDS er et effektivt værktøj.

Effekten af screeningen øges, hvis der suppleres med behandling.



Evidens for behandling

Uden opfølgning risikerer man, at kvinder med fødselsdepression

forbliver ubehandlede trods screening.

Kognitiv adfærdsterapi kan reducere forekomsten af fødselsdepression.

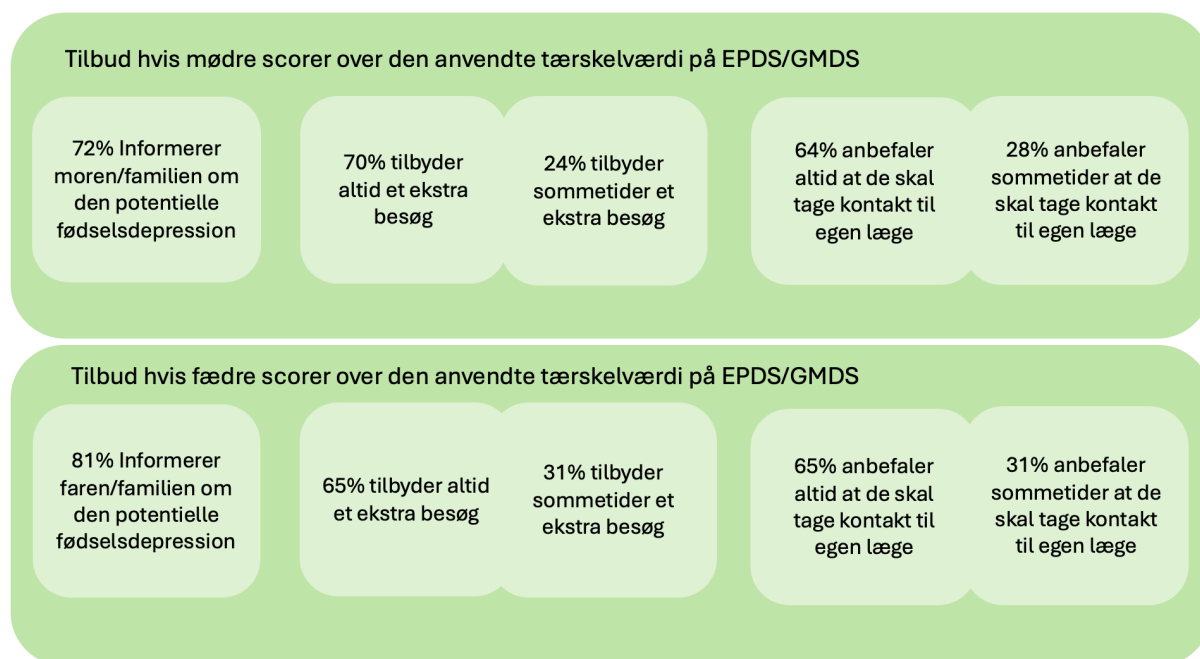
Behandling

Screening er et vigtigt redskab til at identificere forældre med symptomer på fødselsdepression. Men det er vigtigt at det følges op af relevante og tilgængelige behandlingstilbud. Derfor er det relevant at undersøge, hvilke konkrete indsatser kommunerne iværksætter, når en forælder scorer over tærskelværdien på EPDS.

Spørgeskemaundersøgelsen afdækker her, hvilke former for støtte og opfølgning der reelt tilbydes – og afslører stor variation i praksis.

Tilbud hvis scoren er over kommunens tærskelværdi

Eftersom kommunerne bruger forskellige tærskelværdier, vil der også være forskel på hvornår kommunerne handler. Samtidigt er der forskel på, hvordan en kommune handler, hvis moren scorer over tærskelværdien. Omkring 72% af kommunerne informerer moderen/familien om den potentielle fødselsdepression. Herudover tilbyder næsten alle i nogen grad ekstra besøg; 70% tilbyder altid ekstra besøg, mens 24% sommetider tilbyder et ekstra besøg. En del kommuner anbefaler altid (64%) eller somme tider (28%) at kontakte egen læge.



Figur 6: viser procentvis fordeling over tilbud fra kommunerne hvis henholdsvis mødre og fædre scorer over den anvendte tærskelværdi på EPDS/GMDS

Er der tale om en mild til moderat fødselsdepression er aflastning fra familien og ekstra støtte fra f.eks. sundhedsplejersken ofte nok (Sundhed.dk, 2023).

Derfor giver det god mening, at kommuner kan tilbyde ekstra besøg, hvis der er mistanke om fødselsdepression. Flere kommuner beskriver, at de ved EPDS score over tærskelværdien tilbyder et ekstra besøg efter 14 dage. Her vil EPDS scoren måles igen og er den over tærskelværdien, vil der blive henvist til egen læge samt til gruppetilbud i kommunen, som oftest faciliteres af en sundhedsplejerske.

Et nyt studie af Smith-Nielsen et al. (2025) (faktaboks 2) peger på, at en metode med to-fase screening kunne være relevant i forhold til hvordan man screener forældre for fødselsdepression. Studiet tager udgangspunkt i tidligere studier som bl.a. viser at 50% af gravide med en EPDS score over tærskelværdi, scorede under tærskelværdi 1-4 uger efter første EPDS-screening, uden intervention. Der peges generelt på, at gravide kan opleve midlertidig depressive symptomer, f.eks. grundet belastningsreaktioner (Sind og fødsel,

2025). Dette vil gøre at de scorer over tærskelværdi på EPDS. Studiet argumenterer for, at en to-trinsscreening kunne være en bedre løsning, da denne metode ikke kun kunne mindske belastningen hos læger og sundhedsvæsenet, men også reducere den psykologiske påvirkning, som kan opstå ved at overfortolke normale humørsvingninger i forbindelse med barsel, som sygdom. Studiet kommer også ind på vekslingen mellem dem som skal have anden screening og dem som skal have en henvisning til fagpersonale med det samme (Smith-Nielsen et al. 2025).

En sådan screeningsmetode kan virke positivt for både forældre og fagpersonale, dog kan der være udfordringer ved udførelsen i praksis. Data fra HOPE viser, at kommunerne ikke anvender samme EPDS-tærskelværdi, selvom EPDS blev valideret i en dansk kontekst i 2018

med en anbefaling om at bruge tærskelværdien 11. Data viser også at alle kommuner begyndte at bruge EPDS før 2018. Det, at under halvdelen (44%) bruger den validerede tærskelværdi, kan tyde på, at der er variation i hvordan og om forskning omsættes til praksis. Implementeringen af den nye screeningsmetode kan være udfordrende, da en artikel fra Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker (u.å.) peger på, at nogle sundhedsplejersker ikke anvender systematisk screening. I stedet tilbyder de screeningen ud fra en faglig vurdering og erfaring med, hvilke mødre de mener har behov for det.

Milde fødselsdepressioner kan altså ofte afhjælpes med støtte og ekstra besøg (Sundhed.dk, 2023). Her kan en to-trinsscreening hvor sundhedsplejersken tilbyder et ekstra lytte-besøg være ideelt for at undgå overdiagnosticering og unødigt bekymring. Samtidig kan man derved i højere grad sikre at yderligere hjælp gives til dem, der reelt har brug for den. For er der tale om en alvorlig fødselsdepression, er det nødvendigt med yderligere tiltag. Her kan kognitiv terapi være en behandling som medfører gode resultater. Det er derfor essentielt, at kommunerne har andre tilbud, såsom gruppeforløb (Sundhed.dk, 2023).

Gruppetilbud

Det er vigtigt, at kommunen har andre tilbud til personer med alvorlige fødselsdepressioner, da der her er behov for behandling (Sundhed.dk, 2023).

Især tilbud om et gruppeforløb går igen hos de kommuner som har andre tilbud end de ovenstående (ekstra besøg og anbefaling om læge). En mindre del af kommunerne beskriver, at de tilbyder psykolog/terapeutiske samtaler.

Faktaboks 2:

Proposing a two-stage screening approach to distinguish between transient and enduring postnatal depressive symptoms: A prospective cohort study

Forfattere: Johanne Smith-Nielsen, Ida Egmos, Stephen Matthey, Maria Stougård, Sophie Reijman, Mette Skovgård Væver

Formål: At vurdere effektiviteten af en to-trins screeningmetode til at skelne mellem midlertidige og vedvarende depressive symptomer hos nybagte mødre.

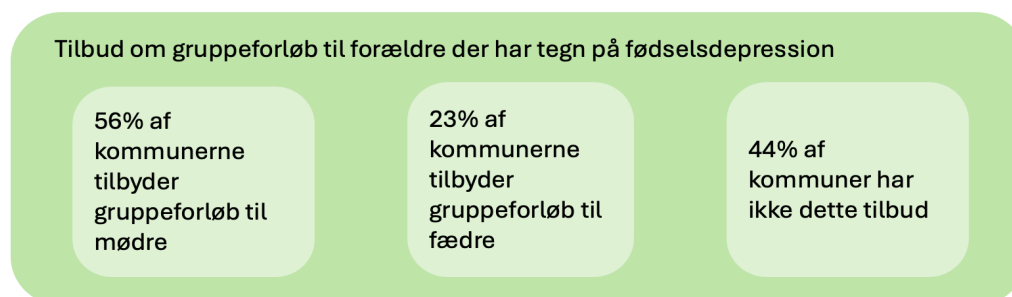
Metode: 427 kvinder i København, der scorede over grænsen på Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), blev screenet igen 1–4 uger senere uden mellemliggende intervention.

Resultater:

- 29,3 % viste tegn på midlertidige depressive symptomer
- En EPDS-score ≥ 15 og positivt svar på spørgsmål 10 (selvskade) var stærke indikatorer for vedvarende symptomer.
- En to-trins tilgang reducerede unødvendige henvisninger med 24 % og sikrede hurtig hjælp til dem med størst behov.

Konklusion: En to-trins screening strategi kan forbedre præcisionen i henvisninger og mindske overdiagnosticering i den postnatale periode.

Gruppeforløb bliver tilbudt til mødre med fødselsdepression i lidt over halvdelen (56%) af kommunerne. Samtidigt er det mindre end en fjerdedel (23%) der har et gruppetilbud til fædre. I 44% af kommunerne er der ikke tilbud om gruppeforløb.



Figur 7: viser hvor mange procent af kommunerne der har gruppeforløb til mødre og fædre, og hvor mange procent ikke har dette tilbud.

Selvom over halvdelen af kommunerne tilbyder gruppeforløb til mødre, skal det nævnes, at lige knap halvdelen af kommunerne har venteliste for at deltage i grupperne. Her kan der gå alt imellem 0 og 3 måneder før moren kan indlede gruppeforløbet.

De kommuner som tilbyder gruppeforløb, har oftest en sundhedsplejerske til at afholde forløbet. I nogle kommuner sker dette i samarbejde med enten en psykolog eller familieterapeut. Et systematisk review og metaanalyse af Singla et al. (2021) finder evidens for at ikke-specialister såsom sundhedsplejersker kan være effektive til at forebygge og behandle fødselsdepression. **Dette understøtter dermed brugen af sundhedsplejersker i gruppeforløbene og understøtter potentialet til at udbrede gruppeforløbene med sundhedsplejersker som facilitatorer, som en evidensbaseret indsats.**

At indsatserne ikke nødvendigvis skal ledes af specialister, kunne gøre tilbuddene lettere tilgængelige i kommunerne. Dette er en fordel hvis de ca. 44% af kommunerne som ikke tilbyder gruppeforløb, skal forbedre deres behandlingstilbud til fødselsdepression.

Ud over gruppetilbud har 1/3 af kommunerne andre tilbud til mødre/fædre med fødselsdepression - primært i form af individuelle samtaler. Herudover bruger cirka 1 ud af 3 digitale værktøjer såsom sundhedsstyrelsens videoer om fødselsdepression. I omkring 75% af kommunerne har sundhedsplejerskerne ekstra uddannelse omkring fødselsdepression. Her er der foregået temadage, kurser og undervisning. Ifølge Sundhedsstyrelsen (2017) formår sundhedsplejersker med efteruddannelse i depression og støttende samtaler i højere grad at mindske symptomer på efterfødselsdepression over tid sammenlignet med sundhedsplejersker uden sådan efteruddannelse.

Tilbud kan afhænge af kommunestørrelse

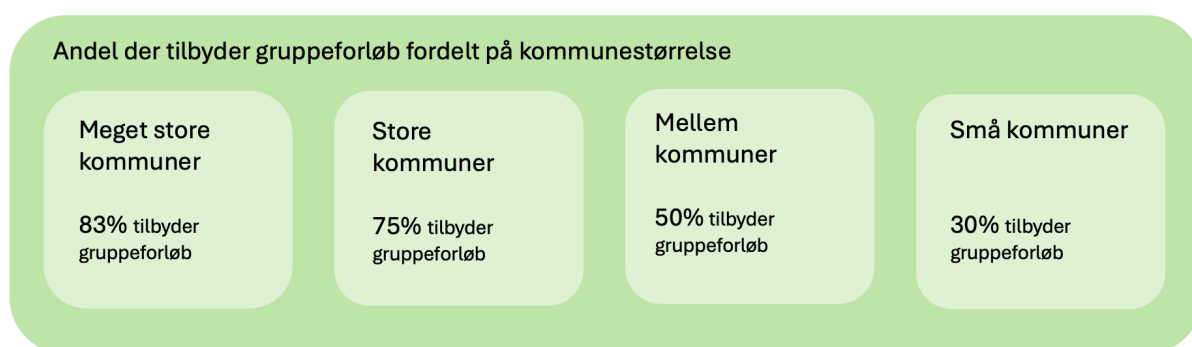
Som beskrevet ovenfor varierer både tærskelværdi og tilbud mellem kommunerne. Kommunernes tilbud om behandling/eller manglen på behandling synes i nogen grad at hænge sammen med kommunens størrelse.

Som nævnt tilbyder 70% af kommunerne altid ekstra besøg. **De meget store kommuner skiller sig dog ud, idet 100% af de 6 kommuner her har svaret at de altid tilbyder ekstra besøg. Procentdelen er mindst i de store kommuner (58%).** De ekstra besøg kan

som sagt være en fordel, fordi det giver kommunerne mulighed for at opspore kvinder som kun midlertidigt score over tærskelværdien. Dermed kan kommuner med to-trins screening mindske den unødvendige belastning som "falske" positive giver - både for familien og sundhedsvæsenet. Dette burde øge sikkerheden for at tilbud om behandling gives til de personer, som reelt har brug for det.

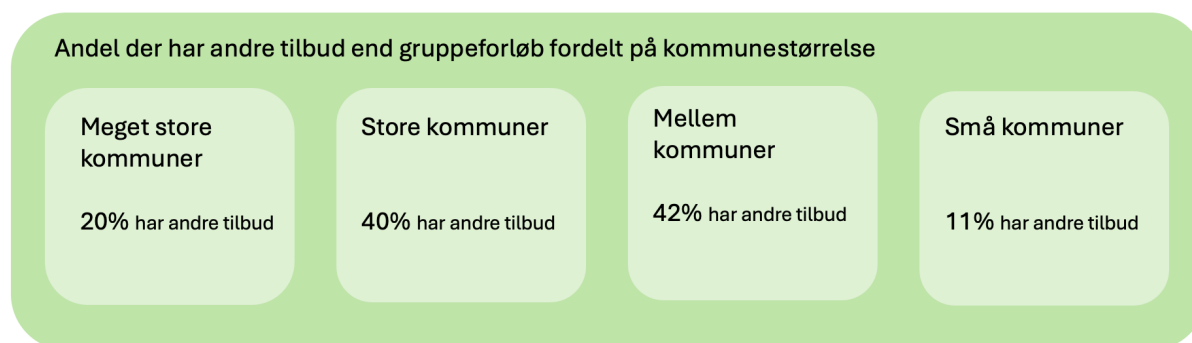
De store kommuner skiller sig dog ud med den højeste andel (75%), der altid anbefaler, at man kontakter egen læge. Det sker ved mellem 50% og 66% i de 3 andre kommunekategorier.

I forhold til om kommunerne tilbyder gruppeforløb til mødre med fødselsdepression, viser vores undersøgelse en tendens; **jo større kommunen er (kommunekategori), desto større er sandsynligheden for at der tilbydes gruppeforløb**. Procentdelen der tilbyder gruppeforløb, er altså størst blandt de meget store kommuner (83%) og mindst blandt de små kommuner (30%).



Figur 8: viser procentdelen af kommuner der tilbyder gruppeforløb. Tallene angiver procentdelen af kommuner inden for hver kommune gruppe, som tilbyder gruppeforløb.

I forhold til kommunestørrelse har de små kommuner samtidigt i mindre grad end de andre kommuner andre tilbud. Andre tilbud dækker over tilbud som individuelle samtaler, barselscafe og lign. Af de små kommuner har 11% andre tilbud til mødre og/eller fædre med fødselsdepression, og dermed har mange af de små kommuner hverken tilbud om gruppeforløb eller har andre tilbud.



Figur 9: viser andelen (%) af kommuner, der har andre tilbud end gruppeforløb. Tallene angiver procentdelen af kommuner inden for hver kommune gruppe, som har andre tilbud.

Disse forskelle peger på en geografisk betinget ulighed i adgangen til støtte og behandling, hvor især de små kommuner skiller sig ud ved både at have den laveste

andel, der tilbyder gruppeforløb og også andre tilbud. Det betyder derfor, at kvinder med de samme symptomer kan få forskellige muligheder for støtte og behandling - alene baseret på kommunestørrelse.



Tilbud hvis scoren er over kommunens tærskelværdi

Der er stor **forskel på hvordan kommunerne handler.**

Små kommuner har færre tilbud og lavere andel med gruppeforløb og andre behandlingsformer.

Mange kommuner tilbyder **ekstra besøg, hvilket er et godt første step** og kan forbedre chancen for at yderligere hjælp tilbydes til dem der har brug for det.



Gruppetilbud

Lidt over **halvdelen tilbyder gruppeforløb til mødre.**

Under **23% tilbyder gruppeforløb til fædre.**

44% har slet ikke gruppeforløb.

Gruppeforløb **ledes ofte af sundhedsplejersker**, nogle steder med psykolog/familieterapeut.

Studier viser at **ikke-specialister (fx sundhedsplejersker) kan være effektive** i behandling og forebyggelse af fødselsdepression.



Tilbud kan afhænge af kommunestørrelse

Jo større kommunen er (kommunekategori), desto **større er sandsynligheden for at der tilbydes gruppeforløb.**

Forskelle i tilbud betyder, at **adgangen til behandling afhænger af, hvor i landet man bor.**

Kvalitet og udfordringer

En central udfordring er, at personer med fødselsdepression – eller begyndende symptomer herpå – ofte mangler det nødvendige overskud til selv at søge hjælp. Selvom screening for fødselsdepression er et vigtigt første skridt, viser forskning, at det ikke er tilstrækkeligt i sig selv. Et studie af Vanderkruik et al. (2021) viste at selvom størstedelen af kvinder med tegn på fødselsdepression blev henvist til behandling, var det kun omkring halvdelen, der rent faktisk modtog den nødvendige hjælp. Tre måneder senere havde næsten 40 % fortsat symptomer. Barrierer som manglende erkendelse af behovet for hjælp samt bekymringer i forhold til medicinering under amning forhindrer mange i at søge behandling. **Det viser, at screening skal følges op af tilstrækkelig hjælp og støtte for at forbedre de nybagte mødres mentale sundhed.** Studiet har ikke undersøgt hvordan dette forholder sig i forhold til mænd.

En undersøgelse fra Momkind (u.å.), som omhandler mødres mentale sundhed efter fødslen, viser, at mange nybagte mødre ikke har overskud til at kontakte egen læge eller deltage i behandlingsforløb. Derudover kan det have en negativ indflydelse på hjælpsøgende adfærd, at der i halvdelen af landets kommuner er ventetid på gruppeforløb

for mødre med symptomer på fødselsdepression. Undersøgelsen fra Momkind (u.å.) peger også på, at følelser af skam og frygt for at blive opfattet som en "dårlig mor" afholder mange kvinder fra at søge hjælp. Flere respondenter oplyser desuden, at de bevidst justerede deres svar i screeningsværktøjet EPDS for at undgå en høj score, da det ifølge dem var relativt let at gennemskue, hvilke svar der ville udløse en henvisning.

Hvis forældre med fødselsdepression eller begyndende symptomer alligevel finder overskud til at søge hjælp, anbefaler 64% af kommunerne, at de kontakter egen læge. Lægen fungerer som gatekeeper til medicinsk behandling, og bekymringer omkring brug af antidepressiv medicin under amning udgør en væsentlig barriere for at igangsætte behandling. Den generelle evidens for brugen af antidepressiva under amning er desuden ikke entydig. En artikel i Ugeskrift for Læger – i tråd med mange andre publikationer, fremhæver, at behandling af ammende kvinder med antidepressiv medicin kræver grundig overvejelse og helst bør foregå i samarbejde med en psykiater (Videbech, P., 2005). Der skal findes en balance mellem risikoen for, at barnet udsættes for små mængder medicin via modermælken, og konsekvenserne af ubehandlet depression hos moderen. Forskning viser dog, at visse antidepressiva kun i meget begrænset omfang udskilles i modermælken og generelt betragtes som sikre. Behandlingen bør derfor tilpasses individuelt, og kvinden bør vejledes i, hvordan barnets eksponering minimeres, samtidig med at hun overvåger eventuelle bivirkninger hos barnet (Videbech, P., 2005).

I mange mindre kommuner er der begrænsede tilbud ud over ekstra besøg fra sundhedsplejersken og henvisning til egen læge. Det skaber udfordringer, især i tilfælde af alvorlig fødselsdepression, hvor evidens viser, at kognitiv terapi er en væsentlig behandlingsform (Sundhed.dk, 2023). Lægen kan tilbyde antidepressiv medicin eller henvise til psykiatrien, men også her støder mange på barrierer i form af bekymringer om medicinens indvirkning under amning samt lange ventetider. Det betyder, at mødre med fødselsdepression i små kommuner ofte står meget alene, da kun 30 % af disse kommuner tilbyder gruppeforløb.



Kvalitet og udfordringer

Screening fører **ikke automatisk til hjælp**.

Mange nybagte mødre **modtager ikke den nødvendige hjælp**, selvom de screenes og henvises.

Der er både **praktiske, psykologiske og strukturelle barrierer** for, at mødre med fødselsdepression får den nødvendige hjælp.

Risiko for, at kvinder med samme symptomer **får vidt forskellige muligheder for hjælp**.

Konklusion

Resultaterne viser tydelige forskelle i kommunernes praksis for screening og behandling af fødselsdepression. Screening for fødselsdepression er et vigtigt redskab til tidlig opsporing og behandling. På trods af at de fleste kommuner tilbyder screening, varierer både omfang, målgrupper og anvendte screeningsmetoder betragteligt. Der ses lavere screeningsandele i små og meget store kommuner, ligesom fædre og ikke-dansktalende borgere har dårligere adgang til screening. Samtidigt giver varierende tærskelværdier en uensartethed i, hvornår der tilbydes hjælp.

Det er vigtigt, at kommunerne kan tilbyde hjælp ved en fødselsdepression. I nogle tilfælde kan det være tilstrækkeligt med ekstra sundhedsplejerskebesøg, mens det i andre tilfælde er nødvendigt med behandling såsom kognitiv terapi i gruppetilbud. Kun lidt over halvdelen af kommunerne tilbyder gruppeforløb til mødre, og under en fjerdedel har lignende tilbud til fædre. Samtidig har 44 % af kommunerne slet ikke gruppebaserede tilbud, og i mange tilfælde er der ventetid, som kan udgøre en barriere i en sårbar periode. Særligt kommunestørrelse har betydning for adgangen til hjælp: Meget store kommuner tilbyder hyppigere gruppeforløb og har flere supplerende tilbud, mens små kommuner i højere grad er begrænset til tilbud om ekstra sundhedsplejerskebesøg og henvisning til egen læge. Dette skaber en geografisk betinget ulighed, hvor muligheden for støtte i høj grad afhænger af, hvor man bor.

Resultaterne understreger behovet for nationale retningslinjer og ensartede, evidensbaserede indsatser for at sikre lige adgang til screening og behandling af fødselsdepression – uanset hvor i landet man bor, hvilket sprog man taler, eller hvilket køn man har.

Metode

Generelt om data

Vi har taget udgangspunkt i data fra HOPE projektet. Her har vi data fra kommunerne omkring fødselstal, screening i perioden 2015-2021. I to kommuner havde vi kun data for fødselstal og ikke omkring screenede. På baggrund heraf er de to kommuner fjernet fra den samlede data omkring fødselstal og screenede. I spørgeskemadata har vi, ved de kommuner som har udfyldt flere gange, fravalgt data som ikke har været fuldt udfyldt.

Kommuneinddeling

For at få et overblik over de 65 kommuner er de inddelt i 4 grupper. Ud af de 65 kommuner er 2 kommuner valgt fra, da der ikke var data omkring EPDS, og derfor heller ikke andel screenede. For at skabe et overblik over de resterende 64 kommuner er de opdelt i 4 grupper, ud fra indbyggerantal (Danmarks Statistik, 2025). De 4 grupper er små kommuner, mellemstore kommuner, store kommuner og meget store kommuner. De små kommuner er defineret som gruppen med under 30.000 indbyggere. De mellemstore kommuner er defineret som grupper med mellem 30.000 og under 55.000 indbyggere. De store kommuner er defineret fra 55.000 til under 95.000 indbyggere. De meget store kommuner er defineret over 95.000 indbyggere.

Spørgeskema data:

Spørgeskemaet, som benyttes i rapporten, er udsendt til alle HOPE kommuner og er besvaret af 50 forskellige kommuner.

Enkelte kommuner har svaret flere gange og derfor er der lavet en vurdering af hvilket svar der skulle tages med. Dette er gjort, da hver kommune kun skal tælles med én gang. I de kommuner hvor der har ligget flere svar, har kun det ene været fuldt besvaret. Da svarene der hvor spørgeskemaet ikke er endeligt besvaret, har lignet svarene i det fuldt besvarede spørgeskema, er de halve besvarelser taget fra så der kun optræder et fuldt besvaret spørgeskema for kommunerne.

I første halvdel af spørgeskemaet, som omhandler moren, har 50 kommuner svaret og andelene er derfor beregnet ud for 50 kommuner.

I delen som handler om faren har 48 kommuner svaret og derfor er andelene her beregnet ud fra 48 kommuner.

Spørgeskemaet kan ligeledes fortolkes forskelligt i de deltagende kommuner. Dette kan have ført til modstridende svar. I tilfælde hvor der er åbenlyse uoverensstemmelser er der foretaget en vurdering af hvad der sandsynligvis har været ment.

For eksempel har nogle kommuner angivet, at de screener alle mødre for fødselsdepression, men samtidig oplyst at de kun tilbyder screening, hvis mor snakker dansk eller engelsk. I sådanne tilfælde er kommunen blevet klassificeret som en, der ikke screener alle, da screeningen reelt er begrænset af sprog.

Litteraturliste

- Asper, M. M., Hallén, N., Lindberg, L., Månsdotter, A., Carlberg, M., & Wells, M. B. (2018). *Screening fathers for postpartum depression can be cost-effective: An example from Sweden*. *Journal of Affective Disorders*, 241, 154–163.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.044>
- Danmarks Statistik. (2025). *Befolkningen den 1. i kvartalet efter alder, køn, område og tid*. Lokaliseret d.30/4-25 fra: <https://www.statistikbanken.dk/20021>
- Fagligt selskab for sundhedsplejersker (u.å.). *Får vi reflekteret nok over, hvornår og hvordan vi bruger EPDS?: Om sundhedsplejerskens forvaltning og formidling af screeningsredskabet i praksis*. Lokaliseret d.1/5-2025 fra:
<https://www.sundhedsplejersken.nu/faar-vi-reflekteret-nok-over-hvornaar-og-hvordan-vi-bruger-epds/>
- Madsen, S.A. (2019). *Men and perinatal depression*. *Trends in Urology & Men's Health*, 10(2044-3730), 7-9. <https://doi.org/10.1002/tre.681>
- Marti-Castaner, M., Hvidtfeldt, C., Villadsen, S. F., Laursen, B., Pedersen, T. P., & Norredam, M. (2022). *Disparities in postpartum depression screening participation between immigrant and Danish-born women*. *European Journal of Public Health*, 32(1), 41–48. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab197>
- Momkind (u.å.). *Screening for fødselsdepression – 1 ud af 10 nybagte mødre pynter på sandheden*. Lokaliseret d. 2/5-2025 fra:
<https://momkind.dk/blogs/sindet/screening-for-fodselsdepression-1-ud-af-10-nybagte-modre-pynter-pa-sandheden>
- O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., & Burda, B. U. (2016). *Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force*. *JAMA*, 315(4), 388–406.
<https://doi.org/10.1001/jama.2015.18948>
- Psykologisk Ordbog. (u.å.a). *ICD-10*. Hentet 15. maj 2025 fra
<https://www.pjkp.dk/ordbog/icd-10/>
- Psykologisk Ordbog. (u.å.b). *DSM-5*. Hentet 15. maj 2025 fra
<https://www.pjkp.dk/ordbog/icd-10/>
- Rambøll Management Consulting. (2021). *Kortlægning af eksisterende indsatser vedr. tidlig opsporing og behandling af fødselsdepressioner*. Sundhedsstyrelsen.
- Sind og fødsel (2025). *Belastningsreaktion*. Lokaliseret d. 2/5-2025 fra:
<https://sindogfoedsel.dk/belastningsreaktion/>

- Singla, D. R., Lawson, A., Kohrt, B. A., Jung, J. W., Meng, Z., Ratjen, C., Zahedi, N., Dennis, C. L., & Patel, V. (2021). *Implementation and Effectiveness of Nonspecialist-Delivered Interventions for Perinatal Mental Health in High-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis*. *JAMA Psychiatry*, 78(5), 498–509.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4556>
- Smith-Nielsen, J., Egmos, I., Matthey, S., Stougård, M., Reijman, S., & Væver, M. S. (2025). *Proposing a two-stage screening approach to distinguish between transient and enduring postnatal depressive symptoms: A prospective cohort study*. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 8, 100284.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100284>
- Smith-Nielsen, J., Matthey, S., Lange, T., & Væver, M. S. (2018). *Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression*. *BMC Psychiatry*, 18(1), 393. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1965-7>
- Sundhed.dk. (27/10-2023). *Postpartum depression*. Lokaliseret d. 24/5-2025 fra: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/depressioner/postpartum-depression/>
- Sundhedsstyrelsen. (2017). Tidlig indsats for sårbare familier, Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser <https://www.sst.dk/-/media/Puljer/Tidlig-indsats-for-s%C3%A5rbare-familier/%20Afd%C3%A6kningsrapport.ashx?la=da&hash=7A1E92D4DA44AA4F8F03B3B336F433E504BA7E07>
- Sundhedsstyrelsen. (2023). *Fødselsdepression – information til forældre*. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Foedselsdepression/INFOARK_FOEDSELSDEPRESSION.ashx
- Svendsen, M., Brixval, C. S., & Holstein, B. E. (2012). *Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand – Temarapport fra Databasen Børns Sundhed om børn født i 2010*. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed.
- Vanderkruik, R., Freeman, M. P., Claypoole, L. D., Arakelian, M., Kaimal, A. J., Nadel, H., & Cohen, L. S. (2021). *Postpartum depression screening: Treatment engagement, barriers to care, and change in depressive symptoms*. *Annals of Clinical Psychiatry*, 33(4), 7–14. <https://doi.org/10.12788/acp.0044>
- Videbech, P. (2/11- 2005). *Amning og medikamentel antidepressiv behandling*. *Ugeskrift for Læger*. Lokaliseret d. 5/5-2025 fra: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/amning-og-medikamentel-antidepressiv-behandling>

- Wilkinson, A., Anderson, S., & Wheeler, S. B. (2017). *Screening for and Treating Postpartum Depression and Psychosis: A Cost-Effectiveness Analysis*. *Maternal and Child Health Journal*, 21, 903–914. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2192-9>
- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of general internal medicine*, 12(7), 439–445.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x>