

Temarapport

om børn født i 2010

Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand



Databasen Børns Sundhed 2012

Et tværkommunalt samarbejde med Region Hovedstaden og
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Forfattere: Maria Svendsen, Carina Sjöberg Brixval og Bjørn E. Holstein

Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand - Temarapport fra Databasen Børns Sundhed om børn født i 2010.

© Statens Institut for Folkesundhed 2012.

Statens Institut for Folkesundhed

Øster Farimagsgade 5A

1353 København K

www.si-folkesundhed.dk

Udarbejdet for Styregruppen for Databasen Børns Sundhed af:

Maria Svendsen, Carina Sjöberg Brixval og Bjørn E. Holstein, alle fra Forskningsprogrammet for Børn og Unge Sundhed og Trivsel, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Styregruppe:

Anne Lichtenberg, udviklingskonsulent, Region Hovedstaden

Anne Mette Skovgaard, overlæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, Københavns Universitet

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, Sundhedsstyrelsen

Birgitte Weile, overlæge, Region Hovedstaden

Bjørn Holstein, professor, Statens Institut for Folkesundhed

Inga Jacobsen, sundhedsplejerske, Gentofte Kommune

Jens Thrane, afdelingschef for Børne- og Familieafdelingen, Albertslund Kommune

Lene Møller, leder af sundhedsplejen, Rødovre Kommune

Lone Dahlstrøm, leder af sundhedsplejen, Høje-Taastrup Kommune

Pia Rønneknamp, ledende sundhedsplejerske, Brøndby Kommune

Tine Juhl, centerchef for Center for Familie og Forebyggelse, Glostrup Kommune

Tove Kepp, praktiserende læge, Rødovre Kommune

Publikationen citeres således:

Svendsen M, Brixval CS, Holstein BE. 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, 2012.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Tryk: Region Hovedstaden

Publikationen kan downloades fra internetadressen www.si-folkesundhed.dk

Elektronisk ISBN 978-87-7899-220-8

Forord

Denne temarapport fra Databasen Børns Sundhed er baseret på sundhedsplejerskernes journaldata om 5.537 børn i alderen nul til et år, født i perioden 1. januar til 31. december 2010. Børnene stammer fra tolv kommuner i databasesamarbejdet; Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk, Rødovre og Tårnby.

Temaet for denne rapport er sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand, når barnet er mellem fire og seks måneder. Valget af dette emne skyldes, at efterfødselsreaktioner kan have store konsekvenser for både kvinden og barnet og dermed have stor indflydelse på folkesundheden.

Den kliniske kvalitetsdatabase Børns Sundhed beskriver børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskernes virksomhed. Databasen Børns Sundhed indeholder data om nul til etårige børn fra 2002 og frem, og fra 2007 er databasen suppleret med data fra sundhedsplejerskernes undersøgelser af indskolingsbørn. Formålet med databasen er 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra Den Kommunale Sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af sundhedsplejens ydelser og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter.

Data er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale. Dette betyder ensartet praksis samt en systematisk og sammenlignelig dokumentation af sundhedsplejerskernes ydelser. De kommuner, der er tilsluttet databasen, modtager årsrapporter med bearbejdede data samt egne rådata fra journalerne. Data kan anvendes til at orientere kommunens politiske og administrative ledelse samt til at planlægge og drøfte nye initiativer eller ændringer af den daglige praksis samt følge børns sundhed lokalt. Alle kommuner, der anvender elektroniske journaler, der er godkendt til at levere data til Børns Sundhed, kan tilslutte sig databasen og indgå i samarbejdet.

Resultaterne fra Databasen Børns Sundhed har blandt andet bevirket, at flere af kommunerne har indført barselsbesøg, screening for efterfødselsreaktioner, styrket indsats til for tidligt fødte børn og systematiske besøg i småbørnsalderen.

Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat Styregruppe, der har ansvar for, at formålet for databasen udmøntes. Databasen er beliggende på Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet. SIF er ansvarlig for den daglige drift af databasen. Årligt foretages udtræk af data om spædbørn og et tilsvarende udtræk af børn, der er indskolet det pågældende skoleår. På grundlag af disse udtræk udarbejdes rapporter om spædbørn og indskolingsbørn samt rapporter til hver af de deltagende kommuner.

Temarapporten er udarbejdet af videnskabelig assistent Maria Svendsen, videnskabelig assistent Carina Sjöberg Brixval samt professor Bjørn E. Holstein. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen og videnskabelig assistent Maria Svendsen, alle fra SIF.

En særlig stor tak til alle sundhedsplejerskerne og de ledende sundhedsplejersker i de deltagende kommuner for det positive og engagerede samarbejde – det er helt afgørende for den fortsatte udvikling af databasen.

Lone Dahlstrøm, Formand for Styregruppen

Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand – Temarapport fra Databasen Børns Sundhed om børn født i 2010

Svendsen M, Brixval CS, Holstein BE.
København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed
og Statens Institut for Folkesundhed 2012

Resumé

Baggrund og formål

Det ses ofte, at kvinder oplever forskellige typer af efterfødselsreaktioner. Det anslås, at omkring ti procent af alle kvinder, der lige har født, udvikler en egentlig fødselsdepression. Herudover har fem til ti procent andre efterfødselsreaktioner, som eksempelvis angst eller andre følelsesmæssige reaktioner. Efterfødselsreaktioner kan medføre store konsekvenser for både kvinden og barnet; det har blandt andet konsekvenser for mor-barn relationen, når moderen har depressioner i barnets første levemåneder. Den usikre mor-barn interaktion, der ofte ses mellem depressive mødre og deres børn, ser ud til at kunne påvirke barnets udvikling i de første år, og kan muligvis have længerevarende konsekvenser. Det er vigtigt, at efterfødselsreaktioner opspores tidligt efter fødslen, ligesom det er væsentligt at undersøge, om børn af mødre med symptomer på en efterfødselsreaktion, udvikler sig hensigtsmæssigt.

Formålene med denne rapport er derfor:

- 1) at beskrive forekomsten af sundhedsplejerskernes bemærkninger til mors psykiske tilstand,
- 2) at undersøge, hvilke prædiktorer, der er for bemærkning til mors psykiske tilstand, når barnet er fire til seks måneder, og
- 3) at undersøge, om sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen er prædiktivt for barnets udvikling ved otte til ti måneders alderen, bedømt ved to kriterier: forældre-barn kontakt og samspil, samt barnets signaler og reaktioner.

Metode

Data stammer fra tolv kommuner i samarbejdet om Databasen Børns Sundhed. Databasen Børns Sundhed har siden 2002 indsamlet data fra sundhedsplejerskernes besøg og undersøgelser af spædbørn gennem en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale. Denne rapport omhandler 5.537 børn født i 2010 i følgende kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk, Rødovre og Tårnby.

Resultater

Blandt de 5.537 børn i temarapporten havde sundhedsplejersken bemærkninger til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg for 30,6 %. Ved C-besøget, hvor barnet er mellem fire og seks måneder, var forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand 12,6 %.

Følgende faktorer var signifikant sammenhængende med øgede odds for bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget:

- lavt uddannelsesniveau hos mor (maksimalt 10. klasse),
- mor uden arbejde,
- mor med anden etnisk baggrund end dansk,
- at barnet ikke bor sammen med både mor og far,
- bemærkninger til graviditet eller fødsel,
- vanskeligheder ved etablering af amning, og
- længere end seks døgn indlæggelse i forbindelse med fødslen.

Forekomsten af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved otte til ti måneders alderen var 5,1 %. Analyser af sammenhængen mellem mors psykiske tilstand (fire-seks måneder) og forældre-barn kontakt og samspil (otte-ti måneder) viste, at odds for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil var mere end fem gange så høje blandt dem med bemærkninger til mors psykiske tilstand (OR=5,19, 95 % CI: 3,76-7,17) i forhold til dem, der ikke havde bemærkninger.

Forekomsten af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved otte til ti måneders alderen var 9,0 %. Analyser af sammenhængen mellem mors psykiske tilstand (fire-seks måneder) og barnets signaler og reaktioner (otte-ti måneder) viste omkring tre gange så høje odds for bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved bemærkninger til mors psykiske tilstand (OR=2,92, 95 % CI: 2,23-3,80).

Der er en del journaler uden oplysninger om bemærkninger til mors psykiske tilstand, og det er sandsynligt, at forekomsten er en smule højere end angivet i rapporten. Der er også en del journaler uden oplysninger om henholdsvis forældre-barn kontakt og samspil og/eller barnets signaler og reaktioner. Disse manglende oplysninger giver næppe nogen væsentlig fejl i beregningen af sammenhængen mellem mors psykiske tilstand og barnets udvikling.

Implikationer for praksis

Analyserne viser, at sundhedsplejerskerne hyppigt har bemærkninger til mors psykiske tilstand, og at der er en forhøjet forekomst i resourcesvage familier. Resultaterne bekræfter fund fra internationale og danske undersøgelser i sammenlignelige befolkningsgrupper. Det er vigtigt at tage sig af disse problemer, fordi de øger risikoen for efterfølgende utilstrækkelig forældre-barn kontakt og samspil, samt problemer med barnets signaler og reaktioner. For kommunerne kan denne dokumentation benyttes som grundlag for kommunernes tilrettelæggelse af indsatsen for de ramte børn og familier. Alle de deltagende kommuner yder en ekstra indsats for disse mødre, men kommunernes tilbud er meget forskellige. Det giver gode muligheder for, at kommunerne lærer af hinandens erfaringer og dermed bidrager til udvikling af deres tilbud og indsats.

Implikationer for forskning

En fremtidig forskningsopgave kunne være at undersøge, hvorvidt den fundne sammenhæng også er gældende, hvis der inddrages symptomer på fødselsdepression målt med Edinburgh Postnatal Depression Scale som prädiktor for konsekvenser for barnets udvikling i første leveår. Desuden kunne det være interessant at undersøge, hvorvidt sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand i det første leveår påvirker barnet på længere sigt. Databasen giver gode muligheder for forskning af denne art, fordi den udover spædbørnsdata også inkluderer informationer fra sundhedsplejerskernes undersøgelser af børnene ved indskoling.

Hvad kan denne rapport bruges til?

Det er vigtigt at få nye tal om mors psykiske tilstand i familier, der lige har fået barn. Disse tal beskriver behovet for en ekstraordinær indsats. Når ikke mindre end 12,6 % af mødrene har bemærkninger til deres psykiske tilstand, når barnet er mellem fire og seks måneder gammelt, så er behovet stort.

For nogen kan det være trivielt og gammel viden, at behovet for ekstraordinær indsats er størst i ressourcetsvage familier. Men det er vigtigt at se tallene, fordi de kan hjælpe med at skabe en hensigtsmæssig normering af sundhedsplejersker og andre forebyggende ordninger.

Det er vigtigt at få øje på forskellene mellem kommunerne, eksempelvis forskelle i forekomsten af sundhedsplejerskens bemærkninger til mors psykiske tilstand, tilbud til mødre og forekomsten af efterfølgende problemer med barnets udvikling. Forskellene kan være reelle, blandt andet fordi der er stor variation i omfanget af ressourcetsvage familier fra kommune til kommune. Forskellene kan også afspejle forskellig praksis eller vurdering hos sundhedsplejerskerne. Faglige drøftelser af sådanne forskelle vil med stor sandsynlighed medføre en kvalitetsudvikling af sundhedsplejen.

Rapporten viser, at alle de deltagende kommuner gør en betydelig indsats for at opspore og støtte mødre med psykiske vanskeligheder. Hvis kommunerne beslutter sig for en yderligere indsats og kvalitetsudvikling, så kan dette altså finde sted i allerede gødet jord, det vil sige at der er fagpersoner med viden og engagement på dette område.

Et af de centrale fund i analyserne er, at sundhedsplejerskens bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders besøget er stærkt prädiktivt for problemer med barnets udvikling ved otte til ti måneders besøget. Dette fund skal tages alvorligt, især set i sammenhæng med de nye forskningsresultater om, at sådanne problemer med barnets udvikling er prädiktivt for psykiske vanskeligheder hos barnet ved skolestart. Disse fund lægger grunden til udvikling af en styrket forebyggende indsats.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion.....	8
1.1. Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand.....	8
1.2. Definition og afgrænsning af begrebet fødselsdepression	8
1.2.1. Forekomst.....	10
1.2.2. Årsager.....	10
1.2.3. Symptomer	12
1.2.4. Konsekvenser.....	12
1.2.5. Opsporing af fødselsdepression	14
1.2.6. Behandling	15
1.2.7. Indsats i kommunerne	16
1.3. Problemstilling og formål med rapporten.....	17
2. Materiale og metode.....	18
2.1. Sundhedsplejerskernes virksomhed.....	18
2.2. Den kliniske kvalitetsdatabase Børns Sundhed	18
2.3. Datagrundlag	19
2.4. Målinger og variable.....	20
2.4.1. Bemærkninger til mors psykiske tilstand besøg A-D	20
2.4.2. Forældre-barn kontakt og samspil ved D-besøget	20
2.4.3. Barnets signaler og reaktioner ved D-besøget	20
2.4.4. Sociodemografiske faktorer	21
2.4.5. Variable forbundet med graviditet, fødsel og den første tid	21
2.4.6. Kommune	22
2.4.7. Manglende registrering	22
2.5. Dataanalyse	24
3. Resultater	25
3.1. Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand.....	25

3.1.1.	Bemærkninger til mors psykiske tilstand over tid	26
3.1.2.	Bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget	28
3.2.	Potentielle prædiktorer for bemærkninger til mors psykiske tilstand.....	28
3.2.1.	Sociodemografiske faktorer	28
3.2.2.	Variable forbundet med graviditet, fødsel og den første tid	32
3.2.3.	Kommuneforskelle.....	39
3.2.4.	Opsummering af potentielle prædiktorer	40
3.3.	Confounderudvælgelse	40
3.4.	Analysemodeller	41
3.5.	Mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil	42
3.6.	Mors psykiske tilstand og barnets signaler og reaktioner	43
3.7.	Manglende oplysninger	46
3.7.1.	Mors psykiske tilstand ved C-besøget	46
3.7.2.	Forældre-barn kontakt og samspil ved D-besøget	46
3.7.3.	Barnets signaler og reaktioner ved D-besøget	47
3.8.	Sammenfatning af resultater.....	48
4.	Diskussion	49
4.1.	Diskussion af resultater	49
4.2.	Diskussion af metode	50
4.3.	Implikationer	51
5.	Referencer	54

1. Introduktion

Denne temarapport fra Databasen Børns Sundhed, omhandler spædbørn født i 2010. Rapporten bygger på data fra sundhedsplejerskejournaler for 5.537 børn fra 12 kommuner. Rapporten har fokus på temaet *sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand*. Udover forekomsten af sundhedsplejerskens bemærkninger til mors psykiske tilstand undersøges det, hvilke konsekvenser, det har for barnets udvikling, hvis sundhedsplejersken har mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand når barnet er fire til seks måneder gammelt. Konsekvenserne for barnet måles ved to relevante faktorer i barnets udvikling ved D-besøget, når barnet er otte til ti måneder; nemlig barnets signaler og reaktioner samt forældre-barn kontakt og samspil.

1.1. Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand

I de kommuner, der deltager i databasesamarbejdet, gennemføres fire standardiserede besøg i barnets første leveår. Ved alle disse besøg vurderer sundhedsplejersken morens psykiske tilstand og kan registrere bemærkninger til en eller flere af følgende kategorier: *ked af det/trist, angst, søvnproblemer, "problemløs"* (det vil sige, at moren negligerer åbenlyse problemer), *andet* og *henvist*. Til journalen hører en manual, hvori vejledning til sundhedsplejerskens journalføring beskrives. I denne står der, at en kvindes tilstand efter fødslen skal ses både fra kvindes egen opfattelse, fra hendes families opfattelse og ud fra sundhedsplejerskens bedømmelse.

Registreringspunkterne for mors psykiske tilstand blev udvalgt i år 2000, hvor den kvalitetssikrede journal til Databasen Børns Sundhed blev udviklet. Registreringerne for mors psykiske tilstand blev udvalgt i samarbejde med chefpsykolog Svend Aage Madsen (personlig kommunikation med Anne Lichtenberg).

I denne rapport ses udelukkende på sundhedsplejerskens bemærkninger til mors psykiske tilstand efter fødslen og ikke på fars psykiske tilstand. Fædres psykiske tilstand er også et meget relevant emne, men databasen rummer ikke oplysninger om dette på nuværende tidspunkt. Det er dog et registreringspunkt, der vil blive indarbejdet i næste revision af journalen.

1.2. Definition og afgrænsning af begrebet fødselsdepression

Det ses ofte, at kvinder oplever efterfødselsreaktioner. Reaktionen kan spænde fra meget milde reaktioner i den første uge efter fødslen til egentlig fødselsdepression (Gullestrup & Terp, 2008). De milde reaktioner er karakteriseret ved udmattelse, sorg eller gråd, ustabil humør, bekymring samt forvirring. Tilstanden starter typisk mellem anden- og femtedagen efter fødslen og varer fra få timer til nogle enkelte dage (Reck et al. 2004), og betragtes som en reaktion på fødslen (Gullestrup & Terp, 2008). Omkring 50 % af alle fødende oplever en sådan reaktion (Reck et al. 2004).

Fødselsdepressioner debuterer sommetider allerede under graviditeten, men ses oftest efter fødslen. Sygdommen kan bryde ud kort efter fødslen eller udvikle sig over uger eller måneder (Gullestrup & Terp, 2008). Fødselsdepression har ikke egne diagnosekriterier i det internationale sygdomsklassifikationssystem ICD-10 (Bertelsen 2006), men diagnosticeres ved hjælp af de samme depressionskriterier som andre typer af depression. Ifølge ICD-10 defineres fødselsdepression som en depression opstået i puerperiet, defineret

som op til seks uger efter fødslen. I videnskabelige studier og i klinisk arbejde inkluderes ofte depressioner, som debuterer tre til seks måneder efter fødslen (Wisner et al. 2004), og betegnelsen fødselsdepression bruges af andre forfattere om depression inden for barnets første leveår (Grace et al. 2003).

I den gældende ICD-10-klassifikation (Bertelsen 2006) defineres depression som en tilstand med flere samtidige symptomer, der har været til stede det meste af tiden, næsten hver dag, i de sidste 14 dage (se tabel 1.a). Således kan diagnosen depression rumme meget forskellige symptomkombinationer og derved fremstå klinisk meget forskelligt. Det er dog et krav, at patienten opfylder mindst to ud af tre såkaldte kernesymptomer, der dækker henholdsvis; 1) nedtrykthed, 2) nedsat lyst eller interesse og 3) nedsat energi eller øget træthedsbarhed (Sundhedsstyrelsen, 2007).

Tabel 1.a. Diagnostiske kriterier for depressiv enkeltepisode og periodisk depression efter ICD-10

Generelle kriterier	Varighed af depressiv episode mindst to uger
	Ingen tidligere episoder med depression (gælder for enkeltepisode) eller med hypomani, mani eller blandingstilstand
	Organisk ætiologi udelukkes
Kernesymptomer	Nedtrykthed
	Nedsat lyst eller interesse
	Nedsat energi eller øget træthedsbarhed
Ledsagesymptomer	Nedsat selvtillid eller selvfølelse
	Selvbeprejdelse eller skyldfølelse
	Tanker om død eller selvmord
	Tænke- eller koncentrationsbesvær
	Agitation eller hæmning
	Søvnforstyrrelser
	Appetit- og vægtændring

I tabel 1.b præsenteres definitionen af depressionens sværhedsgrad. Der anbefales forskellig behandling til de forskellige grader af depression, hvorfor det er væsentligt at kategorisere depressionen ud fra disse kriterier. For alle grader af depression, kræves det, at de generelle kriterier for en depressiv episode er opfyldt.

Tabel 1.b. Definition af depressionens sværhedsgrad

Let grad	
	Mindst to kernesymptomer
	Mindst to ledsagesymptomer
Moderat grad	
	Mindst to kernesymptomer
	Mindst fire ledsagesymptomer
Svær grad	
	Alle tre kernesymptomer
	Mindst fem ledsagesymptomer

1.2.1. Forekomst

Hos kvinder er livstidsrisikoen for at udvikle en depression cirka otte procent, mens den for mænd er omkring fire procent (Poulsen et al. 2004). For kvinder er der under graviditet og i barselsperioden højere risiko for udvikling af depression end på andre tidspunkter i livet (Sundhedsstyrelsen, 2007).

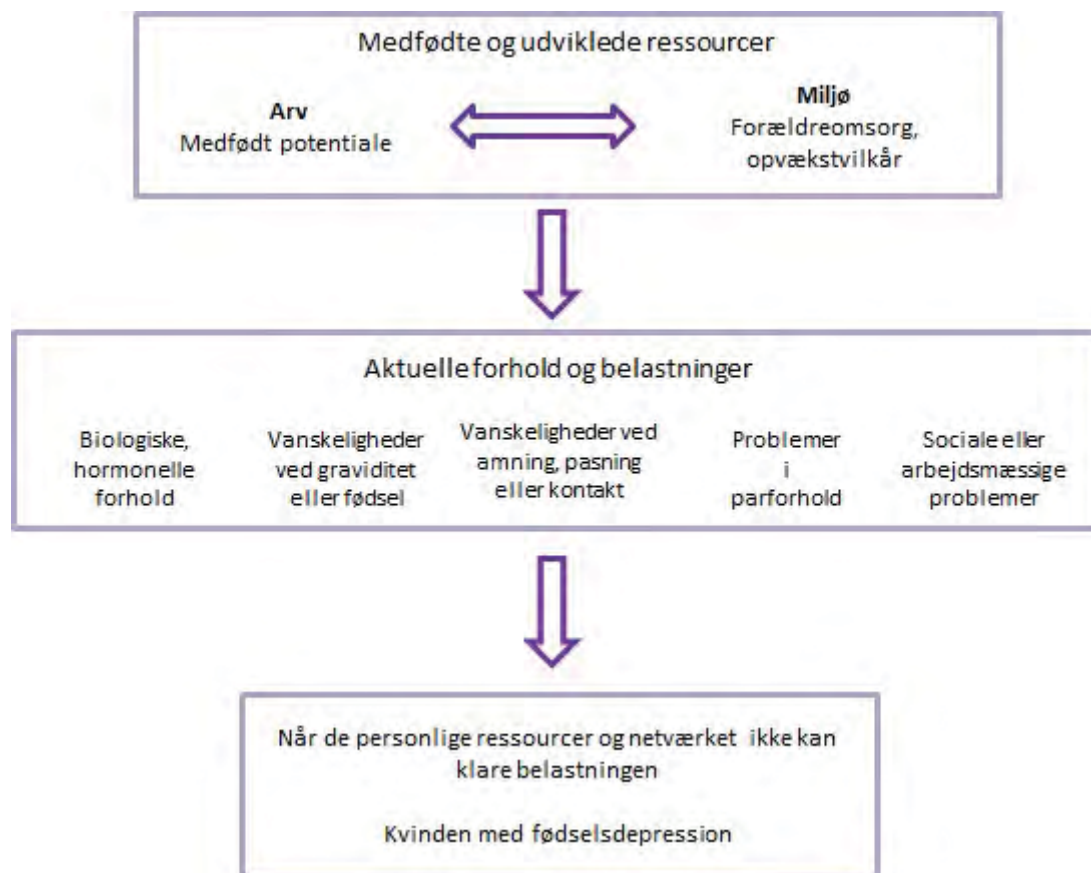
Fødselsdepression er den hyppigste komplikation relateret til graviditet og fødsel (Grace et al. 2003), og det anslås, at omkring ti procent af alle kvinder, der lige har født, udvikler en egentlig fødselsdepression, og herudover har fem til ti procent andre fødselsreaktioner, som eksempelvis angst eller andre følelsesmæssige reaktioner (Gullestrup & Terp, 2008). En oversigtsartikel fra 2005 bekræfter disse forekomster i udenlandske studier, idet forfatterne i gennemgangen af relevante studier på området fandt forekomster af depression på 10-13 % i de første seks måneder efter fødslen (Gavin et al. 2005). Forekomsten af depression i graviditeten angives til mellem syv og tolv procent og er formentlig hyppigere i andet og tredje trimester (Gavin et al. 2005; Bennett et al. 2004).

For almene depressioner ved man, at risikoen for nye depressive episoder øges med antallet af tidligere depressioner (Kessing et al. 2004), og kvinder, der tidligere har haft en depression har 40-50 % risiko for at opleve tilbagefald i forbindelse med en graviditet, hvis de ikke modtager forebyggende antidepressiv behandling. En sådan behandling ser ud til at mindske risikoen for tilbagefald betydeligt, men kan ved medicinsk behandling indebære en potentiel risiko for fosteret (Sundhedsstyrelsen, 2007). Ved svære fødselsdepressioner får cirka 25-35 % tilbagefald ved anden fødsel (Gullestrup & Terp, 2008).

1.2.2. Årsager

En fødselsdepression udspringer ofte af flere årsager, der indgår i et kompliceret samspil, som endnu ikke er fuldt afdækket. Risikofaktorer for at udvikle fødselsdepression er blandt andet stressende livsbegivenheder, tidligere depressive perioder og familiær disponering for depression (Nielsen et al. 2000; Wisner et al. 2002). Udvikling af fødselsdepression kan forklares ud fra sårbarhed-stress-modellen (illustreret i figur 1.a).

Figur 1.a. Sårbarhed-stress-model for udvikling af fødselsdepression



Sårbarhed-stress-modellen bygger på den tankegang, at ethvert menneske har sine biologiske og psykiske ressourcer fra både arv og miljø. Når mennesker møder udfordringer, vil deres ressourcer være afgørende for, hvordan de håndterer udfordringerne. Bliver vanskelighederne for store i forhold til ressourcerne, bliver personen overbelastet og kan ende med at udvikle en depression. Selv om de fleste kvinder ønsker at blive gravide og få et barn, kan det være en meget stor udfordring, der kræver ekstra ressourcer af hende og parforholdet. Kvinder, der får en fødselsdepression, har ofte en psykisk sårbarhed, som de sjældent er bevidste om. Når der opstår forskellige vanskeligheder i forhold til barnet, kan kvinden blive presset så meget, at det til sidst resulterer i en fødselsdepression (Gullestrup & Terp, 2008).

Et dansk studie, der undersøgte sammenhængen mellem potentielle risikofaktorer i graviditeten og udvikling af fødselsdepression, viste, at kvinder, der oplevede psykisk belastning i graviditeten havde seks gange højere risiko for at udvikle symptomer på fødselsdepression fire måneder efter fødsel i forhold til kvinder, der ikke oplevede psykologiske belastninger. Samme studie viste, at kvinder, der oplevede social isolation under graviditeten, havde mere end tre gange højere risiko for at udvikle symptomer på fødselsdepression end kvinder, der ikke var socialt isolerede (Nielsen et al. 2000).

Der findes også mere medicinske forklaringsmodeller på udvikling af fødselsdepression. Det hastige fald i reproduktive hormoner efter fødslen menes at være medvirkende årsag til udvikling af depression blandt kvinder, der i forvejen er psykisk sårbare (Wisner et al. 2002).

1.2.3. Symptomer

Symptomerne på fødselsdepression minder meget om symptomerne på depression generelt, men kvindens tanker og følelser koncentrerer sig om det at være blevet mor, om barnet og om kvindens egen opvækst (Gullestrup & Terp, 2008).

Der er ofte både fysiske, følelsesmæssige, og adfærdsmæssige symptomer til stede. Nogle kvinder reagerer mest fysisk, andre mere med deres følelser, tanker eller i deres adfærd. Eksempler på forskellige typer symptomer kan ses i tabel 1.c.

Tabel 1.c. Eksempler på symptomer på fødselsdepression

Følelsesmæssige	Tristhed, magtesløshed, tomhed, angst, indeklemte aggressivitet, ensomhed og skyldfølelse
Fysiske	Kvalme, søvnproblemer, uro i kroppen, spiseproblemer og svimmelhed
Adfærdsmæssige	Passivhed og isolation, rastløshed, krævende og kritisk overfor partner

Flere af symptomerne synes modsatrettede; eksempelvis passivhed og rastløshed. Dette afspejler, at fødselsdepressioner kan komme til udtryk på mange måder. Det ses sommetider, at kvinden prøver at skjule sin tilstand ved at holde facaden og fremstå perfekt i forhold til fysisk pasning af barnet og hjemmet. Hun kan også reagere ved at sende signal til egen læge, sundhedsplejersker eller andre, eksempelvis med spørgsmål eller beklagelser over problemer med barnet (Gullestrup & Terp, 2008).

Der ses også symptomer på fødselsdepression i kvindens følelser og tanker om barnet. Disse tanker kan eksempelvis omhandle tanker om at skade barnet, angst for at være alene med barnet samt høj grad af ambivalens i forhold til barnet – hun kan eksempelvis veksle hurtigt mellem at være vred på barnet og give det omsorg. Desuden kan den deprimerede kvinde have svært ved fysisk nærhed med barnet og oplever derfor ofte også vanskeligheder med amning (Gullestrup & Terp, 2008).

1.2.4. Konsekvenser

Ubehandlet kan en fødselsdepression vare mellem seks måneder og to år. En ubehandlet fødselsdepression vil ofte medføre, at kvinden får en ulyst til at få flere børn eller efterlade en distance mellem hende og barnet (Gullestrup & Terp, 2008). Hvis kvinden tidligt i en efterfølgende graviditet er opmærksom på sine behov for støtte, og hvis den grundlæggende problematik er blevet bearbejdet, er det sjældent, at kvinden vil opleve en fødselsdepression ved en senere fødsel. Dette er dog ofte en stor bekymring blandt kvinder, der tidligere har haft en fødselsdepression (Gullestrup & Terp, 2008).

Adskillige studier har vist, at hvis moderen er depressiv i barnets første måneder, har det en række negative konsekvenser for barnet – både på kort og på længere sigt. En metaanalyse, der samler resultater fra flere studier på området, fremhæver, at mødrenes fødselsdepression har en lille, men signifikant effekt på barnets kognitive og emotionelle udvikling, når det er mellem fire og fjorten år gamle. Børn af mødre, der havde haft fødselsdepression, havde flere adfærdsproblemer og lavere kognitiv funktion end børn af ikke-depressive. For alle aldre var der tale om en effekt i samme størrelsesorden (Beck, 1998). Dette fund bekræftes af den seneste undersøgelse fra Danmark, hvor Elberling (2012) viser, at sundhedsplejerskens registrering af, at moderen havde udtrykt psykiske problemer i ugerne efter fødslen var stærkt prædiktivt for, at barnet har betydelige psykiske forstyrrelser ved indskolingen.

En oversigtsartikel fra 2009 konkluderer, at det ikke er fødselsdepressionen i sig selv, der medfører, at børnene senere er i øget risiko for adfærdsproblemer eller depressioner i teenagealderen. Derimod ses denne sammenhæng, fordi mødre med fødselsdepressioner har højere risiko for at have flere depressioner gennem barnets barndom, og at det er den kontinuerlige eksponering for mødrenes depressionssymptomer, der har negative konsekvenser for barnet (Brand og Brennan et al. 2009). Dette tyder på, at man ved at identificere kvinder med fødselsdepressioner, kan sætte ind med støtte og forebyggende behandling og derved reducere risikoen for senere depressioner. Dette kunne have en positiv effekt på barnets senere sundhed og trivsel.

I den følgende gennemgang er hovedvægten på de kortsigtede konsekvenser for barnet, idet fokus for denne rapport er, hvilke konsekvenser, det har for det nul til etårige barn, når sundhedsplejersken har bemærkninger til mors psykiske tilstand.

Amning, søvn og gråd

Tidligere studier peger på, at mødre med fødselsdepression har højere risiko for at stoppe amning før de anbefalede fire måneders fuld amning (Righetti-Veltema et al. 2002; Field, 2010). Et australsk studie har fundet, at kvinder med symptomer på fødselsdepression havde 1,25 gange forøget risiko for at stoppe amning (både fuld amning og som supplement til anden ernæring) på ethvert tidspunkt inden for barnets første leveår i forhold til kvinder uden symptomer på fødselsdepression (Henderson et al. 2003). Desuden har et studie fundet, at kvinder, der havde depressive symptomer en uge efter fødslen, havde højere risiko for at opleve store problemer med amning, højere risiko for ikke at have tiltro til deres egen evne til at amme (self-efficacy) samt højere risiko for at være stoppet med amning fire og otte uger efter fødslen. I samme studie blev det fundet, at vanskeligheder med amningen en uge efter fødslen ikke havde forbindelse til udvikling af depressive symptomer fire og otte uger efter fødslen (Dennis og McQueen, 2007). Dette tyder på, at det ikke er amnevanskeligheder, der fører til depressive symptomer, men at det er de depressive symptomer, der vanskeliggør amningen.

Et studie har vist, at spædbørn af mødre, der tre måneder efter fødslen havde depressive symptomer havde flere søvnproblemer og græd mere end børn af ikke-deprimerede (Righetti-Veltema et al. 2002).

Brug af sundhedsvæsenet

Et stort amerikansk studie har fundet, at børn af mødre med depressive symptomer to til fire måneder efter fødslen havde færre forebyggende konsultationer, inklusiv ringere vaccinationsdækning, inden for barnets to første leveår sammenlignet med børn af mødre uden depressive symptomer. I samme studie fandt man, at børn af mødre med depressive symptomer to til fire måneder efter fødslen havde flere kontakter til skadestue, når barnet var mellem to og tre år. At de depressive kvinder sjældnere kommer til de forebyggende lægeundersøgelser forklarer forfatterne med, at depressive mødre har mindre overskud til at overholde fastsatte aftaler med lægen. Sammenhængen mellem depressive symptomer og øget skadestuebrug kan skyldes, at depressive mødre er mere usikre på deres egen vurdering af barnets symptomer, samt at de generelt er mere bekymrede for deres børn (Minkovitz et al. 2005).

Konsekvenser for mor-barn interaktion

Adskillige studier har vist, at moderens psykiske helbred påvirker den tidlige interaktion og tilknytning mellem mor og spædbarn (Martins & Gaffan, 2000; Grace et al. 2003; Reck et al. 2004). Spædbørn kan allerede inden for de første par levemåneder adskille forskellige sindsstemninger, som eksempelvis irritation og glæde (Reck et al. 2004). Moderens øjenkontakt med og smil til barnet medfører, at barnet smiler tilbage, og dette interaktionsmønster er med til at etablere en tæt følelsesmæssig relation mellem mor og spædbarn. Mødre med fødselsdepression er ofte ikke i stand til at indgå i tætte interaktioner med barnet, og deres kontakt med barnet er ofte karakteriseret ved mangel på imødekommenhed, passivitet samt mindre evne til at opfatte barnets signaler og tolke dem korrekt (Reck et al. 2004; Righetti-Veltema et al. 2003). Et typisk barn reagerer på en sådan adfærd fra sin mor ved at trække sig tilbage, undgå øjenkontakt samt ved mindre positiv affekt. Børn af depressive mødre forsøger i højere grad end børn af ikke-depressive mødre at trøste sig selv, eksempelvis ved at sutte på fingre eller røre ved sig selv, for at kompensere for den manglende nære relation til moderen (Reck et al. 2004).

Et studie fra Schweiz fandt, at mødres depressive symptomer tre måneder efter fødslen havde betydning for barnets udvikling og mor-barn interaktionen, da børnene var halvandet år gamle, på trods af, at mødrene ikke ved denne alder havde depressive symptomer. Ved halvandet år var børn af mødre, der havde haft depressive symptomer tre måneder efter fødslen, mere urolige og mindre glade end børn af mødre uden depressive symptomer. Desuden legede disse børn mere alene, deres opmærksomhedsspændvidde var mindre og kvaliteten af tilknytningen var dårligere. Disse sammenhænge sås ikke for børn, hvis mødre havde depressive symptomer, da barnet var halvandet (Righetti-Veltema et al. 2003). Dette fund tyder på, at det er mors depressive tilstand i de første måneder af barnets liv, der har afgørende betydning for barnets udvikling i de første leveår.

Resultater fra CCC-2000 kohorten, der er en forløber for Databasen Børns Sundhed, viser, at forstyrrelser i forældre-barn interaktionen, når børn er mellem nul og ti måneder prædikerer psykiske lidelser ved halvandet år (Skovgaard, 2010).

1.2.5. Opsporing af fødselsdepression

I opsporingsarbejdet i forbindelse med efterfødselsreaktioner kan benyttes Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), der er et værktøj, der kan indikere, at kvinden kan have en fødselsdepression og bør udredes af en læge. EPDS findes i en spørgeskemaform med ti spørgsmål, der alle tildes fra nul til tre point. Skemaet kan udfyldes af kvinden selv eller af eksempelvis sundhedsplejersken, der kommer i hjemmet til de nybagte forældre. Ved en score på 13 eller derover bør den praktiserende læge eller sundhedsplejersken tage en nøjere samtale med kvinden om hendes symptomer, idet en sådan score kan indikere fødselsdepression. EPDS skal ikke benyttes til at stille en depressionsdiagnose, men besvarelsen kan være udgangspunkt for en nøjere samtale. Dette skyldes blandt andet, at EPDS, udover depression, opfanger andre tilstande, som eksempelvis angst (Gullestrup & Terp, 2008).

1.2.6. Behandling

Lettere fødselsdepressioner kan behandles psykoterapeutisk under et forløb, hvor kvinden hjælpes til at opnå en større forståelse og accept af sig selv, udvikle flere handlemuligheder og bedre forudsætninger for at udvikle den følelsesmæssige kontakt med sit barn (Gullestrup & Terp, 2008).

Ved mere alvorlige fødselsdepressioner (moderat til svær grad) kan kvinden behandles med antidepressiv medicin sideløbende med terapeutiske samtaler. Ved valg af medicinsk behandling, skal der tages hensyn til, hvorvidt kvinden ammer (Wisner et al. 2004).

Forløbet af fødselsdepressioner er stærkt varierende, men en kvinde med moderat til alvorlig depression har typisk en periode på mindst seks måneder, før hun er i stand til at fungere uproblematisk og klare de samme belastninger, som før hun blev syg (Gullestrup & Terp, 2008).

1.2.7. Indsats i kommunerne

I nogle af kommunerne i databasen screenes mødre for fødselsdepression ved hjælp af Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) når barnet er omkring to måneder gammel (B-besøget). I tabel 1.c ses en oversigt over kommunernes brug af EPDS og de tiltag, der er findes i de enkelte kommuner over for mødre og børn i familier, hvor moren har symptomer på fødselsdepression. Informationerne er indhentet fra de ledende sundhedsplejersker i de tolv kommuner i databasen.

Tabel 1.c. Oversigt over kommunernes brug af EPDS og indsats

	Screening med EPDS	Tiltag over for familier, hvor mor har symptomer på fødselsdepression
Albertslund	Ja	<ul style="list-style-type: none"> • Udtages som behovsfamilie • Visitering til ugentlig gruppe med psykolog og sundhedsplejerske. • Opfølgingsbesøg fra sundhedsplejersken (1½ år og 2½ år)
Ballerup	Ja	<ul style="list-style-type: none"> • Ekstra besøg • Henvisning til depressionsgruppe
Brøndby	Nej	<ul style="list-style-type: none"> • Behovsbesøg • Henvisning til sundhedsplejerskegruppe for sårbare mødre • Henvisning til praktiserende læge • Tilbud, om at sundhedsplejersken taler med lægen • Henvisning til privat behandling på Gaia instituttet
Dragør	Ja	<ul style="list-style-type: none"> • Ekstra besøg • Gruppetilbud med sundhedsplejerske og familievejleder • Henvisning til praktiserende læge ved svære tilfælde
Gentofte	Ja	<ul style="list-style-type: none"> • Ekstra besøg • Tilbud om ugentlig mor-barn gruppe med sundhedsplejerske og psykolog • Henvisning til praktiserende læge
Glostrup	Ja	<ul style="list-style-type: none"> • Gentager EPDS efter 14 dage (score ≥ 10) • Gruppeforløb med sundhedsplejersker og psykolog • Henvisning til gråzonesundhedsplejerske, socialrådgiver og familiebehandling • Henvisning til praktiserende læge ved indikation på en længerevarende efterfødselsreaktion
Herlev	Ja	<ul style="list-style-type: none"> • Ekstra besøg efter 14 dage til ny EPDS og fokus på barn • Henvisning til Pædagogisk, Psykologisk Rådgivning (PPR)
Høje-Taastrup	Ja	<ul style="list-style-type: none"> • Lyttebesøg efter 14 dage (score 8-12) evt. gentaget EPDS • Henvisning til gruppeforløb med sundhedsplejerske og psykolog • Henvisning til praktiserende læge (score > 12)
Lyngby-Taarbæk	Ja	<ul style="list-style-type: none"> • Lyttebesøg • Henvisning til gruppeforløb • Henvisning til praktiserende læge
Køge	Ja	<ul style="list-style-type: none"> • Ekstra besøg • Gruppeforløb • Ved behov kontakt til praktiserende læge
Rødovre	Nej	<ul style="list-style-type: none"> • Fødselssamarbejde mellem læger og sundhedsplejersker • Psykolog eller familiebehandling.
Tårnby	Nej	<ul style="list-style-type: none"> • Ekstra besøg • Henvisning til praktiserende læge

1.3. Problemstilling og formål med rapporten

Gennemgangen ovenfor viser, at efterfødselsreaktioner er hyppige, og at en efterfødselsreaktion kan medføre store konsekvenser for mor og barn. Litteraturen på området viser blandt andet, at det har konsekvenser for mor-barn relationen, når moderen har depressioner i barnets første levemåneder. Den usikre mor-barn interaktion, der ofte ses mellem depressive mødre og deres børn, ser ud til at påvirke barnets udvikling i de første år (Martins & Gaffan, 2000; Grace et al. 2003; Reck et al. 2004), og har muligvis længerevarende konsekvenser (Beck, 1998; Brand og Brennan et al. 2009).

Det er vigtigt, at efterfødselsreaktioner opspores tidligt efter fødslen. Det er ligeledes væsentligt, at det undersøges om børn af mødre, som har efterfødselsreaktion, udvikler sig hensigtsmæssigt. I den kvalitetsudviklede journal, som sundhedsplejerskerne i Databasen Børns Sundhed anvender ved besøgene i barnets første leveår registreres bemærkninger til mors psykiske tilstand samt bemærkninger til barnets udvikling på en række parametre.

Formålene med denne rapport er derfor:

1. at beskrive forekomsten af sundhedsplejerskernes bemærkninger til mors psykiske tilstand,
2. at undersøge, hvilke prædiktorer, der er for bemærkning til mors psykiske tilstand, når barnet er fire til seks måneder, og
3. at undersøge, om sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen er prædiktivt for barnets udvikling ved otte til ti måneders alderen, bedømt ved to kriterier: forældre-barn kontakt og samspil, samt barnets signaler og reaktioner.

2. Materiale og metode

I dette afsnit præsenteres materiale og metode for temarapporten om sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand. Først gives en kort introduktion til sundhedsplejerskens virksomhed og Databasen Børns Sundhed. Herefter præsenteres datagrundlaget, de anvendte variable og dataanalyserne.

2.1. Sundhedsplejerskernes virksomhed

Sundhedsloven angiver rammerne for sundhedsplejerskearbejdet. Der stilles lovgivningsmæssige krav om almen indsats til alle børn og yderligere indsats til børn med særlige behov. På skoleområdet stilles endvidere krav om undersøgelse ved ind- og udskolingen samt regelmæssige undersøgelser og samtaler gennem hele skoleforløbet. Sundhedsplejens indsats kan starte i graviditeten og fortsættes, afbrydes eller genoptages, indtil barnet ikke længere er undervisningspligtigt. Den behovsorienterede indsats ydes ofte i samarbejde med andre faggrupper som for eksempel praktiserende læger, sagsbehandlere og psykologer. Sundhedsstyrelsen udarbejder anbefalinger for den kommunale indsats. Sundhedsstyrelsen anbefaler minimum fem hjemmebesøg i barnets første leveår til familier med almene behov samt et tidligt besøg, der sikrer barnets trivsel efter tidlig udskrivelse fra fødestedet. Det anbefales ydermere, at familier med særlige behov tilbydes ekstra ydelser (Sundhedsstyrelsen, 2011). Kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune fastsætter sundhedsplejens servicetilbud. Dette betyder, at antallet af kontakter mellem sundhedsplejersker og børn/familier varierer fra kommune til kommune.

2.2. Den kliniske kvalitetsdatabase Børns Sundhed

Databasen Børns Sundhed er tilrettelagt således, at den kan beskrive børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskernes virksomhed. Databasen Børns Sundhed indeholder data om nul til etårige børn fra 2002 og frem, og fra 2007 er databasen suppleret med data om indskolingsbørn. Formålet med databasen er 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af sundhedsplejens ydelser og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter.

I perioden 2002-2007 er der lavet årlige rapporter om børn i Databasen Børns Sundhed. For fødselsårgangene 2008 og 2009 er der lavet en samlet rapport om spædbørn, der indeholder en årsberetning og en temarapport om amning (Christensen et al. 2011). På samme vis er der for indskolingsbørn i skoleårene 2009-2010 og 2010-2011 lavet en samlet indskolingsrapport bestående af en årsberetning samt en temarapport om motoriske vanskeligheder (Brixval et al. 2011).

Data i Databasen Børns Sundhed er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, hvor sundhedsplejerskerne følger en ensartet praksis og systematisk noterer sammenlignelige data om barnet, familien og sundhedsplejerskernes ydelser. Brugen af journalen er beskrevet i en detaljeret manual, der har eksisteret gennem hele databasens levetid.

Data stammer fra fire sundhedsplejerskebesøg placeret på centrale tidspunkter for spædbarnets tilknytning og udvikling: A er etableringsbesøget, der bortset fra barselsbesøget er det første besøg, der aflægges efter fødslen; B er det første besøg, efter barnet er fyldt to måneder, og inden det fylder tre måneder; C er det

første besøg, efter barnet er fyldt fire måneder, og inden det fylder seks måneder, og D er det første besøg, efter barnet er fyldt otte måneder, og inden det fylder ti måneder.

2.3. Datagrundlag

Denne temarapport om børn født i 2010 handler om sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand. Rapporten bygger på journaldata fra tolv kommuner i databasesamarbejdet. For ti af kommunerne stammer data fra registreringer i elektroniske sundhedsplejerskejournaler. Dette gælder Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk og Tårnby. Data om børn fra Albertslund Kommune stammer fra indscannede papirjournaler, mens Rødovre Kommune indgår med både papirjournaler og elektroniske journaler. Det samlede antal registrerede journaler om nyfødte i de tolv kommuner i 2010 er 6.189. Dette svarer til 111,7 % af det samlede antal nyfødte børn i de tolv kommuner i 2010 ifølge udtræk fra Danmarks Statistik. Forskellen mellem databasen og Danmarks Statistik kan blandt andet skyldes flytning til og fra kommuner, der medfører, at en kommune kan have data om både tilflyttede og fraflyttede børn. Data er ordnet således, at hvert barn kun indgår i databasen én gang. Der har over årene været en mindre udskiftning i de deltagende kommuner i databasen.

Børn med ugyldige cpr-numre (n=49), børn uden information fra nogen af de fire besøg i den indsendte journal (n=563) samt børn uden information om mors psykiske tilstand ved nogen af de fire besøg (n=40) indgår ikke i denne rapport. Det samlede antal børn i temarapporten er således 5.537, og i tabel 2.a nedenfor ses fordelingen af børn mellem de tolv kommuner. På grund af et forskelligt antal børn i temarapporten om sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand og årsberetningen for børn født i 2010 (Brixval et al. 2012) kan der forekomme forskelle i forekomster og fordelinger mellem de to rapporter.

I tabel 2.a ses det samlede antal børn og antallet af børn fra de enkelte kommuner i rapporten. Desuden ses antallet af børn, der har registreringer fra de enkelte besøg – for den samlede population og de enkelte kommuner.

Tabel 2.a. Antal spædbørn med registreringer om de forskellige besøg

	Besøg A	Besøg B	Besøg C	Besøg D
Albertslund (n=303)	299 (98,7 %)	284 (93,7 %)	284 (93,7 %)	281 (92,7 %)
Ballerup (n=522)	482 (92,3 %)	474 (90,8 %)	480 (92,0 %)	482 (92,3 %)
Brøndby (n=396)	364 (91,9 %)	336 (84,9 %)	337 (85,1 %)	348 (87,9 %)
Dragør (n=123)	114 (92,7 %)	114 (92,7 %)	108 (87,8 %)	109 (88,6 %)
Gentofte (n=819)	741 (90,5 %)	716 (87,4 %)	738 (90,1 %)	695 (84,9 %)
Glostrup (n=303)	282 (93,1 %)	277 (91,4 %)	253 (83,5 %)	245 (80,9 %)
Herlev (n=257)	246 (95,7 %)	217 (84,4 %)	227 (88,3 %)	227 (88,3 %)
Høje-Taastrup (n=649)	604 (93,1 %)	580 (89,4 %)	590 (90,9 %)	576 (92,7 %)
Køge (n=662)	621 (93,8 %)	584 (88,2 %)	488 (73,7 %)	404 (61,0 %)
Lyngby-Taarbæk (n=595)	543 (91,2 %)	526 (88,4 %)	510 (85,7 %)	521 (87,6 %)
Rødovre (n=442)	417 (94,3 %)	408 (92,3 %)	416 (94,1 %)	404 (91,4 %)
Tårnby (n=466)	421 (90,3 %)	393 (84,3 %)	415 (89,1 %)	424 (91,0 %)
Hele populationen (n=5.537)	5.134 (92,7 %)	4.909 (88,7 %)	4.846 (87,5 %)	4.716 (85,2 %)

I den samlede population i temarapporten (n=5.537) er mellem 85,2 % og 92,7 % registreret med de fire besøg. I de enkelte kommuner er mere end 90 % af børnene registreret med et A-besøg, mellem 84,3 % og 93,7 % er registreret med et B-besøg, mellem 73,7 % og 94,1 % er registreret med et C-besøg mens mellem 61,0 og 92,7 % er registreret med et D-besøg.

2.4. Målinger og variable

2.4.1. Bemærkninger til mors psykiske tilstand besøg A-D

Ifølge journalen kan *Bemærkninger til mors psykiske tilstand* dække over, at moren er *ked af det/trist, angst, har søvnproblemer, er "problemløs"* (det vil sige, at hun negligerer åbenlyse problemer), *andet* eller *henvist*. Ved registrering i journalen ved *andet* uddyber sundhedsplejersken i et fritekstfelt, hvad hun har bemærkninger til. Data fra fritekstfelter indsendes dog ikke til databasen, og denne information indgår derfor ikke i denne rapport.

I manualen, hvori vejledning til sundhedsplejerskens journalføring beskrives, står der, at en kvindes tilstand efter fødslen skal ses både fra kvindes egen opfattelse, fra hendes families opfattelse og ud fra sundhedsplejerskens bedømmelse.

Som omtalt i indledningsafsnittet dækker bemærkninger ikke over nogen specifik diagnose, men er udtryk for, at sundhedsplejersken vurderer, at der er grund til at være urolig for morens psykiske tilstand.

Der skelnes primært mellem mødre med og uden bemærkning til psykisk tilstand, men herudover er der også mødre, hvor oplysning mangler, blandt andet fordi der ikke er aflagt det pågældende besøg. Sidstnævnte kalder vi "Mors psykiske tilstand ikke oplyst". I afsnit 3.5 og 3.6, hvor sammenhængen mellem sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand og de to udfaldsmål (forældre-barn kontakt og samspil; barnets signaler og reaktioner) ved D-besøget undersøges, indgår gruppen med manglende oplysning som en kategori i analyserne.

2.4.2. Forældre-barn kontakt og samspil ved D-besøget

Ifølge journalen kan *Bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil* ved D-besøget dække over, at sundhedsplejersken vurderer, at der er grund til at være opmærksom på eller urolig i forhold til barnets *pasning og pleje, afpasning af aktiviteter efter barnets behov, forståelse og handling på henholdsvis barnets og søskendes signaler og følelsesmæssige behov, andet* eller, om barnet er *henvist* på baggrund af forældre-barn kontakt og samspil. Ved registrering i journalen ved *andet* uddyber sundhedsplejersken i et fritekstfelt, hvad hun har bemærkninger til. Data fra fritekstfelter indsendes dog ikke til databasen, og denne information indgår derfor ikke i denne rapport.

2.4.3. Barnets signaler og reaktioner ved D-besøget

Ifølge journalen kan *Bemærkninger til barnets signaler og reaktioner* ved D-besøget dække over, at sundhedsplejersken vurderer, at der er grund til at være opmærksom på eller urolig i forhold til barnets *døgnrytme, søvn, uro/gråd, pirrelighed, tristhed, differentiering mellem forældre og andre, andet* eller, om

barnet er *henvist* på baggrund af signaler og reaktioner. Ved registrering i journalen ved *andet* uddyber sundhedsplejersken i et fritekstfelt, hvad hun har bemærkninger til. Data fra fritekstfelter indsendes dog ikke til databasen, og denne information indgår derfor ikke i denne rapport.

2.4.4. Sociodemografiske faktorer

I analyserne anvendes en række sociodemografiske variable fra stamdata, der beskrives i det følgende. Ved manglende information om de sociodemografiske variable placeres børnene i kategorien "ikke oplyst" for den specifikke variabel.

Mors alder ved barnets fødsel er defineret ud fra barnets og morens CPR-nummer.

Til at beskrive morens uddannelsesniveau benyttes variabelen *mors skolegang*: 10. klasse eller derunder (ja/nej). Information fra denne variabel er ordnet således, at mødre, der også er registreret med en gymnasial uddannelse eller med en erhvervsuddannelse ikke kan have maksimalt 10. klasse.

Information om *morens erhvervsstatus* fortæller, om morens aktuelt er i arbejde eller ej.

Til at beskrive *mors etniske baggrund* anvendes information om, hvorvidt moren er førstegenerations indvandrere, anden-/tredjegenerations indvandrere, flygtning eller familiesammenført. Mødre registrerede som flygtning eller familiesammenført er slået sammen med førstegenerationsindvandrere. Denne variabel er konstrueret således, at hvis data ikke er udfyldt har forældrene etnisk dansk baggrund, og derfor er der her ingen kategori for manglende oplysninger.

Familietype opdeler børnene efter, om de bor sammen med både deres mor og far, med en enlig forælder eller i en sammenbragt familie, der er defineret som, at barnet bor sammen med sin mor eller far og dennes nye partner.

2.4.5. Variable forbundet med graviditet, fødsel og den første tid

I analyserne anvendes en række informationer forbundet med graviditet og fødsel samt den første tid efter fødslen. Ved forekomst af manglende information om de enkelte faktorer tilføjes kategorien "ikke oplyst".

Information om hvorvidt moren har været i *fertilitetsbehandling* indhentes fra stamdata.

I journalen kan der ved A-besøget registreres *Bemærkninger til henholdsvis graviditet og fødsel*. Disse kan dække over komplikationer, bemærkninger til forældrenes oplevelse eller andet.

Information om, hvorvidt moren er *førstegangsgang-* eller *flergangsfødende* indhentes fra stamdata, hvor sundhedsplejersken registrerer antallet af børn moren har.

Barnets *gestationsalder* indhentes fra fødselsanmeldelsen fra fødestedet.

Barnets *køn* udledes fra barnets CPR-nummer.

Information om *vanskeligheder ved etablering af amningen* er registreret i stamdata.

Information om *indlæggelseslængde* i forbindelse med fødslen er registreret ved A-besøget.

Barnets alder ved den første besøg af sundhedsplejersken er genereret ud fra barnets cpr-nummer og datoen for første besøg i journalen.

Antallet af besøg af sundhedsplejersken i barnets første levemåned dannes på baggrund af registrerede besøgsdatoer i journalen.

2.4.6. Kommune

Hvilken *kommune* barnet er fra anvendes også i analyserne, og denne information baseres på hvilken kommune, der har indsendt journaldata om barnet.

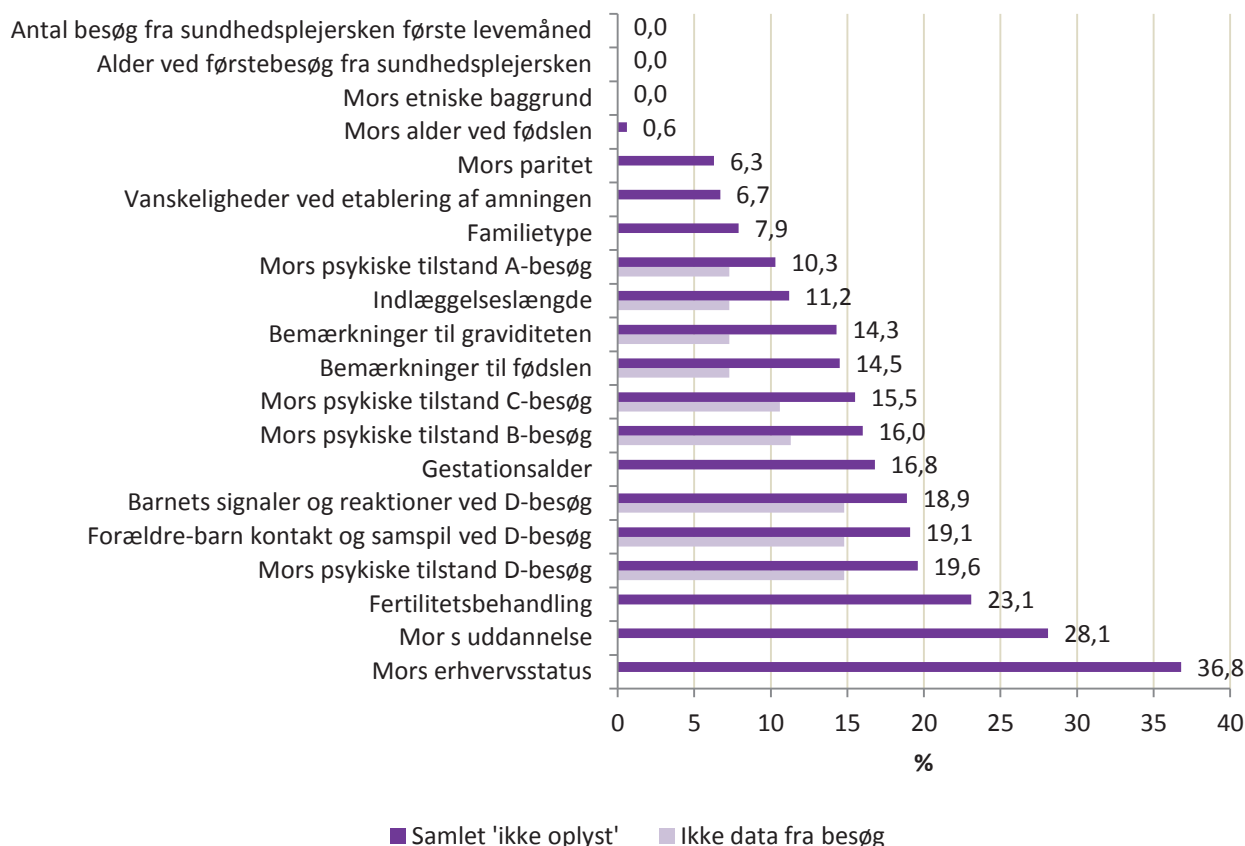
2.4.7. Manglende registrering

Mange kliniske databaser lider under problemer med manglende data. Der kan være mange grunde til manglende oplysninger, eksempelvis at den udfyldte værdi er ugyldig, eller at feltet ikke er udfyldt af sundhedsplejersken. Det er vigtigt at afklare, hvad dette dataproblem betyder for resultaterne. Som ovenfor nævnt, er det besluttet at inkludere børn med manglende data i den statistiske opgørelse og placere dem i en særlig kategori i hver variabel med betegnelsen "ikke oplyst".

Et særligt problem opstår i de tilfælde, hvor der mangler registrering af de mål, der er fokus på i rapporten: sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand (C-besøget), forældre-barn kontakt og samspil (D-besøget) samt barnets signaler og reaktioner (D-besøget). For at undersøge, hvad der karakteriserer de børn, som ikke har registreret oplysninger om disse mål, laves særskilte analyser for at vurdere, hvad manglende oplysning herom betyder for konklusionerne.

I figur 2.a nedenfor ses den samlede andel af "ikke oplyste" for de variable, der er benyttet til analyser i temarapporten. For de informationer, der stammer fra besøg, angives desuden andelen af børn, der ikke har registreringer fra det givne besøg.

Figur 2.a. Andelen af manglende oplysninger for variable i temarapporten



Det ses af figur 2.a, at der er store forskelle i andelen af manglende oplysninger for de variable, der anvendes i temarapporten. Andelen varierer fra ingen manglende oplysninger om blandt andet alder ved første besøg fra sundhedsplejersken til 36,8 % manglende oplysninger om mors erhvervsstatus. Den samlede andel af manglende oplysninger (mørke bjælker) kan ikke direkte sammenlignes med årsberetningen for 2010 (Brixval et al. 2012) og den seneste temarapport om amning (Christensen et al. 2011), da den nærværende rapport kun omfatter børn med oplysning om sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand fra mindst ét af de fire besøg. De lyse bjælker i figuren viser andelen af børn uden det besøg, som den pågældende information stammer fra, og det ses, at henholdsvis 7,3 %, 11,3 % og 10,6 % og 14,8 % af børnene ikke er registreret med information fra henholdsvis besøg A, B, C og D. Mindst halvdelen af de manglende informationer fra de enkelte besøg skyldes således, at der ikke er registreringer fra det enkelte besøg. Som eksempel kan nævnes, at 10,6 % af børnene ikke er registreret med informationer fra C-besøget, hvilket forklarer en stor del af den samlede andel af manglende oplysninger om mors psykiske tilstand.

2.5. Dataanalyse

Temaet om sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand og sammenhængen mellem bemærkninger til mors psykiske tilstand og henholdsvis forældre-barn kontakt og samspil samt barnets signaler og reaktioner undersøges i flere trin.

1. Først ses på forekomsten af sundhedsplejerskens bemærkninger til mors psykiske tilstand ved de fire besøg.
2. Dernæst undersøges det, hvilke potentielle prædiktorer der er for bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget - det vil sige faktorer, der har sammenhæng med, om der er bemærkninger til mors psykiske tilstand. Disse resultater præsenteres grafisk ved hjælp af søjlediagrammer.
3. I tredje trin undersøges hvilke potentielle confoundere¹, der skal tages højde for i analyserne af sammenhængen mellem mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil samt barnets signaler og reaktioner. Dette gøres i univariate logistiske regressionsanalyser², der enkeltvis undersøger sammenhængen mellem potentielle confoundere og henholdsvis eksponeringen (mors psykiske tilstand ved C-besøget) samt de to udfaldsmål (forældre-barn kontakt og samspil ved D-besøget samt barnets signaler og reaktioner ved D-besøget).
4. I det fjerde analysetrin undersøges sammenhængene mellem mors psykiske tilstand og de to udfaldsmål. Dette gøres ved hjælp af multivariate³ logistiske regressionsanalyser, hvor der justeres for potentielle confoundere.

Analyserne af potentielle prædiktorer for sundhedsplejerskens bemærkninger til mors psykiske tilstand omfatter kun børn med oplysninger om mors psykiske tilstand ved C-besøget, hvilket vil sige 84,5 % af børnene i temarapporten. For at vurdere konsekvenserne af det datatab, der er forbundet hermed, rummer rapporten også en detaljeret bortfaldsanalyse ved hjælp af logistisk regression, se afsnit 3.7.1.

De multivariate analyser omfatter kun børn med oplysninger om udfaldsmålene ved D-besøget (henholdsvis 80,9 % og 81,1 %). Derfor udføres også analyser af den bias (skævhed), der kan tænkes at fremkomme ved, at næsten en femtedel af børnene er udeladt. Her benyttes ligeledes logistiske regressionsanalyser, og resultaterne præsenteres i tekstform i afsnit 3.7.2 og 3.7.3.

Resultaterne fra de logistiske regressionsanalyser formidles med odds ratio (OR) værdier og tilhørende 95 % konfidensintervaller (95 % CI). OR-værdier er en måde at udtrykke risiko på: værdien 1,0 svarer til risikoen i den valgte referencegruppe, og hvis OR er højere eller lavere end 1,0 betyder det, at risikoen er højere eller lavere end i referencegruppen. Konfidensintervallet angiver det interval, hvor den sande OR-værdi med 95 % sandsynlighed ligger inden for. Hvis konfidensintervallet indeholder værdien 1,0, kunne OR-værdien være 1,0 og er derfor ikke signifikant forskellig fra den valgte referenceværdi.

¹ En confounder er en variabel der hænger sammen med både eksponering og udfald, som kan sløre betydningen af andre. Ved at kontrollere for confounding kan man se på betydningen af de enkelte variable for udfaldet.

² Logistisk regression er en statistisk procedure, der skaber et tal for risiko. Udfaldsmålet (her bemærkninger) er todelt (ja/nej). Man får udtrykt odds for bemærkninger for undergrupper af en variabel sammenlignet med en valgt referencegruppe.

³ En multivariat analyse giver mulighed for, at man undersøger betydningen af flere faktorer samtidig. Man kontrollerer analysen for den effekt, faktorerne har på hinanden.

3. Resultater

3.1. Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand

I tabel 3.a nedenfor ses forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand ved de forskellige besøg blandt børn, der har information om dette ved det pågældende besøg.

Tabel 3.a. Antal børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand (% af samlet antal børn)

	Besøg A	Besøg B	Besøg C	Besøg D
Albertslund (n=303)	50 (17,4 %)	67 (26,5 %)	52 (19,6 %)	54 (20,5 %)
Ballerup (n=522)	71 (15,5 %)	77 (17,4 %)	49 (11,1 %)	41 (9,7 %)
Brøndby (n=396)	64 (18,1 %)	57 (17,7 %)	51 (15,7 %)	50 (15,1 %)
Dragør (n=123)	10 (9,2 %)	4 (3,6 %)	8 (7,6 %)	5 (5,0 %)
Gentofte (n=819)	84 (11,7 %)	136 (19,7 %)	89 (12,2 %)	72 (10,7 %)
Glostrup (n=303)	49 (17,6 %)	55 (20,6 %)	34 (14,1 %)	23 (10,4 %)
Herlev (n=257)	26 (10,7 %)	28 (13,5 %)	24 (10,7 %)	8 (3,6 %)
Høje-Taastrup (n=649)	91 (15,8 %)	88 (16,5 %)	78 (13,8 %)	87 (15,8 %)
Køge (n=662)	74 (12,2 %)	87 (15,4 %)	54 (11,4 %)	43 (11,3 %)
Lyngby-Taarbæk (n=595)	86 (16,1 %)	113 (21,9 %)	63 (12,4 %)	49 (9,7 %)
Rødovre (n=442)	43 (10,9 %)	49 (12,9 %)	51 (12,6 %)	38 (10,1 %)
Tårnby (n=466)	38 (9,5 %)	45 (12,4 %)	34 (8,6 %)	34 (8,5 %)
Hele populationen (n=5.537)	686 (13,8 %)	806 (17,3 %)	587 (12,6 %)	504 (11,3 %)

I den samlede population er 13,8 % af børnene registreret med bemærkninger til mors psykiske tilstand ved A-besøget, 17,3 % er registreret med bemærkninger ved B-besøget, 12,6 % ved C-besøget og 11,3 % ved D-besøget.

En andel på 30,6 % af børnene født i 2010 er registreret med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg. I tabel 3.b nedenfor ses fordelingen af antallet af besøg med bemærkninger til mors psykiske tilstand, der kan variere fra ingen bemærkninger til bemærkninger ved alle fire besøg.

Tabel 3.b: Antal besøg, hvor sundhedsplejersken har bemærkninger til mors psykiske tilstand

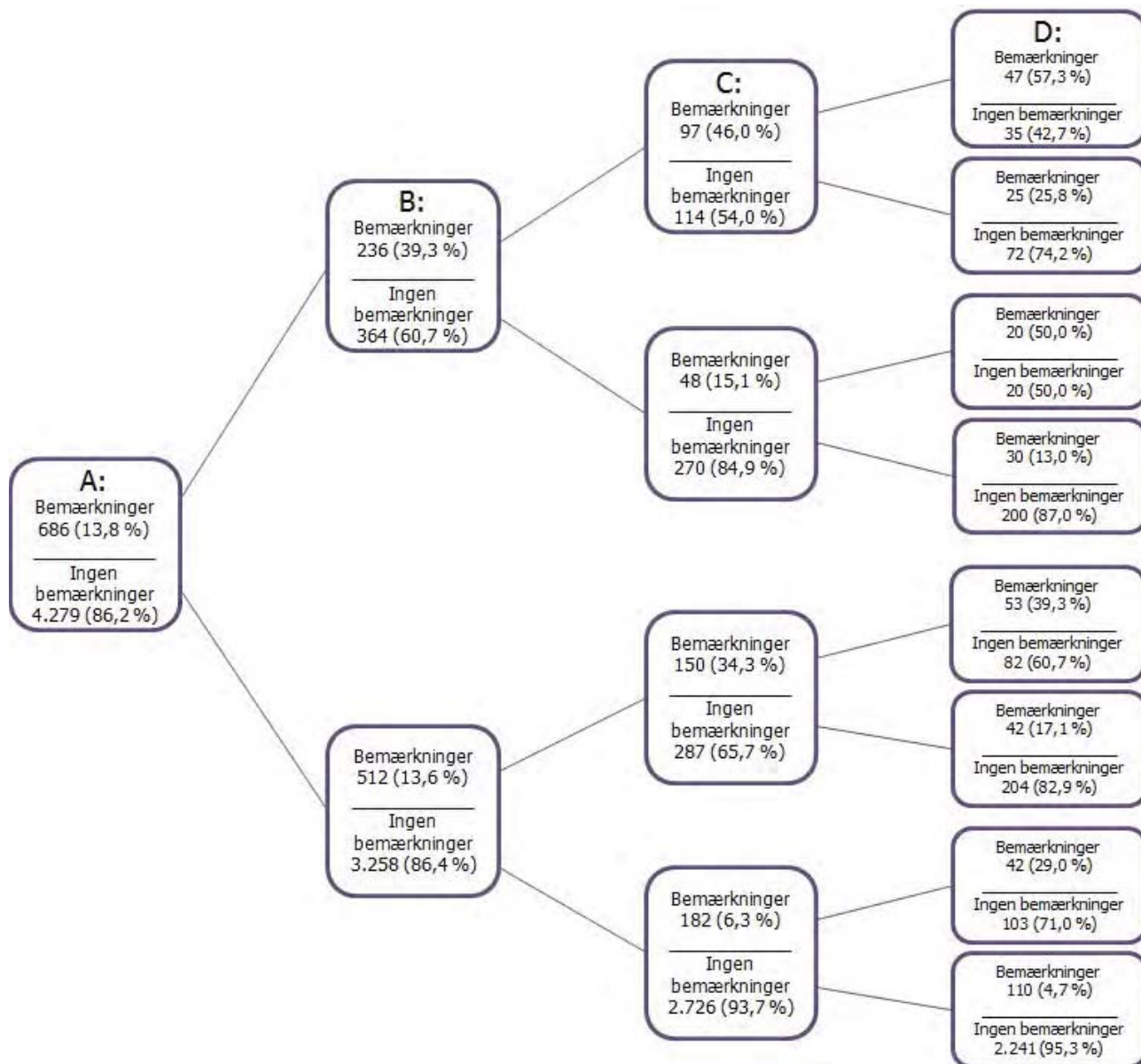
	Nul besøg	Et besøg	To besøg	Tre besøg	Fire besøg
Albertslund (n=303)	170 (56,1 %)	72 (23,8 %)	39 (12,9 %)	15 (5,0 %)	7 (2,3 %)
Ballerup (n=522)	358 (68,6 %)	107 (20,5 %)	44 (8,4 %)	9 (1,7 %)	4 (0,8 %)
Brøndby (n=396)	251 (63,4 %)	93 (23,5 %)	33 (8,3 %)	13 (3,3 %)	6 (1,5 %)
Dragør (n=123)	105 (85,4 %)	11 (8,9 %)	5 (4,1 %)	2 (1,6 %)	0 (0,0 %)
Gentofte (n=819)	571 (69,7 %)	157 (19,2 %)	56 (6,8 %)	28 (3,4 %)	7 (0,9 %)
Glostrup (n=303)	202 (66,7 %)	61 (20,1 %)	24 (7,9 %)	12 (4,0 %)	4 (1,3 %)
Herlev (n=257)	201 (78,2 %)	35 (13,6 %)	13 (5,1 %)	7 (2,7 %)	1 (0,4 %)
Høje-Taastrup (n=649)	417 (64,3 %)	154 (20,7 %)	50 (7,7 %)	22 (3,4 %)	6 (0,9 %)
Køge (n=662)	490 (74,0 %)	112 (16,9 %)	38 (5,7 %)	18 (2,7 %)	4 (0,6 %)
Lyngby-Taarbæk (n=595)	395 (66,4 %)	120 (20,2 %)	54 (9,1 %)	21 (3,5 %)	5 (0,8 %)
Rødovre (n=442)	325 (73,5 %)	71 (16,1)	30 (6,8 %)	14 (3,2 %)	2 (0,5 %)
Tårnby (n=466)	360 (77,3 %)	71 (15,2 %)	26 (5,6 %)	8 (1,7 %)	1 (0,2 %)
Hele populationen (n=5.537)	3.845 (69,4 %)	1.064 (19,2 %)	412 (7,4 %)	169 (3,1 %)	47 (0,9)

I den samlede population er der for 69,4 % af børnene ikke registreret bemærkninger til mors psykiske tilstand ved nogen af de fire besøg, mens 19,2 % har registreret bemærkninger ved ét besøg, 7,4 % ved to besøg, 3,1 % ved tre besøg og 0,9 % ved alle fire besøg.

3.1.1. Bemærkninger til mors psykiske tilstand over tid

I figur 3.a nedenfor ses forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand over de fire besøg opdelt efter hvorvidt, der var bemærkninger eller ingen bemærkninger til mors psykiske tilstand ved de tidligere besøg. Med undtagelse af fordelingerne for besøg A indgår der i de følgende opgørelser kun informationer om dem, der også har oplysninger om mors psykiske tilstand ved de tidligere besøg.

Figur 3.a. Oversigt over bemærkninger til mors psykiske tilstand over de fire besøg

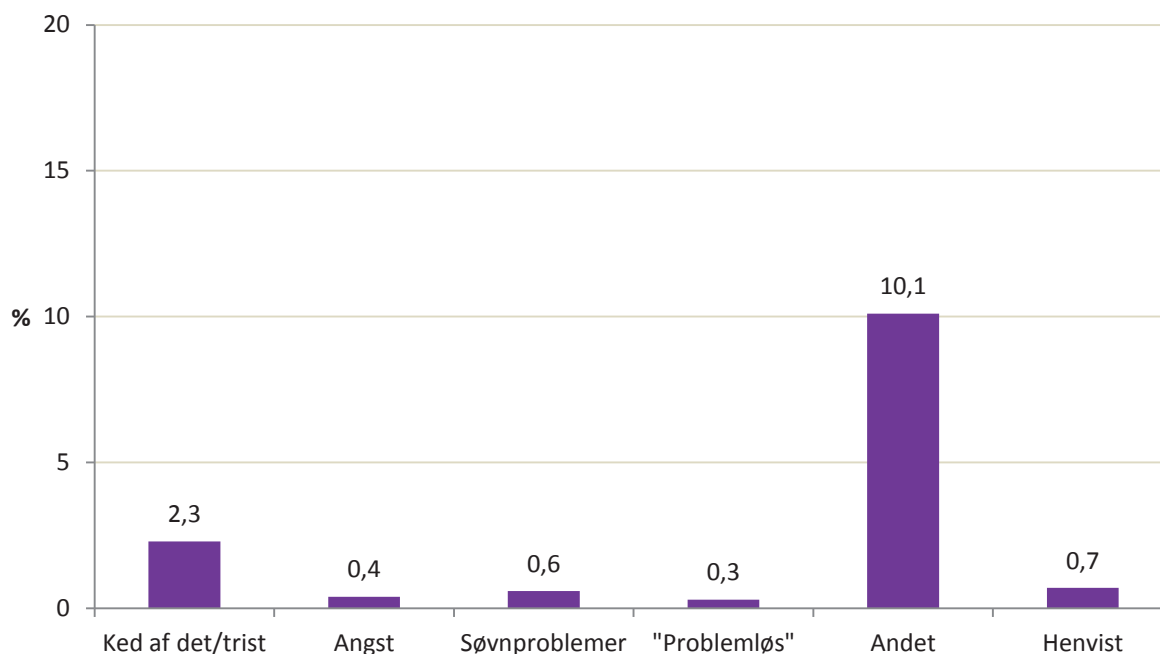


I figur 3.a kan udviklingen i bemærkninger over de fire besøg følges. Eksempelvis ses det, at der blandt de 686 mødre med bemærkninger til psykiske tilstand ved A-besøget er der 236, der også har bemærkninger ved B-besøget. Ud af disse har 97 bemærkninger ved C-besøget, hvoraf 47 ligeledes bemærkninger ved D-besøget. Det ses således i kassen øverst i højre hjørne, at 47 mødre har bemærkninger ved alle fire besøg – svarende til knap en procent af den samlede population. Modsat har 2.241 mødre, svarende til 40,5 % af den samlede population, ikke bemærkninger til psykisk tilstand ved nogen af de fire besøg, hvilket ses i nederste kasse i figurens højre side.

3.1.2. Bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget

Fokus for denne rapport er sundhedsplejerskens bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget når barnet er mellem fire og seks måneder gammelt. I den samlede population er andelen af mødre med bemærkninger til psykisk tilstand ved C-besøget 12,6 % (n=587), og i figur 3.b nedenfor ses forekomsten af de enkelte bemærkninger. Da det er muligt, at en mor har flere bemærkninger, eksempelvis både *andet* og *henvist*, summer de enkelte procentandele ikke sammen til 12,6 %.

Figur 3.b. Oversigt over forskellige bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget



Blandt mødre med information om psykisk tilstand ved C-besøget ses den højeste forekomst af bemærkninger i form af registrering om *andet* (10,1 %). Forekomsten af bemærkninger til *ked af det/trist* er 2,3 %, mens mindre end én procent har bemærkninger i form af henholdsvis *angst*, *søvnproblemer*, *"problemløs"* samt *henvist*. Den fundne forekomst på 12,6 % skyldes således primært, at sundhedsplejersken registrerer bemærkninger i kategorien *andet*, hvorimod en langt mindre andel af bemærkningerne sættes i de mere specifikke bemærkninger såsom, at moren er ked af det, angst eller har søvnproblemer. Som tidligere beskrevet registrerer sundhedsplejerskerne en uddybende tekst om, hvad *andet* dækker over, men denne information indsendes ikke til databasen.

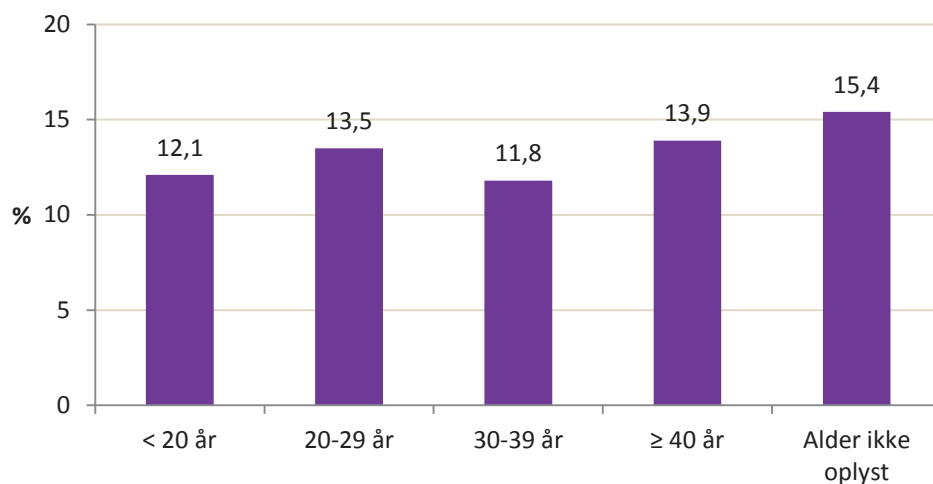
3.2. Potentielle prædiktorer for bemærkninger til mors psykiske tilstand

3.2.1. Sociodemografiske faktorer

Figurene i dette afsnit viser forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget opdelt efter de sociodemografiske faktorer.

Mors alder ved fødslen

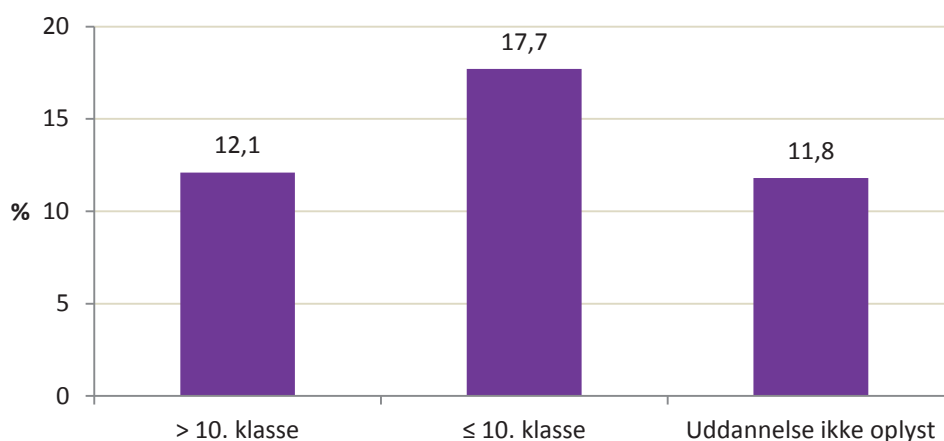
Figur3.c. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter mors alder ved fødslen



Figuren viser ingen markante forskelle i forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand afhængig af mors alder. Der er 12,1 % af de mødre, der er under 20 år, der har én eller flere bemærkninger til deres psykiske tilstand ved C-besøget, mens dette gælder 13,5 % af de 20-29-årige, 11,8 % af de 30-39-årige og 13,9 % af dem på 40 år eller derover ved fødslen.

Mors uddannelse

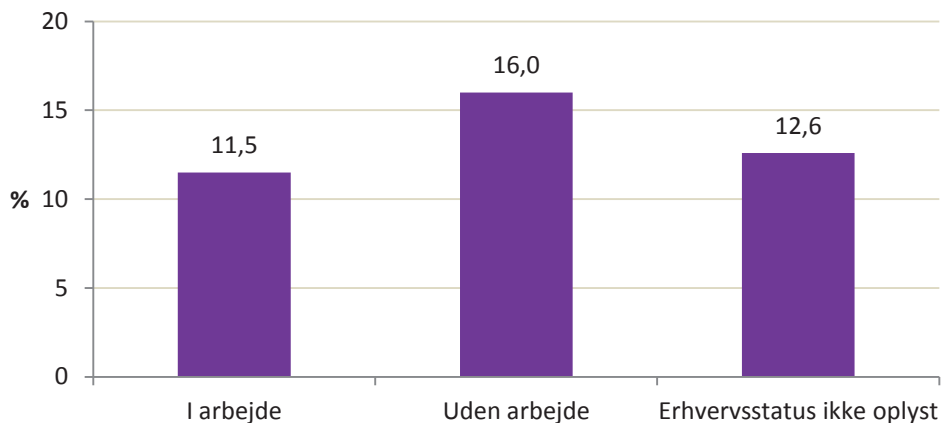
Figur 3.d. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter mors uddannelse



Der ses en forskel i forekomsten på 5,6 procentpoint mellem mødre, der maksimalt har 10. klasse og mødre med en højere uddannelse. Gruppen uden information om morens uddannelse adskiller sig ikke nævneværdigt fra gruppen med mødre med højere uddannelse i forhold til bemærkninger om morens psykiske tilstand.

Mors erhvervsstatus

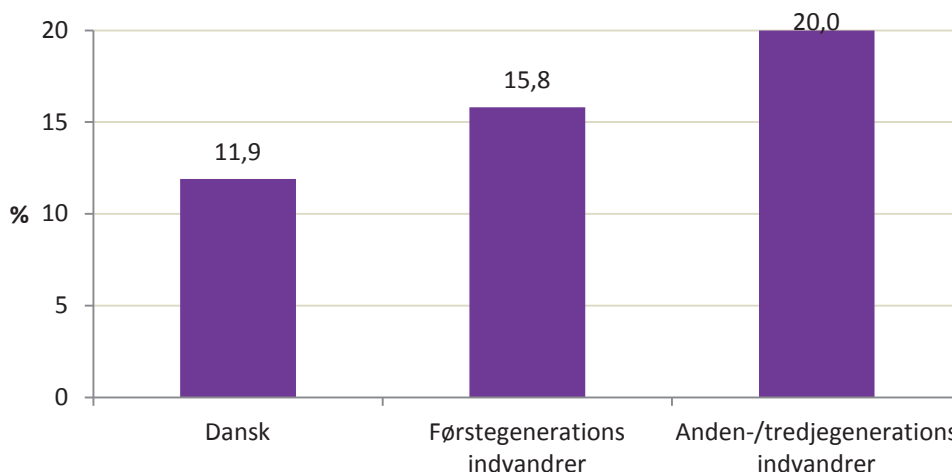
Figur 3.e. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter mors erhvervsstatus



I figuren ses, at mødre, der aktuelt er uden arbejde, har en højere forekomst af bemærkninger til deres psykiske tilstand ved C-besøget (16,0 %) end mødre, der er i arbejde (11,5 %). Blandt dem uden information om erhvervsstatus er forekomsten en smule højere end blandt mødre med arbejde.

Mors etniske baggrund

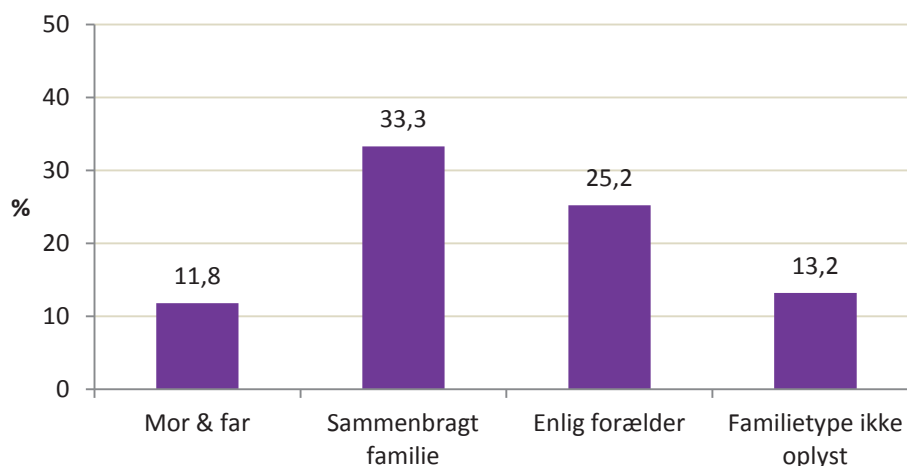
Figur 3.f. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter mors etniske baggrund



Forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand er lavest blandt mødre med etnisk dansk baggrund/ikke registreret etnisk baggrund (11,9 %), og er markant højere for mødre med anden etnisk baggrund end dansk. Forekomsten er særlig høj blandt mødre, der er anden- eller tredjegerations indvandrere (20,0 %), der dog udgøres af et lille antal mødre.

Familietype

Figur 3.g. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter familietype



I figuren ses markante forskelle i forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand mellem forskellige familietyper. Den laveste forekomst ses blandt mødre i de familier, hvor børnene bor sammen med både mor og far (11,8 %), mens der er markant flere bemærkninger i familier med enlige forældre (25,2 %) og i sammenbragte familier (33,3 %). Gruppen uden information om familietype adskiller sig ikke væsentligt fra familier, hvor barnet bor sammen med begge forældre.

I det følgende præsenteres resultaterne fra univariate logistiske regressionsanalyser mellem sociodemografiske faktorer og sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand.

Tabel 3.c. Ujusterede OR-værdier⁴ for bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter sociodemografiske faktorer

	OR for bemærkninger til mors psykiske tilstand (95 % CI)
Mors alder	
<20	1,02 (0,46-2,28)
20-29	1,16 (0,97-1,39)
30-39 (reference)	1
≥40	1,20 (0,79-1,83)
Mors alder ikke oplyst	1,36 (0,46-3,96)
Mors uddannelsesniveau	
Max 10. klasse	1,56 (1,20-2,04)*
Mere end 10. klasse (reference)	1
Mors uddannelsesstatus ikke oplyst	0,98 (0,79-1,20)
Mors erhvervsstatus	
I arbejde (reference)	1
Uden arbejde	1,47 (1,16-1,86)*
Mors erhvervsstatus ikke oplyst	1,11 (0,91-1,35)
Etnisk baggrund mor	
Dansk baggrund eller ikke registreret (reference)	1
Førstegenerationsindvandrer	1,39 (1,06-1,82)*
Anden-/tredjegerationsindvandrer	1,85 (1,23-2,77)*
Familietype	
Mor og far (reference)	1
Sammenbragt familie	3,74 (2,11-6,64)*
Enlig forælder	2,52 (1,71-3,69)*
Familietype ikke oplyst	1,14 (0,79-1,64)*

* Konfidensintervallet indeholder ikke værdien 1, dvs. OR-værdien fortolkes som signifikant forskellig fra 1,0

I tabel 3.c ses, at lav uddannelse, mor aktuelt uden arbejde, mor med anden etnisk baggrund end dansk og det at barnet ikke bor sammen med begge forældre er signifikant sammenhængende med bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget (markeret med en * i tabellen). Morens alder ved fødslen ser til gengæld ikke ud til at have betydning for odds for, at sundhedsplejersken har bemærkninger til morens psykiske tilstand ved C-besøget.

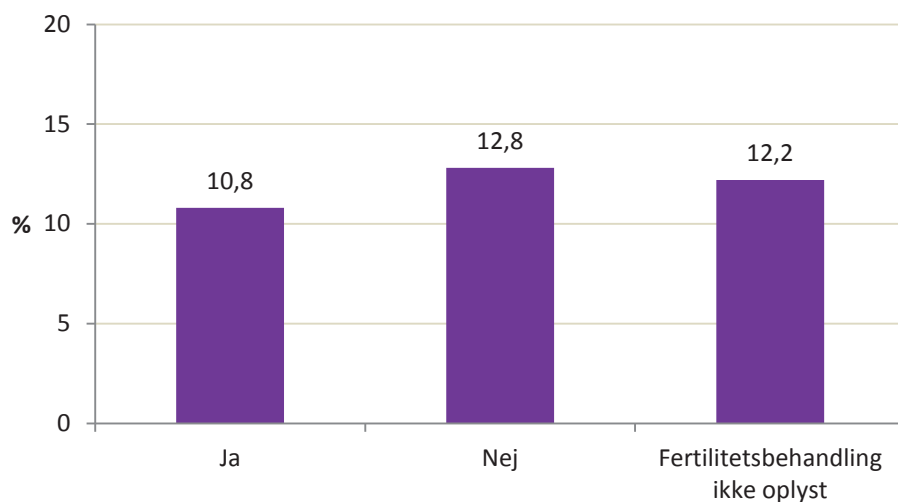
3.2.2. Variable forbundet med graviditet, fødsel og den første tid

Figureerne i dette afsnit viser forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget opdelt efter variable forbundet med graviditet, fødsel og den første tid efter fødslen.

⁴ OR er en måde at udtrykke risiko på. Hvis OR værdien er større end 1, har gruppen højere risiko for bemærkninger til mors psykiske tilstand end referencegruppen har. Se mere om OR i afsnit 2.6.

Fertilitetsbehandling

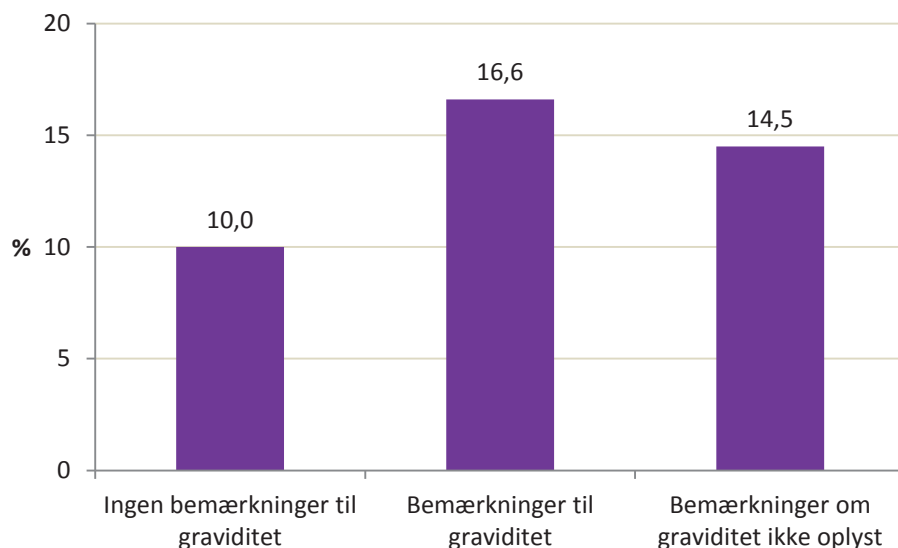
Figur 3.h. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter fertilitetsbehandling



Der ses ingen markante forskelle i forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt på fertilitetsbehandlingsstatus.

Bemærkninger til graviditet

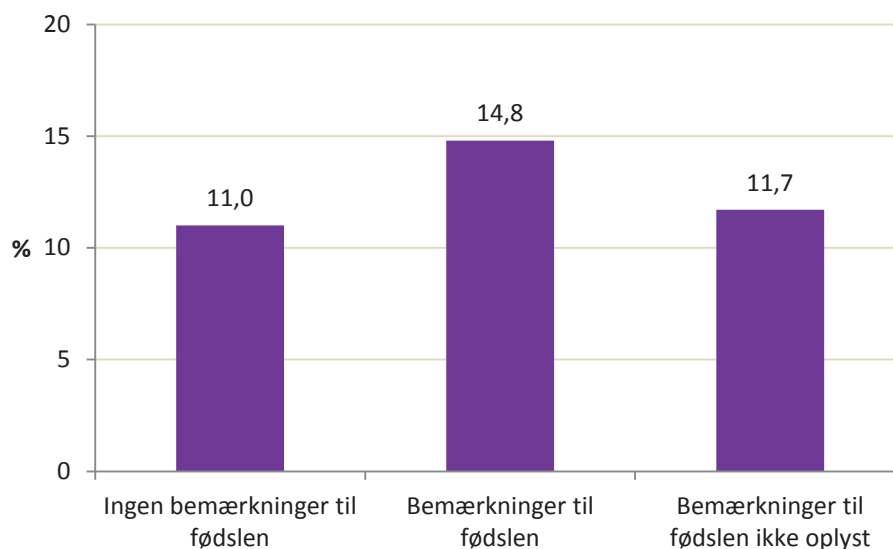
Figur 3.i. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter bemærkninger til graviditet



Forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand er højere blandt mødre med bemærkninger til graviditeten (16,6 %) end blandt mødre uden bemærkninger (10,0 %).

Bemærkninger til fødslen

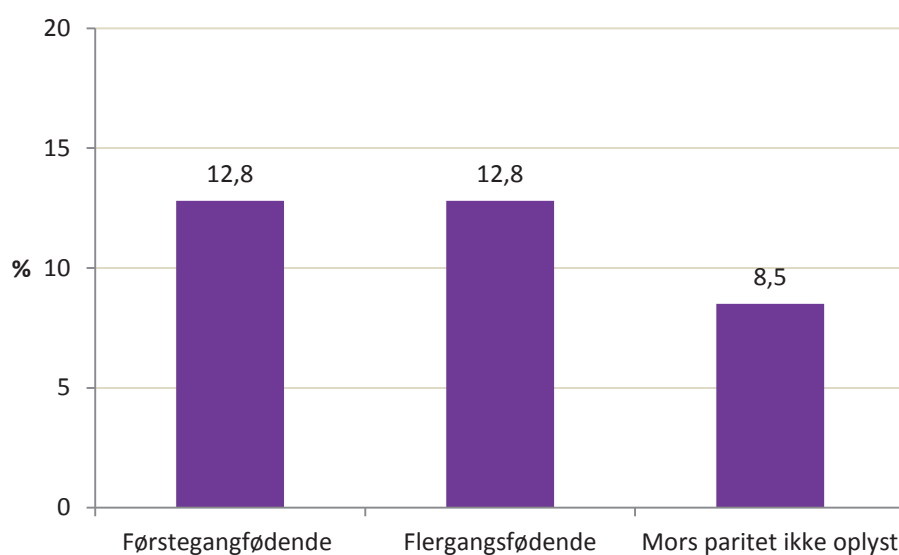
Figur 3.j. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter bemærkninger til fødslen



I ovenstående figur ses, at forekomsten af bemærkninger er højere, når der er bemærkninger til fødslen (14,8 %) end hvis der ingen bemærkninger er (11,0 %).

Mors paritet

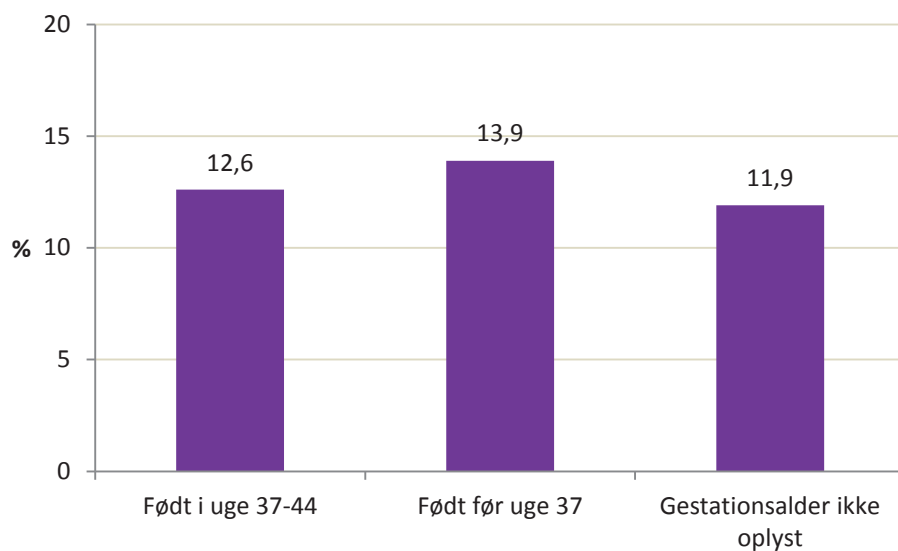
Figur 3.k. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter mors paritet



Forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand er den samme uanset, om moren er førstegangs- eller flergangsfødende (12,8 %).

Gestationsalder

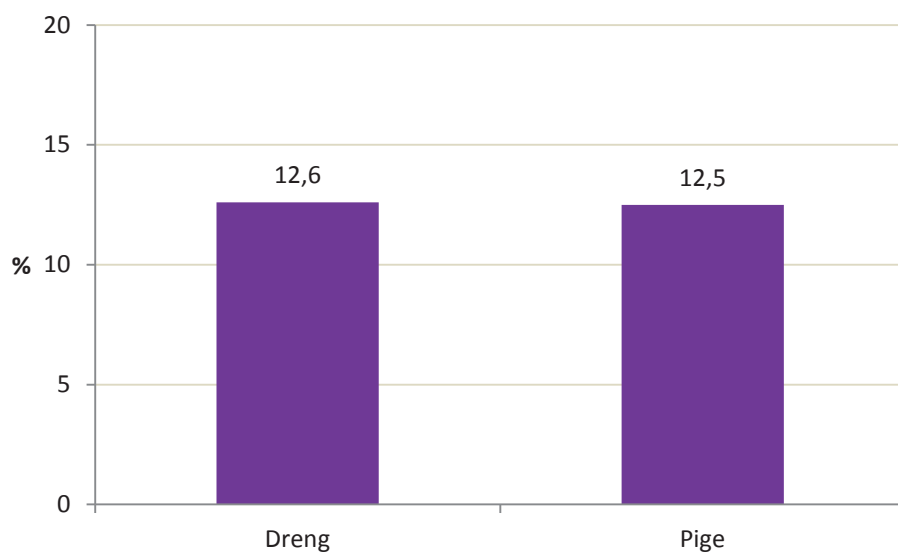
Figur 3.l. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter gestationsalder



Forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand er omkring 12-14 % uanset gestationsalder.

Barnets køn

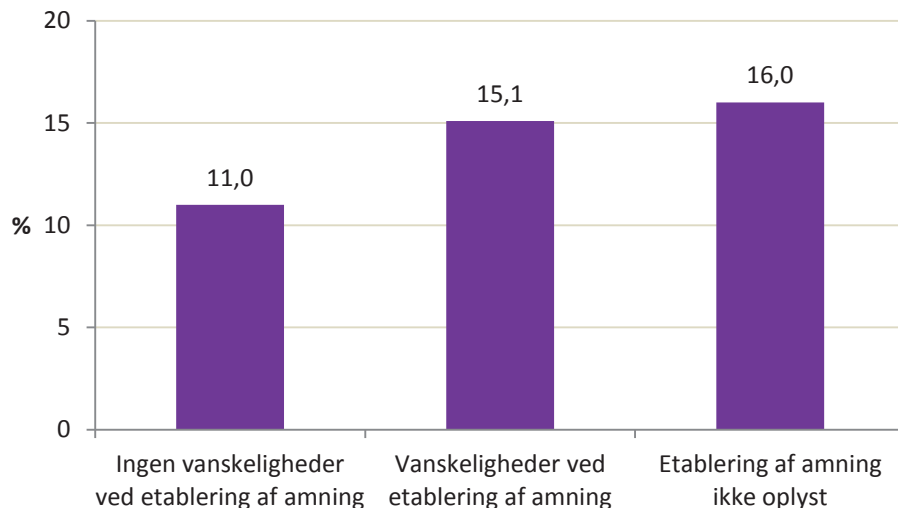
Figur 3.m. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter barnets køn



Der ses ingen forskel i forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand mellem drenge og piger.

Etablering af amning

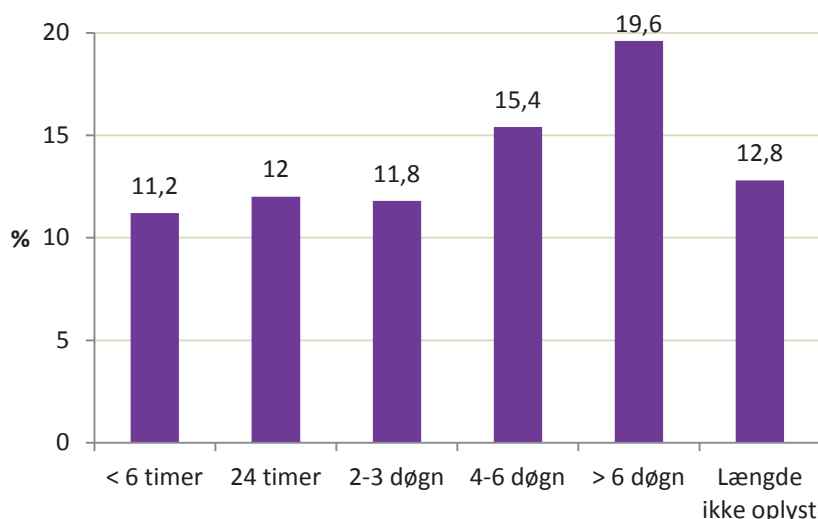
Figur 3.n. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter, hvorvidt der er angivet vanskeligheder ved etablering af amning



Der ses en højere forekomst af bemærkninger blandt mødre, der har oplevet vanskeligheder ved etablering af amningen (15,1 %) og i gruppen med manglende information (16,0 %) end blandt mødre, der ikke har oplevet vanskeligheder (11,0 %).

Indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen

Figur 3.o. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter indlæggelseslængde

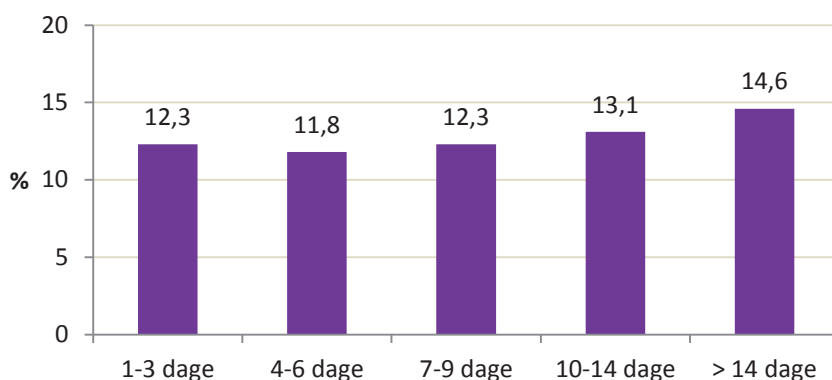


Figuren viser, at forekomsten af bemærkninger stiger blandt dem, der er indlagt i længere tid (over fire døgn), og er højest blandt dem, der er indlagt i mere end seks døgn efter fødslen (19,6 %). Forekomsten er

nogenlunde den samme (omkring 12 %) uanset, om indlæggelsen har varet mindre end seks timer, fireogtyve timer eller to til tre døgn.

Alder ved første besøg af sundhedsplejersken

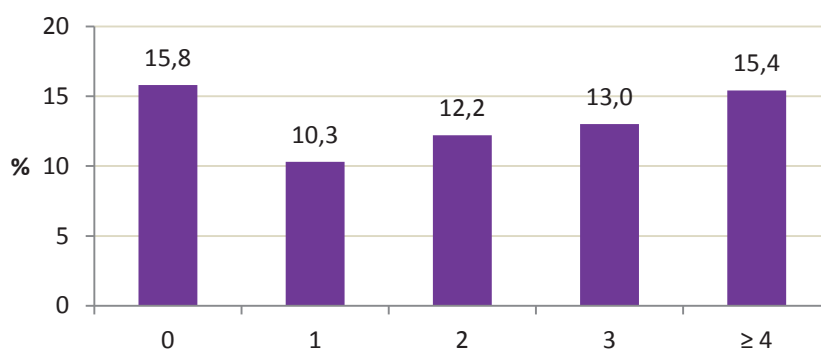
Figur 3.p. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter alder ved første besøg af sundhedsplejersken



Der ses ingen markante forskelle i forekomsten afhængigt af barnets alder ved første besøg fra sundhedsplejersken.

Antal besøg af sundhedsplejersken den første levemåned

Figur 3.q. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter antal besøg af sundhedsplejersken i den første levemåned



I figuren ses, at forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand er højest blandt dem uden registrerede besøg af sundhedsplejersken i barnets første levemåned (15,8 %), eller hvis der er registreret fire eller flere besøg (15,4 %). Den laveste forekomst ses blandt dem med et enkelt registreret besøg (10,3 %) og forekomsten er svagt stigende med antallet af besøg. Dette kan skyldes, at kvinder, hvor der tidligt er mistanke om efterfødselsreaktion får flere besøg af sundhedsplejersken.

I nedenstående tabel (3.d) præsenteres resultaterne fra univariate logistiske regressionsanalyser mellem faktorer forbundet med graviditet, fødsel og den første tid og bemærkninger til mors psykiske tilstand.

Tabel 3.d. Ujusterede OR-værdier⁵ for bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter faktorer forbundet med graviditet, fødsel og den første tid

	OR for bemærkninger til mors psykiske tilstand (95 % CI)
Fertilitetsbehandling	
Ja	0,82 (0,57-1,17)
Nej (reference)	1
Fertilitetsbehandling ikke oplyst	0,95 (0,76-1,18)
Bemærkninger til graviditet	
Ja	1,80 (1,49-2,17)*
Nej (reference)	1
Ikke oplyst	1,53 (1,18-1,99)*
Bemærkninger til fødsel	
Ja	1,41 (1,18-1,70)*
Nej (reference)	1
Ikke oplyst	1,07 (0,81-1,43)
Mors paritet	
Førstegangsfødende	0,99 (0,83-1,19)
Flergangsfødende (reference)	1
Mors paritet ikke oplyst	0,63 (0,40-1,00)
Gestationsalder	
Født før uge 37	1,12 (0,77-1,64)
Født i uge 37-44 (reference)	1
Gestationsalder ikke oplyst	0,94 (0,73-1,20)
Barnets køn	
Pige	0,99 (0,84-1,18)
Dreng (reference)	1
Vanskeligheder ved etablering af amning	
Nej (reference)	1
Ja	1,44 (1,20-1,72)*
Ikke oplyst	1,54 (1,04-2,29)*
Indlæggelseslængde	
Under 6 timer	0,94 (0,74-1,20)
24 timer	1,02 (0,79-1,30)
2-3 døgn (reference)	1
4-6 døgn	1,35 (0,98-1,87)
Mere end 6 døgn	1,81 (1,30-2,53)*
Ikke oplyst	1,34 (0,73-2,47)
Alder ved første besøg	
1-3 dage	1,00 (0,72-1,38)
4-6 dage	0,95 (0,76-1,20)
7-9 dage (reference)	1
10-14 dage	1,07 (0,84-1,36)
Over 14 dage	1,22 (0,90-1,65)
Antal besøg første levemåned	
Nul besøg	1,35 (0,92-1,99)
Et besøg	0,83 (0,63-1,08)
To besøg (reference)	1
Tre besøg	1,07 (0,86-1,75)
Fire eller flere besøg	1,31 (0,98-1,75)

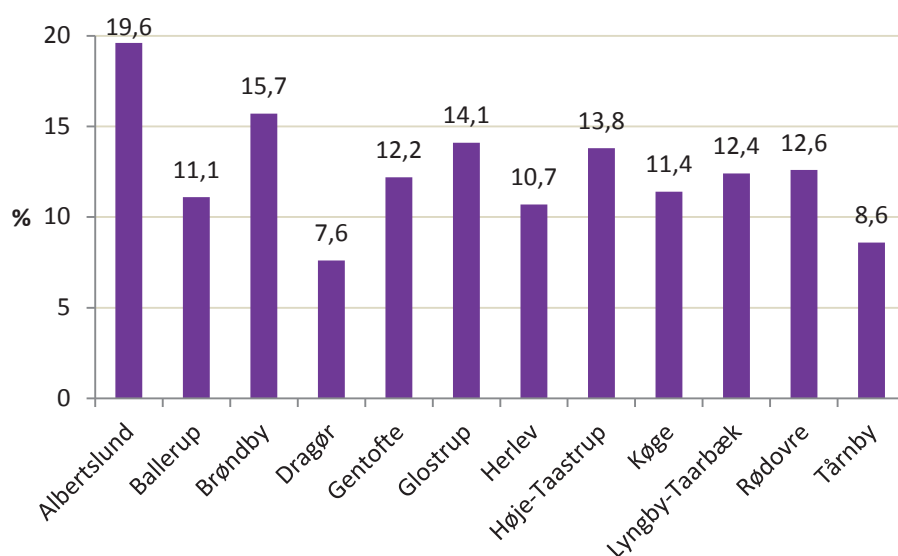
* Konfidensintervallet indeholder ikke værdien 1, dvs. man kan fortolke OR-værdien som signifikant forskellig fra 1.

⁵ OR er en måde at udtrykke risiko på. Hvis OR værdien er større end 1, har gruppen højere risiko for bemærkninger til mors psykiske tilstand end referencegruppen har. Se mere om OR i afsnit 2.6.

I tabellen ses, at bemærkninger til graviditet og fødsel, vanskeligheder ved etablering af amning og en lang indlæggelse efter fødslen (> 6 dage) er signifikant sammenhængende med bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget (markeret med en * i tabellen). Sammenhængen mellem antallet af besøg af sundhedsplejersken i barnets første levemåned (≥ 4) og morens psykiske tilstand er tæt på, at være signifikant ($p=0,0543$), mens fertilitetsbehandling, morens paritet, gestationsalder, barnets køn og alder ved første besøg til gengæld ikke ser ud til at have en betydning for sundhedsplejerskens bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget.

3.2.3. Kommuneforskelle

Figur 3.r. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter kommune



I figur 3.r ses store kommunale variationer i forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand, når barnet er fire til seks måneder gammelt. Forekomsten varierer fra 7,6 % i Dragør Kommune til 19,6 % i Albertslund Kommune, og forekomsten i de fleste kommuner ligger mellem 10 og 15 %.

I nedenstående tabel (3.e) præsenteres resultaterne fra den univariate logistiske regressionsanalyse mellem kommune og mors psykiske tilstand ved C-besøget.

Tabel 3.e. Ujusterede OR-værdier⁶ for bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter kommune

Kommune	OR for bemærkninger til mors psykiske tilstand (95 % CI)
Albertslund	1,74 (1,20-2,54)*
Ballerup	0,90 (0,62-1,30)
Brøndby	1,33 (0,92-1,94)
Dragør	0,59 (0,28-1,24)
Gentofte (reference)	1
Glostrup	1,18 (0,77-1,80)
Herlev	0,86 (0,53-1,39)
Høje-Taastrup	1,15 (0,83-1,59)
Køge	0,92 (0,64-1,32)
Lyngby-Taarbæk	1,02 (0,72-1,44)
Rødovre	1,04 (0,72-1,50)
Tårnby	0,67 (0,44-1,02)

* Konfidensintervallet indeholder ikke værdien 1, dvs. OR-værdien fortolkes som signifikant forskellig fra 1,0

I tabellen ses, at der er en signifikant forhøjet forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand i Albertslund kommune sammenlignet med referencekommunen Gentofte (markeret med en * i tabellen). Ingen af de øvrige kommuner afviger signifikant fra referencekommunen.

3.2.4. Opsummering af potentielle prædiktorer

Analysen af potentielle prædiktorer viste, at følgende faktorer havde signifikant betydning for bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget: lav uddannelse hos mor, mor uden arbejde, mor med anden etnisk baggrund end dansk, familietype, hvor barnet ikke bor sammen med begge forældre, bemærkninger til graviditet, fødsel eller etablering af amning og lang indlæggelseslængde. Desuden er der betydelige kommunale forskelle.

3.3. Confounderudvælgelse

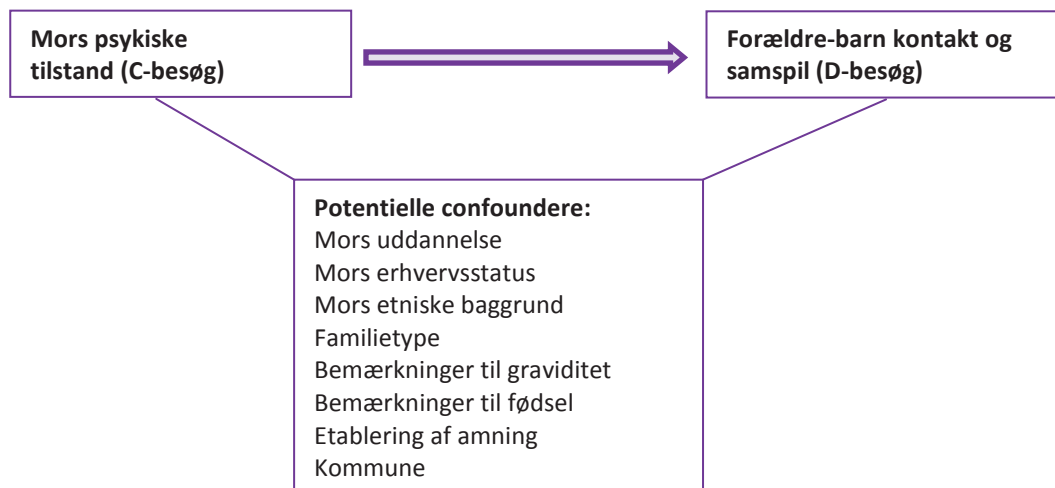
Som nævnt i afsnit 2.6 er der også udført analyser af sammenhængen mellem de potentielle confoundere og de to udfaldsmål forældre-barn kontakt og samspil samt barnets signaler og reaktioner (resultater ikke vist). Analyserne viste, at følgende variable er signifikant associeret med både mors psykiske tilstand og mindst ét af de to udfaldsmål forældre-barn kontakt og samspil og barnets signaler og reaktioner: mors uddannelse, mors erhvervsstatus, mors etniske baggrund, familietype, bemærkninger til graviditet, bemærkninger til fødslen, vanskeligheder ved etablering af amning og kommune. Disse variable er således potentielle confoundere af sammenhængen mellem mors psykiske tilstand og udfaldsmålene og inddrages derfor i de justerede analyser i det følgende.

⁶ OR er en måde at udtrykke risiko på. Hvis OR værdien er større end 1, har gruppen højere risiko for bemærkninger til mors psykiske tilstand end referencegruppen har. Se mere om OR i afsnit 2.6.

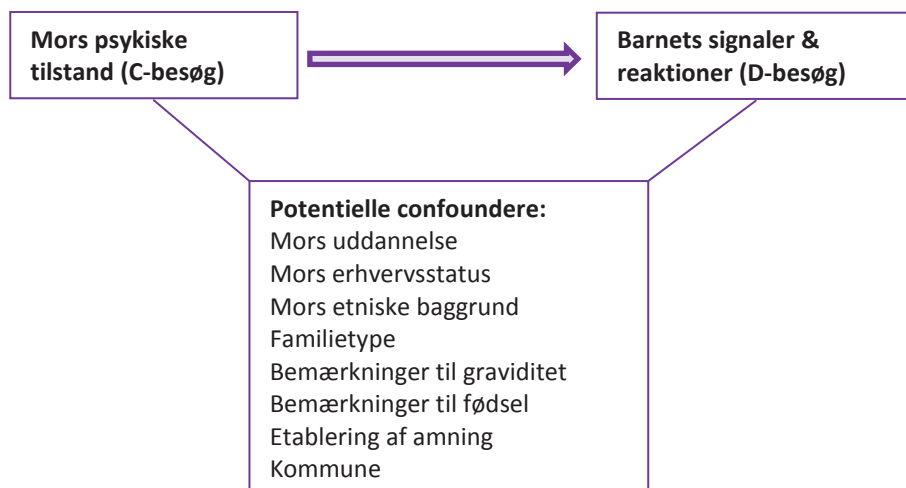
3.4. Analysemodeller

Nedenfor præsenteres to modeller for, hvordan sammenhænge mellem mors psykiske tilstand ved C-besøget og de to udfald ved D-besøget: forældre-barn kontakt og samspil samt barnets signaler og reaktioner, vil blive analyseret.

Figur 3.s. Analysemodel for sammenhænge mellem mors psykiske tilstand ved C-besøget og forældre-barn kontakt og samspil



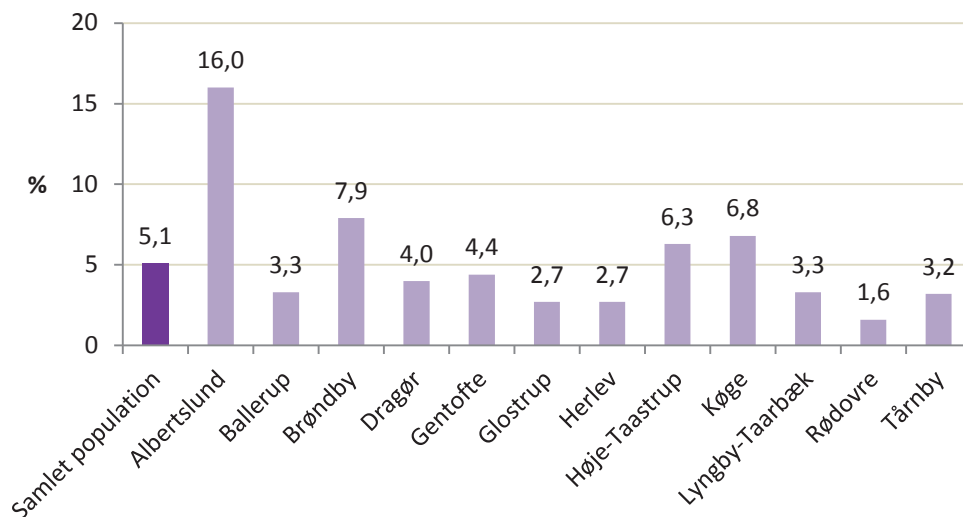
Figur 3.t. Analysemodel for sammenhænge mellem mors psykiske tilstand ved C-besøget og barnets signaler og reaktioner



3.5. Mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil

I dette afsnit præsenteres resultaterne fra analyser af sammenhængen mellem mors psykiske helbred, når barnet er mellem fire og seks måneder gammelt og forældre-barn kontakt og samspil ved otte til ti måneders alderen. I figuren nedenfor ses forekomsten af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved D-besøget i den samlede population og i de enkelte kommuner.

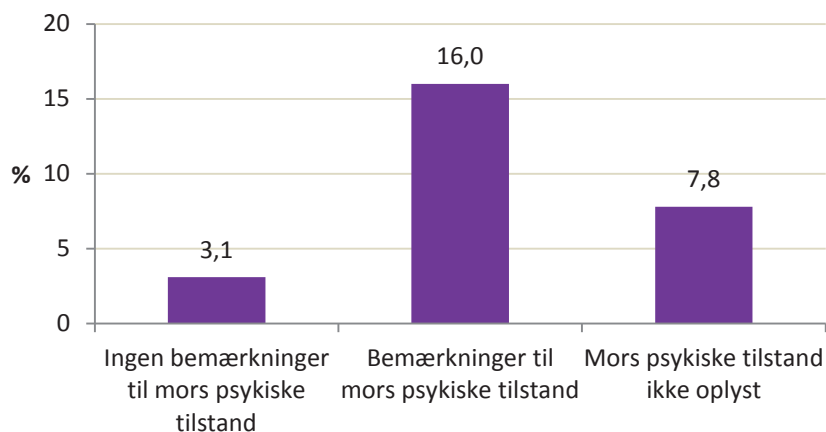
Figur 3.u. Forekomst af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved D-besøget



I den samlede population er forekomsten af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil 5,1 %. På tværs af kommunerne ses en stor variation i forekomsten fra 1,6 % i Rødovre Kommune til 16,0 % i Albertslund, men i de fleste kommuner ligger forekomsten mellem 2-7 %.

I figur 3.v ses forekomsten af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil opdelt efter, om sundhedsplejersken har registreret bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget.

Figur 3.v. Forekomst af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved D-besøge opdelt efter mors psykiske tilstand ved C-besøget



Forekomsten af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil er markant højere, hvis der er bemærkninger til morens psykiske tilstand (16,0 %) end hvis der ingen bemærkninger er (3,1 %). Samtidig er forekomsten også højere blandt gruppen uden information om morens psykiske tilstand (7,8 %) end ved ingen bemærkninger.

I tabel 3.f nedenfor ses resultaterne fra de logistiske regressionsanalyser mellem mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil, der er udført både ujusteret og justeret for confoundere beskrevet i afsnit 3.3 ovenfor.

Tabel 3.f. OR-værdier⁷ for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved D-besøget

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR [‡] (95 % CI)
Mors psykiske tilstand (C-besøg)		
Ingen bemærkninger (reference)	1	1
Bemærkninger	5,92 (4,36-8,05)*	5,19 (3,76-7,17)*
Mors psykiske tilstand ikke oplyst	2,65 (1,81-3,88)*	2,47 (1,63-3,75)*

‡Justeret for mors uddannelse, mors erhvervsstatus, familietype, mors etniske baggrund, bemærkninger til graviditet, bemærkninger til fødsel, vanskeligheder ved etablering af amning og kommune.

* Konfidensintervallet indeholder ikke værdien 1, dvs. OR-værdien fortolkes som signifikant forskellig fra 1,0

Associationen mellem mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakt og samspil er højsignifikant ($p < 0,0001$), uanset om der ses på den ujusterede eller den confounderjusterede sammenhæng. Sammenlignet med børn uden bemærkninger til mors psykiske tilstand er odds for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil mere end fem gange så høj blandt børn, hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget (justeret OR=5,19, 95 % CI: 3,76-7,17).

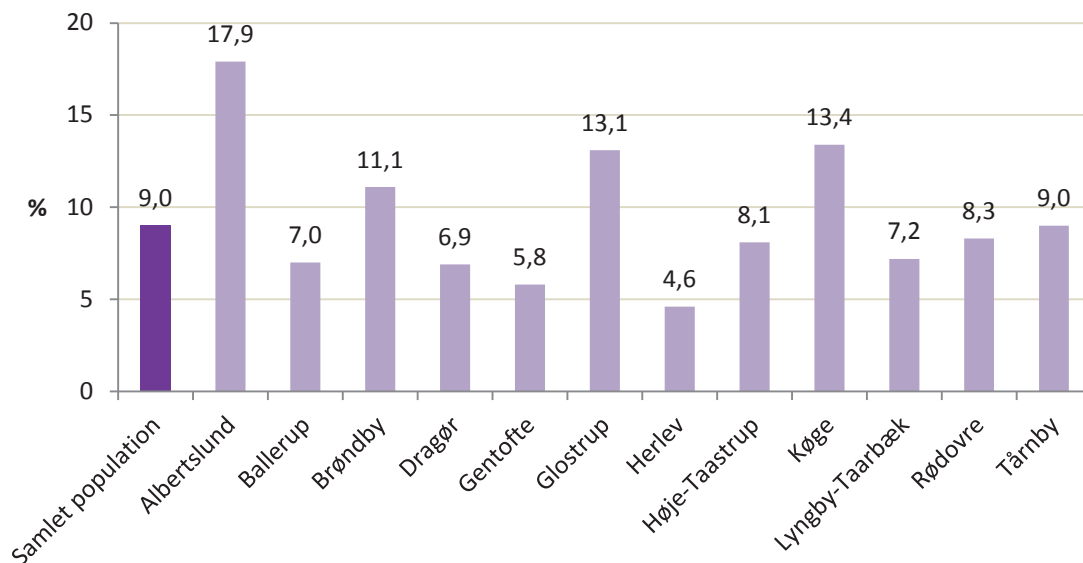
For børn, hvor journalen ikke indeholdt information om morens psykiske tilstand, er odds for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil, uanset justering, mere end fordoblet i forhold til børn, hvor der ingen bemærkninger var til mors psykiske tilstand (justeret OR=2,47, 95 % CI: 1,63-3,75).

3.6. Mors psykiske tilstand og barnets signaler og reaktioner

I dette afsnit præsenteres resultaterne fra analyser af sammenhængen mellem mors psykiske helbred, når barnet er mellem fire og seks måneder gammelt og barnets signaler og reaktioner i otte til ti måneders alderen. I figur 3.x nedenfor ses forekomsten af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved D-besøget i den samlede population og i de enkelte kommuner.

⁷ OR er en måde at udtrykke risiko på. Hvis OR værdien er større end 1, har gruppen højere risiko for bemærkninger til mors psykiske tilstand end referencegruppen har. Se mere om OR i afsnit 2.6.

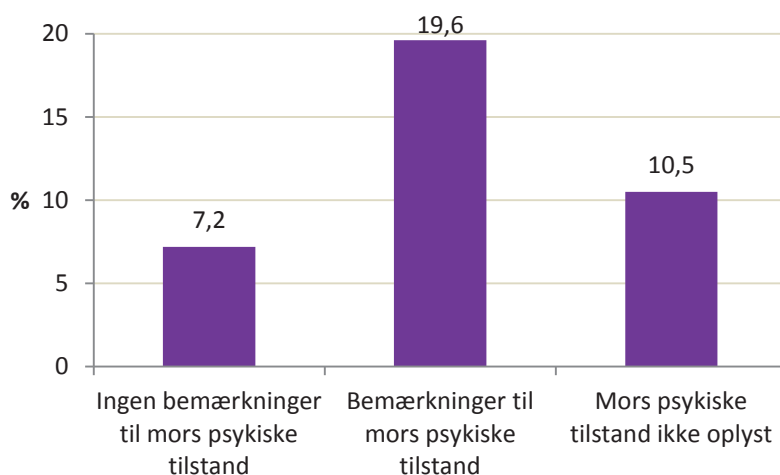
Figur 3.x. Forekomst af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved D-besøget



I den samlede population er forekomsten af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved D-besøget 9,0 %. På tværs af kommunerne ses store kommunale variationer (mellem 4,6 % i Herlev og 17,9 % i Albertslund Kommune).

I figur 3.y ses forekomsten af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner opdelt efter mors psykiske tilstand.

Figur 3.y. Forekomst af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved D-besøget opdelt efter mors psykiske tilstand ved C-besøget



Forekomsten af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner er markant højere (19,6 %) blandt dem med bemærkninger til morens psykiske tilstand ved C-besøget, end hvis sundhedsplejersken ingen bemærkninger har (7,2 %). Ligeledes er forekomsten også højere i gruppen uden information om morens psykiske tilstand (10,5 %) sammenlignet med gruppen uden bemærkninger.

I tabel 3.g nedenfor ses resultaterne fra de logistiske regressionsanalyser mellem mors psykiske tilstand og barnets signaler og reaktioner, der er udført både ujusteret og justeret for confoundere beskrevet i afsnit 3.3.

Tabel 3.g. OR-værdier⁸ for bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved D-besøget

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR [‡] (95 % CI)
Mors psykiske tilstand (C-besøg)		
Ingen bemærkninger (reference)	1	1
Bemærkninger	3,14 (2,43-4,05)*	2,92 (2,23-3,80)*
Mors psykiske tilstand ikke oplyst	1,51 (1,10-2,07)*	1,54 (1,10-2,17)*

‡Justeret for mors uddannelse, mors erhvervsstatus, familietype, mors etniske baggrund, bemærkninger til graviditet, bemærkninger til fødsel, vanskeligheder ved etablering af amning og kommune.

*Konfidensintervallet indeholder ikke værdien 1, dvs. OR-værdien fortolkes som signifikant forskellig fra 1,0

Sammenhængen mellem mors psykiske tilstand og barnets signaler og reaktioner er højsignifikant ($p < 0,0001$), uanset om der ses på den ujusterede eller den confounderjusterede sammenhæng. Sammenlignet med børn uden bemærkninger til mors psykiske tilstand er odds for bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved otte til ti måneders alderen omkring tre gange så høj blandt børn, hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget (justeret OR=2,92, 95 % CI: 2,23-3,80).

For de børn, hvor der mangler information om morens psykiske tilstand, er odds for bemærkninger til signaler og reaktioner, uanset justering for confoundere, øget med omkring 50 % i forhold til børn, hvor sundhedsplejersken ingen bemærkninger havde til mors psykiske tilstand (justeret OR=1,54 95 % CI: 1,10-2,17).

⁸ OR er en måde at udtrykke risiko på. Hvis OR værdien er større end 1, har gruppen højere risiko for bemærkninger til mors psykiske tilstand end referencegruppen har. Se mere om OR i afsnit 2.6.

3.7. Manglende oplysninger

3.7.1. Mors psykiske tilstand ved C-besøget

Der er 859 børn i rapporten, der ikke har oplysninger om mors psykiske tilstand ved C-besøget, hvilket svarer til en andel på 15,5 %. Derfor gennemføres en analyse af, om det at mangle oplysninger om mors psykiske tilstand er forskelligt fordelt på de udvalgte confoundere (resultater ikke vist).

Der er signifikant højere risiko for at mangle information om morens psykiske tilstand ved C-besøget blandt mødre uden arbejde og i familier, hvor barnet ikke bor sammen med begge forældrene. Sammenlignet med Gentofte Kommune er risikoen for at mangle informationer om mors psykiske tilstand signifikant og markant højere blandt børn fra Køge, Glostrup, Brøndby og Ballerup Kommune. Modsat er risikoen for at mangle information om mors psykiske tilstand signifikant lavere blandt børn med bemærkninger til fødslen sammenlignet med børn uden bemærkninger til fødslen.

Faktorer, der er forbundet med øget risiko for at mangle information om mors psykiske tilstand er i store træk de samme faktorer, som er forbundet med en øget risiko for bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget. Det betyder, at forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget kan formodes at være højere end de 12,6 %, der er fundet i rapporten. Samtidig er risikoen for at mangle oplysninger om mors psykiske tilstand dog lavere blandt børn med bemærkninger til fødslen, og denne tendens trækker i den modsatte retning – det vil sige, at forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand kan være overvurderet. Det er vores vurdering, at nettoeffekten af disse mulige skævheder er en beskedent underrapportering, det vil sige, at lidt flere end 12,6 % af kvinderne har psykiske problemer, som en sundhedsplejerske ville registrere.

3.7.2. Forældre-barn kontakt og samspil ved D-besøget

Der er 1.059 af børnene i rapporten, der ikke har oplysninger om forældre-barn kontakt og samspil i otte til ti måneders alderen, hvilket svarer til en andel på 19,1 %. Derfor gennemføres også en analyse af, om det at mangle oplysninger om forældre-barn kontakt og samspil er forskelligt fordelt på de faktorer, der inddrages i analysen.

Det viser sig, at der ikke er forskel i risikoen for at mangle oplysninger om forældre-barn kontakt og samspil afhængigt af sundhedsplejerskens bemærkninger til mors psykiske tilstand. Til gengæld er risikoen for at mangle oplysninger om forældre-barn kontakt signifikant øget blandt børn med mødre, der er dårligt uddannede, ikke har noget arbejde, er førstegenerationsindvandrere, og som ikke bor sammen med både far og mor. Det betyder, at forekomsten af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil kan formodes at være højere end de 5,1 %, der er rapporteret i denne rapport. Til gengæld er risikoen for at mangle oplysninger om forældre-barn kontakt og samspil lavere blandt børn med bemærkninger til fødslen. Eftersom bemærkninger til fødslen er forbundet med en højere risiko for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil (resultater ikke vist) trækker dette i den modsatte retning, og således antages forekomsten af bemærkninger fundet i denne rapport at være nogenlunde retvisende.

3.7.3. Barnets signaler og reaktioner ved D-besøget

Der er 1.046 af børnene i rapporten, der ikke har oplysninger om barnets signaler og reaktioner i otte til ti måneders alderen, hvilket svarer til en andel på 18,9 %. Derfor gennemføres en analyse af, om det at mangle oplysninger om barnets signaler og reaktioner er forskelligt fordelt på de faktorer, der inddrages i analysen af dette udfald.

Analysen viser, at der ikke er forskel i risikoen for at mangle oplysninger om barnets signaler og reaktioner afhængigt af mors psykiske tilstand. Til gengæld er lav uddannelse og manglende arbejde hos moren samt familietype, hvor barnet ikke bor sammen med begge forældre forbundet med en signifikant øget risiko for at mangle information. Idet risikoen for bemærkninger til netop barnets signaler og reaktioner også er signifikant højere blandt børn, der ikke bor sammen med begge forældre, kan det tænkes, at forekomsten af bemærkninger er højere end den fundne. Bemærkninger til fødslen er derimod forbundet med en signifikant lavere risiko for at mangle information om signaler og reaktioner, og eftersom bemærkninger til fødslen er forbundet med en signifikant øget risiko for bemærkninger (resultater ikke vist) kan de to tendenser antages at udligne hinanden. Således kan den rapporterede forekomst af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner også antages at være nogenlunde retvisende.

3.8. Sammenfatning af resultater

Blandt de 5.537 børn i temarapporten havde sundhedsplejersken bemærkninger til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg for 30,6 %. Ved C-besøget, hvor barnet er mellem fire og seks måneder, var forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand 12,6 %.

Følgende faktorer var signifikant sammenhængende med øgede odds for bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget:

- lavt uddannelsesniveau hos mor (maksimalt 10. klasse),
- mor uden arbejde,
- mor med anden etnisk baggrund end dansk,
- at barnet ikke bor sammen med både mor og far,
- bemærkninger til graviditet eller fødsel,
- vanskeligheder ved etablering af amning, og
- længere end seks døgn indlæggelse i forbindelse med fødslen.

Forekomsten af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved otte til ti måneders alderen var 5,1 %. Analyser af sammenhængen mellem mors psykiske tilstand (fire-seks måneder) og forældre-barn kontakt og samspil (otte-ti måneder) viste, at odds for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil var mere end fem gange så høje blandt dem med bemærkninger til mors psykiske tilstand (OR=5,19, 95 % CI: 3,76-7,17) i forhold til dem, der ikke havde bemærkninger.

Forekomsten af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved otte til ti måneders alderen var 9,0 %. Analyser af sammenhængen mellem mors psykiske tilstand (fire-seks måneder) og barnets signaler og reaktioner (otte-ti måneder) viste omkring tre gange så høje odds for bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved bemærkninger til mors psykiske tilstand (OR=2,92, 95 % CI: 2,23-3,80).

Der er en del journaler uden oplysninger om bemærkninger til mors psykiske tilstand, og det er sandsynligt, at forekomsten er en smule højere end angivet i rapporten. Der er også en del journaler uden oplysninger om henholdsvis forældre-barn kontakt og samspil og/eller barnets signaler og reaktioner. Disse manglende oplysninger giver næppe nogen væsentlig fejl i analyserne af sammenhængen mellem mors psykiske tilstand og barnets udvikling.

4. Diskussion

4.1. Diskussion af resultater

Forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand ved de enkelte besøg varierer mellem 11,3 % ved D-besøget og 17,3 % ved B-besøget. Således er forekomsten af bemærkninger generelt lidt højere i denne rapport end de 10 %, der anslås at udvikle en egentlig fødselsdepression. Til gengæld svarer de fundne andele nogenlunde til den samlede forekomst af fødselsreaktioner (fødselsdepression, angst, og andre følelsesmæssige reaktioner) på 10-15 % (Gullestrup & Terp, 2008). Som tidligere beskrevet i introduktionen er sundhedsplejerskens bemærkninger til morens psykiske tilstand ikke det samme som en diagnosticering af fødselsdepression, og forekomsten af sundhedsplejerskens bemærkninger til mors psykiske tilstand bør derfor i højere grad sammenlignes med det samlede tal for fødselsreaktioner end med egentlig fødselsdepression.

Det ser ud til, at dårligere stillede mødre i højere grad end de bedre stillede er registreret med bemærkninger til psykisk tilstand, når barnet er fire til seks måneder gammelt. Dette stemmer godt overens med sårbarhed-stress-modellen for udvikling af depression (se figur 1.a), hvor individer med færre ressourcer har øget risiko for ikke at kunne håndtere udfordringer og belastninger, såsom overgangen til at blive forældre, og dermed også har øget risiko for at udvikle en depression. En del af sammenhængen kan dog også tænkes at skyldes, at sundhedsplejersken har øget opmærksomhed på netop kvinder med færre ressourcer. Dette øgede fokus kan betyde, at sundhedsplejersken i højere grad registrerer bemærkninger til deres psykiske tilstand.

For børn registreret med bemærkninger til graviditet og fødsel, vanskeligheder ved etablering af amning samt en lang indlæggelse i forbindelse med fødslen var der en signifikant øget risiko for bemærkninger til mors psykiske tilstand. Dette stemmer også godt overens med sårbarhed-stress-modellen, hvor netop vanskeligheder i forbindelse med graviditet, fødsel og amning kan udgøre belastninger, der påvirker risikoen for efterfødselsreaktion (Gullestrup & Terp, 2008). Men årsagsretningen kan også være en anden, eksempelvis at vanskelighederne med amningen skyldes allerede tilstedeværende psykiske symptomer.

Analyserne viste store kommunale forskelle i forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget (variation fra 7,6 til 19,6 %). Dette kan skyldes flere forskellige forhold, eksempelvis forskelle i befolkningens sociodemografiske sammensætning mellem kommunerne, og/eller forskelle i hvordan sundhedsplejerskerne arbejder med og har fokus på mødrenes psykiske tilstand.

I alt 5,1 % af børnene havde bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved otte til ti måneders alderen. Både ujusterede og justerede analyser viste, at mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen er stærkt prædiktivt for bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil. Dette stemmer godt overens med studier, der viser, at morens psykiske helbred påvirker mor-barn relationen (Martins & Gaffan 2000, Grace et al. 2003, Righetti-Veltema et al. 2003, Reck et al. 2004, Elberling 2012). Det kan dog også tænkes, at sundhedsplejerskerne er mere opmærksomme på disse mødre, og at der derfor skal mindre til for, at der registreres bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil i disse familier. I så fald vil dette kunne medføre bias af resultaterne, eftersom sandsynligheden for at blive registreret med udfaldet afhænger af eksponeringsstatus – om der er bemærkninger til mors psykiske tilstand eller ej.

Forekomsten af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved otte til ti måneders alderen var 9,0 % i den samlede population. Ujusterede og confounderjusterede analyser viste, at bemærkninger til mors psykiske tilstand ved C-besøget også er stærkt prædiktivt for bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved otte til ti måneders alderen. Som ved forældre-barn kontakt og samspil er der også i forhold til barnets signaler og reaktioner risiko for, at sundhedsplejerskerne er mere opmærksomme på børnenes signaler og reaktioner, hvis moren har psykiske symptomer, det vil sige der kan være bias i analysen af prædiktion.

Samlet vurderer vi, at de rapporterede sammenhænge mellem mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen og bemærkninger til henholdsvis forældre-barn kontakt og samspil og barnets signaler og reaktioner i otte til ti måneders alderen er retvisende.

4.2. Diskussion af metode

Det er både en styrke og en svaghed, at vi benytter målet *sundhedsplejerskens bemærkninger til mors psykiske tilstand*. Det er en svaghed, fordi målingen ikke dækker over et entydigt defineret fænomen, endside en klar diagnose. Desuden er det en svaghed, at den uddybende information i forbindelse med bemærkninger til *andet*, ikke har været tilgængelig i analysearbejdet til denne rapport.

Det anvendte mål kan dog også ses som en styrke, fordi det giver sundhedsplejerskerne mulighed for at notere det, de finder bekymrende og påfaldende uden at være bundet af et diagnostisk kriterium. Sundhedsplejersken er uddannet til og trænet i at observere mor og barn, og vi kan se af rapporten, at det sundhedsplejersken observerer, er vigtigt: det er prædiktivt for en bekymrende udvikling i barnets signaler og forældre-barn-tilknytning.

Der er flere metodiske vanskeligheder ved at monitorere spædbørns sundhed, trivsel og udvikling som det gøres i Databasen Børns Sundhed, både med hensyn til systematik og datafangst. I databasen anvender kommunerne standardiserede journaler og ensrettede tilbud, hvilket tilstræber en systematisk monitorering.

Mange kliniske databaser lider under en høj forekomst af manglende data, idet journaldata fremkommer som en del af den daglige kliniske praksis, hvor kontakten med patienten/borgeren er i højsædet, og den systematiske registrering af data kan blive nedprioriteret i forhold til løsning af akutte og påtrængende problemer. I figur 2.a ses, at en stor del af de manglende oplysninger i Databasen Børns Sundhed skyldes, at der ikke ser ud til at have været gennemført det specifikke besøg, hvor oplysningen stammer fra. Andelen af manglende oplysningerne vedrørende sociodemografiske faktorer, såsom forældres erhvervsstatus, er dog også høj, og kan ikke forklares ud fra manglende besøg. I forhold til de tidligere rapporter ser andelen af manglende oplysninger ud til at være faldet en smule, hvilket kan tænkes at hænge sammen med et øget fokus på problematikken. Yderligere fokus og nedbringelse af andelen af manglende oplysninger har dog afgørende betydning for de resultater, der formidles fra Databasen Børns Sundhed.

Repræsentativitet

Databasen Børns Sundhed rummer data fra et bredt udsnit af spædbørn født i Danmark. Data er ikke landsdækkende og dermed ikke repræsentativt for landet som helhed, men de deltagende kommuner

repræsenterer en betydelig spredning i socioøkonomiske forhold. Dette gør databasen meget anvendelig til en lang række videnskabelige og administrative analyser.

Bias

Det er en styrke, at databasen omfatter næsten alle børn født i de deltagende kommuner i 2010. Til gengæld er omfanget af manglende oplysninger betydeligt for nogle af de anvendte variable, hvilket kan medføre bias, både i rapporteringen af forekomst og statistiske sammenhænge. Det er vores vurdering, at rapporten giver en lille undervurdering af forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand, men at de fundne statistiske sammenhænge ikke er præget af større bias.

4.3. Implikationer

Implikationer for praksis

Den markante sammenhæng mellem mors psykiske tilstand og senere bemærkninger til henholdsvis forældre-barn kontakt og samspil samt barnets signaler og reaktioner viser vigtigheden af at være opmærksom på mødrenes psykiske tilstand, og vigtigheden af at gøre en indsats for disse familier. Den seneste forskning på feltet viser, at de forhold vi undersøger her: mors psykiske tilstand og problemer med forældre-barn relationen, er stærkt prædiktivt for psykiske problemer i indskolingsalderen (Elberling 2012). Dette understreger, hvor vigtigt det er at fastlægge kriterier for identificering af de mest sårbare familier og udforske effekt af intervention, der er iværksat tidligt i barnets første leveår. Rapporten understreger sundhedsplejerskernes nøgleposition i forhold til at identificere vigtige risikofaktorer for psykiske vanskeligheder hos små børn og antyder, hvordan forebyggelse kan integreres i den primære sundhedspleje i kommunerne.

Alle de deltagende kommuner har en række forskellige tilbud og indsatser for familier, hvor sundhedsplejerskerne har registreret tegn på psykiske problemer hos moderen. Tilbuddene er imidlertid forskellige, og det er vores håb, at rapporten giver anledning til, at kommunerne drøfter disse forskelle, vurderer effekten af deres indsats, og lærer af hinanden med henblik på udvikling af dette vigtige forebyggelsesområde.

Det er væsentligt at klargøre, hvad sundhedsplejerskerne observerer og skriver bemærkninger om i forhold til morens psykiske tilstand. Størstedelen af bemærkninger til mødrenes psykiske tilstand falder i kategorien *Andet*, hvilket gør det svært at udrede præcis, hvad en bemærkning dækker over. Som tidligere omtalt har sundhedsplejerskerne dog mulighed for at uddybe, hvad bemærkningen er forbundet med, og det er derfor muligt, eksempelvis på kommunalt plan, at få overblik over disse bemærkninger.

Der er ganske store forskelle fra kommune til kommune med hensyn til sundhedsplejerskernes bemærkninger til mors psykiske tilstand, og registrering af senere problemer hos barnet. En stor del af disse forskelle skyldes formentlig ulige forekomst af familier med svage ressourcer. Men noget af forskellen kan også skyldes forskelle i sundhedsplejerskernes registreringspraksis. En høj forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand, eller en høj forekomst af bemærkninger til barnets udvikling, kan måske skyldes en særlig interesse eller ekspertise hos sundhedsplejerskerne i den pågældende kommune. Der er vores håb,

at kommunerne vil benytte disse resultater til en fortsat kvalitetsudvikling af sundhedsplejen, eksempelvis startende med en drøftelse blandt sundhedsplejerskerne om, hvad man skal være opmærksom på med hensyn til mødres psykiske problemer.

Rapporten viser også en høj forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand i de familier, der ifølge journalen ikke har haft besøg af sundhedsplejersken i barnets første levemåned (15,8 %). Dette rejser mistanke om, at der er familier, der har behov for ekstra sundhedspleje, men som på den ene eller anden måde glider uden om den sædvanlige besøgsrutine. Hvis det er tilfældet, er det et oplagt område for kvalitetsudvikling, eksempelvis gennem et styrket samarbejde mellem forskellige kommuner. En del af de børn, der ikke er registreret med besøg i den første levemåned i databasen skyldes dog børn, der flytter til en databasekommune fra en kommune uden for databasesamarbejdet. Dette indikeres også ved, at der er flere børn i databasen født i 2010 end der er nul til etårige børn i de deltagende kommuner ifølge Danmarks Statistik.

Rapporten viser også en særligt høj forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand i de familier, der har haft mange sundhedsplejerskebesøg i barnets levemåned. Dette tyder på, at sundhedsplejerskerne er særligt opmærksomme på behovsfamilierne, det vil sige at princippet om behovssundhedspleje fungerer godt.

Implikationer for forskning

En fremtidig forskningsopgave kan være at undersøge, hvorvidt de fundne sammenhænge mellem mors psykiske tilstand og barnets udvikling også er gældende, hvis der inddrages symptomer på fødselsdepression målt med det internationalt anerkendte screeningsinstrument Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) som prædiktør for konsekvenser for barnets udvikling i første leveår. Størstedelen af kommunerne i Databasen Børns Sundhed screener mødrene med EPDS ved B-besøget, der aflægges, når barnet er to til tre måneder gammelt, og man kunne benytte kommunernes screeningsresultater i en sådan analyse. Desuden kunne det være interessant at undersøge, hvorvidt sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand i det første leveår viser sammenhæng med barnets helbred og udvikling på længere sigt både med hensyn til deres psykiske trivsel, andre helbredsproblemer og skoleforløb. En sådan forskning er allerede påbegyndt, eksempelvis gennem Elberlings påvisning af, at mors psykiske tilstand i det første leveår er stærkt prædiktivt for psykiske vanskeligheder hos barnet ved indskolingen. Databasen giver gode muligheder for forskning af denne art, fordi den udover spædbørnsdata også inkluderer informationer fra sundhedsplejerskernes undersøgelser af børnene ved indskolingen. Et oplagt tema for yderligere forskning er nye studier af sammenhængen mellem mors psykiske tilstand i det første leveår og andre aspekter af barnets udvikling. Dette kunne udgøre temaet i en fremtidig indskolingsrapport.

Det vil desuden være vigtigt at udrede den indsats, som sundhedsplejerskerne og andre fagpersoner yder for de kvinder, der har psykiske vanskeligheder. En sådan udredning kan være et vigtigt skridt mod tilrettelæggelse af effektive forebyggende foranstaltninger.

Det vil have stor betydning, både for den praktiske og forskningsmæssige anvendelse af data, at omfanget af manglende oplysninger bliver kraftigt reduceret. Styregruppen for Databasen Børns Sundhed har allerede taget flere initiativer på dette område: Styregruppen har givet en grundig redegørelse for problemet med manglende data i årsrapporten for 2007, en indsats, som forventes at have effekt i de

kommende år. For det andet har Styregruppen besluttet at revidere og forenkle journalen og den medfølgende manual, hvilket vil kunne mindske de nævnte problemer med manglende data.

Et af målene med Databasen Børns Sundhed er at skabe basis for videnskabelige projekter. Der er på nuværende tidspunkt et +nystartet forskningsprojekt, som baseres på Databasen Børns Sundhed, og flere nye forskningsprojekter er undervejs. Vi håber at kunne bidrage til, at data på denne måde benyttes til at gøre os klogere på børns sundhed og sundhedsplejens funktion.

Hvad kan denne rapport bruges til?

Det er vigtigt at få nye tal om mors psykiske tilstand i familier, der lige har fået barn. Disse tal beskriver behovet for en ekstraordinær indsats. Når ikke mindre end 12,6 % af mødrene har bemærkninger til deres psykiske tilstand, når barnet er mellem fire og seks måneder gammelt, så er behovet stort.

For nogen kan det være trivielt og gammel viden, at behovet for ekstraordinær indsats er størst i ressourcetsvage familier. Men det er vigtigt at se tallene, fordi de kan hjælpe med at skabe en hensigtsmæssig normering af sundhedsplejersker og andre forebyggende ordninger.

Det er vigtigt at få øje på forskellene mellem kommunerne, eksempelvis forskelle i forekomsten af sundhedsplejerskens bemærkninger til mors psykiske tilstand, tilbud til mødre og forekomsten af efterfølgende problemer med barnets udvikling. Forskellene kan være reelle, blandt andet fordi der er stor variation i omfanget af ressourcetsvage familier fra kommune til kommune. Forskellene kan også afspejle forskellig praksis eller vurdering hos sundhedsplejerskerne. Faglige drøftelser af sådanne forskelle vil med stor sandsynlighed medføre en kvalitetsudvikling af sundhedsplejen.

Rapporten viser, at alle de deltagende kommuner gør en betydelig indsats for at opspore og støtte mødre med psykiske vanskeligheder. Hvis kommunerne beslutter sig for en yderligere indsats og kvalitetsudvikling, så kan dette altså finde sted i allerede gødet jord, det vil sige at der er fagpersoner med viden og engagement på dette område.

Et af de centrale fund i analyserne er, at sundhedsplejerskens bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders besøget er stærkt prædiktivt for problemer med barnets udvikling ved otte til ti måneders besøget. Dette fund skal tages alvorligt, især set i sammenhæng med de nye forskningsresultater om, at sådanne problemer med barnets udvikling er prædiktivt for psykiske vanskeligheder hos barnet ved skolestart. Disse fund lægger grunden til udvikling af en styrket forebyggende indsats.

5. Referencer

- Beck CT.: The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs*, 1998; 12: 12-20
- Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstet Gynecol*, 2004; 103: 698-709
- Bertelsen, A: WHO ICD-10 - psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser - Klassifikation og Diagnostiske kriterier, København: Munksgaard Danmark, 2006
- Brand SR, Brennan PA.: Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? *Clin Obstet Gynecol*, 2009; 52: 441-55
- Brixval CS, Svendsen M, Holstein, BE. Årsberetning Databasen Børns Sundhed – børn født i 2010. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2012
- Brixval CS, Svendsen, M, Holstein BE. Årsrapport for børn indskolet i skoleårene 2009/10 og 2010/11 fra Databasen Børns Sundhed: Motoriske vanskeligheder. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2011.
- Christensen AM, Brixval CS, Svendsen M, Laursen B, Holstein BE. Årsrapport for børn født i 2008 og 2009 fra Databasen Børns Sundhed: Amning i 14 kommuner. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2011.
- Dennis CL, McQueen K.: Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatr*, 2007; 96: 590-4
- Elberling H. Prevalence and predictors of mental health problems and disorders in a general population of 5-7-year-old children (PhD thesis). Copenhagen: University of Copenhagen 2012.
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, 2005; 106: 1071-83
- Grace SL, Evindar A, Stewart DE.: The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health*, 2003; 6: 263-74.
- Gullestrup & Terp IM: Fødselsdepression, København: Psykiatrifondens Forlag, 2008
- Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R.: Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*, 2003; 30: 175-80
- Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK, Angst J. The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders - a life-long perspective. *Acta Psychiatr Scand*, 2004; 109: 339-44
- Martins C, Gaffan EA.: Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry*, 2000; 41: 737-46

Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ. Postpartum depression: Identification of women at risk. *Br J Obstet Gynaecol*; 2000; 107: 1210-17

Poulsen HD, Munk-Jørgensen P, Bolwig TG. *Psykiatri – en grundbog*. København: Munksgaard, 2004.

Reck C, Hunt A, Fuchs T, Weiss R, Noon A, Moehler E, Downing G, Tronick EZ, Mundt C: Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology*; 2004; 37: 272-80

Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J.: Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord*, 2002; 70: 291-306.

Righetti-Veltema M, Bousquet A, Manzano J.: Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2003; 12: 75-83

Skovgaard AM: Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood – An epidemiological study (doctoral thesis). København: Københavns Universitet, 2010.

Sundhedsstyrelsen: Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, 2007 (http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/SST_Dep.rapport.pdf)

Wisner KL, Parry BL, Piontek CM: Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*, 2002; 347: 194-9