



# Mental sundhed i den første del af graviditeten

Temarapport  
Sundhedsprofil for gravide i Danmark

Titel: Mental sundhed i den første del af graviditeten. Temarapport. Sundhedsprofil for gravide i Danmark.

Copyright: © 2025 Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden. Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.  
ISBN elektronisk udgave: 978-87-93775-38-1.

Forfattere: Lotte Broberg, Marie Holm Eliassen, Mette Kabell Hansen, Cecilie Goltermann Toxværd, Marie Stjerne Grønkjær, Tina Harmer Lassen, Mette Rasmussen, Anne Illemann Christensen, Heidi AR Jensen, Trine Pagh Pedersen, Michaela Schiøtz, Christina Bjørk Petersen, Peter Elsborg.

Forsidefoto: Unsplash

Publikationen citeres således: Broberg L; Eliassen MH; Hansen MK; Toxværd CG; Grønkjær MS; Lassen TH; Rasmussen M; Christensen AI; Jensen HAR; Pedersen TP; Schiøtz M; Petersen CB; Elsborg P. Mental sundhed i den første del af graviditeten. Temarapport. Sundhedsprofil for gravide i Danmark. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden.

# Forord

Denne temarapport omhandler mental sundhed blandt gravide på tværs af tre regioner i Danmark. Graviditeten er en vigtig periode for både mor og barn, med betydning for helbred og trivsel på kort og lang sigt. Den gravides mentale sundhed kan have stor indflydelse på både graviditetsforløbet og barnets udvikling og sundhed.

I rapporten afdækkes forekomsten af meget lav, lav samt moderat til høj trivsel og symptomer på depression blandt gravide som indikatorer for gravides mentale sundhed. Derudover belyses sammenhængen mellem trivsel samt symptomer på depression og helbred, psykosociale faktorer, sundhedsadfærd, bekymringer og udvalgte graviditets- og fødselskomplikationer.

Rapporten er udarbejdet i forbindelse med udgivelsen af rapporten *Sundhedsprofil for gravide i Danmark. En pilotundersøgelse*, og bygger på patientrapporterede data indsamlet

gennem et spørgeskema målrettet gravide. De gravides besvarelser indgår som en del af grundlaget for dialogen ved den første jordemoderkonsultation. Bag rapporten står Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden, i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Rapportens primære målgruppe er sundhedsprofessionelle – herunder jordemødre, læger, sygeplejersker og sundhedsplejersker – samt beslutningstagere inden for svangreomsorgen. Vi håber, at rapporten kan bidrage til arbejdet med at fremme gravides mentale sundhed.

En stor tak rettes til de eksperter og samarbejdspartnere, der har gjort denne rapport mulig. Endelig en stor tak til Center for Sundt Liv og Trivsel, der har finansieret projektet (bevillingsnummer: 2023\_I\_0001

## Projektgruppe

---

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden, og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, står bag udarbejdelsen af denne temarapport. Holdet bag temarapporten består af forsker Lotte Broberg (LB), forsker Marie Holm Eliassen (MHE), ph.d.-studerende Mette Kabell Hansen (MKH), videnskabelig medarbejder Cecilie Goltermann Toxværd (CGT), forsker Marie Stjerne Grønkjær (MSG), seniorrådgiver Tina Harmer Lassen (THL), seniorforsker Mette Rasmussen (MR), forskningschef Anne Illemann Christensen (AIC), postdoc Heidi AR Jensen (HAR), seniorforsker Trine Pagh Pedersen (TPP), sektionschef Michaela Schiøtz

(MS), sektionschef Christina Bjørk Petersen (CBP) og forsker Peter Elsborg (PE). LB og MKH har udarbejdet analysestrategien med feedback fra PE, MHE, CBP, THL, MR og MS samt skrevet baggrundsafsnit, diskussion og perspektivering med feedback fra hele forfattergruppen. MR har oparbejdet og forberedt datasættet til brug for analyserne. MHE og LB har skrevet metodeafsnittet med feedback fra hele forfattergruppen. MHE og PE har været ansvarlige for datamanagement og udført analyserne. LB, MHE og PE har skrevet resultatafsnittet med feedback fra MKH og MS. Alle medforfattere har kommenteret rapporten og godkendt den endelige rapport.

# Indholdsfortegnelse

|                                                                                                                                        |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Sammenfatning .....</b>                                                                                                             | <b>5</b>  |
| <b>1 Baggrund .....</b>                                                                                                                | <b>7</b>  |
| 1.1 Formål .....                                                                                                                       | 8         |
| <b>2 Materiale og metode .....</b>                                                                                                     | <b>9</b>  |
| 2.1 Materiale .....                                                                                                                    | 9         |
| 2.2 Metode .....                                                                                                                       | 11        |
| <b>3 Resultater .....</b>                                                                                                              | <b>16</b> |
| 3.1 Trivsel blandt gravide .....                                                                                                       | 16        |
| 3.1.1 Helbred, psykosociale faktorer og sundhedsadfærd blandt gravide med meget lav, lav og moderat til høj trivsel .....              | 18        |
| 3.1.2 Bekymringer blandt gravide med meget lav, lav og moderat til høj trivsel .....                                                   | 20        |
| 3.1.3 Graviditets- og fødselsudfald blandt gravide med meget lav, lav og moderat til høj trivsel .....                                 | 22        |
| 3.2 Symptomer på depression blandt gravide med meget lav eller lav trivsel .....                                                       | 23        |
| 3.2.1 Helbred, psykosociale faktorer og sundhedsadfærd blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og symptomer på depression ..... | 25        |
| 3.2.2 Bekymringer blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og symptomer på depression .....                                      | 27        |
| 3.2.3 Graviditets- og fødselsudfald blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og symptomer på depression .....                    | 29        |
| <b>4 Diskussion og perspektivering .....</b>                                                                                           | <b>30</b> |

# Sammenfatning

## Baggrund, formål, materiale og metode

---

Kvinders mentale sundhed under graviditeten har stor betydning for både graviditetsforløbet samt morens og barnets sundhed på kort og lang sigt. **Formålet** med denne rapport er at belyse forekomsten af meget lav, lav samt moderat til høj trivsel og symptomer på depression blandt gravide som indikatorer på mental sundhed. Derudover belyses sammenhænge mellem trivsel og symptomer på depression og hhv. helbred, psykosociale faktorer, sundhedsadfærd, bekymringer samt udvalgte graviditets- og fødselsudfald. Undersøgelsen er baseret på data fra seks fødesteder på tværs af Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark: Hvidovre Hospital, Rigshospitalet, Slagelse Sygehus,

Odense Universitetshospital (Odense/Svendborg), Sygehus Lillebælt og Esbjerg Sygehus. Grundlaget for rapporten er data fra et spørgeskema, som gravide udfylder inden deres første jordemoderkonsultation (PRO-spørgeskema). Spørgsmålene omhandler blandt andet livsstil, social støtte, trivsel og symptomer på depression. Til at måle de gravides trivsel anvendes The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5), mens Major Depression Inventory-2 (MDI-2) anvendes til at afdække symptomer på depression. Derudover inddrages nationale registerdata på individniveau om udvalgte graviditets- og fødselsudfald. Der indgår i alt 34.886 besvarelser fra gravide.

## Resultater samt perspektivering

---

### Hver fjerde gravide oplever lav eller meget trivsel

15,7 % af de gravide har en WHO-5-score mellem 36 og 50, defineret som lav trivsel, mens 7,7 % har en score under 36, hvilket i denne rapport defineres som meget lav trivsel. Af de gravide med meget lav eller lav trivsel udviser 28,1 % symptomer på depression, hvilket i denne rapport defineres som en MDI-2-score  $\geq 4$ . Det svarer til 7 % af den samlede population.

### Forskelle på tværs af fødesteder

Generelt er der ikke store forskelle mellem fødestederne i forhold til trivsel. Esbjerg Sygehus har den største andel af gravide, der har meget lav (9,5 %) og lav trivsel (16,7 %). Rigshospitalet har den mindste andel, der har

meget lav trivsel (6,3 %), og Hvidovre Hospital har den mindste andel, der har lav trivsel (14,2 %). Hvidovre Hospital har samtidig den største andel af gravide med moderat til høj trivsel (78,2 %). I forhold til symptomer på depression, er der ingen signifikant forskel på tværs af de seks fødesteder.

### Lav trivsel og symptomer på depression er forbundet med højere forekomst af dårligt selvvurderet helbred samt kvalme

Gravide med meget lav eller lav trivsel har højere forekomst af dårligere selvvurderet helbred og psykosocial belastning sammenlignet med gravide, der har moderat til høj trivsel. Især ses høje odds ratio (OR) for dårligt selvvurderet helbred (OR = 16,14) og at være me-

get generet af træthed (OR = 6,76) blandt gravide med meget lav trivsel sammenlignet med gravide med moderat til høj trivsel.

Gravide med meget lav eller lav trivsel og symptomer på depression har dårligere selv-vurderet helbred (OR = 2,23) og er i højere grad generet af kvalme (OR = 1,80) sammenlignet med gravide med meget lav eller lav trivsel uden symptomer på depression.

### **Lav trivsel og symptomer på depression er forbundet med sundhedsadfærd**

Gravide med lav og meget lav trivsel har et større forbrug af nikotinprodukter under graviditeten, dyrker mindre motion og tager i mindre omfang de anbefalede kosttilskud end gravide med moderat til høj trivsel. Ligeledes dyrker gravide med meget lav eller lav trivsel og symptomer på depression motion i mindre grad og tager i mindre omfang de anbefalede kosttilskud end gravide med meget lav eller lav trivsel uden symptomer på depression.

### **Lav trivsel og symptomer på depression er forbundet med øget grad af bekymringer**

Gravide med meget lav trivsel adskiller sig især fra gravide med moderat til høj trivsel ved følgende bekymringer: bekymring for eget helbred (OR = 10,62), muligheden for at passe arbejde eller uddannelse (OR = 9,20), forholdet til partneren (OR = 6,96) og bekymringen for at skulle tage vare på (passe) barnet (OR = 6,02). Gravide med lav trivsel adskiller sig især sig fra gravide med moderat til høj trivsel ved følgende bekymringer: muligheden for at passe arbejde eller uddannelse (OR = 3,81), eget helbred (OR = 3,80), forholdet til partneren (OR = 3,74) og forholdet til familie og venner (OR = 3,46).

Gravide med meget lav eller lav trivsel og symptomer på depression adskiller sig især fra gravide med meget lav eller lav trivsel uden symptomer på depression ved følgende bekymringer: bekymring for eget helbred (OR

= 2,46), muligheden for at passe arbejde eller uddannelse (OR = 2,26), forholdet til partneren (OR = 1,99), at skulle tage vare på barnet (OR = 1,95) og bekymring for barselsorlov (OR = 1,75). Andre bekymringer, herunder selve fødslen (OR = 1,42) og risiko for spontan abort (OR = 1,22), viser mindre, men stadig statistisk signifikante forskelle.

### **Gravide med meget lav trivsel har øget risiko for komplikationer**

Der er signifikant højere OR for svangerskabsforgiftning (OR = 1,23), for tidlig fødsel (OR = 1,27) og kejsersnit (OR = 1,07) blandt gravide med meget lav trivsel sammenlignet med gravide med moderat til høj trivsel, mens der ikke er statistisk signifikant sammenhæng mellem trivsel og graviditetsbetinget diabetes.

Gravide med symptomer på depression har højere OR for svangerskabsforgiftning (OR = 1,29) sammenlignet med gravide uden symptomer på depression.

### **Perspektivering**

En systematisk dataindsamling, herunder anvendelse af patientrapporterede oplysninger, og monitorering af gravides trivsel kan bidrage til at synliggøre uligheder i subpopulationer og forskelle mellem regioner og fødesteder. Det kan være et godt fundament for målrettede indsatser og evaluering af effekten af tiltag.

Der er allerede flere vigtige initiativer i gang – både udviklings- og forskningsprojekter – og der bør fremadrettet bygges videre på både international og national viden på området. Fra et samfundsøkonomisk perspektiv rummer tidlig opsporing og støtte et stort potentiale. Investering i mental sundhed under graviditeten kan ikke alene forbedre livskvaliteten for den enkelte kvinde, men også reducere behovet for senere behandling og støtte, styrke forældre-barn-relationen og på lang sigt bidrage til bedre sundhed og trivsel i næste generation.

# 1 Baggrund

At gennemgå en graviditet og mentalt forbedre sig på at blive forælder kan være en krævende proces, og mange kvinder oplever, at deres mentale sundhed påvirkes i denne periode (1).

Forekomsten af svær depression under graviditeten og op til tre måneder efter fødslen er i systematiske litteraturgennemgange angivet til 12-19 % (2,3), mens ca. 15 % af gravide har en klinisk diagnosticeret angstlidelse (4). Et dansk studie baseret på selvrapporterede data fra 2012-2021 viser desuden, at omkring 20 % af gravide har nedsat trivsel, defineret som en WHO-5-score  $\leq 50$  (5). En metasynthese finder, at frygt for stigmatisering samt manglende viden om betydningen af og mulighederne for støtte og behandling kan føre til underrapportering af psykisk belastning (6).

Nedsat mental sundhed kan opstå hos alle gravide, men nogle kvinder er i særlig risiko. Studier viser, at tidligere psykisk sygdom kan øge risikoen for tilbagefald eller udvikling af angst og depression under graviditeten (7). Betydelige livsbelastninger før og under graviditeten kan ligeledes øge risikoen for angst og depression (7,8), herunder negative barnomsoplevelser, overgreb, vold og partnerkonflikter (7,9). Sociale og økonomiske faktorer spiller også en rolle: Gravide med kort uddannelse og lav indkomst (10), begrænset socialt netværk eller ikke-vestlig oprindelse har en øget risiko for lav trivsel (11). Fokus på mental sundhed under graviditeten kan derfor være en mulighed for at reducere social ulighed i sundhed. Yderligere risikofaktorer for nedsat mental sundhed omfatter rygning (12), manglende motion før graviditeten (5), alder  $\leq 25$  år (5,7), at være førstegangsfødende (5) samt uplanlagt eller uønsket graviditet (13). En finsk undersøgelse viser, at 53 % af kvinder med svær depression under graviditeten, ikke tidligere har haft depression (12). En dansk registerundersøgelse finder desuden, at forekomsten af ambulant psyki-

atrisk behandling, både nyopstartet og gentagne forløb, er øget både under graviditeten og i tiden efter fødslen sammenlignet med før graviditeten (14).

Kvindens mentale sundhed før og under graviditeten kan påvirke både graviditetens forløb samt morens og barnets sundhed, også set i et livsforløbsperspektiv (15–17). Hvis angst og depression ikke opdages, og støtte ikke etableres, kan det føre til øget risiko for komplikationer som svangerskabsforgiftning (18) og for tidlig fødsel, hvor sidstnævnte er blandt de væsentligste årsager til sygdom hos barnet (19,20). For barnet er nedsat mental sundhed hos den gravide forbundet med en øget risiko for sociale og følelsesmæssige problemer, kognitive vanskeligheder, sproglige forsinkelser og motoriske udfordringer (17,20–24). Moren har samtidig øget risiko for langvarig nedsat mental sundhed (15). Nedsat mental sundhed blandt gravide udgør således en betydelig sundhedsudfordring, både for den enkelte og for samfundet som helhed, blandt andet gennem øgede sundhedsudgifter (25,26). Forebyggelse, tidlig opsporing, rettidig behandling er derfor afgørende for at forbedre gravides mentale sundhed og forebygge alvorlige følgevirkninger, samt reducere ulighed i sundhed (27,28).

Gravide i særlig risiko for nedsat mental sundhed bør identificeres tidligt, så nødvendig støtte kan iværksættes så tidligt som muligt i barnets liv og udvikling (28). Sundhedsstyrelsen beskriver, at en stigende andel af gravide i Danmark befinder sig i en sårbar position, hvilket øger behovet for særlige forløb for denne gruppe. Imidlertid uddybes det ikke, hvor stor en andel af de gravide der skønnes at have nedsat mental sundhed (29). For at muliggøre relevant opsporing og differentierede indsatser er der derfor fortsat behov for systematisk indsamlede data og monitorering af gravides mentale sundhed og behov (26,30).

## 1.1 Formål

---

Formålet med denne rapport er at belyse gravides mentale sundhed i en dansk kontekst for at styrke grundlaget for tidlig opsporing og differentieret svangreomsorg. I rapporten afdekkes forekomsten af meget lav, lav og moderat til høj trivsel samt symptomer på depression som indikatorer på mental sundhed

blandt gravide på tværs af tre regioner i Danmark. Derudover belyses sammenhængen mellem trivsel samt symptomer på depression og hhv. helbred, psykosociale faktorer, sundhedsadfærd, bekymringer og udvalgte graviditets- og fødselsudfald.

## 2 Materiale og metode

I dette afsnit beskrives kort det materiale og de metoder, der danner grundlaget for denne temarapport. Rapporten er udarbejdet i forbindelse med udgivelsen af *Sundhedsprofil for gravide i Danmark. En pilotundersøgelse*,

hvor materiale og metode er beskrevet mere indgående, herunder datamaterialet, studiepopulationen, databearbejdning, dækningsgrad, svarprocenter og repræsentativitet (31).

### 2.1 Materiale

---

Rapporten er baseret på data fra et spørgeskema målrettet gravide forud for deres første jordemoderkonsultation (PRO-spørgeskema)

(32), samt data på individniveau fra nationale registre.

#### 2.1.1 PRO-spørgeskemaet "Første Jordemoderkonsultation"

---

PRO-spørgeskemaet (PRO: "patientrapporterede oplysninger") til gravide er målrettet besvarelse i graviditetsuge 7-9 forud for første jordemoderkonsultation (33). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at den første jordemoderkonsultation ligger mellem graviditetsuge 10-15 (27). Det primære formål med spørgeskemaet er at fungere som redskab til dialog- og visitationsstøtte samt individuel planlægning af den gravides forløb, og det indgår i den gravides patientjournal. Derudover kan spørgeskemaet anvendes til forskning samt kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. I skemaet spørges der bl.a. ind til den gravides selvvalgte helbred, livsstil, sundhedsadfærd, bekymringer, social støtte, trivsel og symptomer på depression.

Der indgår i denne rapport PRO-spørgeskema data fra seks fødesteder i Region Hovedstaden (Hvidovre Hospital og Rigshospitalet), Region Sjælland (Slagelse Sygehus) og Region Syddanmark (Odense Universitetshospital (Odense og Svendborg), Sygehus Lillebælt, Esbjerg Sygehus). Samlet set dækker disse seks fødesteder omkring 40 % af alle fødsler i Danmark. Sundhedsdatastyrelsen anbefaler, at PRO-spørgeskemaet implementeres på alle fødesteder. Sygehus Sønderjylland, Aabenraa, anvender også et PRO-spørgeskema, der dog kun i begrænset omfang omfatter spørgsmål identiske med dem i PRO-skemaet på de øvrige fødesteder. Data fra Sygehus Sønderjylland indgår derfor ikke i denne rapport.

#### 2.1.2 Registerdata

---

Data fra PRO-spørgeskemaet er i denne rapport suppleret med registerdata fra Danmarks Statistik om den gravides alder, etniske baggrund og uddannelsesniveau ved tidspunktet for udfyldelse af PRO-spørgeskemaet. Ud-

dannelsesniveau er defineret som den gravides højeste fuldførte uddannelse i kategorierne 'grundskole', 'gymnasial', 'erhvervsfaglig', 'kort eller mellemlang videregående uddannelse' og 'lang videregående uddannelse'. Etnisk baggrund er defineret ud fra eget og forældres

fødeland og statsborgerskab og kategoriseret som 'dansk baggrund', 'indvandrerbaggrund' og 'efterkommerbaggrund' (34). Der indgår derudover data fra Medicinsk Fødselsregister

(MFR), hvor der benyttes oplysninger om morens alder, gestationsalder ved fødsel, paritet, graviditetsudfald (svangerskabsforgiftning og graviditetsbetinget diabetes) og fødselsmåde (kejsersnit).

### 2.1.3 Studiepopulation

---

Rapportens resultater er baseret på data fra gravide, der har besvaret PRO-spørgeskemaet i perioden fra implementeringstidspunktet på de enkelte fødesteder (tidligst 1. januar 2021) og frem til 19. juni 2023. Der indgår i alt 34.886 besvarelser fra 33.626 gravide, som helt eller delvist har udfyldt PRO-spørgeskemaet. Af disse indgår 1.244 kvinder, der har haft flere graviditeter i perioden og derfor indgår med flere besvarelser af PRO-spørgeskemaet – én for hver graviditet. Den mediane gestationsalder ved udfyldelsen var graviditetsuge 11+0 (77 dage). En fjerdedel af besvarelserne blev udfyldt senest i graviditetsuge 9+5 (25-percentilen), mens tre fjerdedele blev udfyldt inden graviditetsuge 12+5 (75-percentilen).

I opgørelser af graviditetsudfald og fødselsmåde indgår kun oplysninger fra de gravide, der er registreret i Medicinsk Fødselsregister (MFR), dvs. hvor graviditeten er båret til minimum uge 22+0 (eller hvor barnet viser livstegn), og hvor fødslen ikke er foregået i udlandet (N=33.378 besvarelser).

Datasættet inkluderer også besvarelser af PRO-spørgeskemaer fra gravide fra 2021. I starten af 2021 var der, som følge af COVID-19-pandemien, omfattende nedlukninger og restriktioner i samfundet, herunder forsamlingsbegrænsninger (12). Forskning tyder dog på, at de forhold ikke har haft betydning for de gravides trivsel målt ved WHO-5 i den første

del af pandemien (35). Størstedelen af data er endvidere fra 2022 og 2023, hvor de fleste restriktioner relateret til COVID-19-pandemien var ophævet igen.

Størstedelen af studiepopulationen er i alderen 25-29 år (35,6 %) og 30-34 år (37,8 %). Derudover er 8,0 % 24 år eller yngre, mens 3,4 % er 40 år eller derover. Når det gælder uddannelsesniveau, har størstedelen af de gravide en kort eller mellemlang videregående uddannelse (36,8 %) eller en lang videregående uddannelse (36,3 %), mens 5,8 % har grundskole som højeste fuldførte eller igangværende uddannelse. Hovedparten var i beskæftigelse året inden graviditeten (74,4 %), mens 13,5 % var under uddannelse, og 11,2 % stod uden for arbejdsmarkedet. I alt bor 85,9 % af de gravide sammen med en partner/ægtefælle, mens 13,9 % er enlige. Endelig har 83,0 % dansk baggrund, 3,9 % efterkommerbaggrund og 13,1 % indvandrerbaggrund. Yderligere beskrivelser af studiepopulationen kan findes i *Sundhedsprofil for gravide i Danmark. En pilotundersøgelse* (31).

## 2.2 Metode

---

I rapporten belyses dårligt selv vurderet helbred, meget generet af træthed, generet af kvalme, psykosociale faktorer, sundhedsadfærd samt bekymringer blandt gravide i forhold til trivsel og symptomer på depression.

De enkelte indikatorer beskrives kort nedenfor og yderligere beskrivelser kan findes i *Sund-*

*hedsprofil for gravide i Danmark. En pilotundersøgelse* (31). Derudover belyses sammenhængen mellem trivsel samt symptomer på depression og udvalgte graviditets- og fødselsudfald. Til dette benyttes oplysninger i MFR om diagnosekoder, gestationsalder ved fødsel og procedurekoder ved fødsel.

### 2.2.1 Trivsel og symptomer på depression

---

#### **Trivsel: The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5)**

I PRO-spørgeskemaet anvendes *The World Health Organization-Five Well-Being Index* (WHO-5) til at måle de gravides trivsel (36). WHO-5 er en bredt anvendt skala med fem positivt formulerede spørgsmål, som handler om, hvorvidt respondenter inden for de seneste to uger: 1) har været glad og i godt humør, 2) har følt sig rolig og afslappet, 3) har følt sig aktiv og energisk, 4) er vågnet frisk og udhvilet, og 5) har haft en dagligdag fyldt med ting, der interesserer respondenter.

De fem spørgsmål besvares ud fra følgende svarkategorier: 'Hele tiden', 'Det meste af tiden', 'Lidt mere end halvdelen af tiden', 'Lidt mindre end halvdelen af tiden', 'Lidt af tiden' og 'På intet tidspunkt'. På baggrund af besvarelserne beregnes en samlet score, der ligger mellem 0 og 100, hvor en højere score afspejler højere trivsel. En samlet score på 50 eller derunder kan indikere risiko for depression eller stress (36,37).

I PRO-spørgeskemaet angives det, at en score mellem 36 og 50 bør give anledning til, at den gravide bliver spurgt nærmere ind til sin trivsel. Ved en score mellem 0 og 35 anbefales henvisning til egen læge med henblik på udredning for stress eller depression (33). På baggrund af dette inddeles WHO-5-scoren i denne rapport i tre kategorier: 1) Meget lav trivselsscore (score 0–35), der omtales som

"meget lav trivsel", 2) Lav trivselsscore (score 36–50), der omtales som "lav trivsel" og 3) Moderat til høj trivselsscore (score 51–100), der omtales som "moderat til høj trivsel". Denne inddeling findes også i Sundhedsstyrelsens guide til WHO-5 (37). I forskningsstudier anvendes imidlertid ofte en grænseværdi på 50 (nedsat trivsel, og yderligere test for depression er relevant) og 28 (indikerer klinisk depression) (5,36).

#### **Symptomer på depression: Major Depression Inventory-2 (MDI-2)**

Hvis den gravide opnår en samlet WHO-5-score på 50 eller derunder, bliver hun i PRO-spørgeskemaet også spurgt til symptomer på depression målt ved Major Depression Inventory-2 (MDI-2). MDI-2 er en forkortet version af den validerede depressionsskala, Major Depression Inventory (MDI) (32). Den fulde version af MDI bygger på spørgsmål om tre kernesymptomer på depression: sænket stemningsleje, nedsat lyst/interesse og øget træthed/nedsat energi (32). I PRO-spørgeskemaet anvendes de to førstnævnte af de tre kernesymptomer, som belyses gennem følgende spørgsmål: 1) Hvor meget af tiden inden for de sidste to uger har du følt dig trist til mode, ked af det? 2) Hvor meget af tiden inden for de sidste to uger har du manglet interessen for dine daglige gøremål?

De to spørgsmål besvares ud fra følgende svarkategorier: 'Hele tiden', 'Det meste af tiden', 'Lidt over halvdelen af tiden', 'Lidt under halvdelen af tiden', 'Lidt af tiden' og 'På intet tidspunkt'. MDI-2-scoren afgrænses ud fra den højeste værdi på en skala på 0-5 for hver af de to spørgsmål, hvor svarkategorien 'På intet tidspunkt' svarer til en score på 0, og svarkategorien 'Hele tiden' svarer til en score

på 5. Hvis den gravide har svaret 'Hele tiden' eller 'Det meste af tiden' på mindst ét af de to spørgsmål i MDI-2 (svarende til en score på 4 eller 5), indikerer det symptomer på depression (32). I sådanne tilfælde er det i PRO-spørgeskemaet angivet, at den gravide skal henvises til videre udredning af depression, f.eks. hos praktiserede læge (33).

## 2.2.2 Helbred og psykosociale faktorer

---

I PRO-spørgeskemaet svarer den gravide på følgende spørgsmål om helbred og psykosociale faktorer.

**Dårligt selv vurderet helbred** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Mindre godt' eller 'Dårligt' til spørgsmålet: 'Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?'. Øvrige svarmuligheder er 'Fremragende', 'Vældig godt' og 'Godt'.

**Meget generet af træthed** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Ja, meget generet' til spørgsmålet: 'Har du inden for de sidste 14 dage været generet af træthed'. Øvrige svarmuligheder er 'Ja, lidt generet' og 'Nej'.

**Kvalme** er defineret ved, at den gravide har svaret '4-6 timer' eller '> 6 timer' på spørgsmålet: 'Hvor mange timer har du følt dig for kvalmet i løbet af de sidste 24 timer?' Øvrige

svarmuligheder er 'Slet ikke', '≤1 time', '2-3 timer'.

**Kontakt til psykiater** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Ja' til spørgsmålet: 'Har du eller har du tidligere haft kontakt til psykiater?'.

**Kontakt til psykolog** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Ja' til spørgsmålet: 'Har du eller har du tidligere haft kontakt til psykolog, som du synes er relevant for denne graviditet?'.

**Lav grad af social støtte** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Ja, nogle gange' eller 'Nej, aldrig eller næsten aldrig' til spørgsmålet: 'Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?'. Øvrige svarmuligheder er 'Ja, ofte' og 'Ja, for det meste'.

## 2.2.3 Sundhedsadfærd

---

I PRO-spørgeskemaet svarer den gravide på følgende spørgsmål om sundhedsadfærd.

**Rusdrikning i starten af graviditeten** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Ja' til, at hun har drukket 5 genstande eller flere ved en enkelt lejlighed i hele den periode, hun har været gravid – også inden hun vidste, hun var gravid. Den gravide har her også mulighed for at svare "Husker ikke" eller "Ved ikke".

**Ryger ved graviditetens start** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Ja' til spørgsmålet: 'Røg du, da du blev gravid?'.

**Ryger under graviditeten** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Ja' til spørgsmålet: 'Ryger du nu?'.

**Anvendte nikotinprodukter ved graviditetens start** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Ja' til spørgsmålet: 'Anvendte du andre

nikotinprodukter/røgfri tobak, da du blev gravid (f.eks. snus, tyggetobak, vandpibe, nikotintyggegummi eller e-cigarett)?'

**Anvender nikotinprodukter under graviditeten** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Ja' til spørgsmålet: 'Anvender du andre nikotinprodukter/røgfri tobak nu (f.eks. snus, tyggetobak, vandpibe, nikotintyggegummi eller e-cigarett)?'

**Dyrkede motion tre måneder før graviditet** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Ja' til spørgsmålet: 'Dyrkede du motion de sidste tre måneder, inden du blev gravid?'

**Dyrker motion under graviditeten** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Ja' til spørgsmålet: 'Dyrker du motion for tiden?'

**Tager folsyre under graviditeten** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Ja' til, at hun tager folsyre og/eller en graviditetsmultivitaminpille dagligt. Sundhedsstyrelsen anbefaler at gravide tager folsyre indtil 12. graviditetsuge. Analyser af indtag af folsyre er derfor afgrænset til de gravide, der har besvaret PRO-spørgeskemaet inden graviditetsuge 12.

**Tager D-vitamin under graviditeten** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Ja' til, at

hun tager D-vitamin og/eller en graviditetsmultivitaminpille dagligt.

**Tager jerntilskud under graviditeten** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Ja' til, at hun tager minimum 40-50 mg jerntilskud dagligt. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at gravide tager jerntilskud dagligt efter 10. graviditetsuge. Analyser af indtag af jerntilskud er derfor afgrænset til de gravide, der har besvaret PRO-spørgeskemaet i 10. graviditetsuge eller derefter.

**Indtager mælkeprodukter/tager kalktilskud under graviditeten** er defineret ved, at den gravide har svaret 'Ja' til spørgsmålet: 'Drikker du mælk/spiser mælkeprodukter eller tager kalktilskud hver dag?' Da Rigshospitalets spørgsmål ikke inkluderer 'kalktilskud', er data fra Rigshospitalet ikke medtaget i analyserne af indtag af mælkeprodukter/kalktilskud.

Resultaterne angående kosttilskud i denne rapport afspejler ikke, hvorvidt de gravide tager kosttilskud efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Det skyldes dels databegrænsninger, dels gradueringer i anbefalingerne, som der i denne rapport ikke er taget højde for. For uddybelse, se afsnittet "Kost og kosttilskud" i *Sundhedsprofil for gravide i Danmark. En pilotundersøgelse* (31).

## 2.2.4 Bekymringer

**Bekymringer** blandt gravide er i PRO-spørgeskemaet belyst ved en let modificeret version af den validerede skala, Cambridge Worry Scale (CWS) (38). CWS består af 17 udsagn om forskellige typer af bekymringer under graviditeten, som skal vurderes på en skala fra 0 ('Slet ingen bekymring') til 5 ('Bekymring i meget høj grad'). En score på 4 eller 5 for hver af de enkelte 17 udsagn defineres i denne rapport som 'høj grad af bekymring' (38,39). Den gravide er blevet spurgt om, hvor bekymret hun er for tiden om følgende for-

hold: 'Min boligsituation', 'Min økonomi', 'Muligheden for at passe mit arbejde/uddannelse', 'Mit ansættelsesforhold', 'Forholdet til min partner', 'Forhold til familie/venner', 'Helbredet hos en nærtstående', 'Mit eget helbred', 'At der skulle være noget galt med barnet', 'At komme på hospital/sygehus', 'At få foretaget underlivsundersøgelse', 'Risiko for spontan abort', 'Risiko for at fødslen går i gang for tidligt', 'Selve fødslen', 'Om min partner eller anden støtteperson vil være hos mig ved fødslen', 'At skulle tage vare på (passe) barnet' og 'At holde barselsorlov'.

### 2.2.5 Graviditets- og fødselsudfald

---

Oplysningerne om graviditets- og fødselsudfald er hentet fra MFR.

**Svangerskabsforgiftning** er defineret ved, at den gravide er registreret med diagnosekoderne DO11 og DO14-DO15 (inklusive alle underkoder) i MFR fra graviditetsuge 20+0 (gestationsalder  $\geq 140$  dage) til 7 dage efter fødslen. Dvs. at kvinden er registreret med præeklampsi (let til moderat og svær), præeklampsi ved forud bestående kronisk hypertension, præeklampsi uden nærmere specifikation, HELLP-syndrom, fødselskrampe, eklampsi (under fødslen og i barselsperioden) og eklampsi uden nærmere specifikation.

**Graviditetsbetinget diabetes** er defineret ved, at den gravide er registreret med diagnosekoden DO244, inklusive underkoderne DO244B-E i MFR fra 1. graviditetsuge til 7 dage efter fødsel. Dvs. at kvinde er registreret med graviditet, fødsel eller barsel med gestationel diabetes, herunder også graviditet med insulinbehandlet gestationel diabetes.

**For tidlig fødsel** defineres ved, at den gravide har født før graviditetsuge 37, dvs. at gestationsalder ved fødsel er mindre end 259 dage.

**Kejsersnit** defineres ved, at fødslen er registreret med en procedurekode (SKS-kode) for kejsersnit (KMCA\*) i MFR.

### 2.2.6 Statistiske analyser

---

Fordeling af WHO-5-scoren og MDI-2-scoren er vist i figurer. Forekomsterne af meget lav, lav og moderat til høj trivsel samt symptomer på depression fordelt på fødesteder er vist i tabeller, hvor forskel mellem de enkelte fødesteder og den samlede forekomst er testet ved brug af multinomial logistisk regression.

Forekomsten af dårligt selv vurderet helbred, psykosociale faktorer, sundhedsadfærd og bekymringer samt graviditets- og fødselsudfald opdelt på trivsel og symptomer på depression er vist i tabeller. Der er anvendt logistisk regressionsanalyse til at teste for forskelle i forekomsten mellem trivselsgrupperne. Der anvendes et signifikansniveau på 5 %.

For at undersøge, om der er forskelle mellem fødestederne i forhold til trivsel og symptomer på depression, når der tages højde for fordelingen af alder, etnisk baggrund og uddannelsesniveau på de forskellige fødesteder, er odds ratio (OR) estimeret vha. logistiske regressionsanalyser, hvor der justeres for disse

baggrundvariable. I resultaterne vises justeret OR for at have hhv. meget lav og lav trivsel i forhold til moderat til høj trivsel samt symptomer på depression i forhold til ikke symptomer på depression på fødestederne sammenlignet med gennemsnittet i hele populationen.

Der er ligeledes benyttet logistiske regressionsanalyser til at undersøge sammenhængen mellem hhv. trivsel og symptomer på depression og selv vurderet helbred, psykosociale faktorer, sundhedsadfærd, bekymringer samt graviditets- og fødselsudfald. Der tages i analyserne højde for forskelle, hvad angår fordelingen af alder, etnisk baggrund, uddannelsesniveau og fødeafdeling. For graviditets- og fødselsudfald tages derudover også højde for forskelle i paritet. I analyserne estimeres de justerede OR, hvilket angiver odds for at have den pågældende indikator for dårligt helbred, psykosociale faktor, sundhedsadfærd og bekymringer samt graviditets- og fødselsudfald, hvis den gravide har hhv. meget lav og lav

trivsel sammenlignet med moderat til høj trivsel og symptomer på depression sammenlignet med gravide, der ikke har symptomer på depression.

Da gravide med moderat til høj trivsel ikke er blevet spurgt til depressive symptomer, er alle analyser af symptomer på depression kun baseret på gravide med meget lav til lav trivsel.

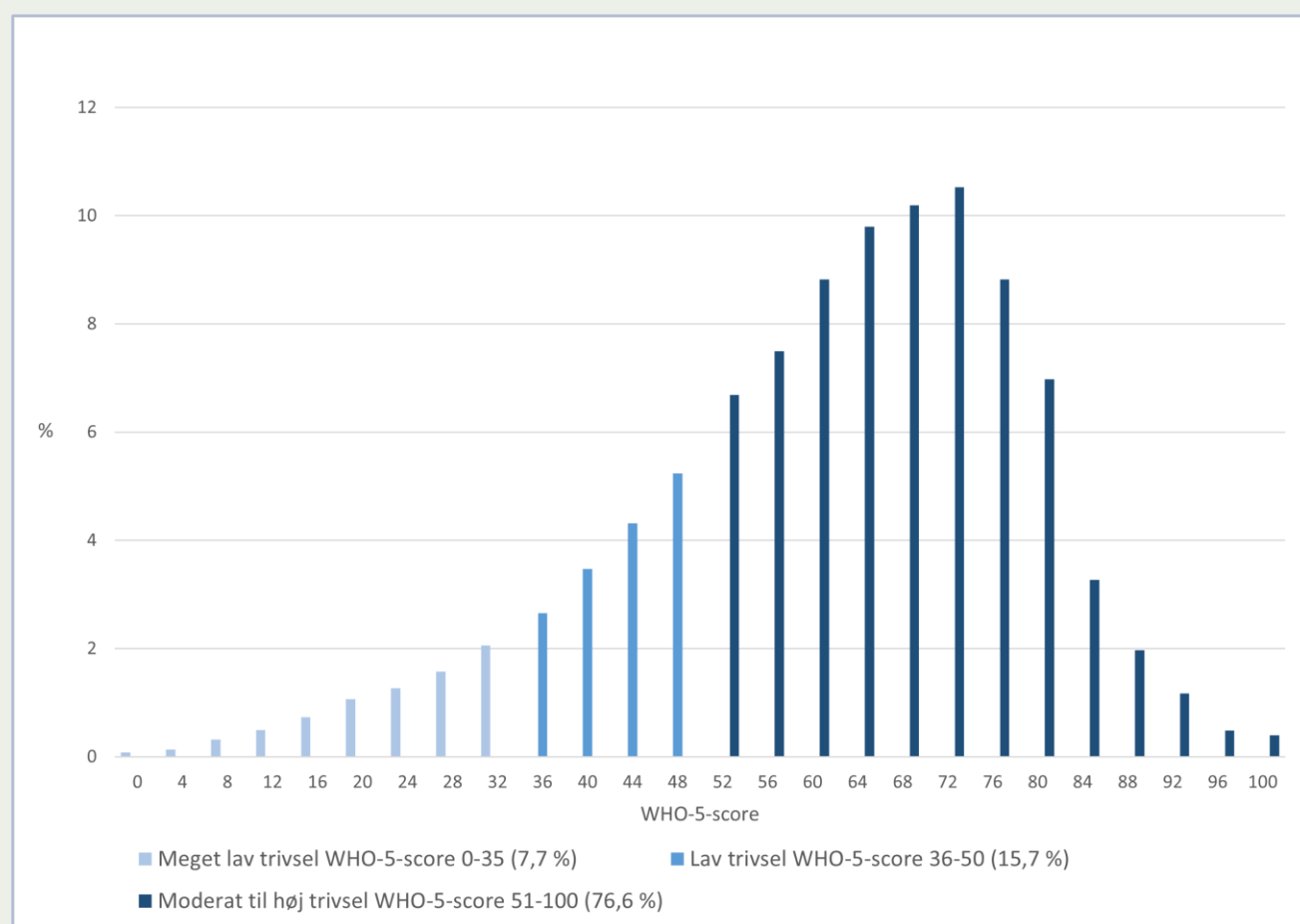
## 3 Resultater

### 3.1 Trivsel blandt gravide

Figur 1 viser fordelingen af WHO-5-scoren blandt gravide. Størstedelen af de gravide (76,6 %) har en WHO-5-score over 50, hvilket i denne rapport defineres som moderat til høj

trivsel. 15,7 % har en score mellem 36 og 50, hvilket angiver lav trivsel, mens 7,7 % har en score under 36, hvilket er defineret som meget lav trivsel.

**Figur 1: Fordeling af WHO-5-score blandt gravide (n = 34.480)**



Tabel 1 viser trivsel blandt gravide på de seks fødesteder, der indgår i undersøgelsen, samt samlet på tværs af fødestederne. Esbjerg Sygehus har den største andel af gravide, der har meget lav (9,5 %) og lav trivsel (16,7 %). Rigshospitalet har den mindste andel, der har meget lav trivsel (6,3 %), og Hvidovre Hospital har den mindste andel, der har lav trivsel (14,2 %). Hvidovre Hospital har samtidig den største andel af gravide med moderat til høj trivsel (78,2 %). Generelt er forskellene mellem fødestederne i forhold til trivsel dog små.

Når der tages højde for forskelle i baggrundsfaktorer, viser OR for gravide med hhv. meget lav trivsel og lav trivsel sammenlignet med moderat til høj trivsel de samme tendenser.

**Tabel 1: Meget lav, lav og moderat til høj trivsel blandt gravide fordelt på fødesteder**

|                             | Meget lav trivsel<br>n (%) | Lav trivsel<br>n (%) | Moderat til høj trivsel<br>n (%) | OR for meget lav trivsel<br>OR (95% CI) | OR for lav trivsel<br>OR (95% CI) |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Total</b>                | 2.662 (7,7)                | 5.405 (15,7)         | 26.413 (76,6)                    | 1 (ref)                                 | 1 (ref)                           |
| Esbjerg Sygehus             | 315 (9,5)*                 | 550 (16,7)*          | 2.435 (73,8)                     | 1,26 (1,13;1,40)*                       | 1,10 (1,01;1,19)*                 |
| Hvidovre Hospital           | 400 (7,6)                  | 749 (14,2)*          | 4.114 (78,2)                     | 0,93 (0,84;1,02)                        | 0,88 (0,82;0,95)*                 |
| Sygehus Lillebælt           | 479 (7,7)                  | 968 (15,7)           | 4.736 (76,6)                     | 0,98 (0,89;1,07)                        | 0,99 (0,93;1,06)                  |
| Odense Universitetshospital | 824 (8,3)                  | 1.558 (15,7)         | 7.518 (75,9)                     | 1,07 (0,99;1,15)                        | 1,01 (0,96;1,07)                  |
| Rigshospitalet              | 514 (6,3)*                 | 1.322 (16,2)         | 6.325 (77,5)                     | 0,82 (0,75;0,90)*                       | 1,04 (0,98;1,11)                  |
| Slagelse Sygehus            | 130 (7,8)                  | 258 (15,4)           | 1.285 (76,8)                     | 1,01 (0,86;1,18)                        | 0,98 (0,88;1,11)                  |

Antal (n), andel (%), odds ratio (OR) og tilhørende 95% konfidensinterval (CI) for hhv. meget lav og lav trivsel justeret for alder, uddannelsesniveau og etnisk baggrund i forhold til alle fødesteder samlet.

\*Statistisk signifikant forskel sammenlignet med alle fødesteder samlet ( $p < 0,05$ ).

### 3.1.1 Helbred, psykosociale faktorer og sundhedsadfærd blandt gravide med meget lav, lav og moderat til høj trivsel

Tabel 2 viser sammenhængen mellem trivsel og hhv. helbred og psykosociale faktorer. 16,5 % af gravide med meget lav trivsel har dårligt selv vurderet helbred, mens det er 5,8 % blandt gravide med lav trivsel og 1,1 % blandt gravide med moderat til høj trivsel. Derudover er 80,5 % af gravide med meget lav trivsel meget generet af træthed, mens det er 72,5 % blandt gravide med lav trivsel og 38,2 % blandt gravide med moderat til høj trivsel. Kvalme generer 68,1 % af gravide med meget lav trivsel, 51,4 % med lav trivsel og 28,2 % med moderat til høj trivsel. Tidligere eller aktuel kontakt til psykiater angives af 25,1 % af gravide med meget lav trivsel, 19,3 % med lav trivsel og 12,5 % med moderat til høj trivsel. Tidligere eller aktuel kontakt til psykolog angives af 21,3 % gravide med

meget lav trivsel, 17,3 % med lav trivsel og 10,3 % med moderat til høj trivsel. Lav grad af social støtte angives af 12,1 % med meget lav trivsel, 6,3 % med lav trivsel og 2,6 % med moderat til høj trivsel.

Når der tages højde for forskelle i baggrunds-faktorer, viser OR fortsat, at gravide med meget lav eller lav trivsel har dårligere selv vurderet helbred, højere forekomst af træthed og kvalme samt højere forekomst af psykosocial belastning sammenlignet med gravide, der har moderat til høj trivsel. Især ses høje OR for dårligt selv vurderet helbred (OR = 16,14) og at være meget generet af træthed (OR = 6,76) blandt gravide med meget lav trivsel sammenlignet med gravide med moderat til høj trivsel.

**Tabel 2: Helbred og psykosociale faktorer, blandt gravide med meget lav, lav og moderat til høj trivsel**

|                               | Andel blandt gravide med... |                      |                                  | OR blandt gravide med...         |                            |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
|                               | Meget lav trivsel<br>n (%)  | Lav trivsel<br>n (%) | Moderat til høj trivsel<br>n (%) | Meget lav trivsel<br>OR (95% CI) | Lav trivsel<br>OR (95% CI) |
| Dårligt selv vurderet helbred | 437 (16,5)*                 | 314 (5,8)*           | 296 (1,1)                        | 16,14 (13,79;18,89)*             | 5,38 (4,57;6,34)*          |
| Meget generet af træthed      | 2.045 (80,5)*               | 3.798 (72,5)*        | 9.773 (38,2)                     | 6,76 (6,10;7,48)*                | 4,28 (4,01;4,58)*          |
| Generet af kvalme             | 1.453 (68,1)*               | 2.086 (51,4)*        | 5.639 (28,2)                     | 5,84 (5,29;6,44)*                | 2,79 (2,60;2,99)*          |
| Kontakt til psykiater         | 663 (25,1)*                 | 1.036 (19,3)*        | 3.274 (12,5)                     | 2,34 (2,12;2,59)*                | 1,70 (1,57;1,84)*          |
| Kontakt til psykolog          | 560 (21,3)*                 | 930 (17,3)*          | 2.710 (10,3)                     | 2,65 (2,39;2,95)*                | 1,92 (1,76;2,08)*          |
| Lav grad af social støtte     | 319 (12,1)*                 | 341 (6,3)*           | 674 (2,6)                        | 4,49 (3,88;5,20)*                | 2,45 (2,14;2,82)*          |

Antal (n), andel (%), odds ratio (OR) med tilhørende 95% konfidensinterval (CI) for den pågældende indikator blandt gravide med hhv. meget lav og lav trivsel sammenlignet med gravide med moderat til høj trivsel. Justeret for alder, uddannelsesniveau, etnisk baggrund og fødested.

\*Statistisk signifikant forskellig fra gravide med moderat til høj trivsel ( $p < 0,05$ ).

Tabel 3 viser sammenhængen mellem trivsel og 11 indikatorer for sundhedsadfærd. I dette afsnit beskrives udvalgte indikatorer – rusdrikning i starten af graviditeten, rygning under graviditeten, dyrker motion under graviditeten og indtag af folsyre under graviditeten. 17 % af gravide med meget lav trivsel rusdrikker under graviditeten, mens det er 21,9 % gravide med lav trivsel og 19,5 % med moderat til høj trivsel. Det er 4,2 % gravide med meget lav trivsel, der ryger under graviditeten, 4 % med lav trivsel og 3,1 % med moderat til

høj trivsel. Hvor 18,5 % gravide med meget lav trivsel dyrker motion under graviditeten, er det 33,8 % med lav trivsel og 53,5 % med moderat til høj trivsel. Af gravide med meget lav trivsel tager 93,5 % folsyre under graviditeten, mens det er 97,3 % med lav trivsel og 95,6 % med moderat til høj trivsel. Når der tages højde for forskelle i baggrundsfaktorer, ses der ikke længere forskel mellem gravide med meget lav trivsel og gravide med moderat til høj trivsel i OR for rusdrikning og rygning under graviditeten.

**Tabel 3: Sundhedsadfærd blandt gravide med meget lav, lav og moderat til høj trivsel**

|                                                                           | Andel blandt gravide med... |                      |                                  | OR blandt gravide med...         |                            |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
|                                                                           | Meget lav trivsel<br>n (%)  | Lav trivsel<br>n (%) | Moderat til høj trivsel<br>n (%) | Meget lav trivsel<br>OR (95% CI) | Lav trivsel<br>OR (95% CI) |
| Rusdrikning i starten af graviditeten                                     | 433 (17,0)*                 | 1.136 (21,9)*        | 4.950 (19,5)                     | 0,94 (0,84;1,05)                 | 1,19 (1,10;1,28)*          |
| Røg ved graviditetens start                                               | 363 (13,7)*                 | 809 (15,0)*          | 3.164 (12,0)                     | 1,05 (0,93;1,19)                 | 1,25 (1,15;1,36)*          |
| Ryger under graviditeten                                                  | 110 (4,2)*                  | 218 (4,0)*           | 816 (3,1)                        | 1,11 (0,90;1,38)                 | 1,24 (1,06;1,46)*          |
| Nikotinprodukter ved graviditetens start                                  | 106 (5,0)                   | 217 (5,3)*           | 882 (4,4)                        | 1,05 (0,85;1,29)                 | 1,17 (1,00;1,37)*          |
| Nikotinprodukter under graviditeten                                       | 39 (1,5)*                   | 69 (1,3)*            | 236 (0,9)                        | 1,42 (1,00;2,01)*                | 1,33 (1,01;1,75)*          |
| Dyrkede motion tre måneder før graviditet                                 | 1.427 (53,8)*               | 3.158 (58,7)*        | 17.693 (67,2)                    | 0,64 (0,59;0,69)*                | 0,71 (0,66;0,75)*          |
| Dyrker motion under graviditeten                                          | 491 (18,5)*                 | 1.816 (33,8)*        | 14.081 (53,5)                    | 0,21 (0,19;0,23)*                | 0,44 (0,41;0,47)*          |
| Tager folsyre under graviditeten <sup>1</sup>                             | 1.731 (93,5)*               | 3.715 (97,3)*        | 17.477 (98,0)                    | 0,33 (0,27;0,41)*                | 0,77 (0,61;0,96)*          |
| Tager D-vitamin under graviditeten                                        | 2.401 (90,6)*               | 5.065 (94,1)*        | 25.192 (95,6)                    | 0,48 (0,41;0,55)*                | 0,75 (0,66;0,85)*          |
| Tager jerntilskud under graviditeten <sup>2</sup>                         | 1.365 (61,0)*               | 2.948 (65,7)*        | 15.895 (73,7)                    | 0,58 (0,53;0,63)*                | 0,69 (0,64;0,74)*          |
| Indtager mælkeprodukter/tager kalktilskud under graviditeten <sup>3</sup> | 1.699 (79,7)*               | 3.425 (84,3)*        | 17.960 (89,7)                    | 0,48 (0,43;0,54)*                | 0,62 (0,57;0,69)*          |

Antal (n), andel (%) og odds ratio (OR) med tilhørende 95% konfidensinterval (CI) for den pågældende indikator for gravide med hhv. meget lav og lav trivsel sammenlignet med gravide med moderat til høj trivsel. Justeret for alder, uddannelsesniveau, etnisk baggrund og fødested.

\*Statistisk signifikant forskellig fra gravide med moderat til høj trivsel ( $p < 0,05$ ).

<sup>1</sup>Analysen er baseret på data fra gravide i graviditetsuge  $\leq 12+0$  ved besvarelse af PRO-spørgeskemaet.

<sup>2</sup>Analysen er baseret på data fra gravide i graviditetsuge  $\geq 9+0$  ved besvarelse af PRO-spørgeskemaet.

<sup>3</sup>Data fra Rigshospitalet er ikke med, da der i dette spørgeskema ikke indgår spørgsmål om indtag af kalktilskud.

### 3.1.2 Bekymringer blandt gravide med meget lav, lav og moderat til høj trivsel

---

Blandt gravide med meget lav eller lav trivsel er der en større andel, som har høj grad af bekymringer, målt ved Cambridge Worry Scale (CWS), sammenlignet med gravide med moderat til høj trivsel (Tabel 4). I det følgende afsnit beskrives de bekymringer, hvor der er størst forskel mellem gravide med meget lav eller lav trivsel og gravide med moderat til høj trivsel.

Blandt gravide med meget lav trivsel er der en markant større andel, der angiver bekymring for eget helbred (21,9 %), end blandt gravide med moderat til høj trivsel (2,5 %) og for muligheden for at passe arbejde eller uddannelse (35,2 % mod 5,5 %). Også relationelle forhold fylder mere blandt gravide med meget lav trivsel, f.eks. bekymring for forholdet til partneren (4,7 % mod 0,7 %) samt for at skulle tage vare på (passe) barnet (5,3 % mod 0,9 %).

Blandt gravide med lav trivsel ses samme mønster, men med mindre markante forskelle

i forhold til gravide med moderat til høj trivsel, bl.a. for muligheden for at passe arbejde eller uddannelse (18,1 % mod 5,5 %), eget helbred (9,1 % mod 2,5 %), forholdet til partneren (2,4 % mod 0,7 %) og forholdet til familie og venner (2,3 % mod 0,7 %).

Når der tages højde for forskelle i baggrundsfaktorer, er de bekymringer, hvor gravide kvinder med meget lav trivsel især adskiller sig fra gravide med moderat til høj trivsel, bekymring for eget helbred (OR = 10,62), muligheden for at passe arbejde eller uddannelse (OR = 9,20), forholdet til partneren (OR = 6,96) og bekymringen for at skulle tage vare på (passe) barnet (OR = 6,02). De bekymringer, hvor gravide kvinder med lav trivsel især adskiller sig fra gravide med moderat til høj trivsel, er muligheden for at passe sit arbejde eller uddannelse (OR = 3,81), eget helbred (OR = 3,80), forholdet til partneren (OR = 3,74) og forholdet til familie og venner (OR = 3,46).

**Tabel 4: Bekymringer blandt gravide med meget lav, lav og moderat til høj trivsel**

|                                                    | Andel blandt gravide med... |               |                         | OR blandt gravide med... |                      |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------|--------------------------|----------------------|
|                                                    | Meget lav trivsel           | Lav trivsel   | Moderat til høj trivsel | Meget lav trivsel        | Lav trivsel          |
|                                                    | n (%)                       | n (%)         | n (%)                   | OR (95% CI)              | OR (95% CI)          |
| Risiko for spontan abort                           | 1.038 (39,2)*               | 1.927 (35,8)* | 6.113 (23,3)            | 2,12<br>(1,95;2,31)*     | 1,84<br>(1,73;1,96)* |
| At der skal være noget galt med barnet             | 1.065 (40,2)*               | 1.836 (34,0)* | 5.096 (19,4)            | 2,85<br>(2,62;3,10)*     | 2,17<br>(2,03;2,31)* |
| Selve fødslen                                      | 894 (33,9)*                 | 1.491 (27,7)* | 4.256 (16,2)            | 2,58<br>(2,36;2,82)*     | 1,95<br>(1,82;2,09)* |
| Risiko for at fødslen går i gang for tidligt       | 414 (15,7)*                 | 615 (11,4)*   | 1.759 (6,7)             | 2,38<br>(2,11;2,67)*     | 1,77<br>(1,61;1,95)* |
| Muligheden for at passe mit arbejde/min uddannelse | 924 (35,2)*                 | 971 (18,1)*   | 1.446 (5,5)             | 9,20<br>(8,35;10,14)*    | 3,81<br>(3,49;4,16)* |
| Mit ansættelsesforhold                             | 474 (18,2)*                 | 627 (11,7)*   | 1.223 (4,7)             | 4,54<br>(4,04;5,10)*     | 2,74<br>(2,48;3,04)* |
| Helbredet hos en nærtstående                       | 220 (8,4)*                  | 343 (6,4)*    | 966 (3,7)               | 2,38<br>(2,04;2,78)*     | 1,80<br>(1,59;2,05)* |
| Min boligsituation                                 | 231 (8,8)*                  | 338 (6,3)*    | 793 (3,0)               | 2,95<br>(2,53;3,45)*     | 2,14<br>(1,88;2,45)* |
| At komme på hospital/sygehus                       | 260 (9,8)*                  | 336 (6,2)*    | 792 (3,0)               | 3,29<br>(2,83;3,81)*     | 2,07<br>(1,81;2,36)* |
| Min økonomi                                        | 266 (10,1)*                 | 383 (7,1)*    | 669 (2,5)               | 4,06<br>(3,49;4,72)*     | 2,92<br>(2,56;3,33)* |
| Mit eget helbred                                   | 580 (21,9)*                 | 489 (9,1)*    | 667 (2,5)               | 10,62<br>(9,40;12,00)*   | 3,80<br>(3,36;4,29)* |
| At få foretaget underlivsundersøgelse              | 198 (7,5)*                  | 222 (4,1)*    | 568 (2,2)               | 3,27<br>(2,75;3,87)*     | 1,89<br>(1,61;2,21)* |
| At holde barselsorlov                              | 155 (5,9)*                  | 192 (3,6)*    | 291 (1,1)               | 5,10<br>(4,16;6,26)*     | 3,21<br>(2,66;3,86)* |
| Om min partner vil være hos mig ved fødslen        | 111 (4,2)*                  | 122 (2,3)*    | 267 (1,0)               | 3,54<br>(2,81;4,46)*     | 2,16<br>(1,74;2,69)* |
| At skulle tage vare på (passe) barnet              | 141 (5,3)*                  | 166 (3,1)*    | 243 (0,9)               | 6,02<br>(4,84;7,49)*     | 3,33<br>(2,72;4,08)* |
| Forholdet til familie/venner                       | 111 (4,2)*                  | 125 (2,3)*    | 178 (0,7)               | 5,96<br>(4,67;7,61)*     | 3,46<br>(2,74;4,36)* |
| Forholdet til min partner                          | 123 (4,7)*                  | 131 (2,4)*    | 174 (0,7)               | 6,96<br>(5,47;8,84)*     | 3,74<br>(2,97;4,71)* |

Tabellen er sorteret på forekomsten af bekymringer i gruppen med moderat til høj trivsel.

Antal (n), andel (%) og odds ratio (OR) med tilhørende 95% konfidensinterval (CI) for den pågældende bekymring blandt gravide med hhv. meget lav og lav trivsel sammenlignet med gravide med moderat til høj trivsel. Justeret for alder, uddannelsesniveau, etnisk baggrund og fødested.

\*Statistisk signifikant forskellig fra gravide med moderat til høj trivsel ( $p < 0,05$ ).

### 3.1.3 Graviditets- og fødselsudfald blandt gravide med meget lav, lav og moderat til høj trivsel

Tabel 5 viser sammenhængen mellem trivsel og udvalgte graviditets- og fødselsudfald.

Svangerskabsforgiftning forekommer hos 5,2 % af gravide med meget lav trivsel, mens det er 4,6 % af gravide med lav trivsel og 4,4 % med moderat til høj trivsel. Graviditetsbetinget diabetes forekommer hos 6,5 % af de gravide med meget lav trivsel, hos 6,1 % med lav trivsel og 5,5 % med moderat til høj trivsel. Fødsel før tid forekommer hos 7,1 % af de gravide med meget lav trivsel, mens det er 5,6 % af de gravide med lav trivsel og 5,7 % af de gra-

vide med moderat til høj trivsel. Kejsersnit foretages hos 23 % af de gravide med meget lav trivsel, hvor det blandt gravide med lav trivsel er 21,9 %, og 20,5 % af gravide med moderat til høj trivsel.

Når der tages højde for forskelle i baggrunds-faktorer, er der stadig signifikant højere OR for svangerskabsforgiftning, for tidlig fødsel og kejsersnit blandt gravide med meget lav trivsel sammenlignet med gravide med moderat til høj trivsel, mens der ikke er statistisk signifikant sammenhæng mellem trivsel og graviditetsbetinget diabetes.

**Tabel 5: Udvalgte graviditets- og fødselsudfald blandt gravide med meget lav, lav og moderat til høj trivsel**

|                              | Andel blandt gravide med... |               |                         | OR blandt gravide med... |                  |
|------------------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------|--------------------------|------------------|
|                              | Meget lav trivsel           | Lav trivsel   | Moderat til høj trivsel | Meget lav trivsel        | Lav trivsel      |
|                              | n (%)                       | n (%)         | n (%)                   | OR (95% CI)              | OR (95% CI)      |
| Svangerskabsforgiftning      | 133 (5,2)                   | 237 (4,6)     | 1.118 (4,4)             | 1,23 (1,02;1,48)*        | 1,02 (0,88;1,17) |
| Graviditetsbetinget diabetes | 167 (6,5)*                  | 318 (6,1)     | 1.395 (5,5)             | 1,03 (0,87;1,22)         | 1,09 (0,96;1,23) |
| For tidlig fødsel            | 181 (7,1)*                  | 292 (5,6)     | 1.441 (5,7)             | 1,27 (1,08;1,49)*        | 0,97 (0,86;1,11) |
| Kejsersnit                   | 588 (23,0)*                 | 1.142 (21,9)* | 5.186 (20,5)            | 1,12 (1,01;1,23)*        | 1,07 (0,99;1,15) |

Antal (n), andel (%) og odds ratio (OR) med tilhørende 95% konfidensinterval (CI) for hhv. svangerskabsforgiftning og graviditetsbetinget diabetes blandt gravide med hhv. meget lav og lav trivsel sammenlignet med gravide med moderat til høj trivsel. Justeret for alder, uddannelsesniveau, etnisk baggrund, fødested og paritet.

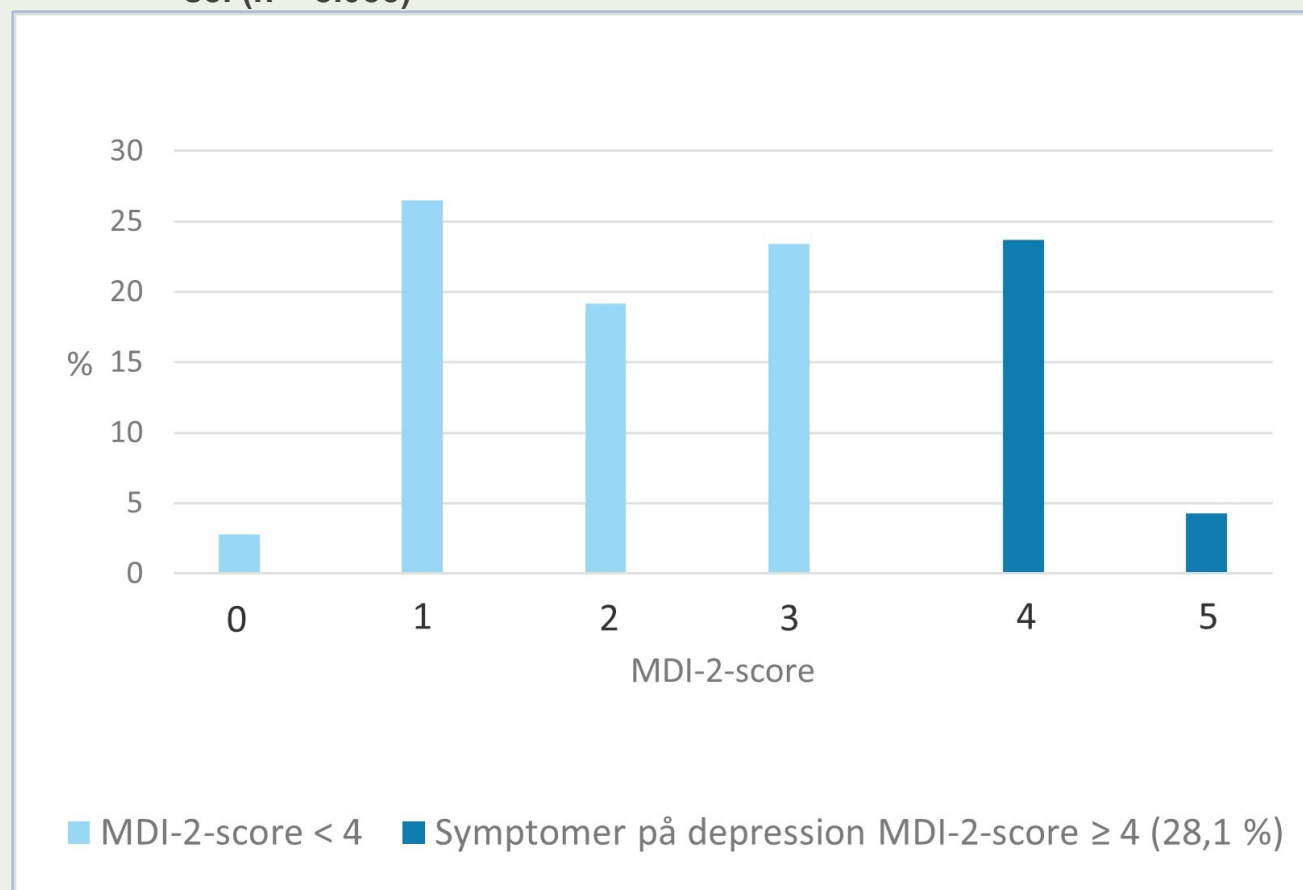
\*Statistisk signifikant forskellig fra gravide med moderat til høj trivsel ( $p < 0,05$ ).

## 3.2 Symptomer på depression blandt gravide med meget lav eller lav trivsel

I dette afsnit beskrives gravide med meget lav eller lav trivsel yderligere i forhold til symptomer på depression ud fra MDI-2-scoren. Alle opgørelser og analyser i dette afsnit er således kun udført blandt gravide med meget lav eller lav trivsel (WHO-5-score  $\leq 50$ ). Denne gruppe udgør 23,4 % af populationen (n = 34.886). Det er vigtigt at holde sig for øje, når

der ses på forekomst (%) af gravide, der ikke har symptomer på depression. Figur 2 viser fordelingen af MDI-2-scoren blandt gravide med meget lav eller lav trivsel. Det fremgår, at 28,1 % af de gravide har en MDI-2-score  $\geq 4$ , hvilket i denne rapport defineres som symptomer på depression. Det svarer til 7 % af den samlede population.

**Figur 2:** Fordeling af MDI-2-score blandt gravide med meget lav eller lav trivsel (n = 8.053)



Tabel 6 viser symptomer på depression blandt gravide på hver af de seks fødesteder, der indgår i undersøgelsen, samt samlet på tværs af fødesteder. Odense Universitetshospital har den største andel af gravide med symptomer på depression (30,2 %), hvilket er signifikant højere end de seks fødesteder samlet. Rigshospitalet har den mindste andel (25,3

%). Når der tages højde for forskelle i baggrundsfaktorer, er der ingen statistisk signifikant forskel i OR på tværs af de seks fødesteder.

**Tabel 6:** Symptomer på depression blandt gravide med meget lav eller lav trivsel, fordelt på fødesteder

|                             | Symptomer på depression<br>(MDI-2-score $\geq 4$ ) |                  |
|-----------------------------|----------------------------------------------------|------------------|
|                             | n (%)                                              | OR (95% CI)      |
| <b>Total</b>                | 2.254 (28,1)                                       | 1 (ref)          |
| Esbjerg Sygehus             | 255 (29,6)                                         | 1,03 (0,90;1,17) |
| Hvidovre Hospital           | 309 (26,9)                                         | 0,97 (0,86;1,10) |
| Sygehus Lillebælt           | 403 (28,1)                                         | 0,97 (0,87;1,09) |
| Odense Universitetshospital | 714 (30,2)*                                        | 1,09 (1,00;1,20) |
| Rigshospitalet              | 463 (25,3)*                                        | 0,98 (0,88;1,10) |
| Slagelse Sygehus            | 110 (28,4)                                         | 0,96 (0,79;1,16) |

Antal (n), andel (%), og odds ratio (OR) med tilhørende 95% konfidensinterval (CI) for symptomer på depression justeret for alder, uddannelsesniveau og etnisk baggrund i forhold til alle fødesteder samlet.

\*Statistisk signifikant forskel sammenlignet med alle fødesteder samlet ( $p < 0,05$ ).

### 3.2.1 Helbred, psykosociale faktorer og sundhedsadfærd blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og symptomer på depression

Tabel 7 viser sammenhængen mellem hhv. helbred og psykosociale faktorer blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og hhv. symptomer på depression og ingen symptomer på depression. Blandt gravide med symptomer på depression angiver 14,8 % dårligt selv vurderet helbred, mod 7,2 % blandt gravide uden symptomer. At være meget generet af træthed angives af 79,6 % med symptomer på depression, sammenlignet med 73,3 % blandt gravide uden symptomer. At være generet af kvalme angives af 66,6 % af gravide med symptomer på depression, mens det er 53,4 % uden symptomer. Tidligere eller aktuell kontakt til psykiater angives af 25,4 % med symptomer på depression, mens det er 19,6 % blandt gravide uden symptomer. Tilsva-

rende har 20,1 % med symptomer på depression haft kontakt til psykolog, mod 18,1 % uden symptomer. Lav grad af social støtte rapporteres af 11,0 % med symptomer på depression, sammenlignet med 7,1 % uden symptomer.

Når der tages højde for forskelle i baggrunds-faktorer, ses højere OR for helbred og de psykosociale faktorer blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og symptomer på depression sammenlignet med gravide med meget lav eller lav trivsel uden symptomer på depression. De højeste OR ses for dårligt selv vurderet helbred (OR = 2,23) og at være generet af kvalme (OR = 1,80).

**Tabel 7: Helbred og psykosociale faktorer, blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og hhv. symptomer på depression og ingen symptomer på depression**

|                               | Andel blandt gravide med meget lav eller lav trivsel (WHO-5) og... |                                        | OR blandt gravide med meget lav eller lav trivsel (WHO-5) og... |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|                               | Symptomer på depression<br>n (%)                                   | Ingen symptomer på depression<br>n (%) | Symptomer på depression<br>OR (95% CI)                          |
| Dårligt selv vurderet helbred | 333 (14,8)*                                                        | 415 (7,2)                              | 2,23 (1,90;2,60)*                                               |
| Meget generet af træthed      | 1.734 (79,6)*                                                      | 4.102 (73,3)                           | 1,42 (1,26;1,60)*                                               |
| Generet af kvalme             | 1.186 (66,6)*                                                      | 2.342 (53,4)                           | 1,80 (1,60;2,03)*                                               |
| Kontakt til psykiater         | 570 (25,4)*                                                        | 1.127 (19,6)                           | 1,37 (1,22;1,55)*                                               |
| Kontakt til psykolog          | 450 (20,1)*                                                        | 1.045 (18,1)                           | 1,28 (1,13;1,45)*                                               |
| Lav grad af social støtte     | 248 (11,0)*                                                        | 408 (7,1)                              | 1,63 (1,37;1,93)*                                               |

Antal (n), andel (%) og odds ratio (OR) med tilhørende 95% konfidensinterval (CI) for den pågældende indikator for gravide med lav trivsel og symptomer på depression sammenlignet med gravide med lav trivsel, men ingen symptomer på depression. Justeret for alder, uddannelsesniveau, etnisk baggrund og fødested.

\*Statistisk signifikant forskellig fra gravide med lav trivsel, men uden symptomer på depression ( $p < 0,05$ ).

Tabel 8 viser sammenhængen mellem trivsel og 11 indikatorer for sundhedsadfærd. I afsnittet nedenfor beskrives fire udvalgte indikatorer - rusdrikning i starten af graviditeten, rygning under graviditeten, dyrker motion under graviditeten og indtag af folsyre under graviditeten. Der ses ingen forskel på rusdrikning under graviditeten hos hhv. gravide med symptomer på depression (20,8 %) og uden symptomer på depression (20,2 %). Det samme gør sig gældende for rygning under graviditeten, hvor det er 4,4 % med symptomer på depression, der ryger under graviditeten, og 3,9 % uden symptomer på depression. 20,2 % af gravide uden symptomer på depression dyrker motion

under graviditeten, mens det er 32,2 % gravide uden symptomer på depression. Blandt gravide med symptomer på depression tager 94,4 % folsyre under graviditeten, mens det er 96,7 % uden symptomer på depression.

Der er ikke statistisk signifikant forskel i forekomsten af gravide der rusdrikker, ryger ved graviditetens start eller under graviditeten, samt anvender nikotinprodukter, når man sammenligner gravide med symptomer på depression i forhold til gravide uden symptomer. Der er signifikant forskel på de to grupper, når det drejer sig om motion og indtag af kosttilskud.

**Tabel 8: Sundhedsadfærd blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og hhv. symptomer og ingen symptomer på depression**

|                                                   | Andel blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og... |                                       | OR blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og... |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                   | Symptomer på depression<br>n (%)                           | Ikke symptomer på depression<br>n (%) | Symptomer på depression<br>OR (95% CI)                  |
| Rusdrikning under graviditeten                    | 448 (20,8)                                                 | 1.125 (20,2)                          | 1,08 (0,95;1,22)                                        |
| Røg ved graviditetens start                       | 338 (15,0)                                                 | 834 (14,4)                            | 0,92 (0,79;1,06)                                        |
| Ryger under graviditeten                          | 100 (4,4)                                                  | 226 (3,9)                             | 0,97 (0,76;1,25)                                        |
| Nikotinprodukter ved graviditetens start          | 106 (5,9)                                                  | 216 (4,9)                             | 1,12 (0,88;1,43)                                        |
| Nikotinprodukter under graviditeten               | 33 (1,5)                                                   | 75 (1,3)                              | 1,04 (0,68;1,58)                                        |
| Dyrkede motion tre måneder før graviditet         | 1.167 (51,8)*                                              | 3.427 (59,3)                          | 0,80 (0,72;0,89)*                                       |
| Dyrker motion under graviditet                    | 454 (20,2)*                                                | 1.862 (32,2)                          | 0,57 (0,50;0,64)*                                       |
| Tager folsyre under graviditeten <sup>1</sup>     | 1.510 (94,4)*                                              | 3.939 (96,7)                          | 0,64 (0,49;0,85)*                                       |
| Tager D-vitamin under graviditeten                | 2.025 (90,0)*                                              | 5.442 (94,1)                          | 0,61 (0,51;0,73)*                                       |
| Tager jerntilskud under graviditeten <sup>2</sup> | 1.162 (60,6)*                                              | 3.151 (65,6)                          | 0,81 (0,73;0,91)*                                       |
| Tager kalktilskud under graviditeten <sup>3</sup> | 1.415 (79,4)*                                              | 3.680 (84,0)                          | 0,76 (0,66;0,88)*                                       |

Antal (n), andel (%) og odds ratio (OR) med tilhørende 95% konfidensinterval (CI) for den pågældende indikatorer for gravide med lav trivsel og symptomer på depression sammenlignet med gravide med meget lav eller lav trivsel, men ikke symptomer på depression. Justeret for alder, uddannelsesniveau, etnisk baggrund og fødested.

\*Statistisk signifikant forskellig fra gravide med lav trivsel, men uden symptomer på depression ( $p < 0,05$ ).

<sup>1</sup>Analyserne er baseret på data fra gravide i graviditetsuge  $\leq 12+0$  ved besvarelse af PRO-skemaet.

<sup>2</sup>Analyserne er baseret på data fra gravide i graviditetsuge  $\geq 9+0$  ved besvarelse af PRO-skemaet.

<sup>3</sup>Data fra Rigshospitalet er ikke medtaget, da der her ikke spørges til kalktilskud.

### 3.2.2 Bekymringer blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og symptomer på depression

---

Blandt gravide med symptomer på depression er der en større andel, som har høj grad af bekymringer målt ved Cambridge Worry Scale (CWS), sammenlignet med gravide uden symptomer på depression (Tabel 9). I det følgende afsnit beskriver vi de bekymringer, hvor der er størst forskel mellem gravide med hhv. symptomer og ingen symptomer på depression.

Blandt gravide med symptomer på depression er der en større andel, der angiver bekymring for muligheden for at passe arbejde eller uddannelse (34,8 %), sammenlignet med gravide uden symptomer (19,4 %), for eget helbred (21,1 % mod 10,2 %), for selve fødslen (35,2 % mod 27,5 %) og for at få foretaget underlivsundersøgelse (8,1 % mod 4,1 %). Også relationelle forhold bekymrer i højere grad gravide med symptomer på depression sammenlignet med gravide uden symptomer på

depression, herunder bekymring for at skulle tage vare på (passe) barnet (5,5 % mod 3,1 %), forholdet til partneren (4,8 % mod 2,5 %) samt det at skulle holde barselsorlov (6,0 % mod 3,6 %).

Når der tages højde for baggrunds faktorer, er de bekymringer, hvor gravide med symptomer på depression især adskiller sig fra gravide uden symptomer på depression, bekymring for eget helbred (OR = 2,46) og muligheden for at passe arbejde eller uddannelse (OR = 2,26), mens også forholdet til partneren (OR = 1,99), at skulle tage vare på barnet (OR = 1,95) og bekymring for barselsorlov (OR = 1,75) forekommer hyppigere sammenlignet med gravide uden symptomer på depression. Andre bekymringer, herunder selve fødslen (OR = 1,42) og risiko for spontan abort (OR = 1,22), viser mindre, men stadig statistisk signifikante forskelle.

**Tabel 9: Forekomst af bekymringer blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og hhv. symptomer og ingen symptomer på depression**

|                                                    | Andel blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og... |                                       | OR blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og ... |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                                    | Symptomer på depression<br>n (%)                           | Ikke symptomer på depression<br>n (%) | Symptomer på depression<br>OR (95% CI)                   |
| Risiko for spontan abort                           | 911 (40,5)*                                                | 2.051 (35,5)                          | 1,22 (1,10;1,35)*                                        |
| At der skal være noget galt med barnet             | 912 (40,6)*                                                | 1.989 (34,4)                          | 1,31 (1,19;1,45)*                                        |
| Selve fødslen                                      | 791 (35,2)*                                                | 1.590 (27,5)                          | 1,42 (1,27;1,57)*                                        |
| Muligheden for at passe mit arbejde/min uddannelse | 775 (34,8)*                                                | 1.116 (19,4)                          | 2,26 (2,02;2,52)*                                        |
| Mit ansættelsesforhold                             | 406 (18,3)*                                                | 694 (12,1)                            | 1,64 (1,44;1,88)*                                        |
| Risiko for at fødslen går i gang for tidligt       | 338 (15,0)*                                                | 684 (11,9)                            | 1,27 (1,10;1,47)*                                        |
| Mit eget helbred                                   | 475 (21,1)*                                                | 590 (10,2)                            | 2,46 (2,15;2,82)*                                        |
| Min økonomi                                        | 244 (10,8)*                                                | 404 (7,0)                             | 1,53 (1,29;1,81)*                                        |
| At komme på hospital/sygehus                       | 210 (9,3)*                                                 | 388 (6,7)                             | 1,43 (1,20;1,71)*                                        |
| Helbredet hos en nærtstående                       | 186 (8,3)*                                                 | 376 (6,5)                             | 1,33 (1,11;1,60)*                                        |
| Min boligsituation                                 | 205 (9,1)*                                                 | 363 (6,3)                             | 1,45 (1,21;1,74)*                                        |
| At få foretaget underlivsundersøgelse              | 182 (8,1)*                                                 | 238 (4,1)                             | 1,91 (1,56;2,34)*                                        |
| At holde barselsorlov                              | 135 (6,0)*                                                 | 210 (3,6)                             | 1,75 (1,39;2,20)*                                        |
| At skulle tage vare på (passe) barnet              | 124 (5,5)*                                                 | 182 (3,1)                             | 1,95 (1,53;2,48)*                                        |
| Forholdet til min partner                          | 107 (4,8)*                                                 | 146 (2,5)                             | 1,99 (1,54;2,58)*                                        |
| Forholdet til familie/venner                       | 99 (4,4)*                                                  | 137 (2,4)                             | 1,92 (1,47;2,51)*                                        |
| Om min partner vil være hos mig ved fødslen        | 100 (4,5)*                                                 | 132 (2,3)                             | 1,89 (1,44;2,47)*                                        |

Tabellen er sorteret på forekomsten af bekymringer i gruppen der ikke har symptomer på depression.

Antal (n), andel (%) og odds ratio (OR) med tilhørende 95% konfidensinterval (CI) for den pågældende indikator for gravide med meget lav eller lav trivsel og symptomer på depression sammenlignet med gravide med meget lav eller lav trivsel, men ikke symptomer på depression. Justeret for alder, uddannelsesniveau, etnisk baggrund og fødested.

\*Statistisk signifikant forskellig fra gravide med meget lav eller lav trivsel, men uden symptomer på depression ( $p < 0,05$ ).

### 3.2.3 Graviditets- og fødselsudfald blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og symptomer på depression

Tabel 10 viser udvalgte graviditets- og fødselsudfald blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og hhv. med og uden symptomer på depression. 5,8 % af gravide med symptomer på depression har svangerskabsforgiftning, mens det er 4,4 % uden symptomer på depression. Derimod ses ingen forskel imellem grupper i de øvrige graviditets- og fødselsudfald. Graviditetsbetinget diabetes forekommer hos 6,6 % gravide med symptomer på depression og 6,0 % uden symptomer. Mens 6,4 %

af gravide med symptomer på depression føder før tid, er det 5,9 % uden symptomer på depression. Kejsersnit ses hos 22,5 % af gravide med symptomer på depression og hos 22,2 % uden symptomer på depression.

Når der ses på OR for graviditets- og fødselsudfald justeret for baggrundsfaktorer, ses der et tilsvarende mønster.

**Tabel 10: Udvalgte graviditets- og fødselsudfald blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og hhv. symptomer og ingen symptomer på depression**

|                              | Andel blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og... |                                        | OR blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og ... |
|------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                              | Symptomer på depression<br>n (%)                           | Ingen symptomer på depression<br>n (%) | Symptomer på depression<br>OR (95% CI)                   |
| Svangerskabsforgiftning      | 126 (5,8)*                                                 | 245 (4,4)                              | 1,29 (1,03;1,61)*                                        |
| Graviditetsbetinget diabetes | 143 (6,6)                                                  | 338 (6,0)                              | 1,05 (0,85;1,29)                                         |
| For tidlig fødsel            | 140 (6,4)                                                  | 328 (5,9)                              | 1,08 (0,88;1,33)                                         |
| Kejsersnit                   | 490 (22,5)                                                 | 1.238 (22,2)                           | 1,02 (0,90;1,15)                                         |

Antal (n), andel (%) og odds ratio (OR) med tilhørende 95% konfidensinterval (CI) for svangerskabsforgiftning og graviditetsbetinget diabetes for gravide med meget lav eller lav trivsel og symptomer på depression sammenlignet med gravide med meget lav eller lav trivsel, men ikke symptomer på depression. Justeret for alder, uddannelsesniveau, etnisk baggrund, fødested og paritet.

\*Statistisk signifikant forskellig fra gravide med meget lav eller lav trivsel, men uden symptomer på depression ( $p < 0,05$ ).

## 4 Diskussion og perspektivering

Resultaterne i denne rapport belyser gravides mentale sundhed ved at afdække forekomsten af meget lav, lav samt moderat til høj trivsel og symptomer på depression blandt gravide som indikatorer på mental sundhed.

### **Hver fjerde gravide oplever meget lav eller lav trivsel – mindre forskelle på tværs af fødesteder**

Resultaterne viser, at størstedelen af de gravide (76,6 %) har en WHO-5-score på > 50, hvilket indikerer moderat til høj trivsel. Således har 23,4 % en WHO-5-score på ≤ 50, hvilket indikerer lav eller meget lav trivsel, og 7,7 % af alle gravide har en WHO-5-score under 36, svarende til meget lav trivsel. Fundene er i tråd med nyere danske studier, der finder, at 20-22 % af gravide i en dansk population har en WHO-5-score på ≤ 50 (5,40).

At næsten hver fjerde gravide rapporterer meget lav eller lav trivsel kan tale for behovet for systematisk opsporing, der kan identificere gravide med behov for forebyggende og støttende indsatser. Systematisk opsporing vil også give mulighed for at følge udviklingen over tid og evaluere effekten af trivselsfremmende tiltag (1,41).

Blandt de gravide med meget lav eller lav trivsel har 28 % symptomer på depression målt ved MDI-2. Det svarer til 7 % af de gravide i studiepopulationen, hvilket er på niveau med resultaterne fra et nyere dansk studie (5). En forekomst på ca. 7 % er dog lavere end de 20 % en systematisk litteraturgennemgang fra 2019 finder (42), hvilket formentlig skyldes forskellige definitioner og målemetoder på tværs af studier. I denne temarapport og i studiet af Christiansen et al. er det kun kvinder med meget lav eller lav trivsel målt ved WHO-5, der får stillet de to spørgsmål om symptomer på depression.

Vi finder signifikante forskelle i forekomsten af meget lav eller lav trivsel mellem de inkluderede fødesteder – også når der justeres for alder, uddannelsesniveau og etnisk baggrund. Selvom forskellene er små, indikerer de, at lokale forhold kan have betydning for gravides trivsel. Det er derfor relevant at følge, om forskellene øges eller ændrer karakter over tid. På længere sigt kan fundet have implikationer for yderligere undersøgelser af, hvilke kontekstuelle faktorer der påvirker gravides trivsel. Forekomsten af symptomer på depression varierer ikke væsentligt på tværs af fødesteder.

### **Sammenhæng mellem trivsel og sundhedsadfærd, social støtte, bekymringer og helbred**

Vi finder, at gravide med meget lav eller lav trivsel oftere anvender nikotinprodukter under graviditeten, i mindre grad dyrker motion samt i mindre grad indtager de anbefalede kosttilskud sammenlignet med gravide med moderat til høj trivsel.

Samtidig angiver gravide med meget lav eller lav trivsel oftere lav grad af social støtte, hvilket i særlig grad gælder gravide med symptomer på depression. Dette er i tråd med forskning, der fremhæver social støtte som en central beskyttende faktor for mental sundhed under graviditeten (9,43). Disse fund peger på, at både individuelle og strukturelle tiltag kan være nødvendige for at mindske ulighed i sundhed under graviditet.

Vi finder, at der blandt gravide med meget lav eller lav trivsel og gravide med symptomer på depression er en øget forekomst af høj grad af bekymringer - blandt andet i forhold til at skulle tage vare på (passe) barnet, forholdet til partneren samt forholdet til familie/venner - sammenlignet med gravide med moderat til høj trivsel. Kvinder med lav trivsel, lav grad af social støtte og høj grad af bekymringer kan have øget risiko for udfordret tilknytning til

barnet (16,44). Derfor er det relevant at tilknytning tænkes ind i forebyggende indsatser tidligt i forløbet.

Vi finder desuden, at gravide med meget lav eller lav trivsel og symptomer på depression har en øget forekomst af træthed, kvalme og dårligt selv vurderet helbred. Tidligere forskning har vist, at træthed og kvalme under graviditeten er forbundet med lavere fysisk og mental velbefindende (45), mens psykosociale faktorer som angst, stress og depression samtidig kan påvirke kvindens mulighed for at opretholde sunde vaner og sociale relationer (46).

### **Gravide med meget lav trivsel har øget risiko for svangerskabsforgiftning, for tidlig fødsel samt kejsersnit**

Forekomsten af svangerskabsforgiftning er i denne rapport mellem 4,4 % og 5,8 % afhængig af trivsel og symptomer på depression. Det er en højere forekomst af svangerskabsforgiftning end tidligere danske studier finder (47,48). Tidligere studier er dog baseret på lidt ældre data, og der kan være mindre forskelle i definitionen af svangerskabsforgiftning. Ifølge esundhed.dk, er forekomsten af svangerskabsforgiftning i 2022 angivet til 4,4 % (49). Blandt gravide med meget lav trivsel sammenlignet med høj til moderat trivsel samt blandt gravide, der har meget lav eller lav trivsel og symptomer på depression, finder vi en øget risiko for svangerskabsforgiftning sammenlignet med gravide med meget lav eller lav trivsel, men uden symptomer på depression. Denne sammenhæng understøttes af en systematisk litteraturgennemgang, som finder, at depressive symptomer tidligt i graviditeten kan være forbundet med senere udvikling af svangerskabsforgiftning (18). Mekanismerne er sandsynligvis komplekse og kan blandt andet inkludere forstyrrelser i det autonome nervesystem, fælles fysiologiske mekanismer i reguleringen af humør og blodtryk samt uhen-sigtsmæssig sundhedsadfærd, eksempelvis lav grad af fysisk aktivitet (18).

Der ses ikke signifikante forskelle i forekomsten af graviditetsbetinget diabetes, når vi sammenligner gravide med meget lav eller lav trivsel med gravide med moderat til høj trivsel, efter justering for baggrundsfaktorer. Derimod finder vi, at gravide med meget lav trivsel oftere føder for tidligt og oftere ved kejsersnit sammenlignet med gravide med moderat til høj trivsel, når der justeres for de samme faktorer.

Vi har ikke fundet studier, der specifikt undersøger sammenhængen mellem trivsel målt med WHO-5 og graviditets- og fødselsudfald. Nyere forskning peger dog på, at gravide i høj risiko for psykosociale problemer har en øget risiko for kejsersnit sammenlignet med gravide med lav eller ingen risiko for psykosociale problemer (50). Endvidere peger forskning på, at gravide med symptomer på depression hyppigere får planlagt kejsersnit sammenlignet med gravide uden symptomer på depression (51).

I denne temarapport har vi ikke differentieret mellem akut og planlagt kejsersnit, og sammenhængen mellem hhv. meget lav og lav trivsel og kejsersnit er kompleks og kan afspejle både fysiske såvel som psykosociale forhold. Kejsersnit indebærer en øget risiko for komplikationer hos både mor og barn (52,53), også hvad angår mental sundhed (54). Derfor er det relevant at afdække muligheden for forebyggende indsatser.

Flere systematiske litteraturgennemgange har desuden vist, at gravide med depression eller anden psykisk lidelse har en højere forekomst af for tidlig fødsel sammenlignet med gravide uden sådanne lidelser (19,20). Symptomer på depression, angst eller stress, selv uden en klinisk diagnose, kan ligeledes øge risikoen for for tidlig fødsel (55). Da for tidlig fødsel fortsat anses for at være én af de væsentligste årsager til sygdom og død hos barnet (56), er der et betydeligt forebyggelsespotentiale i forhold til opsporing af og støtte til gravide i øget risiko.

## 4.1 Metodiske overvejelser

---

Data afspejler kun de gravides mentale sundhed på det tidspunkt i den første del af graviditeten, hvor PRO-spørgeskemaet blev udfyldt. Derudover er der i PRO-spørgeskemaet kun relativt få mål for mental sundhed til rådighed. De gravides trivsel angives ud fra WHO-5-score, og i rapporten anvender vi i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefaling en score på 0-35 som indikator for meget lav trivsel, og en score på 36-50 som indikator for lav trivsel. Det kan ses som en begrænsning, da der i litteraturen ofte anvendes en grænse på 28 som indikator for klinisk depression (36). WHO-5 grænsen under 50 som indikator for nedsat trivsel er dog ofte anvendt i litteraturen (36).

I MDI-2 indgår kun to ud af tre kernesymptomer, hvilket også kan betragtes som en begrænsning.

I denne temarapport er forekomsten af svangerskabsforgiftning en anelse højere end i rapporten *Sundhedsprofil for gravide i Danmark. En pilotundersøgelse* (31). Det kan

skyldes, at vi i temarapporten kun medtager gravide, der har svaret på PRO-spørgeskemaet og dermed kun fra Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark. I *Sundhedsprofil for gravide i Danmark. En pilotundersøgelse* (31), bygger forekomsten på MFR-data, hvor bl.a. Region Midt også er med. Region Midt ligger væsentligt lavere (3,0 %), hvad angår forekomsten af svangerskabsforgiftning, end f.eks. Region Syddanmark gør (5,2 %).

Når vi ser på mental sundhed, kan sammenhænge være komplekse, og da der er tale om et tværsnitsstudie, kan kausale konklusioner ikke drages. Vi har justeret for en række faktorer, men residual confounding kan ikke udelukkes. Svarprocenterne varierer betydeligt mellem fødestederne, hvilket kan indebære en risiko for skævhed i resultaterne. Endelig har vi kun data med fra Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark. Det kunne være interessant at se på mental sundhed blandt gravide på tværs af alle fem regioner i Danmark.

## 4.2 Perspektiver for klinisk praksis og forskning

---

Resultaterne fra denne undersøgelse understreger, at der er et betydeligt potentiale for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser for gravide med nedsat mental sundhed. Forbedret mental sundhed styrker ikke blot kvindens sundhed, men kan også have positiv betydning for barnets udvikling samt familiens samlede trivsel, og dermed bidrage til at reducere ulighed i sundhed på tværs af generationer (57). Et studie peger på, at interventioner rettet mod forældres mentale sundhed kan bidrage til at reducere socioøkonomiske uligheder i børns mentale sundhedsproblemer (57). Studiet peger samtidig på, at kombinationen af flere komplementære, tidlige interventioner

kan have større effekt på at reducere uligheder end hver enkelt indsats alene (57).

Sundhedsstyrelsen, landets fødesteder og kommuner har i en årrække haft øget fokus på gravide i sårbare positioner og deres familier (27,58–62). Der er således allerede opmærksomhed på, at der bør være behovsbaseret omsorg for gravide i en sårbar position i Danmark.

Der er dog fortsat behov for en yderligere styrket, evidensbaseret og systematisk organisering af tidlig opsporing, differentieret forebyggelse og målrettet støtte i svangreomsorgen

(63). En central tilgang kan være et tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem jordemødre, fødselslæger, praktiserende læger og kommunale sundhedstilbud m.fl., som flere regionale fødeplaner fremhæver (60–62). Samarbejdet understøtter både fortsættelse og opfølgning af indsatser på tværs af sektorer og sikre inddragelse af relevante fagpersoner.

Ud over det strukturelle fokus på at forebygge komplikationer blandt gravide med nedsat mental sundhed kan der iværksættes målrettede initiativer. Det kan være øget opmærksomhed på sociale relationer og understøttelse af netværk, f.eks. gennem fødsels- og forældreforberedelse i mindre hold, peer-støtte eller andre gruppebaserede indsatser (27,64,65). Blandt gravide med nedsat mental sundhed kan der desuden være behov for særlig støtte til at fremme tilknytningen til det ufødte barn (16,44).

Der er allerede flere vigtige initiativer i gang – både udviklings- og forskningsprojekter – og der bør fremadrettet bygges videre på både international og national viden på området. En systematisk dataindsamling, herunder anvendelse af patientrapporterede oplysninger, og monitorering af gravides mentale sundhed kan bidrage til at synliggøre uligheder i subpopulationer og forskelle mellem regioner og fødesteder. Det kan være et godt fundament for målrettede indsatser og evaluering af effekten af tiltag.

Fra et samfundsøkonomisk perspektiv rummer tidlig opsporing og støtte ligeledes et stort potentiale (66). Investering i mental sundhed under graviditeten kan ikke alene forbedre livskvaliteten for den enkelte kvinde, men også reducere behovet for senere behandling og støtte, styrke forældre-barn-relationen og på lang sigt bidrage til bedre sundhed og trivsel i næste generation.

## 5 Referencer

1. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. oktober 2020;19(3):313–27.
2. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. november 2005;106(5 Pt 1):1071–83.
3. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017;219:86–92.
4. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. maj 2017;210(5):315–23.
5. Christiansen CH, Christensen KB, Høgh S, Renault KM, Emborg MS, Frokjaer VG, m.fl. Measuring psychological well-being in a danish pregnancy cohort using the self-reported WHO-5 index. *BMC Psychol*. 15. januar 2025;13(1):41.
6. Button S, Thornton A, Lee S, Shakespeare J, Ayers S. Seeking help for perinatal psychological distress: a meta-synthesis of women's experiences. *Br J Gen Pract*. oktober 2017;67(663):e692–9.
7. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. februar 2016;191:62–77.
8. Ding X, Liang M, Wang H, Song Q, Guo X, Su W, m.fl. Prenatal stressful life events increase the prevalence of postpartum depression: Evidence from prospective cohort studies. *J Psychiatr Res*. april 2023;160:263–71.
9. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 28. juli 2021;18(1):162.
10. Austad B, Vie GÅ, Hansen MH, Mørkved HS, Getz LO, Mjølstad BP. Association of Self-Rated Health in Pregnancy With Maternal Childhood Experiences, Socioeconomic Status, Parity, and Choice of Antenatal Care Providers: Cross-Sectional Study. *JMIR Form Res*. 3. juni 2025;9:e68811.
11. Kelly-Taylor K, Aghaee S, Nugent J, Oberman N, Kubo A, Kurtovich E, m.fl. Prenatal Depression and Symptom Severity by Maternal Race and Ethnicity. *JAMA Netw Open*. 13. marts 2025;8(3):e250743.
12. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002-2010 in Finland. *BMJ Open*. 2014;4(11):e004883.
13. Alipour Z, Kheirabadi GR, Kazemi A, Fooladi M. The most important risk factors affecting mental health during pregnancy: a systematic review. *East Mediterr Health J*. 29. juli 2018;24(6):549–59.
14. Molenaar NM, Maegbaek ML, Rommel AS, Ibroci E, Liu X, Munk-Olsen T, m.fl. The incidence of depressive episodes is different before, during, and after pregnancy: A population-based study. *J Affect Disord*. 1. februar 2023;322:273–6.
15. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs*. oktober 2022;31(19–20):2665–77.
16. O'Dea GA, Youssef GJ, Hagg LJ, Francis LM, Spry EA, Rossen L, m.fl. Associations between maternal psychological distress and mother-infant bonding: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*. august 2023;26(4):441–52.

17. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, m.fl. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 15. november 2014;384(9956):1800–19.
18. Shay M, MacKinnon AL, Metcalfe A, Giesbrecht G, Campbell T, Nerenberg K, m.fl. Depressed mood and anxiety as risk factors for hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. oktober 2020;50(13):2128–40.
19. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G, m.fl. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. april 2013;74(4):e321–341.
20. Jarde A, Morais M, Kingston D, Giallo R, MacQueen GM, Giglia L, m.fl. Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1. august 2016;73(8):826–37.
21. Rogers A, Obst S, Teague SJ, Rossen L, Spry EA, Macdonald JA, m.fl. Association Between Maternal Perinatal Depression and Anxiety and Child and Adolescent Development: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 1. november 2020;174(11):1082–92.
22. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod SN, m.fl. A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes. *Arch Womens Ment Health*. 6. december 2018;
23. Cherak SJ, Giesbrecht GF, Metcalfe A, Ronksley PE, Malebranche ME. The effect of gestational period on the association between maternal prenatal salivary cortisol and birth weight: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. august 2018;94:49–62.
24. Kingston D, Tough S, Whitfield H. Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev*. oktober 2012;43(5):683–714.
25. Bauer A. The costs of perinatal mental health problems. London School of Economics and Political Science & Centre for Mental Health.; 2016.
26. Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2022. 1 s.
27. Anbefalinger for Svangreomsorgen [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2022. Tilgængelig hos: [https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Anbefalinger-svangreomsorgen/Svangreomsorg-2022-ny.ashx?sc\\_lang=da&hash=F89081C3D9BCBF3367F0098F1961FF89](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Anbefalinger-svangreomsorgen/Svangreomsorg-2022-ny.ashx?sc_lang=da&hash=F89081C3D9BCBF3367F0098F1961FF89)
28. Tidlig indsats for sårbare familier: afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser. Sundhedsstyrelsen; 2017.
29. Kortlægning og analyse af normeringer på fødeområdet. Version: 1. Sundhedsstyrelsen; 2024.
30. Horakova A, Nemcova H, Hrdlickova K, Kalli S, Davletova A, Duarte MFRS, m.fl. State of perinatal mental health care in the WHO region of Europe: a scoping review. *Front Psychiatry*. 13. marts 2024;15:1350036.
31. Lassen TH, Rasmussen M, Jensen HAR, Broberg L, Elsborg P, Eliassen MH, Pedersen TP, Christensen AI, Petersen CB. Sundhedsprofil for gravide i Danmark. En pilotundersøgelse. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2025.;
32. Bech P, Rasmussen NA, Olsen LR, Noerholm V, Abildgaard W. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *J Affect Disord*. oktober 2001;66(2–3):159–64.

33. PRO-sekretariatet - Sundhedsdatastyrelsen. PRO-skemaspecifikation - Første jordmoderkonsultation. Sundhedsdatastyrelsen; 2021.
34. www.dst.dk [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.dst.dk/da/TilSalg/data-til-forskning/generelt-om-data/dokumentation-af-data/hoejkvalitetsvariable/udlaendige/ie-type>
35. Broberg L, Rom AL, De Wolff MG, Høgh S, Nathan NO, Paarlberg LD, m.fl. Psychological well-being and worries among pregnant women in the first trimester during the early phase of the COVID-19 pandemic in Denmark compared with a historical group: A hospital-based cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* februar 2022;101(2):232–40.
36. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom.* 2015;84(3):167–76.
37. Sundhedsstyrelsen. Guide til trivselsindexet WHO-5 [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2017. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Styrket-sundhedsindsats-for-socialt-udsatte-og-saarbare-grupper/Ans%C3%B8gningsmateriale/Guide-WHO-5.ashx?la=da&hash=570F8CAE8013977379E1BC24D663D8FDB186DB76>.
38. Green JM, Kafetsios K, Statham HE, Snowdon CM. Factor Structure, Validity and Reliability of the Cambridge Worry Scale in a Pregnant Population. *J Health Psychol.* november 2003;8(6):753–64.
39. de Wolff MG, Rom AL, Johansen M, Broberg L, Midtgaard J, Tabor A, m.fl. Worries among pregnant Danish women with chronic medical conditions – A cross sectional study with data from the Copenhagen pregnancy cohort. *Sexual & Reproductive Healthcare.* september 2021;29:100623.
40. Ertmann RK, Nicolaisdottir DR, Siersma V, Overbeck G, Strøyer de Voss S, Modin FA, m.fl. Factors in early pregnancy predicting pregnancy-related pain in the second and third trimester. *Acta Obstet Gynecol Scand.* oktober 2023;102(10):1269–80.
41. NICE Guidelines. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/1-recommendations>. 2014 [henvist 10. maj 2016]. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Tilgængelig hos: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/1-recommendations>
42. Yin X, Sun N, Jiang N, Xu X, Gan Y, Zhang J, m.fl. Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* februar 2021;83:101932.
43. Martini J, Petzoldt J, Einsle F, Beesdo-Baum K, Höfler M, Wittchen HU. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *J Affect Disord.* 1. april 2015;175:385–95.
44. McNamara J, Townsend ML, Herbert JS. A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PLoS One.* 2019;14(7):e0220032.
45. Bai G, Korfage IJ, Groen EH de, Jaddoe VVW, Mautner E, Raat H. Associations between Nausea, Vomiting, Fatigue and Health-Related Quality of Life of Women in Early Pregnancy: The Generation R Study. *PLoS One.* 2016;11(11):e0166133.
46. Omidvar S, Faramarzi M, Hajian-Tilak K, Nasiri Amiri F. Associations of psychosocial factors with pregnancy healthy life styles. *Rohrmann S, redaktør. PLoS ONE.* 25. januar 2018;13(1):e0191723.
47. Lihme F, Savu A, Basit S, Sia W, Yeung R, Barrett O, m.fl. Time trends in preeclampsia and gestational diabetes in Denmark and Alberta, Canada, 2005–2018—A population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* februar 2024;103(2):266–75.

48. Hoegh S, Thellesen L, Christensen KB, Bergholt T, Hedegaard M, Sorensen JL. Incidences of obstetric outcomes and sample size calculations: A Danish national registry study based on all deliveries from 2008 to 2015. *Acta Obstet Gynecol Scand.* januar 2020;99(1):34–41.
49. Sundhedsdatastyrelsen. [henvist 23. september 2025]. Tilgængelig hos: [esundhed.dk](https://esundhed.dk)
50. O'Connor A, Shand AW, Schneuer FJ, Nassar N, Austin M. Assessing the relationship between psychosocial risk and pregnancy outcomes using the perinatal integrated psychosocial assessment (PIPA) tool. *Birth.* december 2022;49(4):648–60.
51. Peltonen H, Paavonen EJ, Saarenpää-Heikkilä O, Vahlberg T, Paunio T, Polo-Kantola P. Sleep disturbances and depressive and anxiety symptoms during pregnancy: associations with delivery and newborn health. *Arch Gynecol Obstet.* 24. april 2022;307(3):715–28.
52. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Rev Saude Publica.* 2017;51:105.
53. Aabakke, Krebs, Lykke. Kejsersnit kan have konsekvenser på lang sigt for både mor og barn. *Ugeskrift for læger* vol.12130729; 2015.
54. Hjorth S, Skov SK, Kirkegaard H, Olsen J, Nohr EA. Mode of birth and long-term maternal mental health: A follow-up study in the Danish National Birth Cohort. *Birth.* juni 2024;51(2):441–9.
55. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women Birth.* september 2015;28(3):179–93.
56. Harrison MS, Goldenberg RL. Global burden of prematurity. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine.* april 2016;21(2):74–9.
57. Goldfeld S, Moreno-Betancur M, Gray S, Guo S, Downes M, O'Connor E, m.fl. Addressing Child Mental Health Inequities Through Parental Mental Health and Pre-school Attendance. *Pediatrics.* 1. maj 2023;151(5):e2022057101.
58. Projekter for sårbare gravide udviklet for SPU-midler i 2014-2017. Sundhedsstyrelsen; 2018.
59. Tidlig indsats for sårbare familier: afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser. Sundhedsstyrelsen; 2017.
60. Fødeplan for Region Hovedstaden. Det handler om liv - lige fra begyndelsen [Internet]. Tilgængelig hos: [https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Documents/F%C3%B8deplan%20for%20Region%20Hovedstaden%20\(21332\)%20TG.PDF](https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Documents/F%C3%B8deplan%20for%20Region%20Hovedstaden%20(21332)%20TG.PDF)
61. Fødeplan for Region Sjælland - sunde og kompetente familier [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.regionsjaelland.dk/media/2d1dz3ib/foedeplan-for-region-sjaelland.pdf>
62. Region Syddanmark. En god start på livet [Internet]. Tilgængelig hos: [https://region-syddanmark.dk/media/yall5jjz/17754-f%C3%B8deplan-a4\\_52s\\_2022\\_november2022\\_webtilg\\_final-a.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://region-syddanmark.dk/media/yall5jjz/17754-f%C3%B8deplan-a4_52s_2022_november2022_webtilg_final-a.pdf?utm_source=chatgpt.com)
63. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: World Health Organization; 2022.
64. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The association between social support and antenatal depressive and anxiety symptoms among Australian women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 22. oktober 2021;21(1):708.
65. Rice C, Ingram E, O'Mahen H. A qualitative study of the impact of peer support on women's mental health treatment experiences during the perinatal period. *BMC*

Pregnancy Childbirth. 6. september 2022;22(1):689.

66. Verbeke E, Bogaerts A, Nuyts T, Crombag N, Luyten J. Cost-effectiveness of

mental health interventions during and after pregnancy: A systematic review. Birth. september 2022;49(3):364–402.