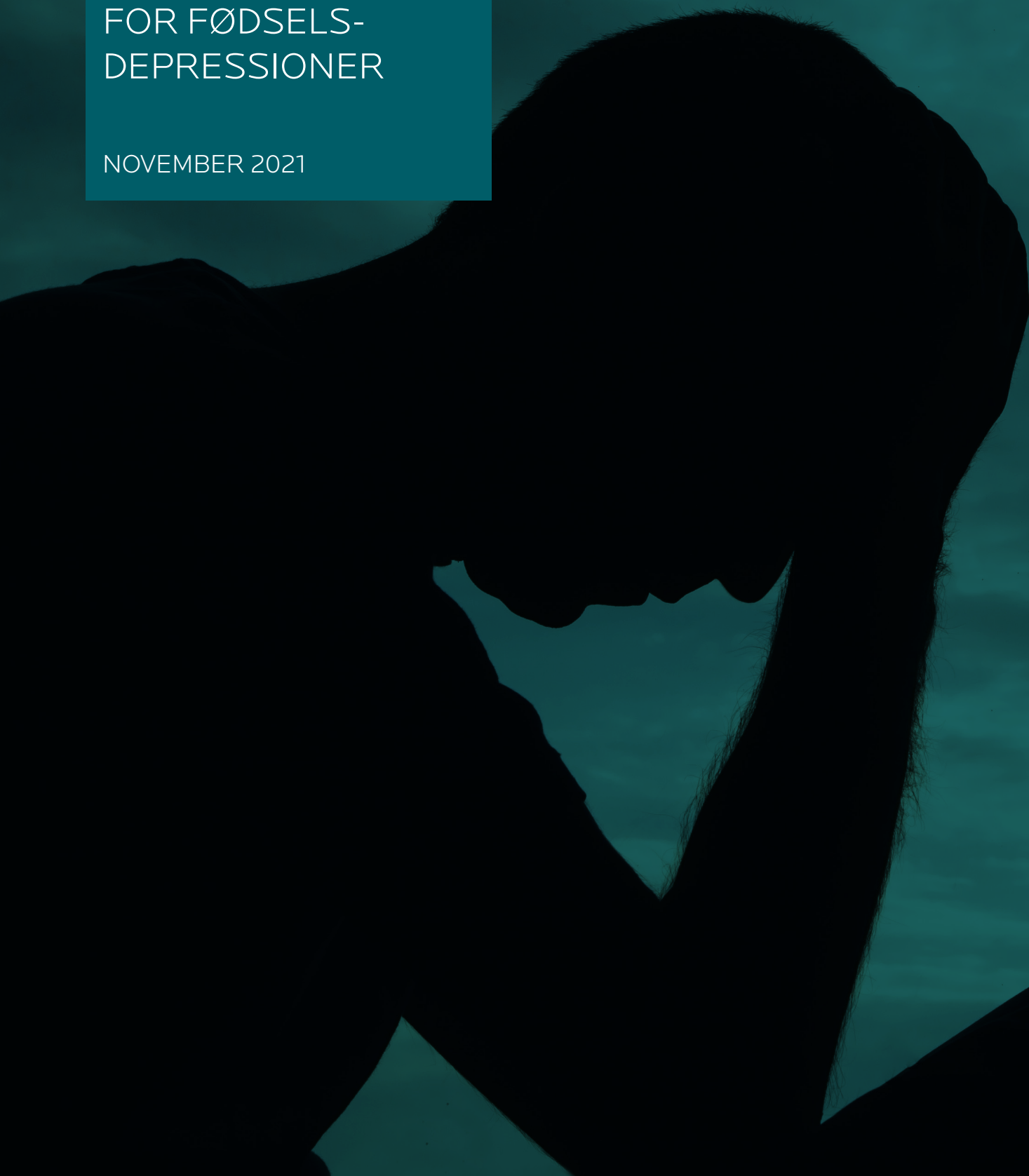


INSTITUT FOR
MENNESKE
RETTIGHEDER

FÆDRE BØR
SCREENES OG
SIKRES BEHANDLING
FOR FØDSELS-
DEPRESSIONER

NOVEMBER 2021



FÆDRE BØR SCREENES OG SIKRES BEHANDLING FOR FØDSELSDEPRESSIONER

NOVEMBER 2021

Forfattere: Tinne Steffensen, Sinja Laursen
Redaktion: Morten Emmerik Wøldike
Ansvarlig: Ligebehandlingschef Nikolaj Nielsen

Layout: Michael Länger
Forside billede: colourbox.dk

e-ISBN: 978-87-7570-040-0

© 2021 Institut for Menneskerettigheder

Danmarks Nationale Menneskerettighedsinstitution
Wilders Plads 8K
1403 København K
Telefon 32 69 88 88
www.humanrights.dk

Vi tilstræber, at vores udgivelser bliver så tilgængelige som muligt. Vi bruger fx store typer, korte linje, få orddelinger, løs bagkant og stærke kontraster. Læs mere om tilgængelighed på: www.menneskeret.dk/tilgaengelighed

INDHOLD

1	KONKLUSION OG ANBEFALING	4
2	BAGGRUND	6
3	ANALYSE AF KOMMUNERNES PRAKSIS	8
4	RETTE TIL SUNDHED OG LIGEBEHANDLING	10

- Det estimeres, at ca. 5.000 danske fædre årligt får en fødselsdepression. Nyere forskning viser også, at omtrent lige mange mødre og fædre (cirka hver tiende) rammes af fødselsdepression. Forbliver en fødselsdepression ubehandlet, kan det have store konsekvenser for både forældre og barn.
- Institut for Menneskerettigheder har foretaget en rundspørge blandt ledende sundhedsplejersker i 66 kommuner, der viser, at der i praksis er stor forskel på mødres og fædres adgang til behandling for fødselsdepressioner. 82 % af de adspurgte kommuner både screener og tilbyder mødre målrettede tilbud, mens kun 44 % har samme tilbud til fædre, der viser tegn på fødselsdepression.
- Fødselsdepression kan betragtes som en relationel lidelse, der kan begynde både før fødslen og efter fødslen, og som kan udgøre en psykisk reaktion på det forhold, at et barn kommer til verden, og at man indtræder i en ny rolle som forælder. En ligestilling af fædre og mødre inden for dette område vil kunne bidrage til at fremme ligebehandlingen af mænd i forældreskabet.
- Institut for Menneskerettigheder anbefaler, at kommunerne sikrer fædre screening og behandling for fødselsdepressioner.

1 KONKLUSION OG ANBEFALING

En fødselsdepression kan – især hvis den forbliver ubehandlet – have varige konsekvenser for et barns udvikling og trivsel. En fødselsdepression kan opstå både før og efter en fødsel. Tidlig opsporing og behandling er derfor af afgørende betydning for familiens trivsel som helhed.

Der er i dag en større forståelse for, at fædre og mødre er og bør være ligestillet i familielivet. Et af de kommende tiltag fra regeringen er, at fædre og mødres ret til øremærket orlov med barnet ligestilles. Alligevel kan det på flere områder være svært for fædre at få anerkendt deres rolle og rettigheder som fædre.¹

Nyere undersøgelser peger på, at fødselsdepressioner i næsten lige så høj grad rammer fædre som mødre. Det vurderes, at ca. 10-12 % af danske mødre årligt får en fødselsdepression. Nyere international forskning viser cirka samme forekomst blandt fædre.

Tallene skal ses i lyset af, at måden, man opdager, taler om og behandler fødselsdepressioner på, hidtil har været præget af et fokus på mødre. Der kan derfor være tale om, at forskellene reelt er mindre. Intet tyder dog på, at fædre, der rammes af fødselsdepressioner, oplever mindre alvorlige forløb. Fordi de tegn, som fædre udviser, varierer fra mødre, kan symptomerne mislæses og fortolkes som

udelukkende at være et udtryk for fx isolation, ansvarsfraskrivelse eller overforbrug af alkohol. Det er derfor vigtigt, at disse symptomer opdages og behandles i tide.

Sundhedsstyrelsen anerkender også i deres vejledning (2019),² at fødselsdepressioner kan ramme både mænd og kvinder, og at det er vigtigt, at tilstanden opdages tidligt, og at der gives hjælp.

Til trods herfor viser denne analyse, at kun 44 % af de adspurgte kommuner (svarende til 29 kommuner) både screener fædre for fødselsdepression og har målrettede behandlingstilbud til dem. Det betyder, at der på tværs af de 66 adspurgte kommuner årligt er estimeret 1.900 fædre, der har behov for behandling for fødselsdepression, men som bor i en kommune, der ikke har et målrettet tilbud, hvilket kan have afgørende betydning for familiernes trivsel. Da der er 32 kommuner, heriblandt Københavns Kommune, som ikke har svaret på instituttets spørgeskema, vil det reelle tal på landsplan være højere.

Det er instituttets vurdering, at på trods af, at en fødselsdepression kan give forskellige reaktionsmønstre hos kvinder og mænd, og på trods af de åbenlyse fysiske forskelle mellem mænd og kvinder i forbindelse med processen med at blive forældre, så vil en ligestilling af fædre og mødre inden for dette område kunne bidrage til at fremme ligebehandlingen af mænd i forhold til forældreskabet.

Fædre bør således have samme ret til at blive screenet og modtage behandling for fødselsdepression som mødre.

Institut for Menneskerettigheder anbefaler, at:

- kommunerne sikrer fædre screening og behandling for fødselsdepressioner.

2 BAGGRUND

Det er kun ca. 15 år siden, at man i Danmark begyndte at anerkende og undersøge fødselsdepressioner blandt fædre. Hidtil har fokus alene været på mødres fødselsdepressioner eller partnerens oplevelse af dennes fødselsdepression.

Det manglende fokus på fædres rettigheder i forbindelse med fødselsdepression afspejler en generel tendens til, at fædre har haft sværere ved at få anerkendt både deres rolle og deres rettigheder som fædre. Der sker dog en positiv forandring på dette område. I disse år bliver der indført flere tiltag, der sikrer en styrket anerkendelse af farens rolle og rettigheder. Det gælder bl.a. digital post fra myndigheder, der omhandler barnet, som nu skal sendes til begge forældre, at børne- og ungeydelsen pr. 1. januar 2022 deles ligeligt mellem forældrene, og at forældrene ligestilles i antallet af orlovsuger i forbindelse med fødslen af et barn med 24 uger til hver i de nye barselsregler.

Det er ikke lige til at måle forekomsten af fødselsdepressioner. Omfanget afhænger af både metode, fx spørgeskema, såkaldt "cut off" (ved hvilken værdi, man bliver kategoriseret som at vise tegn på depression), kontekst (kultur, land osv.) og hvilken periode før og efter fødslen, som man måler på. Undersøgelser fra Danmark³ vurderer, at cirka 10-12 % af danske mødre og cirka 7-8 % af fædre får en fødselsdepression. Nyere metastudier fra udlandet peger dog på, at forekomst af fødselsdepressioner blandt fædre nok reelt er tættere på de 10 %.⁴ På den baggrund konkluderer Svend Aage Madsen, forskningsleder på Rigshospitalet, at "vi måske i virkeligheden skal forvente, at stort set lige mange mødre og fædre vil kunne blive ramt af en fødselsdepression".⁵

De præcise tal for omfanget af fædre, der bliver ramt af fødselsdepressioner, er præget af usikkerhed og varierer fra land til land. Det skyldes bl.a., at der har manglet forskning i, hvordan de validerede tests bedst indfanger fædre, der viser tegn på en fødselsdepression. På den måde kan man sammenligne med en lignende udvikling på området for depressioner generelt, hvor man historisk set har troet, at kvinder næsten dobbelt så hyppigt rammes af depression. Undersøgelser⁶ peger her på, at forskellene er udtryk for forskelle i diagnosticering, behandling og kontakt til egen læge, hvilket har resulteret i, at alt for mange mænd ikke får den nødvendige hjælp. For eksempel var der i 2019 tre gange så mange mænd, som kvinder, der døde efter at have begået selvmord⁷ og langt flere mænd, der er i stofmisbrugsbehandling.⁸

Forskningen inden for de seneste ti år peger også på, at fædre, ligesom mødre, i forbindelse med det at blive forældre kan opleve ændringer i hormonniveauer, som kan spille sammen med en fødselsdepression.⁹

At blive far kan derfor også komme til at udløse eller forstærke en tilstand af ubehandlet depression. På den måde er det vigtigt at sikre, at mændenes symptomer og tilstand ikke overses to gange – først som mænd og senere som fædre.

FØDSELSDEPRESSION

En fødselsdepression er en relationel lidelse præget af angsttilstande, neurotiske lidelser, depressive eller affektive lidelser og psykotiske lidelser, der bryder ud under graviditeten eller i forbindelse med det at blive forælder efter fødslen. En lang række ting kan spille ind på forekomsten af fødselsdepression, bl.a. hvis man tidligere har lidt af en depression.¹⁰

En fødselsdepression kan have flere grader. En fødselsdepression er ikke en særskilt diagnose i WHO's diagnoseklassificering (ICD-11), men dem, der oplever at have en fødselsdepression, vil kunne blive diagnosticeret med en regulær depression, mens andre ikke vil få den diagnose. Der er derfor udviklet validerede spørgeskemaer, der kan screene for fødselsdepressioner, fx Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Fordi ikke alle oplever at have en regulær depression, benytter man i nogle sammenhænge også termen efterfødselsreaktion eller fødselsreaktion. Det væsentligste i denne sammenhæng er, at tilstanden er behandlingskrævende.¹¹ Ordene er i denne analyse udtryk for samme begreb, men er alle noget misvisende, da reaktionen i højere grad går på det at blive forælder end på selve fødslen. I denne analyse anvender vi termen fødselsdepression, hvilket er den mest hyppigt brugte i både befolkningen og i den viden, der produceres om tilstanden. I rundspørgen til sundhedsplejerskerne benytter vi termen efterfødselsreaktion, da denne term oftere benyttes i kommunerne.

Denne analyse fokuserer på screening og tilbud til mødre og fædre med fødselsdepressioner. Fædres fødselsdepressioner har historisk set været overset, og forskning peger på, at mænd og kvinder reagerer forskelligt på det at få en fødselsdepression. For mænd kan det fx være udadreagerende adfærd, misbrug (oftest alkohol), isolation fra nære relationer eller afvisning af hjælp,¹² hvilket er en vigtig viden i forhold til den behandling, der tilbydes.

FAMILIEFORMER

Der findes i dag mange forskellige måder at være familie på. Nogle familier består af en far og en mor, mens andre familier har flere sociale forældre end to, soloforældre, to mødre eller to fædre. Reaktionen på det at blive forælder er på en og samme tid meget universelle og samtidig meget kontekstafhængige, idet en medmor fx ikke nødvendigvis vil have samme oplevelse som den fødende forælder. Selvom denne analyse har fokus på familier bestående af en mor og/eller en far, er det i Sundhedsstyrelsens kommende nationale strategi i forhold til forældre med fødselsdepressioner vigtigt at indtænke andre familieformer som fx medfædre og medmødre. Med dette in mente benytter vi dog begreberne mødre og fædre i denne analyse.

Det er den kommunale sundhedsplejes opgave at foretage en screening af tegn på fødselsdepressioner, hvilket oftest sker ved besøg seks-otte uger efter barnets fødsel. Det gøres via et valideret spørgeskema, og der er ikke tale om diagnosticering. Viser en forælder tegn på fødselsdepression, kan sundhedsplejersken enten henvise forælderen til kommunens tilbud (gruppetilbud, familiebehandling mv.) eller anbefale forælderen at gå til egen læge. Dansk forskning på området peger dog på, at screening med fordel kan foretages tidligere og i løbet af graviditeten, da man allerede her kan opdage og behandle for tegn på fødselsreaktioner.¹³

Med finansloven for 2019¹⁴ blev der afsat penge til, at Sundhedsstyrelsen i perioden 2019-2022 udvikler en national strategi for forældre med fødselsdepressioner. Med indsatsen ønskede man, at "styrke og fokusere indsatsen over for fødselsdepressioner for at sikre, at forældre med fødselsdepression får den nødvendige støtte og behandling, samt at der tages hånd om barnet, hvis forældre har en fødselsdepression." Arbejdet er blevet forsinket grundet COVID-19.

Det er oplagt, at denne analyse og anbefalinger kan spille ind i Sundhedsstyrelsens arbejde med den nationale strategi for forældre med fødselsdepressioner.

3 ANALYSE AF KOMMUNERNES PRAKSIS

Institut for Menneskerettigheder har udarbejdet et kort spørgeskema, som er rundsendt til ledende sundhedsplejersker i de 98 kommuner. Skemaet er rundsendt med hjælp fra FALS – Foreningen for Ledere af Sundhedsordninger for Børn og Unge i Danmark. Efterfølgende er kommunerne blevet ringet op af Institut for Menneskerettigheder, hvor de er blevet tilbudt at gennemgå spørgeskemaet pr. telefon, eller der er blevet sendt en opfølgende mail. I alt har 66 kommuner besvaret hele spørgeskemaet (53 fulde besvarelser og 13 delvise besvarelser). De resterende kommuner har ikke besvaret vores mails eller opkald.

Spørgeskemaet omhandler kommunernes praksis på området for fødselsdepressioner med fokus på fædre, herunder hvilke barrierer de vurderer, der er for at tilbyde både screening og målrettede tilbud til fædre. Vi spørger også ind til, hvilke ønsker sundhedsplejerskerne har til en kommende national strategi for området. Ud over at have fokus på fædrene spørger vi ind til, hvilken betydning COVID-19-epidemien ifølge sundhedsplejerskerne har haft for forekomsten af efterfødselsreaktioner.

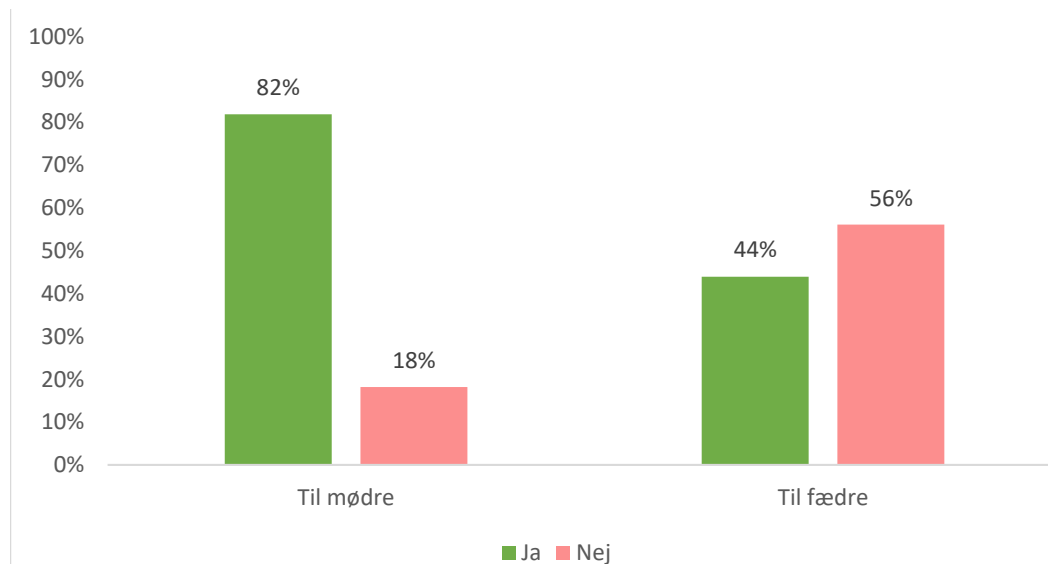
UNDER HALVDELEN AF ADSPURGTE KOMMUNER BÅDE SCREENER FÆDRE OG HAR MÅLRETTEDE TILBUD

Samtlige af de adspurgte kommuner screener mødre for fødselsreaktioner, mens 14 % (ni kommuner) stadig ikke tilbyder screening til fædre. Samtidig har 82 % (54 kommuner) tilbud målrettet mødre, mens kun ca. halvdelen af de adspurgte kommuner (47 %) har målrettede tilbud til fædre.

Screeningen er et vigtigt værktøj til at opspore, hvem der har brug for yderligere støtte i den store omvæltning, det er at blive forælder. Men screening kan ikke stå alene. Den skal bruges til at opdage tegn på efterfødselsreaktion, så man derefter kan give personen den rette behandling.

Samlet set har 82 % (svarende til 54 kommuner) både screening af og tilbud til mødre, mens det for fædrene er betydeligt lavere, nemlig 44 % (svarende til 29 kommuner).

FIGUR 1: ANDEL AF KOMMUNER, DER BÅDE SCREENER OG HAR MÅLRETTEDE TILBUD TIL HENHOLDSVIS MØDRE OG FÆDRE



Antal kommuner = 66.

SCREENING FOREGÅR VED HJEMMEBESØG I DAGTIMERNE

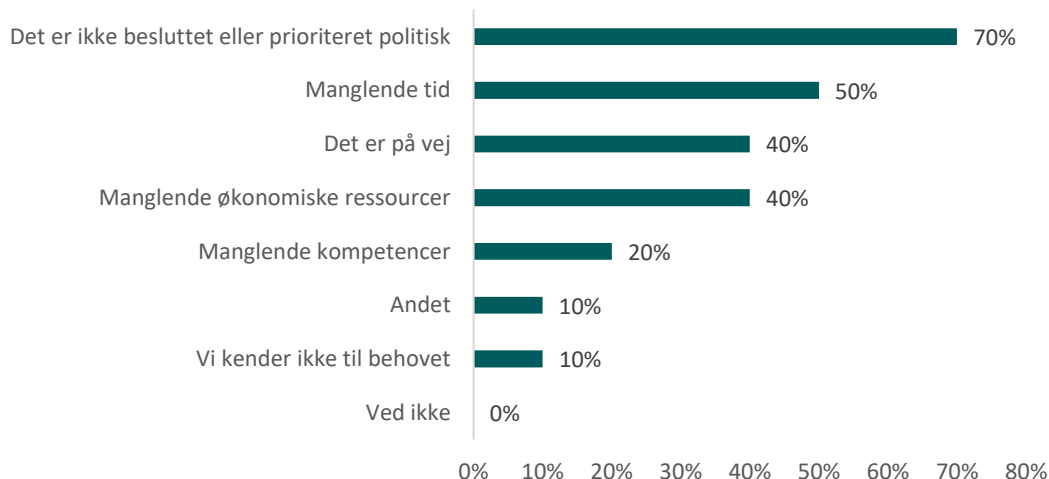
Samtlige kommuner, der screener fædre, med undtagelse af én, gør det samtidig med, at de screener mødre. Det betyder ifølge flere af sundhedsplejerskerne, at far ofte ikke vil være hjemme – medmindre der stærkt opfordres til det – da dette møde ligger i arbejdstiden. En undersøgelse fra Forum for mænds sundhed (2015)¹⁵ baseret på data for 12.656 besøg ved nye familier viste også, at kun 34 % af nye fædre var til stede ved andet besøg fra sundhedsplejersken. Nogle kommuner har forsøgt at modvirke dette ved fx at omdøbe besøget til "forældrenes besøg" og give mere tid til hjemmebesøget.

Det er ikke nok at tilbyde screening. Man skal også sikre, at screeningen tilrettelægges på en måde, hvorpå begge forældre kan deltage, og at der opfordres til dette.

MANGLENDE POLITISK PRIORITERING

Af begrundelserne for ikke at screene svarer de adspurgte sundhedsplejersker hyppigst: "Det er ikke besluttet eller prioriteret politisk," og herefter: "Manglende tid" og "Manglende økonomiske ressourcer".

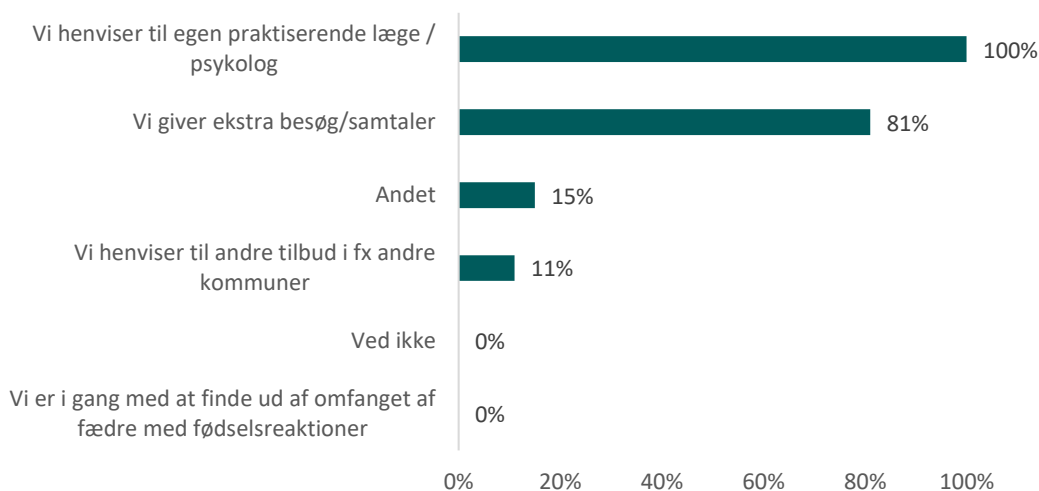
FIGUR 2: HVORFOR SCRENER I IKKE FOR EFTERFØDSELSREAKTIONER BLANDT FÆDRE? (DU KAN SÆTTE FLERE KRYDS)



Antal kommuner = 10.

Mens størstedelen af kommunerne (82 %) tilbyder screening til fædre, er det mindretallet, der har målrettede tilbud til fædre med efterfødselsreaktioner. I tilfælde af, at fædre screenes positive for efterfødselsreaktioner, bliver de oftest henvist til egen praktiserende læge med henblik på samtaler med en psykolog. Alternativt tilbyder kommunen ekstra besøg eller samtaler med sundhedsplejersken (se figur 3).

FIGUR 3: HVAD GØR I DA MED DE FÆDRE, DER VISER TEGN PÅ EFTERFØDSELSREAKTIONER? (DU KAN SÆTTE FLERE KRYDS)



Alene de kommuner, der ikke har målrettede tilbud til fædre. Antal kommuner = 27.

Får man som far en henvisning til psykolog gennem sygesikringen, var der ifølge Dansk Psykolog Forening i maj 2021 en ventetid på hele 3,5 måneder.¹⁶ Fædre risikerer dermed at få hjælpen for sent, men også at gå glip af at kunne spejle sig i andre fædre, som det blandt andet er meningen med gruppetilbud i kommunerne.

DE STØRSTE KOMMUNER HAR INGEN TILBUD MÅLRETTET FÆDRE

I fire af de fem største kommuner i Danmark, Odense, Aarhus, Aalborg og Vejle, er der ingen kommunale tilbud målrettet fædre med fødselsdepressioner. Københavns Kommune har ikke besvaret undersøgelsen.

Flere mindre kommuner giver dog udtryk for, at de gerne ville kunne tilbyde mere målrettede tilbud, men at det på grund af kommunens størrelse vil være svært at tilbyde gruppeforløb.

”Vi vil gerne skabe et tilbud, men det kræver noget mere logistik, da vi har et relativt lille fødselstal og derfor skal indgå samarbejde med en anden kommune, hvis vi skal etablere et gruppetilbud.”

- Ledende sundhedsplejerske i kommune

Der er dog, som tallene for de fire store kommuner viser, ikke umiddelbart nogen sammenhæng mellem størrelse og tilbud.

MINDST 2.000 FÆDRE MED EFTERFØDSELSDEPRESSIONER BOR HVERT ÅR I KOMMUNER UDEN TILBUD

På baggrund af kommunernes svar og tal for fødte børn i 2020 fordelt på kommuner fra Danmarks Statistik er det muligt at vurdere, hvor mange fædre der potentielt årligt går glip af tilbud målrettet fædre med fødselsdepressioner i de 66 adspurgte kommuner.

Baseret på besvarelserne fra de 66 kommuner er der årligt 1.859 fædre, der vil opleve at få en efterfødselsreaktion og bor i en kommune, hvor der ikke eksisterer tilbud målrettet fædre. Det reelle tal på landsplan for de 98 kommuner vil derfor være langt højere.

TABEL 1: ESTIMERET ANTAL FÆDRE MED FØDSELSDEPRESSION, DER BOR I KOMMUNER, DER IKKE HAR TILBUD MÅLRETTET DEM

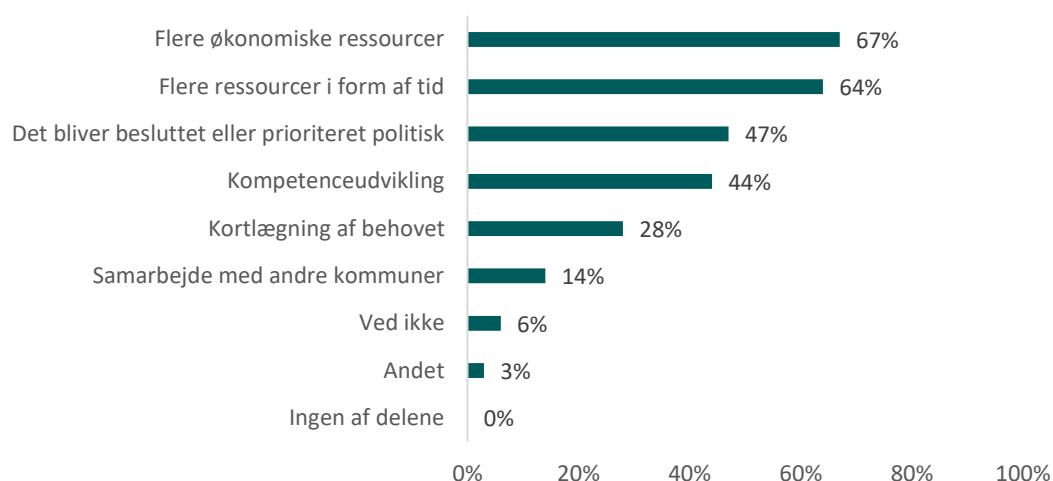
	ANTAL FØDTE BØRN I 2020	ESTIMERET ANDEL FÆDRE MED EFTERFØDSELSREAKTION	ESTIMERET ANTAL FÆDRE MED EFTERFØDSELSREAKTION
KOMMUNER UDEN TILBUD MÅLRETTET FÆDRE MED EFTERFØDSELSREAKTION	23.236	8 %	1.859
KOMMUNER MED TILBUD MÅLRETTET FÆDRE MED EFTERFØDSELSREAKTION	14.078	8 %	1.126

Baseret på besvarelser fra 61 kommuner, der har svaret enten "ja" eller "nej" til at have tilbud. Kommuner, der ikke har svaret på undersøgelsen eller har svaret "ved ikke", er udeladt. Sammenkoblet med tal for fødsler i 2020 fra statistikbanken.dk (FODIE).

ØNSKER OM ØGET POLITISK PRIORITERING, MERE TID OG KOMPETENCELØFT

De fleste sundhedsplejersker peger på, at de for at kunne tilbyde fædre både screening og målrettede tilbud har behov for flere ressourcer (tid og økonomi), kompetenceudvikling og politisk prioritering.

FIGUR 4: HVAD SKULLE DER TIL FOR, AT I KUNNE TILBYDE FÆDRE BÅDE SCREENING OG MÅLRETTEDE BEHANDLINGSTILBUD FOR EFTERFØDSELSREAKTIONER I JERES KOMMUNE? (DU KAN SÆTTE FLERE KRYDS)



Antal kommuner = 27.

”Jeg mener, at det burde være en skalopgave. Ville være meget fint, at der fra national politisk side og via Sundhedsstyrelsen kom mere fokus på, at sundhedsfremme og forebyggelse ikke skal være en kan-opgave, men politisk bestemt (...). Er det [en kan-opgave], så vil små, fattige kommuner og dem uden visioner på forebyggelsesstrategien nedprioritere dette, selvom det på sigt er meget billigere at forebygge end at reparere.”

- Ledende sundhedsplejerske i kommune

Nogle sundhedsplejersker understreger, at den nyeste viden peger på, at en fødselsdepression allerede kan opdages i løbet af graviditeten, og at det derfor i et fremtidigt arbejde med at forebygge fødselsdepressioner er vigtigt, at der sættes tidligt ind.

Flere sundhedsplejersker nævner også vigtigheden af, at fædre ikke har samme behov som mødre, hvorfor der er brug for målrettede tilbud til dem. Det kan fx ske ved, at det er en mand, der leder gruppetilbuddet, eller at nogle fædre, der er mindre tilbøjelige til at ville deltage i gruppetilbud, i stedet kan få individuelle forløb.

”Det er vigtigt, at indholdet i gruppen bliver designet af og til mænd. Vi tror på, at der er en mand med i gruppen, så der er en, der er lettere at spejle sig i. Det kan også være, at sundhedsplejerskerne skal have en målrettet kompetenceudvikling i forhold til at lave grupper for mænd. Dette har vi ikke tradition for at gøre, og det kan forekomme svært for en sundhedsplejerske.”

- Ledende sundhedsplejerske i kommune

Disse pointer er i tråd med den aktuelle forskning på området, der netop understreger, at fædres fødselsdepressioner både opdages og skal behandles på en anden måde end mødres.¹⁷

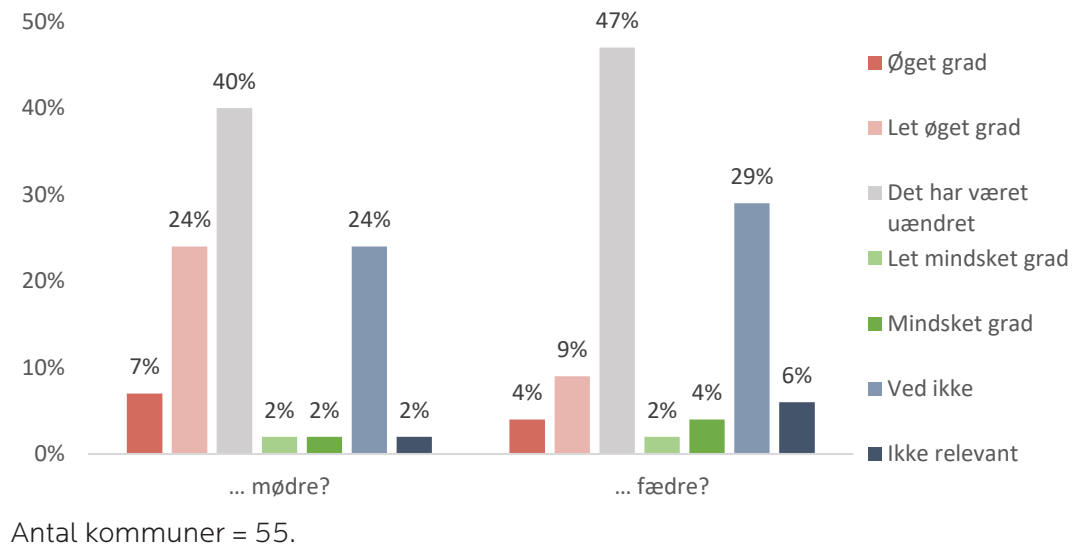
COVID-19 HAR BETYDET FLERE EFTERFØDSELSREAKTIONER

COVID-19-pandemien har haft en helt særlig betydning for mange og har ramt forskelligt i forhold til den livsfase, man befinder sig i. Medierne har bl.a. haft fokus på, at det for nye forældre har betydet en blanding af ro, bekymringer og isolation på én gang. Det har dog også betydet, at flere kommuner har været nødsaget til at stoppe tilbud som fx gruppeforløb for forældre, der er ramt af efterfødselsreaktioner, og der har været begrænsninger på omfang af hjemmebesøg.

Derfor har vi også spurgt sundhedsplejerskerne ind til, hvilken betydning de vurderer, at COVID-19-pandemien har haft for forekomsten af efterfødselsreaktioner blandt mødre og fædre.

31 % vurderer, at det har betydet øget eller let øget forekomst af efterfødselsreaktioner blandt mødre, mens 13 % vurderer det samme for forekomsten blandt fædre. Meget få vurderer, at det har haft en positiv effekt i form af færre efterfødselsreaktioner.

FIGUR 5: HVILKEN BETYDNING VURDERER DU, AT COVID-19-PANDEMIEN HAR HAFT FOR FOREKOMSTEN AF EFTERFØDSELSREAKTIONER BLANDT ...



4 RETTEN TIL SUNDHED OG LIGEBEHANDLING

Retten til sundhed og ligebehandling fremgår af menneskeretten, EU-retten og de danske ligestillingsregler.

RETEN TIL SUNDHED ER EN MENNESKERET, SOM FASTSÆTTER DE OVERORDNEDE RAMMER

Retten til sundhed er en menneskerettighed, som er beskrevet i en lang række internationale konventioner.¹⁸ Det forhold, at retten til sundhed er en menneskerettighed, indebærer ikke, at den enkelte patient er berettiget til hvilken som helst behandling. Hvilken behandling og hvilke sundhedstilbud, der skal stilles til rådighed, afhænger i høj grad af, hvilke ressourcer staten har til rådighed, og vil i praksis ofte bero på en politisk prioritering af ressourcerne.

Konventionerne medfører således ikke som udgangspunkt, at staten eller kommunerne skal fastsætte et bestemt niveau for sundhedsydelse i Danmark.

Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK) indeholder ikke nogen udtrykkelig ret til sundhed, men har alligevel relevans for sundhedsområdet, fordi et afslag på sundhedsbehandling kan udgøre et indgreb i retten til privatliv og dermed være omfattet af diskriminationsforbuddet, der knytter sig til alle rettighederne i konventionen, jf. EMRK artikel 14. Det vil sige, at også i de situationer, hvor EMRK ikke direkte forpligter den danske stat til at tilbyde en bestemt behandling, kan EMRK stadig finde anvendelse og sætte rammer for, hvordan og på hvilke vilkår behandling skal gives.¹⁹

Uanset den danske stat ikke er forpligtet menneskeretligt til at tilbyde screening og behandling for fødselsdepression, så gælder der dermed alligevel en forpligtelse til at undgå at diskriminere, når der gives et tilbud som behandling mod fødselsdepression, og til at sikre, at der ikke sker ulovlig forskelsbehandling på grund af køn.

FORSKELSBEHANDLING KAN GODT VÆRE LOVLIG PÅ GRUND AF DE FYSISKE FORSKELLE MELLEM MÆND OG KVINDER

Forbuddet mod kønsdiskrimination er et grundlæggende princip i dansk ret og er ikke alene beskyttet i de internationale konventioner. Forbuddet er også detaljeret reguleret i den danske ligebehandlingslovgivning.

Forbuddet mod kønsdiskrimination er blandt andet beskyttet i ligestillingsloven, der finder anvendelse for kommunernes udbud af sundhedsydelser og behandling. Det vil sige, at når kommunerne udbyder sundhedsydelser og tilrettelægger tilbud som behandling mod fødselsdepression, skal det ske på en måde, som respekterer og overholder forbuddet mod kønsdiskrimination i ligestillingsloven, jf. ligestillingslovens § 1a, stk. 1, jf. kapitel 2.

Lovens forbud mod forskelsbehandling omfatter efter § 2, stk. 2, direkte forskelsbehandling, som er det forhold, at en person på grund af sit køn behandles ringere, end en anden bliver, er blevet eller ville blive behandlet i en tilsvarende situation. Ved vurderingen af, om et sundhedstilbud, som alene er målrettet kvinder, er diskriminerende over for mænd, skal der altså foretages en vurdering af, hvorvidt kvinder og mænd befinder sig i en tilsvarende situation i forhold til det pågældende tilbud.

For så vidt angår retten til lige ydelser inden for sundhed, er sammenligningen ikke lige til, da mænd og kvinder har forskellige biologiske og fysiske karakteristika og derfor ikke i alle sammenhænge befinder sig i tilsvarende situationer (som fx i forbindelse med graviditet, hvor kvinden har et særligt behov for barselsorlov i forbindelse med, at kvinden skal føde barnet).

Det følger således også udtrykkeligt af betragtning 12 i det underliggende EU-direktiv (2004/113/EF)²⁰ til ligestillingsloven, at forskelle i kvinders og mænds ret til ydelser inden for sundhedsplejen ikke udgør diskrimination, når forskellene skyldes de fysiske forskelle mellem kvinder og mænd.

Ligebehandlingsnævnet har kompetence til at træffe afgørelser i sager om forskelsbehandling på grund af køn efter ligestillingsloven. Nævnet har i en række sager afgjort, at kvinder og mænd ikke befandt sig i sammenlignelige situationer i forhold til konkrete sundhedstilbud, og at der dermed ikke forelå diskrimination, uanset at kvinder og mænd var stillet forskelligt i forhold til de pågældende tilbud. Ligebehandlingsnævnet har bl.a. afvist, at det forhold, at faren, men ikke moren, skulle betale for at få stillet en seng til rådighed på hospitalet efter fødslen, udgjorde diskrimination.²¹ På samme vis har nævnet afvist, at det udgjorde diskrimination, at kun piger (og ikke drenge) fik stillet gratis HPV-vaccine til rådighed.²²

Det har været kendetegnende for de sager, som Ligebehandlingsnævnet har afgjort, at nævnet har lagt afgørende vægt på, at en sundhedsfaglig vurdering pegede på, at der var fysiske forskelle mellem mænd og kvinder, der kunne begrunde, at der ikke forelå en sammenlignelig situation.

FÆDRE BØR SIKRES SCREENING OG MÅLRETTET BEHANDLING

Der eksisterer i dag viden, som peger på, at en fødselsdepression er en reaktion på det at blive forælder, og at mænd i næsten lige så høj grad kan rammes af en fødselsdepression i forbindelse med det at blive forælder. Som beskrevet ovenfor viser nyere undersøgelser, at ca. 10-12 % af danske mødre årligt får en fødselsdepression, mens tallet for fædre er op imod 10 %.²³

Sundhedsstyrelsen har ligeledes i deres vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge fra 2019²⁴ påpeget, at "både mænd og kvinder kan få fødselsdepressioner, men reaktionsmønstrene kan være forskellige." Samtidig siger vejledningen, at "på grund af de alvorlige konsekvenser af ubehandlet fødselsdepression for mor, barn og far er det vigtigt, at tilstanden opdages tidligt,

så familien kan tilbydes hjælp. (...) Sundhedspersonalet skal være opmærksomt på tegn på angst og fødselsdepression hos både kommende og nye forældre.”

Kommunernes svar på vores spørgeskema viser, at alt for mange mænd ikke får den nødvendige hjælp, når de rammes af en fødselsdepression. Analysens fund ligger således på linje med øvrige undersøgelser, der viser ulighed i mænds sundhed, fx at mænd sjældnere får behandling for depression, og at mænd tre gange så hyppigt som kvinder dør efter at have begået selvmord.²⁵ Der er derfor tale om et område, hvor mænds reaktioner ofte overses, hvilket kan have store konsekvenser for den enkelte forælder, familien og barnet.

På baggrund af den eksisterende viden om mænd og fødselsdepressioner og det dokumenterede behov for screening og målrettede tilbud er der meget, som taler for, at kommunerne i højere grad bør foretage screening og målrettede tilbud til behandling for fødselsdepression til fædre.

Fædre og mødre kan reagere forskelligt på en fødselsdepression, men begge grupper har et behandlingsbehov og behov for tidlig opsporing. Under en graviditets- og barselsperiode er der for kvinder en større risiko for at udvikle depression end på andre tidspunkter i livet. Det skyldes bl.a., at graviditet og fødsel har stor hormonel påvirkning af kroppen. Gravide og fødende kvinder står derfor i en særlig sårbar og udsat situation, når et barn fødes. Men forskning viser ligeledes, at også fædre i forbindelse med det at blive forælder kan opleve ændringer i hormonniveauer, der både har til formål at styrke far-barn-forholdet, men som også kan spille sammen med en fødselsdepression.²⁶

Fødselsdepression kan derfor betragtes som en relationel lidelse, der kan begynde både før fødslen og efter fødslen, og som kan udgøre en psykisk reaktion på det forhold, at et barn kommer til verden, og at man indtræder i en ny rolle som forælder.

På den baggrund er det vores vurdering, at på trods af, at en fødselsdepression kan give forskellige reaktionsmønstre hos kvinder og mænd, og på trods af de åbenlyse fysiske forskelle mellem mænd og kvinder i forbindelse med processen med at blive forælder, så vil en ligestilling af fædre og mødre inden for dette område kunne bidrage til at fremme ligebehandlingen af mænd i relation til forældreskabet.

På den baggrund anbefaler Institut for Menneskerettigheder, at mænd ligestilles med kvinder, når der foretages screening for og tilbydes behandling af fødselsdepression i forbindelse med fødslen af et barn.

SLUTNOTER

- 1 Se mere herom på s. 3 og i slutnote 3-5.
- 2 Sundhedsstyrelsen (2019). Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Tilgængelig via: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Forebyggende-sundhedsydelse-til-b%C3%B8rn/Vejledning-om-Forebyggende-sundhedsydelse-3-udg.ashx?la=da&hash=C1CFF30B5D2172708E6272AA114A85B5B990FE1F>
- 3 Svend Aage Madsen (2018). Guide til behandling af fædre med fødselsdepression, s. 30.
Johanne Schmidt-Nielsen m.fl. (2018). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. MC Psychiatri.
- 4 Rao WW, Zhu XM, Zong QQ, Zhang Q, Hall BJ, Ungvari GS, Xiang YT (2020). Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. Journal of Affective Disorders. 15;263:491-499.
Jonathan R. Scarff (2019). Postpartum depression in Men. Innovations in Clinical Neuroscience.
J. F. Paulson og S. D. Bazemore (2010). Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. JAMA.
- 5 Svend Aage Madsen (2018). Guide til behandling af fædre med fødselsdepression, s. 30.
- 6 Se blandt andet: Lis Raabæl Olsen, Povl Munk-Jørgensen og Per Bech (2007). Forekomsten af depression i Danmark. Ugeskrift for læger, 169(16).
Svend Aage Madsen (2013). Mænds psykiske problemer er underbehandlere. I: BestPractice. Bind 1, Nr. 4. s. 32-33.
- 7 Danmarks Statistik. Statistikbanken. Ligestillingsindikator for døde efter dødsårsag, tid og indikator. Tilgængelig via: <http://statistikbanken.dk/lige5>.
- 8 Danmarks Statistik. Stofmisbrugsbehandling. Tilgængelig via: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/sociale-forhold/social-stoette/stofmisbrugsbehandling>
- 9 Jonathan R. Scarff (2019). Postpartum depression in Men. Innovations in Clinical Neuroscience, tabel 2.
P. Kim og J. E. Swain (2007). Sad dads: paternal postpartum depression. Psychiatry, 4(2), s. 35-47.
- 10 Jonathan R. Scarff (2019). Postpartum depression in Men. Innovations in Clinical Neuroscience.
- 11 Svend Aage Madsen (2018). Guide til behandling af fædre med fødselsdepression, s. 22.
- 12 Mere herom i Svend Aage Madsen (2018). Guide til behandling af fædre med fødselsdepression, s. 52.
- 13 Svend Aage Madsen (2018). Guide til behandling af fædre med fødselsdepression, s. 22.
- 14 Sundheds- og Ældreministeriet (2018). Faktaark – Styrket indsats over for

- fødsels-depression. Tilgængelig via: <https://sum.dk/Media/0/E/Styrket-indsats-over-for-foedselsdepressioner-faktaark.pdf>
- 15 Forum for Mænds Sundhed (2017). Fædre og sundhedsvæsenet, s. 14.
 - 16 Dansk Psykolog Forening (2021). Ventetiden til psykologbehandling sætter rekord. Tilgængelig via: <https://www.dp.dk/ventetiden-til-psykologbehandling-saetter-rekord/>
 - 17 Svend Aage Madsen (2018). Guide til behandling af fædre med fødselsdepression.
 - 18 Se bl.a. artikel 5 i FN's Racediskriminationskonvention, artikel 11 og 12 i FN's Kvindekonvention og artikel 24 i FN's Børnekonvention.
 - 19 Se bl.a. Jon Fridrik Kjølbro (2017). Den Europæiske Menneskerettighedskonvention for praktikere, s. 1149-1150.
 - 20 EU-direktivet 2004/113/EF af 13. december 2004 om gennemførelse af princippet om ligebehandling af mænd og kvinder i forbindelse med adgang til og levering af varer og tjenesteydelser.
 - 21 Ligebehandlingsnævnets afgørelse af 21. januar 2015. J.nr. 2014-6811-43525.
 - 22 Ligebehandlingsnævnets afgørelse af 18. oktober 2012. Kendelse nr. 9586.
 - 23 Svend Aage Madsen (2018). Guide til behandling af fædre med fødselsdepression, s. 30.
Jonathan R. Scarff (2019). Postpartum depression in Men. Innovations in Clinical Neuroscience.
P. Kim og J. E. Swain (2007). Sad dads: paternal postpartum depression. Psychiatry, 4(2), s. 35-47.
 - 24 Sundhedsstyrelsen (2019). Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Tilgængelig via: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Forebyggende-sundhedsydelser-til-b%C3%B8rn/Vejledning-om-Forebyggende-sundhedsydelser-3-udg.ashx?la=da&hash=C1CFF30B5D2172708E6272AA114A85B5B990FE1F>
 - 25 Se slutnote 6.
 - 26 Jonathan R. Scarff (2019). Postpartum depression in Men. Innovations in Clinical Neuroscience, tabel 2.

INSTITUT FOR
MENNESKE
RETTIGHEDER

