Screenen naar perinatale depressie in de huisartsenpraktijk

Haio: VAN DEN BERGH Laura , KUL
Promotor:
Praktijkopleider: Op De Beeck Pieter , Van Roy Karen

Context: Een perinatale depressie is één van de meest voorkomende zwangerschapscomplicaties. Studies wijzen uit dat tot 60% van de gevallen zouden miskend worden indien we enkel screenen bij vrouwen waarvan we denken dat ze depressief zijn. De huidige richtlijn van Domus Medica adviseert reeds om depressieve stemming na te vragen aan de hand van 2 korte vragen, die opgenomen werden in de Whooley-vragenlijst. In het voorstel van resolutie van het Vlaamse Parlement in 2015 betreffende de vroegdetectie en behandeling van postnatale depressie werd onder andere de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) voorgesteld als screeningsinstrument.

Onderzoeksvraag: Dit onderzoek wil nagaan of de huisarts de geschikte persoon is om systematisch te screenen naar een perinatale depressie en of screening aan de hand van de EPDS haalbaar is in de huisartsenpraktijk.

Methode: Er werd een actie-onderzoek opgezet om de EPDS te implementeren in de huisartsensetting. Om dit te evalueren werd een kwalitatieve onderzoekscomponent gebruikt, waarin een focusgroep werd opgericht bestaande uit 6 huisartsen. Zij genoten eerst een opleiding omtrent het onderwerp. Daarna screenden zij systematisch gedurende 4 maanden, na schriftelijke toestemming, aan de hand van de EPDS bij alle vrouwen in het peripartum. De screening vond plaats vanaf 12 weken zwangerschap tot 6 maanden na de bevalling. Er werd ook een demografische vragenlijst afgenomen bij alle vrouwen. Na afloop van de screening werd een focusgroepgesprek georganiseerd. De kwalitatieve analyse van dit gesprek gebeurde aan de hand van grounded theory. Alle patiënten die instemden met de screening, kregen via email een vrijblijvende vraag om anoniem deel te nemen aan een tevredenheidsenquête.

Resultaten: Allereerst lijkt de huisarts geschikt om te screenen omwille van de vertrouwensband, de achtergrond kennis wat betreft patiënt enerzijds en pathologie anderzijds, en de toegankelijkheid als eerste lijnszorg. Helaas gaan deze voordelen verloren omdat de huisarts het contact met de patiënt tijdens en na de zwangerschap verliest, doordat de opvolging vaak gebeurt door andere hulpverleners. Het enige moment dat bijgevolg opportuun lijkt om te screenen is bij de kinkhoestvaccinatie tussen 24 en 28 weken zwangerschap. De implementatie van de EPDS in de huisartsenpraktijk verliep vlot na de opleiding. De focusgroep vond dit een goed instrument, wanneer er een juiste omkadering is zodat de huisarts en de patiënt het nut van de screening begrijpen. Daarom is er nood aan sensibilisatie. Tenslotte stelden we vast dat ook de patiënt dit een goed te begrijpen instrument vond en niet te uitgebreid. De onderzoekscohorte bestond uit 49 vrouwen, waarvan 6,12% positief scoorde bij een cut-off van 13.

Conclusie: We kunnen uit onze studie besluiten dat er volgens de groep huisartsen die intensief screenden nood is aan een duidelijke richtlijn waar de EPDS geïmplementeerd wordt op een vast tijdstip om zo meer te sensibiliseren bij arts en patiënt. De contacten tussen huisarts en patiënt lijken af te nemen tijdens en na de zwangerschap, het enige vaste moment dat opportuun lijkt om te screenen is bij de kinkhoestvaccinatie. Postpartum lijkt het niet evident een vast moment te vinden. De EPDS wordt ervaren als een goed instrument door huisarts en patiënt. Door zijn uitgebreidheid biedt het meer diepgang, ondanks dat het maar 5 minuten duurt om af te nemen.