KU LEUVEN

FACULTEIT GENEESKUNDE

SCREENEN NAAR PERINATALE DEPRESSIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Auteur: Laura Van den Bergh

Promotor: Prof. dr. Titia Hompes

Masterproef huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2016-2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

INHOUD

Abstract 4
Inleiding 5
Methode 6
Resultaten 8
Discussie 16
Conclusie 19
Dankwoord 20
Referenties 21
Bijlagen 22

ABSTRACT

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.

Doel 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 arts en patiënt. Door zijn uitgebreidheid biedt het meer diepgang, ondanks dat het maar 5 minuten duurt om af te nemen.

INLEIDING

Een perinatale depressie (PD) is één van de meest voorkomende zwangerschapscomplicaties met een prevalentie van 10-20% (1, 2). Een zwangerschap is een belangrijke levensgebeurtenis en de overgang naar ouderschap zorgt voor een enorme impact op het leven. Wanneer de moeder tijdens de zwangerschap aan stress, angst of depressie wordt blootgesteld, maakt dit haar en het (ongeboren) kind kwetsbaar. In de literatuur wijzen studies op het negatieve effect van maternele perinatale stress op de neurocognitieve en socio-emotionele ontwikkeling van het kind (3). Ook postpartum heeft een depressie een negatieve invloed op moeder-kind-interacties, waardoor het kind emotionele en gedragsmatige ontwikkelingsstoornissen kan ontwikkelen. Bij baby's en kleuters zijn er meer slaapproblemen en een heviger temperament. Op later leeftijd is er een zwakker cognitief functioneren, meer psychiatrische aandoeningen en een grotere onzekerheid bij hechting in relaties (2, 4).

De mechanismen onderliggend aan perinatale depressie zijn tot op heden niet helemaal duidelijk, vele vragen zijn hier nog onbeantwoord. Biologisch lijkt een antwoord te liggen in de hormonale veranderingen in het lichaam van de moeder, maar ook in de immunologische veranderingen (5, 6). Een voorafgaande depressieve episode en weinig sociale steun zijn belangrijke risicofactoren voor een perinatale depressie (1, 7). Andere risicofactoren zijn antenatale angst, een slechte partnerrelatie, stressvolle levensgebeurtenissen, een lage socio-economische status en een ongewenste zwangerschap (4).

In België worden jaarlijks ongeveer 124 000 kinderen geboren, dit wil zeggen dat 12 400 tot 24 800 vrouwen jaarlijks een risico lopen op het ontwikkelen van een perinatale depressie (8). Helaas worden minder dan 50% van de postpartum depressies gediagnosticeerd door de eerstelijnszorg (7). Nochtans is vroege herkenning belangrijk voor behandeling. Studies wijzen uit dat door te screenen, al dan niet in combinatie met een interventie, er een relatieve risico-reductie is van 18% tot 59% of een 2,1% tot 9,1% absolute risicoreductie voor het risico op een depressie bij follow-up 3 tot 5 maanden later (9). Het is verder ook aangetoond dat de ernst van de negatieve uitkomst bij kinderen van moeders met een depressie gekoppeld is aan de duur van de depressie. Tot 30% zou na 1 jaar nog steeds depressief zijn en bij 38% zou er een chronische depressie zich opdringen (10).

In 2015 publiceerde de Vlaamse Overheid een voorstel van Resolutie dat oproept om gerichte sensibiliseringscampagnes te organiseren over perinatale depressie, om initiatieven te organiseren om de kennis van huisartsen en gynaecologen te verhogen, om een screeningsinstrument te introduceren en om een medische richtlijn te ontwikkelen voor adequate screening en behandeling. Systematische screening naar een bepaalde pathologie kan enkel gerechtvaardigd worden indien er aan enkele basisvoorwaarden wordt voldaan (4). Ten eerste is de conditie frequent en heeft PD een slechte outcome. Ten tweede zullen er door de screening meer gevallen worden geïdentificeerd, dan wanneer er niet gescreend wordt. We zouden tot 60% van de gevallen missen indien we enkel screenen bij vrouwen waarvan we denken dat ze depressief zijn. Een derde voorwaarde is dat er een effectieve behandeling moet bestaan en dat deze beschikbaar moet zijn. Er is bewijs dat door screenen te combineren met interventie de prevalentie van depressieve symptomen kan verminderd worden

van 10% naar 6% (11). Een laatste voorwaarde is dat de behandeling gevolgd moet worden. Er moet dus een goede follow-up of doorverwijzing voorzien zijn (12).

In de literatuur is er evidentie dat een systematische perinatale screening de depressieve symptomen kan reduceren en zo de prevalentie van een depressie kan verminderen (9). De huisarts speelt een centrale rol in de levenscyclus van de patiënt. Hij lijkt dan ook een belangrijke rol te kunnen spelen in de detectie van een perinatale depressie, aangezien hij zo dicht bij de patiënt staat. De huidige richtlijn voor huisartsen opgemaakt door Domus Medica adviseert reeds om een depressieve stemming na te vragen aan de hand van de Whooley vragen, dit is gebaseerd op de NICE richtlijnen van 2007 (13, 14). In het voorstel van resolutie van de Vlaamse overheid in 2015 werd de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) voorgesteld als screeningsinstrument. De EPDS is de enige schaal die voldoende onderzocht is om een meta-analyse te kunnen uitvoeren en zo een gepoolde schatting te maken van specificiteit en sensitiviteit. Met een Cut Off van 13 is er een sensitiviteit tussen 0,67 (95% CI, 0,18-0,96) tot 1,00 (95% CI, 0,67-1,00) en een specificiteit van 0,87 of hoger (9). De EPDS is een eenvoudige vragenlijst bestaande uit 10 vragen, waar de vrouw 1 uit 4 antwoorden kan kiezen naargelang haar stemming de afgelopen 7 dagen (cf bijlage 3).

Dit onderzoek wil nagaan of de huisarts de juiste persoon is om te screenen en/of systematische screening aan de hand van de EPDS haalbaar is in de Vlaamse huisartsenpraktijk.

METHODE

Dit onderzoeksopzet is een actie-onderzoek waarbij wordt gekeken of ten eerste de huisarts de geschikte zorgverlener is om te screenen naar EDPS en ten tweede of de EPDS als screeningstool kan geïmplementeerd worden in de Vlaamse huisartsenpraktijk.

Om dit te achterhalen werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoekscomponent. De praktijk waar de auteur, Laura Van den Bergh (LV), haar opleiding geniet heeft een te kleine onderzoekspopulatie om op korte tijd zinvolle informatie in te winnen. Daarom werd gekozen om een focusgroep op te richten met gemotiveerde huisartsen. Hierdoor is er naast de grotere onderzoekscohort, ook de mogelijkheid tot het verzamelen van ervaringen, meningen, praktische hindernissen in een groepsdynamiek die aanspoort tot discussie. Zo kunnen we een reëlere kijk krijgen op de hedendaagse praktijk. Dit kan zinvolle en onderbouwde hypothesen opleveren waarmee rekening kan gehouden worden bij het ontwikkelen van een richtlijn.

De focusgroep werd gerecruteerd via een LOK vergadering in Mechelen op 17 januari 2017. Tijdens deze vergadering werd door LV een korte presentatie gegeven om het onderwerp toe te lichten en gevraagd wie interesse had om deel te nemen. Negen van de 15 huisartsen die aanwezig waren, gaven aan dat ze interesse hadden om deel te nemen. De uiteindelijke focusgroep bestond uit huisartsen afkomstig uit 6 verschillende huisartsenpraktijken.

Een tweede samenkomst vond plaats op 17 mei 2017. Hier werd voorafgaand een vragenlijst ingevuld door de deelnemende huisartsen om te peilen naar achtergrondkennis en gewoontes. Nadien werd een opleiding

gegeven over perinatale depressie door Professor Titia Hompes, perinataal psychiater (UPC KU Leuven) en promotor van dit proefschrift.

De huisartsen werd gevraagd om gedurende 4 maanden een systematische screening uit te voeren aan de hand van de EPDS bij alle dames tijdens het peripartum. Het peripartum werd in dit onderzoek gedefinieerd als de periode vanaf een zwangerschapstermijn van 12 weken tot maximum 6 maanden na de bevalling.

Een toestemmingsformulier met een korte schriftelijke toelichting werd ter beschikking gesteld en werd getekend door alle deelnemende patiënten. Bijkomend werd ook een scorelijst ter beschikking gesteld, waarbij een cut off van 13 als positief werd beschouwd. Vanaf de score van 10 alsook bij een score gelijk aan 0 werd gevraagd alert te zijn. Op dit scoreformulier stonden tevens enkele adressen voor verwijzing (bijlage 4).

Om een beeld te krijgen van het biopsychosociale landschap van elke patiënt werd ook gevraagd voorafgaand aan de screening een demografische vragenlijst af te nemen (cf bijlage 4). Biologisch werd gevraagd naar de duur tot zwangerschap, hoeveelste zwangerschap, en naar medische aandoeningen of complicaties bij voorgaande zwangerschappen. Een voorgeschiedenis van een depressie of een andere psychiatrische aandoening werd bevraagd op psychologisch vlak. Op sociaal vlak werd gevraagd naar omkadering, steunfiguren, opleiding, werk, inkomen, geweld en middelenmisbruik. De screening ging van start op 01 juni 2017 en eindigde op 30 september 2017.

Tenslotte werd op het toestemmingsformulier gevraagd om een emailadres achter te laten. Alle gescreende vrouwen werden via email gecontacteerd met de vraag om een beveiligde anonieme “tevredensheids”enquête in te vullen opgemaakt via websurvey van KU Leuven (cf bijlage 5). Dit om ook de mening van de patiënt te kunnen verwerken in de analyse.

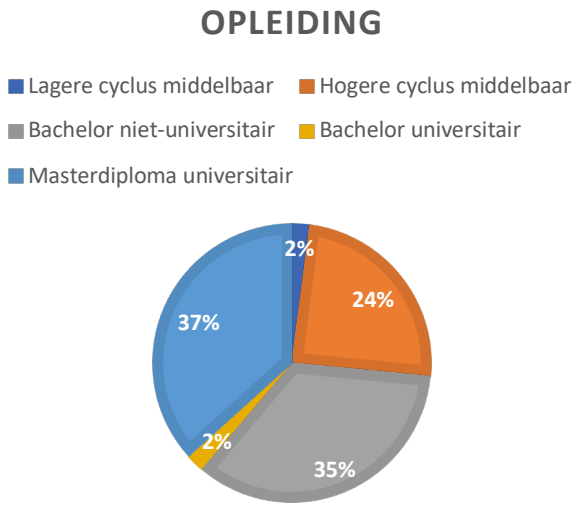
Aansluitend werd een derde samenkomst op 11 oktober 2017 georganiseerd voor een focusgroepgesprek ter analyse van het project.

RESULTATEN

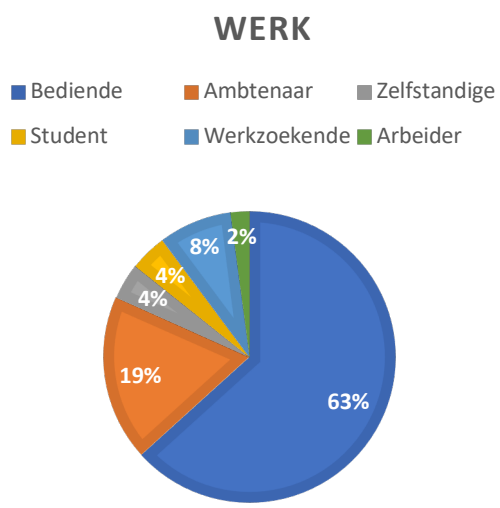
DATA-ANALYSE VAN DE GESCREENDE POPULATIE

DEMOGRAFISCHE KENMERKEN VAN DE COHORTE

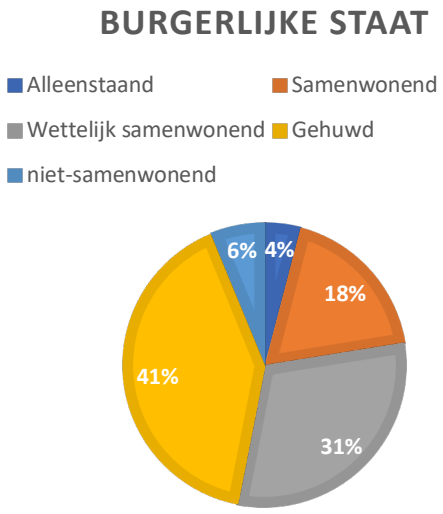
Er werd een systematische screening van vrouwen tijdens het peripartum afgenomen in 6 huisartsenpraktijken van 01 juni 2017 tot en met 30 september 2017. 49 vrouwen stemden in voor de screening en vulden een demografische vragenlijst in, samen met de huisarts werd de EPDS vervolledigd. De gemiddelde leeftijd van deze studiecohort bedroeg 29,71 jaar (mediaan 29,95; Sd 4,03), met een minimumleeftijd van 18,86 jaar en een maximumleeftijd van 38,30 jaar. Van de vrouwen hadden de meeste (91,84 %) de Belgische nationaliteit, de overige nationaliteiten waren Roemeens, Marokkaans, Chinees en Nederlands telkens goed voor een deelnemende dam van 2,04%.
Grafieken 1 tot en met 4 geven de verdeling weer op vlak van opleiding (grafiek 1), werk (grafiek 2), burgerlijke staat (grafiek 3), en gezinssamenstelling (grafiek 4) respectievelijk. Op te merken is dat 73,47% hoger opgeleid is. Ook dat 30,61% wettelijk samenwonend is; 40,82% gehuwd is en 89,80% in een klassiek intact gezin woont.



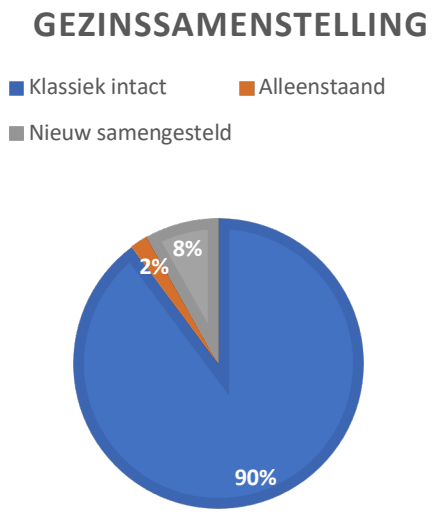
Grafiek 1: Verdeling betreffende opleidingsniveau



Grafiek 2: Verdeling betreffende tewerkstelling

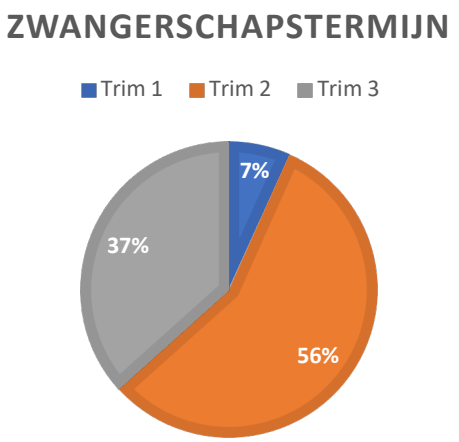


Grafiek 3: Verdeling betreffende burgerlijke staat

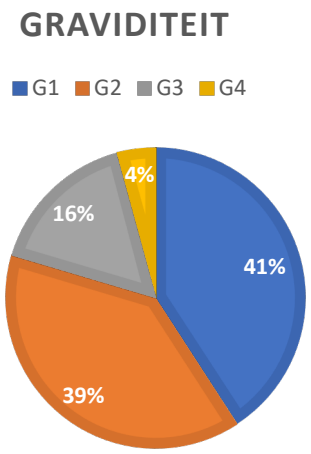


Grafiek 4: Verdeling betreffende gezinssamenstelling

Tijdens de zwangerschap werd er het meest gescreend in het tweede trimester met 55% (grafiek 5). Postpartum was de gemiddelde leeftijd van de baby 2,4 maanden (mediaan: 1,5; Sd 1,83) tijdens de screening. De meeste vrouwen waren zwanger van hun eerste of tweede kindje met respectievelijk 40,81% en 38,77% (grafiek 6).



Grafiek 5: Moment van screenen tijdens zwangerschap



Grafiek 6: Aantal voorgaande zwangerschappen op moment van screening

SCORES OP DE EPDS

Initieel werd de cut-off op 13 gesteld voor een positieve screening. Hiermee werd bij 6,12 % van de vrouwen een positieve screening gevonden, onderverdeeld in 5,26% postpartum en 6,66% tijdens de zwangerschap. Indien we de cut-off op 10 stellen, dan is er bij 14,28% een positieve screening. Onderverdeeld in 10,52% postpartum en 16,66% tijdens de zwangerschap.

RISICOFACTOREN

Slechts twee vrouwen (4%) gaven aan onvoldoende steunfiguren te hebben. Opvallend is dat zij beiden een positieve screening hadden met een score van 14 en 15. Eén vrouw (2%) gaf aan blootgesteld te zijn aan mentaal geweld, ook zij had een positieve score van 15. Eén vrouw (2%) gaf aan financiële problemen te hebben, zij had een score van 8 op de EPDS.

De twee vrouwen die een positieve score hadden tijdens de zwangerschap (>13), hadden beiden een psychiatrische voorgeschiedenis met een depressie in de voorgeschiedenis en een opname op psychiatrie.

ANALYSE VAN HET GESPREK MET DE FOCUSGROEP

VERLOOP VAN DE FOCUSGROEP

Het gesprek van de focusgroep nam plaats op 11 oktober 2017 aansluitend op de screeningsperiode die liep tot 30 september 2017. Uiteindelijk hebben zes huisartsen intensief gescreend, deze waren allen aanwezig tijdens het focusgroepgesprek. De groep was samengesteld uit 6 vrouwelijke artsen met een leeftijd tussen 28 jaar en 32 jaar. Deze groep was gemiddeld 3 jaar actief als huisarts (mediaan: 3,5 jaar, Sd: 1,26). 50% van de deelneemsters had zelf kinderen. 83% van de artsen werkte in een groepspraktijk en 33% van de praktijken werkte samen met een vroedvrouw.

Vooraf werd een korte introductie gegeven waarin het doel van de avond werd uitgelegd. Het volledige gesprek werd auditief opgenomen met een dictafoon en duurde 1u5min. Na afloop schreef LV het gesprek volledig uit (cf bijlage 6). De kwalitatieve analyse van dit gesprek gebeurde aan de hand van *grounded theory*, beschreven in het handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden, geschreven door Dimitri Mortelmans (15). Eerst werd de tekst open gecodeerd en alle codes werden opgesomd in een Excel document (cf bijlage 7). Elke code kreeg een specifieke kleur om ze zo op te delen in verschillende concepten die los staan van de vragen die gesteld waren, dit noemt axiaal coderen (cf bijlage 8). De verschillende concepten werden dan uitgewerkt, door alle codes die ertoe behoren eronder samen te brengen. Vervolgens werd selectief gecodeerd door de codes in de concepten te verbinden met andere codes van andere concepten, om zo meer verband te krijgen met de theorie en een volledig antwoord te krijgen op de vragen die er gesteld waren. Vervolgens werden zinvolle citaten toegevoegd om sommige elementen te duiden.

ANALYSE VAN HET GESPREK

Bij de analyse van het gesprek kwam naar voor dat de huisarts de geschikte persoon is om te screenen om diverse redenen die ik hieronder zal toelichten. Maar er zijn ook obstakels die ervoor zorgen dat de huisarts, overwegend

door praktische problemen, minder geschikt is. De voornaamste rol van de huisarts in de screening is dat hij/zij rode vlaggen kan opvissen en dat hij/zij toegankelijk is.

Rode vlaggen herkennen

Een belangrijke taak van eerstelijns gezondheidszorg is om ernstige pathologie uit te sluiten. Dit gebeurt vaak aan de hand van gekende rode vlaggen per pathologie. Ook voor perinatale depressie kan een screeningstool bij een hoge score noodzaak geven tot doorverwijzen of een diepgaander onderzoek om een ernstige depressie vast te stellen en te behandelen. Hier kwam tijdens het gesprek de nood aan sensibilisatie bij zowel artsen als patiënten meermaals aan bod. Verder is er nood aan duidelijke richtlijnen voor de hulpverleners en is er een correcte tool nodig.

A. Nood aan SENSIBILISATIE

Bij artsen kan een extra opleiding zinvol zijn om meer vertrouwd te worden met dit onderwerp. Voorafgaand aan de opleiding gegeven in kader van dit onderzoek werd een vragenlijst afgenomen bij de deelnemende artsen. Slechts één iemand van de artsen gaf aan voldoende vertrouwd te zijn met dit onderwerp. Tijdens het gesprek kwam ook meermaals naar boven dat ze zich zekerder voelden om met dit onderwerp om te gaan nà de opleiding. Bij patiënten kan de screening op zich werken als sensibilisatie.

"Benoemen van het negatieve is ok, geen taboe meer"

"Door samen de vragenlijst af te nemen, wordt er aandacht aan besteed, er kan over gesproken worden"

Het opnemen in het zwangerschapsboekje of het kindboekje werd ook als optie gegeven om beter te sensibiliseren. Dit kan mee overlopen worden in het begin van de zwangerschap, of het kan als "afvink"optie gebruikt worden tijdens de zwangerschap. Het zorgt tevens voor een betere communicatie tussen de verschillende zorgverleners.

Een getuigenis van een bekende vlaming kan zeker ook werken als sensibilisatie. Hiervoor werd verwezen naar andere pathologieën die ineens heel populair worden, wanneer er iemand bekend hierover zijn verhaal doet.

"vb Nathalie Meskens die in één of ander boekje had vermeld dat ze een intolerantie had, hoeveel vragen naar intoleranties hebben wij wel niet gehad de week erna? De mensen lezen dat en zijn ermee weg."

Er werd ook aangehaald dat we moeten opletten met "oversensibilisatie" of sensibilisatie in de foute richting. Er moet dus voldoende en juiste omkadering zijn.

"Is er niet over-gesensibiliseerd met die rode neuzen-actie?"

"Er is gewoon niet gesensibiliseerd in de juiste richting, de mensen komen vaak gewoon hun vuilbak leegmaken en daar koppelt ge dan vaak werk aan."

B. Nood aan DUIDELIJKE RICHTLIJNEN

Als huisarts moeten we aan zoveel denken, dat duidelijke richtlijnen nodig zijn. Dit kan zorgen voor routinering in bepaalde consulten. Er zijn namelijk veel schalen en lijsten ontwikkeld voor huisartsen, een afgebakende richtlijn kan hier meer houvast in bieden. Er mag ook meer aandacht aan besteed worden tijdens de opleiding.

Een ander probleem is het gebrek aan systematiek in de zwangerschapsopvolging door de huisarts.

"De patiënten komen vaak voor iets anders en zijn toevallig zwanger."

Een vast moment of een extra consultatie om actief te gaan screenen wordt door de groep als noodzaak gezien om het mogelijk te maken. Dit zorgt ook voor routinering.

"We moeten sowieso een vast moment inplannen. Want als het is van te kijken wie dat al gedaan heeft en het is een drukke agenda, dan doe ik dat niet he! Dan gaan we gemakkelijk doorschuiven."

C. Nood aan CORRECTE TOOLS

<u>Juiste omkadering bieden als huisarts:</u>

Als huisarts is het nodig om soms expliciete vragen te durven stellen en hierbij op te letten met suggestieve vragen.

Vb bij navragen geweld: "Ik weet dat dat in uw geval niet van toepassing is, maar ik moet het toch vragen"

Daarom is het des te belangrijker dat er een juiste benoeming en omkadering is, zodat de patient begrijpt wat er gevraagd wordt en wat de bedoeling is.

"Peilen naar gevoelens ipv screenen naar depressie"

"Zelfreflectie als truc: "Hoe ist met u? "goe", ja want ik vond dat toch allemaal niet evident!"en dan volgt er een hele ontlading"

"Er is toch een appreciatie bij patiënt indien we vragen: hoe is t met u?"

<u>Kortere of langere tool:</u>

Een kortere screening en dus vragenlijst lijkt vooral een lagere mentale drempel voor de huisarts, dit zorgt daarom niet voor tijdswinst. De EPDS afnemen duurt inderdaad maar 5 minuten. Maar als de score positief is, zal je er veel meer tijd in moeten steken.

"EPDS duurt slechts 5 min. Als het goed is! Anders …"

Er kwamen ook enkele negatieve persoonlijke ervaringen aan bod bij de huisartsen die recent bevallen waren. Zij kregen een kortere vragenlijst in het ziekenhuis bij ontslag (dus meestal op dag 3 of 4). Maar dit is het moment van de babyblues, dus je voelt je hormonaal. Er is geen opvolging voorzien, de vragen waren slecht geformuleerd en de uitkomst werd meegegeven naar huis.

"Ja die vragenlijst van die babyblues in het ziekenhuis, ik werd daar gewoon al depressief van. Dat zijn 4 vragen voor ontslag, op dag 3. Hier is uw ontslagpapier, lees dat maar eens thuis. Daar staat dan in: als ge meer dan 1 keer ja antwoordt is het niet ok. Maar dat durft ge dan al niet antwoorden want ge wilt bij de oké-groep zijn."

Juist omdat de EPDS een tool is met 10 vragen, bevraagt het divers het probleem. Dit geeft meer ruimte voor herkenning bij de patiënten.

"Door meer tijd te nemen: een nee is snel gezegd, maar een paar keer nee zeggen …"

"Doet meer nadenken, ik heb op de vorige vraag al nee gezegd"

<u>Manier van afnemen:</u>

Bij de huisarten die gescreend hebben is de EPDS op verschillende manieren afgenomen. Een deel vulde de lijst samen in en een ander deel gaf de vragenlijst mee en liet de patiënt het in de wachtzaal invullen.

Argumenten voor het zelfstandig laten invullen in een omgeving met wat privacy waren vooral het idee dat ze het dan eerlijker zouden invullen.

Argumenten voor samen in te vullen waren vooral het kunnen terugkoppelen op het moment zelf, de mogelijkheid om feedback of verduidelijking te kunnen geven. Ook voor verdere opvolging kan het gezamenlijk invullen zinvol zijn. De artsen die de vragenlijst op deze manier afnamen, hadden toch de indruk dat de vrouwen ook eerlijk antwoordden.

Toegankelijkheid als huisarts

Grote troef van de huisarts is dat er een lage drempel is voor de patiënten om langs te komen omdat je vaak de dag zelf nog kan langskomen. Verder is er een goede vertrouwensband met de patiënt en betrokkenheid van de familie. Hierdoor kent de huisarts de context beter en kan hij een niet-pluis gevoel ontwikkelen, waardoor hij sneller gealarmeerd is. Maar desondanks heerst er toch een ongenoegen tijdens het gesprek om zwangeren of pas bevallen moeders bij de huisarts te krijgen. De huisarts verliest dus dit voordeel, doordat hij/zij het contact met de zwangere tijdens en na de bevalling verliest.

"Het is heel moeilijk om zwangeren tot bij ons te krijgen, maar dat is een algemeen probleem. Ik zeg altijd ga maar naar de gynaecoloog en dan kan je afwisselen. Uiteindelijk ziet ge die enkel voor de boostrix. Ik ga de mensen ook niet opbellen: hé, je bent 16 weken, kom je nog eens langs?"

Er is een nood aan betere doorverwijzing door de specialist naar de huisarts. Er zijn regiogebonden verschillen, en ook ziekenhuisgebonden verschillen. Nu wordt er vooral door de vroedvrouw en kind en gezin doorgestuurd naar de huisarts. Er worden weinig postpartum controles gedaan door huisartsen. Doordat patiënten weinig komen tijdens de zwangerschap, zit er weinig systematiek bij de opvolging van zwangeren door de huisarts.

"Ze komen vaak voor iets anders en zijn "toevallig ook zwanger"

Er zou een soort gewicht moeten aanhangen, niet dat het verplicht is, maar toch een sterke aanbeveling. Een psychologische screening is ook niets "tastbaars" zoals een vaccin.

"Positief advies voor werkhervatting"

"Postpartum medische keuring"

"Herevaluatie bekkenbodem met knipoog naar de huisarts"

"Ik wil toch nog even zeggen dat boostrix iets is dat ge kunt vasthouden. Ze weten wat ze moeten doen, dat is een vaccinatie voor uw kindje. Terwijl je "gevoelens" dat is niet zo tastbaar, dan ga je daar niet zo hard aan denken, dan aan een spuit die je zeker moet krijgen. "

We merken meer interesse bij jonge moeders, iets minder bij zwangeren.

"Bij zwangeren: die wilden dat wel doen, maar dat was voor hen op dat moment niet belangrijk, terwijl jonge mama's die waren precies opgelucht dat ik die vragen stelde, die waren er meer aan toe"

Gebrek aan tijd of opportuniteit?

Het bleek toch moeilijk om bij elke zwangere patiënt eraan te denken na afloop van de opgelegde screeningstermijn nog te blijven doorscreenen. Dit komt voornamelijk door gebrek aan routinering en bijgevolg er niet meer aan denken, maar toch ook door tijdsgebrek. Een vast consult waarop de screening wordt geïntegreerd leek tijdens het gesprek een noodzaak. Dit voorkomt uitstelgedrag "*Ik doe het volgende keer wel"* of doorschuiven naar andere zorgverleners "*de vroedvrouw zal het wel doen*".

Er werd reeds aangehaald dat er weinig systematiek is bij de opvolging van de zwangeren en dat het moeilijk is om zwangeren bij de huisarts te krijgen. Het moment dat iedereen de zwangere ziet op doorverwijzing van de gynaecoloog tegenwoordig is de kinkhoestvaccinatie. Dit leek dan ook hét moment om ook de screening te doen. Vaak kan dan ook de suikertest afgenomen worden. De patiënt is dan ongeveer 24 weken zwanger, dus zeker goed bewust zwanger. De screening zal op dat moment helder binnenkomen en dit kan een sensibilisering zijn voor het onderwerp zodat dit hopelijk verderop in de zwangerschap of postpartum een lagere drempel geeft om hier zelf hulp rond te vragen.

"Tenzij voor de Boostrix, alle gynaecologen sturen voor de Boostrix door. Dat is dus het moment dat ge doorhebt dat uw patiënt zwanger is"

Met de verkorte ligduur worden sommige patiënten doorverwezen naar de huisarts voor het 7^{e} dags onderzoek bij het pasgeboren kind. Maar dit is te vroeg om te screenen naar een postpartum depressie omdat de babyblues tot 14 dagen kan duren. Er werd kort aangehaald dat bij het ontslag in het ziekenhuis kan vermeld worden "ga na 2 weken eens langs de huisarts". Maar ook dit zou te kort zijn. Sommige moeders komen nog langs de huisarts voor de vaccinaties van het kind, maar dit is een beperkte groep en een vaccinatiemoment op zich kan al een stresserend moment zijn voor de moeder. Een postpartum controle vindt normaal plaats tussen 6 en 8 weken na de bevalling. Dit lijkt de ideale termijn om te screenen.

"Ze zijn dan in de helft van hun zwangerschapsverlof: hoe verloopt het, ziet ge het zitten"

"Je kan ook nog eens achter de bekkenbodem vragen, zien of er nood is aan kinesitherapie en het voorschrift meegeven"

"Op 6 weken gaan ze allemaal naar de gynaecoloog."

Vangnet moet beschikbaar zijn

We kunnen pas systematisch gaan screenen wanneer er een vangnet beschikbaar is. Anders zal er een terughoudendheid bij artsen zijn om na het te vragen en goed door te vragen.

"Hopen dat ze goed scoren, want anders .."

Tijdens het gesprek wordt aangehaald dat het psychologisch landschap moeilijk is in Vlaanderen.

"Het is vooral moeilijk om ze bij de juiste hulpverlening te krijgen"

Eens er een contactpunt is, is de drempel veel lager. Dit zorgde na de informatiesessie met Professor Titia Hompes dat de screenende huisartsen zich zekerder voelden, omdat ze wisten dat ze naar haar konden doorverwijzen.

FEEDBACK VAN DE GESCREENDE POPULATIE

RESULTATEN VAN DE TEVREDENHEIDSENQUÊTE

Bij het toestemmingsformulier om deel te nemen aan de screening werd ook een emailadres gevraagd aan de deelnemende vrouwen. Via KU Leuven werd een websurvey aangemaakt met een beveiligde enquête bestaande uit 7 vragen, waarvan 6 *multiple choice* (cf bijlage 5). Deze vragenlijst werd per email verstuurd naar alle vrouwen die deelnamen aan de screening met de vrijblijvende vraag om deze volledig anoniem in te vullen. 22 van de 49 vrouwen hebben de vragenlijst volledig ingevuld (response rate van 45%).

Op de vraag hoe de patiënt zich voelde toen de huisarts de vragenlijst met haar invulde, antwoordde 31% dat ze het zinvol vonden. 37% begreep dat het zinvol kon zijn voor anderen. Voor 27% stoorde het niet en 5% zag het nut er niet van in. 50% vond dat er door de vragenlijst meer ruimte kwam tijdens de consultatie om hierover te spreken, ten opzichte van 23% dat dit niet vond. 27% antwoordde niet zeker te zijn hierover.

77% vond de gehele vragenlijst goed te begrijpen, 23% vond enkele vragen onduidelijk. Bij bevraging over de uitgebreidheid van de vragenlijst vond 95% de vragenlijst net goed zo en 5% vond hem te kort. Niemand vond de vragenlijst te uitgebreid.

Van de vrouwen die de enquête hadden ingevuld werd er bij 90% geen verdere opvolging voorgesteld door de huisarts. 5% kreeg een nauwgezettere follow-up bij de huisarts en 5% kreeg een vroedvrouw aan huis.

Slechts 32% was volledig akkoord met de stelling dat de huisarts de meest geschikte persoon is om hierover te praten. 64% was eerder wel akkoord en slechts 5 % eerder niet akkoord.

DISCUSSIE

We onderzochten in dit studieopzet of de huisarts de geschikte persoon is om te gaan screenen naar een perinatale depressie bij elke zwangere vrouw of recent bevallen moeder. Uit de analyse van het focusgroep gesprek blijkt dat de huisarts geschikt lijkt omwille van de achtergrondkennis enerzijds wat betreft de patiënt en anderzijds wat betreft de pathologie op zich waardoor een niet-pluis gevoel kan ontstaan. Ook de vertrouwensband en de toegankelijkheid als eerstelijnszorg zorgen ervoor dat de huisarts geschikt is. Dit onderzoek toonde tevens dat ook de patiënt de huisarts als geschikte persoon ziet om te screenen. Maar deze voordelen gaan verloren omdat de huisarts het contact met de zwangere voor, tijdens en na de bevalling verliest omdat de begeleiding gebeurt door andere hulpverleners: gynaecoloog, pediater en vroedvrouw. Het enige moment dat daarom opportuun lijkt om te screenen is wanneer de patiënten bij de huisarts komen voor de kinkhoestvaccinatie. Het aanvoelen was dat, gezien dit screeningsmoment toch de nodige tijdsinvestering vraagt, er best een moment expliciet hiervoor ingepland wordt. 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 en de huisarts en patiënt het nut van de screening begrijpen. Daarom is er nood aan sensibilisatie.

Sterktes en beperkingen van deze studie

Een sterkte van deze studie is dat er de mogelijkheid is gecreëerd om een gevalideerd screeningsinstrument uit te testen dat tot heden niet in de huisartspraktijk werd gebruikt door een groep gemotiveerde huisartsen en dit te analyseren in een kwalitatieve onderzoekscomponent. Het voordeel van een groep is dat er door dynamiek en interactie meer gegevens naar boven kunnen komen dan wanneer er individuele interviews worden afgenomen. Een andere sterkte van de studie is dat de patiënt na de screening werd bevraagd, wat bijdraagt tot een vervollediging van de analyse van de implementatie. En ten slotte gebeurde er ook een demografische oriëntatie, zodat er naast de prevalentie van perinatale depressie ook kan gekeken worden naar aanwezigheid van risicofactoren.

Anderzijds zijn er een aantal beperkingen aan deze studie. Een eerste beperking is dat er een selectiebias ontstaat door gemotiveerde huisartsen te includeren. Zo zullen enkel de artsen met specifieke interesse in dit onderwerp vrijwillig meedoen en dit kan een positieve evaluatie beïnvloeden. Een tweede beperking is dat er maar één focusgroep betrokken is bij dit onderzoek, zodat er geen vergelijking kan gemaakt worden met andere regio's in Vlaanderen of met een focusgroep die geen opleiding heeft genoten omtrent dit onderwerp. Een derde nadeel is dat de analyse van de implementatie kwalitatief is gebeurd. Hierdoor kunnen er geen hypothesen bewezen worden, maar wel onderbouwd worden en dit kan zinvol zijn voor verder onderzoek en het ontwikkelen van een richtlijn. Een laatste nadeel is de korte screeningsperiode, waardoor de onderzoekscohorte van zwangere vrouwen en pas bevallen moeders eerder beperkt is.

De toegankelijkheid van de huisartsen in Vlaanderen is een groot voordeel, maar de patiënten moeten weten dat ze voor deze problematiek ook bij hen terecht kunnen. De nood aan sensibilisering kwam meermaals aan

bod tijdens het focusgroepgesprek, dit zowel bij de zorgverlener als bij de patiënt. Bij de huisarts voornamelijk om ervoor te zorgen dat er meer routine komt, zodanig dat er meer aandacht en tijd aan wordt besteed. Bij de patiënt om de drempel om hulp te zoeken te verlagen. Een systematische review van kwalitatieve studies over de ervaring van de zorg bij vrouwen met een mentale ziekte toonde enkele belangrijke barrières voor vrouwen (16). Bij de huisarts binnen geraken (te drukke agenda), een huisarts die zegt weinig tijd te hebben, niet echt luistert of een huisarts die niet expliciet zegt dat hij of zij daarmee kan helpen zijn enkele voorbeelden. Bovendien is er ook nog het sociale stigma en de angst om het kind te verliezen (voogdij). Wanneer de huisarts geen juiste omkadering geeft, waarom hij of zij zal screenen, zal ook dit meer angst induceren en ervoor zorgen dat de patiënt geen hulp zoekt (17). De aanvaardbaarheid van de hulp hangt ook af van de relatie met de zorgverlener. Deze is beter als de zorgverlener meer contacten heeft met de patiënt en is ook beter als de zorgverlener voldoende kennis heeft over dit onderwerp (7). Uit de analyse van de focusgroep blijkt ook dat de huisarts zich zekerder voelt om met dit onderwerp om te gaan na een opleiding, en dat het opnemen van de screening in de huidige richtlijn op een vast tijdsstip aangewezen is om zowel patiënt als arts te sensibiliseren.

De bevinding dat de contacten tussen huisarts en patiënt tijdens de zwangerschap en na de bevalling verminderen, werd reeds onderzocht in een aantal andere masterproeven. Dr. Stephanie Vermandere en dr. Ann-Sophie Phyfferoen deden exploratief onderzoek bij huisartsen en gynaecologen in 2014 naar een gedeelde zwangerschapsopvolging (18). Uit hun onderzoek bleken gebrekkige communicatie, onderling concurrentie-gevoel en afwezigheid van een richtlijn die door beiden partijen gebruikt werd belangrijke barrières. Het lijkt niet evident om de zwangere te overtuigen om ook de huisarts te betrekken bij de routine-opvolging. Ook in onze focusgroep werd dit gebrek aan routine-opvolging als barrière ervaren om te screenen, de zwangere vrouwen komen namelijk vaak voor een ander acuut probleem. Op dat moment is het moeilijk om aan de screening te denken. In België is er een vrije keuze van opvolging, maar we merken dat er vanuit de tweedelijn weinig gestimuleerd wordt om ook de eerste lijn te betrekken. Dit is een structureel probleem in onze gezondheidszorg en draagt ertoe bij dat de huisarts minder geschikt is om te gaan screenen naar een perinatale depressie.

De huidige richtlijn voor huisartsen in Vlaanderen gemaakt door Domus Medica volgt de NICE guideline van 2007 en adviseert reeds om naar de gemoedstoestand van de zwangere te vragen aan de hand van de Whooley vragen, aangevuld met een derde vraag.

‘“Heb je tijdens de voorbije maand vaak last gehad van depressieve gevoelens of gevoelens van hopeloosheid?”

“Heb je de voorbije maand vaak weinig interesse gehad of plezier beleefd in het doen van bepaalde dingen?”

Indien de zwangere op beide vragen een positief antwoord geeft, dan dient een derde vraag overwogen te worden: “Is dit iets waarvan je voelt dat je hulp nodig hebt of graag hulp zou willen?”

De weinige studies die gebeurd zijn om dit instrument te valideren, tonen een zeer hoge sensitiviteit (100%), maar een lage specificiteit (57-78%) en een hoog aantal vals positieven (19). Argumenten om deze vragenlijst toch te gebruiken zijn voornamelijk dat het gebruiksvriendelijk is in de drukke 1e en 2e lijnspraktijk, er is geen afprint voor nodig en het is kort (19) . De derde vraag had ook weinig aanvullende waarde, gezien er weinig

discriminatie is tussen vals-positief en vals-negatief. Waardoor er mogelijks veel depressies gemist worden of verloren gaan tijdens follow-up. De EPDS is de enige tool die voldoende onderzocht is om een meta-analyse te kunnen uitvoeren om zo een gepoolde schatting te maken van specificiteit en sensitiviteit (9). Tijdens het gesprek met de focusgroep vonden de artsen die de EPDS gebruikt hadden, de uitgebreidheid van de EPDS net een voordeel omdat het meer ruimte geeft voor een eerlijker antwoord. Dit instrument gaat dieper in op het probleem en desondanks duurt de afname ook maar 5 minuten. Het voordeel van de "korte" Whooley vragen, zou dus ook bij de EPDS aanwezig zijn. 95% van de vrouwen die gescreend werden vonden de vragenlijst goed en niet te lang. 5 % vond hem zelfs te kort. Het is wel zo dat de vragenlijst best wordt afgeprint en na het invullen moet de score berekend worden. Maar hier kan een online-versie die automatisch de score berekent een meerwaarde en oplossing zijn.

Door te screenen in meerdere praktijken kwamen we tot een onderzoekscohorte van 49 patiënten. De prevalentie van een perinatale depressie op basis van een verhoogde score op de EPDS in dit onderzoek was 6,12%. Wanneer de cut-off lager werd gesteld op 10, was er een prevalentie van 14,28%. Dit is lager dan beschreven in de literatuur, maar is er een enorme variatie in de prevalentiecijfers in verschillende studies. Een systematische review geschreven door Gavin et al. doorzocht alle studies tussen 1980 en 2004 ter bepaling van de prevalentie van een perinatale depressie (2). Zij vonden een *period* prevalentie, dit is het aantal depressies over een bepaalde periode, van 18,4% tijdens de zwangerschap, waarvan 12,7% een majeure depressie had. In de eerste 3 maanden postpartum vonden zij 7,1% majeure depressie, en tot 19,2% als mineure depressie erbij geteld wordt. Alle schattingen hadden wijde 95% betrouwbaarheidsintervallen. Zo lag de prevalentie tussen de geboorte en 3 maanden niet hoger, dan de prevalentie tussen de geboorte en 1 maand. Er blijft dus onzekerheid over de juiste prevalentiecijfers van een perinatale depressie.

Om een systematische screening door te voeren moet het kosteneffectief zijn, dit draagt bij tot de controversie die nog bestaat omtrent systematische screening. Een analyse uitgevoerd in Engeland toonde dat routine afname van postnatale of algemene depressie vragenlijsten niet kosten-effectief lijkt in vergelijking met routine zorg. De afname van EPDS met een cutoff van 10 en een enkele afspraak bij de huisarts die dan de correcte diagnose stelt, had de laagste *incremental cost-effectiveness ratio* (ICER) van 29186 pond per *Quality Adjusted Life Years* (QALYs), vergeleken met routine zorg. ICER wordt gedefinieerd als het verschil in kosten tussen twee mogelijke interventies, gedeeld door het verschil in hun gezondheidseffect. Dit ligt nog maar net onder de 20 000-30 000 pond per QALY die *de National Heatlh Service* (NHS) in Engeland wil betalen, en is het meest optimistische scenario. Als we dit vergelijken met de Whooley vragen, deze hebben een ICER van 46538 pond per QALY, wat niet kosteneffectief is. De grote kost zit waarschijnlijk in het behandelen van vrouwen in het peripartum die vals positief scoren. Dit zorgt ervoor dat de specificiteit van de test belangrijk wordt. In de studies die gebeurd zijn, wordt geen rekening gehouden met de uitkomst later dan één jaar en het effect op het kind of andere familieleden. Ook houden ze geen rekening met de mogelijkheid om te behandelen met medicatie, of goedkopere opties zoals groepssessies of zelfhulp via internet of andere kanalen (20).

Betekenis van deze studie

We kunnen besluiten dat er volgens onze groep artsen die intensief gescreend hebben, nood is aan een duidelijke richtlijn, waar de EPDS geïmplementeerd wordt op een vast tijdstip. Aangezien de contacten tussen de huisarts en de patiënt afnemen tijdens en na de zwangerschap, is het moeilijk dit vast tijdstip te bepalen. Meer en meer lijkt de huisarts de kinkhoestvaccinatie te doen tussen 24 en 28 weken zwangerschap. Dit zou kunnen opgenomen worden in het zwangerschapsoverzicht van Domus Medica samen met de screening aan de hand van de EPDS. Dit kan dan zorgen voor sensibilisatie bij zowel arts als patiënt, waardoor de patiënt weet dat ze voor deze problematiek bij de huisarts terecht kan, ook na de bevalling. Na de bevalling lijkt het nog moeilijker om de patiënt bij de huisarts op controle te krijgen. Hier hopen we op een betere samenwerking met de tweedelijn en een frequentere doorverwijzing.

Het betreft hier natuurlijk een kleine onderzoeksgroep met enkele jonge vrouwelijke artsen. Er is nood aan verder onderzoek om te kijken of dit ook zo wordt ervaren in meer diverse huisartsengroepen. Maar het is een relevant onderwerp dat zeker de nodige aandacht verdient binnen de huisartsenpraktijk.

CONCLUSIE

In dit onderzoek werd de hypothese of de **huisarts de geschikte persoon is om systematisch te screenen** naar een perinatale depressie onderbouwd. De huisarts heeft als eerstelijnszorg het voordeel toegangelijk te zijn, de patiënt en zijn achtergrond te kennen en de pathologie van depressie te herkennen. Echter ontbreekt er nog vertrouwen omtrent de kennis van perinatale depressie bij de artsen, een opleiding lijkt daarom zinvol en een duidelijke richtlijn een noodzaak. Een ander obstakel is het aanvoelen dat het aantal contacten tussen huisarts en patiënt verminderen tijdens en na de zwangerschap, waardoor de huisarts geen kans krijgt om te screenen. Het enige moment dat opportuun lijkt om te screenen is tijdens het consult van de kinkhoestvaccinatie, gezien de patiënt daarvoor de huisarts meer en meer lijkt te bezoeken. Door op dit moment systematisch te screenen, weet de patiënt dat ze voor deze problematiek bij de huisarts terecht kan, ook later in de zwangerschap of postpartum. Het blijft natuurlijk belangrijk dat de huisarts de juiste omkadering biedt, zodat de patiënt niet afgeschrikt wordt. Postpartum was het niet mogelijk een geschikt vast moment te vinden.

De hypothese of de **EPDS een geschikt instrument is om te screenen in de huisartsensetting** werd in dit onderzoek ook positief onderbouwd. Zowel arts als patiënt vonden deze vragenlijst duidelijk en gebruiksvriendelijk. Bij de artsen werd de uitgebreidere bevraging ten op zichte van de Whooley vragen als een voordeel gezien om meer diepgang te creëren in het gesprek en meer kans te bieden voor de patiënt om eerlijk te antwoorden. Een nadeel is dat er een afprint nodig is en de score berekend moet worden. Hier kan een online-versie die automatisch de score berekent een oplossing bieden.

DANKWOORD

Graag wil ik de huisartsen die meegewerkt hebben aan deze masterproef bedanken voor hun inzet. Bij name dr. An Lapauw, dr. Ling Chow, dr. Sofie Decamps, dr. Lorien Mertens, dr. Ilse Bellon en dr. Evelien De Meyere.

Professor Lieve Peremans (Universiteit Antwerpen) wil ik bedanken voor haar advies en opmerkingen over deze masterproef.

Mijn promotor professor Titia Hompes wil ik bedanken voor haar advies en ondersteuning.

En tot slot wil ik mijn echtgenoot en twee kinderen bedanken voor hun steun en geduld tijdens het schrijven hiervan.

REFERENTIES

1. Horowitz JA, Goodman J. A longitudinal study of maternal postpartum depression symptoms. Res Theory Nurs Pract. 2004;18(2-3):149-63.
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. 2005;106(5 Pt 1):1071-83.
3. Van den Bergh BRH, van den Heuvel MI, Lahti M, Braeken M, de Rooij SR, Entringer S, et al. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. Neurosci Biobehav Rev. 2017.
4. Gavin NI, Meltzer-Brody, S., Glover, V. and Gaynes, B. N. Is Population-Based Identification of Perinatal Depression and Anxiety Desirable? In: Gemmill JMaAW, editor. Identifying perinatal depression and anxiety: evidence-based practice in screening, psychosocial assessment and management. 10.1002/9781118509722.ch1. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK.2015.
5. Bergink V, Burgerhout KM, Weigelt K, Pop VJ, de Wit H, Drexhage RC, et al. Immune system dysregulation in first-onset postpartum psychosis. Biol Psychiatry. 2013;73(10):1000-7.
6. Serati M, Redaelli M, Buoli M, Altamura AC. Perinatal major depression biomarkers: A systematic review. J Affect Disord. 2016;193:391-404.
7. Hewitt C, Gilbody S, Brealey S, Paulden M, Palmer S, Mann R, et al. Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. Health Technol Assess. 2009;13(36):1-145, 7-230.
8. Statbel België in cijfers F. statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/geboorten-en-vruchtbaarheid#figures. Laatste geraadpleegd op 4/5/2018. .
9. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and pPostpartum women: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2016;315(4):388-406.
10. Vliegen N, Casalin S, Luyten P. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. Harv Rev Psychiatry. 2014;22(1):1-22.
11. Henningsen HK. KCE federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg. kcefgovbe/nl/news/screening-op-depressie-tijdens-en-na-de-zwangerschap2014.
12. Yawn BP, LaRusso, E. M., Bertram, S. L. and Bobo, W. V. When Screening Is policy: How do we make it work? in Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment, and Management. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK.: J. Milgrom and A. W. Gemmill; 2015.
13. Howard LM, Megnin-Viggars O, Symington I, Pilling S, Group GD. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. BMJ. 2014;349:g7394.
14. Dekker N. GR, Neirinckx J., Seuntjens L., Smets K. Zwangerschapsbegeleiding. Richtlijn voor goede medische praktijkvorming. Domus Medica2015.
15. Mortelmans D. Kwalitatieve onderzoekstechnieken. ACCO uitgeverij2013.
16. Chew-Graham CA, Sharp D, Chamberlain E, Folkes L, Turner KM. Disclosure of symptoms of postnatal depression, the perspectives of health professionals and women: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2009;10:7.
17. Cooke S, Smith I, Turl E, Arnold E, Msetfi RM. Parent perspectives of clinical psychology access when experiencing distress. Community Pract. 2012;85(4):34-7.
18. Vermandere S, Phyfferoen A-S. Wat denken huisartsen en gynaecologen over gedeelde zwangerschapsopvolging? Een exploratief onderzoek bij huisarts en gynaecoloog. Interuniversitair centrum voor huisartsen2014.
19. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum depression screening at well-child visits: validity of a 2-question screen and the PHQ-9. Ann Fam Med. 2009;7(1):63-70.
20. Paulden M, Palmer S, Hewitt C, Gilbody S. Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. BMJ. 2009;339:b5203.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Protocol voor Ethische Commissie

Screenen naar peripartum depressie in de huisartsenpraktijk

Student(en):
Laura Van den Bergh
Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
multicentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:
Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

•In de literatuur is er een prevalentie van **10-20 % peripartum depressies.** Onze klinische herkenning schiet te kort. Indien we enkel zouden screenen bij vrouwen waarbij we het vermoeden, zouden we tot 60% kunnen missen.

•**Vroege detectie** kan negatieve impact op moeder, vader en kind verminderen.

•Screening en interventie, zou de prevalentie van depressieve symptomen in de 4 tot 6 maanden na de geboorte verlagen van 10% naar 6%.

•In landen met sterk ontwikkelde eerste lijnszorg worden de meeste gevallen geïdentificeerd en behandeld in eerste lijn (90%).

Vraagstelling:

Moeten we in het Belgische gezondheidsnetwerk systematisch gaan screenen naar peripartum depressies? In Noorwegen werd door de nationale gezondheidsraad een advies geformuleerd.

Is de huisarts de juiste persoon om te screenen naar peripartum depressie?

Is de EPDS de juiste tool om te gaan screenen? Werkt dit drempel verlagend voor een gesprek?

Wat vindt de patiënt? Sensibilisering of stigmatisering?

Methodologie:

•Oprichten van een FOCUS-groep met 6-10 huisartsen in de omgeving van Mechelen, reeds gerecruteerd via een LOK-vergadering.

•We zullen een eerste keer samenzitten om alles nog eens rustig te overlopen en wat achtergond informatie op te frissen omtrent peripartum depressie, zodat er ook een adequate aanpak is bij een positieve screening. Professor T. Hompes zal hierbij een korte toelichting geven over de juiste therapie en het gebruik van SSRI's peripartaal.

•Vervolgens zullen zij in hun huisartsenpraktijk een Systematische Screening doen bij zwangeren adhv de Edingburgh Postnatal Depression Scale (samen met de patiënt te overlopen) tijdens de zwangerschap en/of 6-12w postpartum gedurende 6 maanden.

Ik zal deze scores verzamelen, samen met een aanvullende vragenlijst die de patiënt thuis kan invullen voor een bio-psycho-sociale achtergrond en een tevredenheidsenquête over deze aanpak.

•Daarna zullen we een 2e maal samenzitten met de focusgroep voor de evaluatie van het systematisch screenen en de screeningstool.

Bijlage 2: Goedkeuring Ethische Commissie

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Screenen naar peripartum depressie in de huisartsenpraktijk" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Screenen naar peripartum depressie in de huisartsenpraktijk" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

De OBC keurt deze aanvraag goed maar merkt op dat er een toestemmingsformulier is, maar geen infobrochure voor de patiënt. Zij tekenen bij wijze van spreken een blanco cheque... Dit wordt best nog bijgestuurd.

Bijlage 3: Edinburgh (Postnatal) Depression Scale

NAAM: **GEBOORTEDATUM:** **DATUM:**

EPDS (Nederlandse versie, vertaald door V.J.M. Pop, 1991)

De volgende vragen hebben betrekking op hoe u zich de afgelopen 7 dagen heeft gevoeld. Kruis dat antwoord aan dat het beste aangeeft hoe u zich voelde.

1. Ik heb kunnen lachen en de zonnige kant van de dingen kunnen inzien:
   - ☐ Zoveel als ik altijd kon
   - ☐ Niet zo veel nu als anders
   - ☐ Zeker niet zo veel nu als anders
   - ☐ Helemaal niet

2. Ik heb met plezier naar dingen uitgekeken:
   - ☐ Zoals altijd of meer
   - ☐ Wat minder dan ik gewend was
   - ☐ Absoluut minder dan ik gewend was
   - ☐ Nauwelijks

3. Ik heb mij zelf onnodig verwijten gemaakt als er iets fout ging:
   - ☐ Ja, heel vaak
   - ☐ Ja, soms
   - ☐ Niet erg vaak
   - ☐ Nee, nooit

4. Ik ben bang of bezorgd geweest zonder dat er een aanleiding was:
   - ☐ Nee, helemaal niet
   - ☐ Nauwelijks
   - ☐ Ja, soms
   - ☐ Ja, zeer vaak

5. Ik reageerde schrikachtig of paniekerig zonder echte goede reden:
   - ☐ Ja, tamelijk vaak
   - ☐ Ja, soms
   - ☐ Nee, niet vaak
   - ☐ Nooit

6. De dingen groeiden me boven het hoofd:
   - ☐ Ja, meestal was ik er niet tegen opgewassen
   - ☐ Ja, soms was ik minder goed tegen dingen opgewassen dan anders
   - ☐ Nee, meestal kon ik de dingen erg goed aan
   - ☐ Nee, ik kon alles even goed aan als anders

7. Ik voelde me zo ongelukkig dat ik er bijna niet van kon slapen:
   - ☐ Ja, meestal
   - ☐ Ja, soms
   - ☐ Niet vaak
   - ☐ Helemaal niet

8. Ik voelde me somber en beroerd:
   - ☐ Ja, bijna steeds
   - ☐ Ja, tamelijk vaak
   - ☐ Niet erg vaak
   - ☐ Nee, helemaal niet

9. Ik was zo ongelukkig dat ik heb zitten huilen:
   - ☐ Ja, heel vaak
   - ☐ Ja, tamelijk vaak
   - ☐ Alleen af en toe
   - ☐ Nee, nooit

10. Ik heb er aan gedacht om mezelf iets aan te doen:
    - ☐ Ja, tamelijk vaak
    - ☐ Soms
    - ☐ Nauwelijks
    - ☐ Nooit

Bijlage 4: Toestemmingsverklaringsformulier, Demografische vragenlijst en score formulier

Toestemmingsverklaringformulier

Titel onderzoek: Screenen naar peripartum depressie in de huisartsenpraktijk

Verantwoordelijke onderzoeker: dr. Laura Van den Bergh – promotor Prof. T. Hompes

Tijdens en na de zwangerschap ondervinden 1 à 2 op 10 vrouwen depressieve symptomen, langer durend dan de gekende babyblues. De bedoeling van dit onderzoek is om na te gaan hoe we deze symptomen beter ter sprake kunnen brengen tijdens en na de zwangerschap, zodat we ook betere zorg kunnen bieden volgens de noden van de patiënt.

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen **anoniem en vertrouwelijk** aan derden bekend gemaakt zullen worden.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: ……..

Emailadres: …….

Datum: ……

Handtekening deelnemer: ……..

Achtergrond

1. Psychosociaal

➢ **Origine/nationaliteit** (officieel afkorting land): _____
➢ **Geboortedatum:**
➢ **Zwangerschapstermijn/leeftijd baby:**
➢ **Burgerlijke staat/partner:**
- o Gehuwd
- o wettelijke samenwonend
- o samenwonend
- o niet- samenwonend
- o gescheiden
- o alleenstaand

➢ **Gezinssamenstelling/familiale situatie:**
- o Klassiek gezin: Intact
- o Klassiek gezin: gebroken
- o Nieuw samengesteld
- o Alleenstaand

➢ **Opleiding/ werk/schoolsituatie**
- *Opleiding* (hoogst behaalde diploma)
  - o Lagere school/ Bijzonder lager onderwijs
  - o Lagere Cyclus middelbaar
  - o Hogere Cyclus middelbaar
  - o Bachelor diploma niet-universitair
  - o Bachelor diploma universitair
  - o Masterdiploma universitair

- *Werk*

o Arbeider
o Bediende
o Ambtenaar
o Zelfstandige
o Huisvrouw
o Werkzoekende
o Werkonbekwaam
o Student
o Scholier
o Invalide (sinds wanneer)

- *Financiële problemen*:Ja/nee

➢ **Steunfiguren**
- Voelt u voldoende steun vanuit de omgeving (partner, vrienden, familie, …)
  Ja Nee Ik heb geen partner
- Geweld aanwezig?
  Ja Nee Fysiek / Mentaal / Seksueel

2. <u>Somatisch</u>
    - Schildklierlijden: Ja Nee
    - Diabetes mellitus: Ja Nee
    - Hoge bloeddruk: Ja Nee
    - Verloskundige voorgeschiedenis: G P M A
        - Duur tot zwangerschap: _____
            - Spontaan: Ja Nee
            - Gepland: Ja Nee
            - Gewenst: Ja Nee
        - Borstvoeding kunnen geven Ja Nee
        - Complicaties bij vorige zwangerschap(pen): Ja Nee
3. <u>Psychiatrisch</u>
    - ➢ Voorgeschiedenis persoonlijk: _____
      _____
    - ➢ Middelenmisbruik
        - Alcohol Ja Nee
        - Nicotine Ja Nee
        - Drugs/geneesmiddelen Ja Nee

SCORE:

Vragen 1,2 en 4 (met *):
Scores: 0,1,2 of 3, bovenste antwoord = 0, onderste = 3
Vragen 3, 5-10 (zonder *)
Scores omgekeerd, bovenste antwoord = 3, onderste = 0

Maximum score : 30
Mogelijke depressie**: 10 of meer**
CUT OFF POSITIEVE SCREEN: 13 of meer

- Opletten voor vals-positieven en vals-negatieven: test vervangt klinisch oordeel niet (vooral score van 0 vraagt alertheid)
- Suicide navragen: erover praten verhoogt risico niet, exploreren of er gedachten zijn om baby iets aan te doen

MANAGEMENT

- Vaak te veel voor 1 consult: follow-up plannen

- Andere medische aandoening uitsluiten:
  - hypo/hyperthyroïdie, anemie
  - Onderscheid postnatale blues, persoonlijkheidsproblemen met aanpassing, rouw, substantie gebruik, andere psychiatriche aandoeningen

- Doorverwijzen is een proces, eerder dan one-event: belangrijk om na te vragen wat de patiënt zelf wilt, follow up voorzien
  - Duur, ernst, invloed op dagelijks functioneren inschatten
  - Sociaal netwerk van patiënte betrekken

- Moeder-kindhuis in Zoersel: www.moederbaby.be
- CGG De Pont Mechelen: Infant Teams
- Vroedvrouwen die coachings geven
  - Lieve Van Weddingen: Gesprekken (50 euro per uur, minstens 5) Mails, Chatten, Skype, … www.lievevanweddingen.wordpress.com

- www.fitinjehoofd.be
- www.geestelijkgezondvlaanderen.be
- http://www.vvkp.be/
- http://www.zelfhulp.be/

Bijlage 5: tevredenheidsenquête

Screenen naar depressie tijdens en na de zwangerschap in de huisartsenpraktijk

1. **Hoe voelde je je toen de huisarts de vragenlijst met jou invulde?**

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ◯ Ik vond het zinvol
- ◯ Ik begrijp dat het zinvol kan zijn voor anderen
- ◯ Het stoorde me niet
- ◯ Ik zie het nut er niet van in

2. **Door de vragenlijst kwam er meer ruimte tijdens de consultatie om open te spreken over dit onderwerp**

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ◯ Ja
- ◯ Neen
- ◯ Niet zeker

3. **Ik vond de vragenlijst goed te begrijpen (de 10-vragen, niet de informatieve vragenlijst privé vooraf)**

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ◯ Ja, alle vragen waren duidelijk
- ◯ Sommige vragen waren onduidelijk
- ◯ Bijna alle vragen waren onduidelijk

4. **Ik vond de vragenlijst**

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ◯ Te uitgebreid
- ◯ Te kort
- ◯ Juist goed zo

5. **Heeft je huisarts na het invullen van de vragen 1 van de volgende opties voorgesteld**

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ◯ Geen verdere opvolging nodig
- ◯ Een nauwgezette follow-up door de huisarts met regelmatige contacten
- ◯ Doorverwijzing naar psycholoog
- ◯ Doorverwijzing naar psychiater
- ◯ Informatie brochure meegegeven
- ◯ Opgestart met medicatie
- ◯ Vroedvrouw aan huis laten komen
- ◯ Doorverwezen naar een moeder-kind-eenheid (Zoersel)

6. **Ik vind de huisarts de meest geschikte persoon om hierover te praten**

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ◯ Volledig akkoord
- ◯ Eerder akkoord
- ◯ Eerder niet akkoord
- ◯ Niet akkoord

7. **Heb je zelf nog vragen of opmerkingen?**

Vul uw antwoord hier in:

Bijlage 6: Focusgroepgesrpek

Bijlage 7: Codering Excel

Bijlage 8: Axiaal Coderen

Gesprek Focusgroep

Met opmerkingen [cs1]:

Eerst nog een korte toelichting over het opzet van mijn masterproef. Op basis van het voorstel van de vlaamse overheid om meer sensibilisatiecampagnes te organiseren omtrent het onderwerp en opleidingen te organiseren voor zorgverleners toe. En om een screeningsinstrument de introduceren met het oog om een richtlijn te maken. Zij impliceerden ook de EPDS. Mijn opzet was dus eigenlijk om eens te gaan kijken in de praktijk hoe die screeningstool ontvangen wordt en in hoeverre dit te realiseren is.
De focusgroep is vooral om wat ervaringen, meningen en praktische hindernissen bij elkaar te brengen. De bedoeling is om het een beetje te objectiveren, maar ik ga toch open vragen stellen, want anders is er natuurlijk weinig ruimte voor discussie.

Eerste stelling: in het begin had ik julliegevraagd, voorafgaand aan de infosessie had ik jullie gevraagd, wie er vertrouwd was met het onderwerp. Hier had maar 1 iemand op geantwoord dat die voldoende vertrouwd was. Dus nu was mijn vraag: is de huisarts dan wel de geschikte persoon om te gaan screenen systematisch?

Met opmerkingen [cs2]: kennis (theoretisch en praktisch)

1. Screenen is iets anders dan behandelen, vind ik toch? Ik vind dat een huisarts is een eerste lijn, ze komen voor van allerlei kleine kwaaltjes. Ik denk dat ge dan juist de ideale persoon bent om de alarmsignalen op te vissen. En als ge dat niet kunt, om eventueel door te sturen of om je er extra in bij te scholen. Ma als ge dat niet wilt of niet kunt, dan is t gewoon die rode vlagjes proberen te vinden en door te sturen of er toch iets mee doen. (LM)
2. Ik vind ook: heel vaak heb je al hints, omdat je die patient al op een bepaalde manier kent. En weet ge soms hoe bepaalde zwangerschappen verlopen of omstandigheden rond de persoon of de zwangerschap waardoor ge veel meer zelf aanvoelt: oei ik ben gealarmeerd in deze setting, of zou ik gealarmeerd moeten zijn? Dus ge zijt daar al ne stap in voor. Extra troef van de huisarts, want ik vind ook dat ge geplaatst zijt als huisarts Het is ook veel gemakkelijker om dit soort vragen te stellen, als gynaecoloog ook (als ge de tijd ervoor neemt), maar als huisarts omdat ze daar ook wel voor open staan. Helemaal in het begin hadden we de vragenlijst overlopen en waren er zo ook wel wat expliciete vragen, maar ik denk juist omdat je de patient meer kent, kun je daar wel toe komen. (IB)
3. Ik denk dat er ook een verschil is tussen huisartsen. Er zijn huisartsen die veel zwangeren zien en veel opvolgingen doen. Ik ken er ook veel die dat niet doen, die zeggen ga maar altijd naar de gynaecoloog. Die gaan de zwangeren niet zien en die kunnen niet screenen. (SD)
4. Tenzij voor de boostrix, alle gynaecologen sturen voor de boostrix door, dus dat is het moment dat ge doorhebt dat uw patient zwanger is. (IB)
5. Als huisarts ziet ge ook vaak de rest van de familie. En soms gebeurt het dat iemand zegt, “zeg ik maak me wat zorgen over mijn zus of mijn vrouw, als ze is passeert wilt ge er is op letten”. Zo van die kleine dingen die ge als gynaecoloog of als vroedvrouw niet oppikt, niet heel de famlile gaat naar de gynaecoloog of vroedvrouw. (LM)
6. Ik denk dat het feit dat maar 1 iemand zei: ik heb er ervaring mee. Is omdat de sensibilisering beter kan. Ik denk als we er echt op letten en aan denken en meer zouden doen, gaat het meer routine worden. Het is een kwestie van routine. Ik denk dat ge als huisarts sowieso een betere band hebt met uw patient, omdat ge die het

Met opmerkingen [cs3]: screenen als actie

Met opmerkingen [cs4]: geschikt als HA om te screenen

Met opmerkingen [cs5]: rode vlaggen

Met opmerkingen [cs6]: oplossing gebrek aan kennis

Met opmerkingen [cs7]: persoonlijke kennis patient

Met opmerkingen [cs8]: persoonlijke kennis zwangerschap

Met opmerkingen [cs9]: geschikt als HA om te screenen

Met opmerkingen [cs10]: toegankelijkheid als HA

Met opmerkingen [cs11]: toegankelijkheid als HA ook voor expliciete vragen

Met opmerkingen [cs12]: verschil tussen HA

Met opmerkingen [cs13]: Boostrix-vaccinatie (moment dat HA zwangere ziet)

Met opmerkingen [cs14]: betrokkenheid familie

Met opmerkingen [cs15]: gebrek aan ervaring, nood aan sensibilisering

Met opmerkingen [cs16]: routinering nodig

Met opmerkingen [cs17]: toegankelijkheid persoonlijk als HA (band)

hele leven kent, en de gynaecoloog ziet ze enkel als ze zwanger zijn. Ik weet niet of de patient zelf dat zou durven zeggen. Dit zou durven uiten “ik heb suicidale neiging”, tegen de gynaecoloog. (LC)

7. Ik denk idd dat de drempel groter is, hangt er natuurlijk vanaf in hoeverre uw band met uw patient is. Maar als ge in een paar vragen peilt, of toch ook zeker door een algemene screening naar de steunfiguren van de zwangeren, dat wij best geplaatst zijn om het te kaderen. Of bij toeval de patient alleen te zien. Ik denk wel zeker dat wij in de juiste positie zijn, maar dat we zoals Ling zegt de juist of correcte tools zouden moeten krijgen en dat we daar dan wel mee aan de slag kunnen. (AL)
8. Ja daar voel ik het zelfde, ik voelde mij op voorhand niet zo bekwaam, maar als ge weet dat is de vragenlijst en ge weet een beetje welk kader daarrond hangt, dan is dat wel weer iets waar ik me veel zekerder bij voel. Ook al heb ik dat nog niet zo vaak uitgeoefend, maar omdat ge weet welke vragen ge kunt stellen en hoe kan ik die kaderen. (IB)

2e vraag: wat kan er gedaan worden om de huisarts meer te betrekken? Deze vraag is misschien al deels behandeld. Als we weten we hebben deze lijst dan gaat het beter of als je weet ik moet screenen, dan doe ik het. Maar hoe kunnen we zorgen dat ge het effectief doet?

1. Ge hebt toch dat schema van domus medica, dat gebruik ik vaak. Moest het daar gewoon al tussen staan. Is dat een beetje een reminder voor uzelf. Plus ik vind de gynaecologen moeten zeggen vb 2 weken na ontslag uit ziekenhuis wil ik dat ge toch eens bij de huisarts passeert. Ja dan is het gemakkelijker om deze vragen te stellen. Omdat ge dan ook een consult hebt, gewoon voor opvolg. Want dat vind ik wel het moeilijke, het neemt wel wat tijd in beslag en als dan is bovenop de andere consultatie neemt ge daar uw tijd niet voor. Terwijl als ze zeggen na 2 weken, komt op controle, dan weet ge van ja. (LM)
2. Ik moet nu wel zeggen, die lijst nam niet veel tijd in! Vond ik persoonlijk. (LC)
3. Ja als t allemaal goed is.
4. Ja dat is waar.
5. En soms komen ze als de kleine 2 weken is met een bezorgdheid over dat kind en dan nog wat vragen over de borstvoeding. En dan denkt ge “eigenlijk zou ik dat kunnen doen” maar hebt ge er geen tijd voor en dan doet ge het wat raprap. (ED)
6. Maar dit is dan ook sensibilisering door de gynaecoloog, van kijk dit brengt veel met zich mee, een kindje in huis. We vinden dat toch belangrijk, gaat een keer naar de huisarts dat die dat mee in t oog kan houden. Beetje aansporen. (LC)
7. Ik merk ook bij veel patienten, als ze dan eens met hun kleintje langs komen bij de huisarts postpartum, die vinden dat gewoon leuk als ge dan eens vraagt hoe de bevalling is geweest en dan beginnen ze te vertellen. Ik denk dat zoiets de ideale moment is. (ED)
8. En dan tijdens de zwangerschap die boostrixvaccinatie, want meestal hebben ze dan ook echt niets anders. (IB)
9. Wanneer moet ge eigenlijk screenen? Ge gaat die vragenlijst toch geen 5 keer afnemen? (SD)

Moderator: er is evidentie voor tijdens maar niet wanneer. Na de zwangerschap best eerste 6 tot 12 weken. En eventueel tot 6 maanden, daar is onderzoek naar gedaan.

Met opmerkingen [cs18]: toegankelijkheid (lage drempel) als HA

Met opmerkingen [cs19]: geschikt als HA om te screenen/te kaderen

Met opmerkingen [cs20]: nood aan correcte tools

Met opmerkingen [cs21]: gebrek aan ervaring

Met opmerkingen [cs22]: tools om ervaring mee op te doen

Met opmerkingen [cs23]: schema in richtlijn als reminder

Met opmerkingen [cs24]: doorverwijzing via specialist nr HA

Met opmerkingen [cs25]: time-management

Met opmerkingen [cs26]: time-management screeningstool

Met opmerkingen [cs27]: time-management behandeling/opvolging

Met opmerkingen [cs28]: time-manegement gebrek aan tijd

Met opmerkingen [cs29]: doorverwijzing via specialist naar HA

Met opmerkingen [cs30]: appreciatie bij patiënt (bij navragen bevalling)

Met opmerkingen [cs31]: Boostrixvaccinatie (moment dat HA zwangere ziet)

10. Want ik heb dat eens gedaan bij een patiente die in het begin super happy was dat ze zwanger was, die scoorde super goed. Maar op t einde ging het minder, dan heb ik nog eens de vragenlijst afgenomen en dan scoorde ze veel minder. Dus eigenlijk als je de vragenlijst maar 1 keer afneemt zegt dat toch niet veel. (SD)
11. Ik heb het omgekeerde gehad, iemand die zwanger was en ze was daar helemaal overweldigd door en angstig. Toen heb ik haar de vragenlijst meegegeven. Ze heeft dat toen niet ingevuld omdat ze er niet echt mee bezig was, zo veel stress en paniek. Uiteindelijk heeft ze het wel ingevuld en dan scoorde ze beter dan ik verwacht had, maar ondertussen ging het natuurlijk ook veel beter. (ED))
12. Ik heb ook zo iemand gehad, in het begin van de zwangerschap zeer moeizaam. K zeg ah dat is hier mss een goede kandidaat zeker met de voorgeschiedenis psychisch. Maar dan zat ze net in een goede periode. Nadien is dat ook weer gekanteld. Moet je altijd alert blijven? Moet je kort voor de zwangerschap de vraag stellen 'hoe gaat het?" als je merkt dat er enige aarzeling is, dan de vragenlijst afnemen? Als de patient duidelijk te kennen geeft, ah ja dokter alles goed, dan de tijd nemen om het op een ander moment te doen, vb postpartum. (AL)
13. Natuurlijk als ge de vragen stelt, hebt ge wel een soort bewustwording bij de patient. "Ik kan er een vraag over stellen". `Stel dat ze zich slecht voelen, gaat het geen taboe meer zijn, of is er de opening om tot bij u te komen. Mss is een vast moment sowieso toch interessant. (IB)

Met opmerkingen [cs32]: Verschil in resultaten tijdens verloop zwangerschap (tijdstip screenen)

Met opmerkingen [cs33]: verschil tijdens verloop zwangerschap (tijdstip screenen)

Met opmerkingen [cs34]: verschil tijdens verloop zwangerschap (tijdstip screenen)

Met opmerkingen [cs35]: ideale screeningsmoment zelf inschatten

Met opmerkingen [cs36]: screening als sensibilisatie

Met opmerkingen [cs37]: voordeel vast screeningsmoment

Moderator: een vast moment is inderdaad het systematisch gaan screenen, want anders ga je weer terug naar: k heb hier een raar gevoel dus ik ga haar screenen en dan zou ge tot 60 % missen.

14. Mja idd een vast moment om te screenen, en dat ge dan tegen de patient zegt, moest ge tijdens of na de zwangerschap u niet goed voelen ofzo, laat het dan zeker weten. Want anders wordt het idd moeilijk wanneer te screenen. (LC)

Met opmerkingen [cs38]: vast screeningsmoment, screenen als sensibilisatie

Moderator: de meeste zijn na de zwangerschap. Vroeg screenen in de zwangerschap geeft de kans om patienten die al depressief zijn of aanleg hebben eruit te halen en beter op te volgen, tegen het einde ga je vooral de risico's eruit halen.

15. Ik vond ook bij de patienten die zwanger waren, die wouden dat wel doen, maar dat was voor hen precies op dat moment niet belangrijk. Die stonden daar veel minder bij stil. Terwijl de vragen die ik stelde aan jonge mama's, die waren precies opgelucht dat ik die vragen stelde. Ook al waren die positief, ale die waren toch merendeels positief. Die waren er precies meer aan toe. (LM)
16. Misschien wat meer herkenning. Ondertussen maakt ge zoveel mee, alles staat op zijn kop. Ge hoort van iedereen allemaal goede raad en hoe het zou moeten. Maar ondertussen, ge hoort veel minder de wolk waar ze zijn afgedonderd. "Zegt dat maar niet want…"(IB)
17. Veel die het ook niet durven zeggen, als vriendinnen op bezoek komen die vragen "cva?" krijg je een standaard antwoord: mja moe, maar ja wat wilt ge of zoiets. Dat er vaak wel meer is. (ED)

Met opmerkingen [cs39]: weinig interesse bij zwangeren

Met opmerkingen [cs40]: veel interesse bij jonge moeders

Met opmerkingen [cs41]: meer erkenning bij jonge moeders, benoeming negatieve is ok

Met opmerkingen [cs42]: benoeming negatieve is ok (geen taboe)

18. Wat ik vaak doe in een consultatie is vragen: “en hoe ist met u?” “goe” “Ja want ik vond dat toch niet zo evident allemaal” en dan komt er soms een hele ontlading. (LM)
19. Zo “ snogal overweldigend eh” en dan zo een viske werpen. Soms is dat dan van “amai ja en positieve ontlading en anderen negatief” (ED)

Moderator: Op welke moment zien jullie de postpartums het meest?

20. 7e dags onderzoek. Vooral voor de baby. (SD)
21. Ja maar wij doen daar standaard de moeder bij eigenlijk. Aah ja zo: Twee consulten dan? Jaja want eer die baby al uitgekleed is. Dat is een goed idee. (LC)
22. Ik zeg dat op voorhand tegen de zwangeren, dat ze voor dat onderzoek ook bij ons terecht kunnen, want anders komen ze allemaal uit het ziekenhuis met een consult bij de pediater. (SD)
23. Ik vind het heel moeilijk om de zwangeren tot bij ons te krijgen, maar dat is een algemeen probleem. Ik zeg ook altijd: ga maar naar de gynaecoloog en dan kan je afwisselen. En dan ziet ge die uiteindelijk enkel voor den boostrix. Ik ga de mensen ook niet opbellen, “eh ge zijt 16 weken, komt ge is niet langs”. (ED)
24. Ik stuur die naar mijn eigen gynaecoloog, ik denk dat die niet anders durft dan door te sturen. (LM)
25. In bonheiden zijn ze wel veel “huisarts” gericht als in Mechelen, in Mechelen zuigen ze alle zwangeren op en houden ze allemaal bij. (ED)
26. Maar niet allemaal in Bonheiden hoor, er zijn een paar. We hebben vroedvrouwen in onze praktijk en onze HAIO had een schema gemaakt voor haar thesis, want zij doet over het 7e dagsonderzoek. Bepaalde gynaecologen “ja dat is goed” en andere “nee ik zie niet voor wat dat moet”. (LC)
27. Wanneer ze met hun kind komen is een goed moment.(IB)
28. Maar 7e dag is wat vroeg. (SD)
29. En ook later als ze komen voor hun prikjes is dat niet ideaal, want dit geeft sowieso al een soort stress met zich mee. (AL)
30. Dus gewoon op 2 weken, ik vind dat geen slecht idee. (LM)
31. Maar dat is wat vroeg. Op 6 weken gaan ze naar de gynaecoloog. Dus dan zou het de gynaecoloog moeten zijn. (SD)

Moderator: De baby blues begint op dag 3-4 en kan duren tot 2 weken. Ideaal op 6 weken.

32. Ja en die vragenlijst van die babyblues in t ziekenhuis, ik werd daar gewoon al depressief van. (ED)
33. Dat zijn 4 vragen net voor ontslag, op dag 3. Ik was vroeger weggegaan, eerst was er al een vroedvrouw die zei “neeneenee, zo moet ge geen borstvoeding geven” eerst en vooral dat moet ge niet zeggen tegen een jonge mama en dan zei ze “hier is uw ontslagpapier, dat boekje lees dat maar eens thuis”. Daar staat dan in : als ge meer dan 1 keer ja antwoord, dan is het niet oké. Maar dat durft ge dan al niet antwoorden want ge wilt bij de oke groep zijn. (LM)
34. Ik had dan de dietiste bij mij, die zei ge moogt niks anders eten dan gekookte rijst en magere kip. Ik had ook een helse bevalling gehad. 1 van de vragen is dan: “bent u gelukkig” ja nee eh. Dus ge krijgt dat dan idd met uw ontslagpapieren op de dag dat

Met opmerkingen [cs43]: reflectie op jezelf als truc om vertrouwen te winnen

Met opmerkingen [cs44]: suggestieve vraag als truc om vertrouwen te winnen/drempel te overschreiden

Met opmerkingen [cs45]: 7e dags onderzoek (moment dat HA zwangere ziet)

Met opmerkingen [cs46]: duidelijke communicatie naar patient (nood aan doorverwijzing door specialist)

Met opmerkingen [cs47]: nood en gebrek aan doorverwijzing door specialist

Met opmerkingen [cs48]: regio-gebonden verschillen in doorverwijzing

Met opmerkingen [cs49]: timing screenen (7e dag, te vroeg)

Met opmerkingen [cs50]: vaccinatie baby (moment waarop HA patient ziet), niet ideaal gezien al stress

Met opmerkingen [cs51]: timing screenen (2weken, te vroeg)

Met opmerkingen [cs52]: timing screenen (6weken, maar dan visite gynaecoloog)

Met opmerkingen [cs53]: andere screening nr babyblues in ziekenhuis

Met opmerkingen [cs54]: ervaring, uitkomst erbij geven is niet ok

Met opmerkingen [cs55]: ervaring met slecht geformuleerde vragen screening nr baby blues

ge met die babyblues zit, ge moet dan nog naar het gemeentehuis en dat is dan uw slechtste dag zogezegd. Dat is gewoon om van te beginnen wenen. (ED)

35. En zeker omdat ge helemaal geen opvolging hebt, er hangt niets aan vast. Als ge u dan slecht voelt. (IB)
36. Als de vroedvrouw dan zegt: ge moet op 2 weken naar de huisarts. Maar dat is te vroeg zeker. (LM)
37. Maar dat er idd een vast moment is. Dan is er een "vooruitzicht". (SD°
38. Maar dan moet het echt een vast moment zijn en niet gewoon "tussen 6 en 12 weken moet ge is langs den huisarts". Want dan gaat het er niet van komen. (LC)
39. Goh mss wel, Boostrix is ook niet op een vast moment is ook eerder tussen dan en dan.
40. Maar t is een meerwaarde om ze dan te zien, ze zijn dan in de helft van hun zwangerschapsverlof, hoe verloopt dat? Ge hebt nog de helft voor u, ziet ge dat wat zitten. Ik heb nu zelf geen ervaring, maar ik merk toch vaak dat sommigen na die 3 maanden thuis dat allemaal niet zo goed zien zitten om terug te gaan werken. Omdat dat toch wel stress met zich teweeg brengt. Denk ik dat het allemaal toch wel boeiend kan zijn om er dan achter te vragen. (IB)
41. Ik wil toch nog ff zeggen dat boostrix is iets dat ge kunt vasthouden. Ze weten wat ze moeten doen, dat is een vaccinatie voor uw kindje. Terwijl je "gevoelens" dat is niet zo tastbaar, dan ga je daar niet zo hard aan denken, dan aan een spuit die je zeker moet krijgen. (LC)
42. Mja ge kunt ook nog eens achter de bekkenbodem vragen, zien of er nood is aan kinésitherapie en dan het voorschrift geven. Ale om iets op papier te hebben om ze te lokken. "herevaluatie bekkenbodem met knipoog bij voor de huisartsen". (IB)
43. Mss kan er ook een extra moment zijn, eens terug ah werk. Want dit is mss ook een belangrijke moment na een paar weken, in het begin het het wat aanpassen en dan wat zien hoe het loopt. (AL)
44. Dat kan idd zinvol zijn, maar mss wel een druk moment om dan nog eens in de wachtzaal te gaan wachten. (LM)
45. Mja ergens een moment wanneer er werkhervatting is. Hoe gaat dat? Hoe loopt het loslaten van dat kindje? Blijf je erin hangen, went het? Doet dat u ineens nadenken, twijfelen aan uw job? Dat zijn toch allemaal momenten die voor crisis of omslag kunnen zorgen.Dus dat mss ook interessant om nog eens naar de psychische toestand van de moeder te polsen. (AL)

In onze praktijk zijn niet veel zwangeren, en vaak wordt het toch ook wel vergeten. Hebben jullie dit ook ervaren als een echte opdracht om eraan te denken "oei ik moet hier screenen"

46. Ja ik vond dat ook wel (4x). (SD, IB, LM, AL)
47. Ik heb het ook gevraagd aan een collega, omdat ik een zwangere patient op haar lijst zag staan. Ik had het kort uitgelegd aan mijn collega. Zij heeft de vragenlijst uiteindelijk meegegeven met de patiente, omdat ze toch wat weerstand voelde. We hebben haar voolopig ook nog niet terug gezien. Maar ja, ge denkt aan zoveel dingen. Dan is er een bijscholing van dat, en dan denk je, ok we gaan wat meer nadenken over de palliatieve pijncontrole, ok. Terwijl ge doet al die dingen continu. Maar niet helemaal binnen .. (IB)

Met opmerkingen [cs56]: andere screening: geen opvolging

Met opmerkingen [cs57]: doorverwijzing dr vroedvrouw tijdens ontslaggesprek nr HA

Met opmerkingen [cs58]: vast moment = vooruitzicht

Met opmerkingen [cs59]: vast moment moet echt duidelijk zijn en niet tussen 6-12weken

Met opmerkingen [cs60]: vast moment met marge kan ook

Met opmerkingen [cs61]: timing screenen: na 6-8 weken, helft zwangerschapsverlof

Met opmerkingen [cs62]: probleem dat het niets "tastbaars" is zoals vaccinatie

Met opmerkingen [cs63]: combinatie bekkenbodemevaluatie (iets tastbaars)

Met opmerkingen [cs64]: timing screenen: enkele weken aan het werk

Met opmerkingen [cs65]: timing enkele weken ah werk, nadeel: drukke periode om in wachtzaal te zitten

Met opmerkingen [cs66]: werkhervatting breekbaar punt

Met opmerkingen [cs67]: als HA moet je aan heel veel denken

48. Ja t is zoals ge zei, het moet een gewoonte worden. In het begin heb ik het systematisch gedaan bij elke zwangere, ik dacht kom ik moet hier vragenlijsten hebben. In het begin heb ik er kei veel gehad, dan is dat gestopt omdat ik zelf iets had van “kom ik heb er genoeg” en ik had al mijn zwangeren die ik dan toch in opvolging had eigenlijk al gescreened. En dan doet ge dat ook gewoon niet meer, nu doe ik het ook niet meer, terwijl ik het wel nog gewoon zou kunnen doen. (SD)
49. Uiteindelijk hebt ge dat ook als ge hebt ‘mm hoge bloeddruk” mm we gaan ons cardiovasculair praatje nog eens maken. Ik neem er dan ook altijd van domus medica die preventie-richtlijn bij. Dus zo vind ik dat het zeker daar ook een plaats moet hebben als tool. Maar eigenlijk zou er een link moeten zijn, maar voorlopig is dat niet, omdat ze heel vaak niet komen voor hun zwangerschap, maar zijn ze gewoon zwanger en idd ik heb ook niet de systematische opvolging. (IB)
50. Dus niet zo de systematische opvolging, op 24 weken komen voor de suikertest? (LM)
51. Eum “enkele” suikertesten”, maar meestal Boostrix en anders “ja ik voel mij slecht vandaag en ik ben zwanger”. Dan ziet ge ze dus voor iets anders, dan heb je niet het eerste gedacht “ah die is zwanger”. Zeker nu omdat we het nog niet systematisch doen. (IB)
52. Moesten we het in het schema van domus medica krijgen, dat we sowieso met de jonge huisartsen generatie, die nog veel richtlijnen vanbuiten moeten blokken, als we het erin zien staan. Op 24 w: ah ok, we moeten eens polsen naar de psychologie. (AL)

Moderator: het staat wel in de richtlijnen van domus medica, met de 3 vragen/whooley questions.
“heb je je de voorbije maand regelmatig down gevoeld, depressief of hopeloss?”
“Heb je de voorbije maand weinig interesse of plezier hebt gehad in bepaalde zaken?”
Indien op 1 van de 2 vragen positief antwoorden, moet je vragen:
“Is dit iets waar je hulp bij zou willen hebben?”

53. Ik wou juist zeggen: eigenlijk zou ge compacte vragen moeten hebben, gelijk bij de minicog en de 3 woorden. (LC)
54. Ja is een beetje zoals wanneer je screent voor depressie bij volwassenen. (IB)

Moderator: Hier komen we straks toe, of we kunnen nu wel overgaan naar de evaluatie van de **screeningstool. Niemand kende de EPDS** de opleiding en toch geldt dit als een gevalideerd screeningsinstrument. **Hoe komt dat** volgens jullie?

55. Omdat het te lang is, ale niet te lang, omdat het lang is. (LM)
56. Omdat er te veel screeningslijsten zijn (SD)
57. Te weinig sensibilisering (LC)
58. Is dit ooit in de opleiding aan bod gekomen?(ED)
59. Ik moet toegeven dat ik al die schalen, ale of die paar schalen die we geleerd hebben ook niet gebruik of van naam zou kennen. (LM)
60. Maar idd als je het nooit hebt aangeleerd gekregen, je vindt wel uw eigen manier om bij die patienten bij wie ge gealarmeerd zijt verder te gaan. Daarom dat er ook veel antwoorden, ik ben er niet zo vertrouwd mee, omdat je niet goed weet hoe gaan we dat verder aanpakken? Weinig aandacht in de opleiding. (IB)

Met opmerkingen [cs68]: nood aan routinering

Met opmerkingen [cs69]: opdracht om te screenen, eens voltooid niet meer gedaan

Met opmerkingen [cs70]: Nood aan richtlijn als tool

Met opmerkingen [cs71]: Nood aan systematiek in zwangerschapsopvoling

Met opmerkingen [cs72]: Vaak contact om andere reden dan zwangerschap

Met opmerkingen [cs73]: Schema domus medica (nood aan richtlijn)

Met opmerkingen [cs74]: kortere screeningstool

Met opmerkingen [cs75]: EPDS is lang

Met opmerkingen [cs76R75]: (te) Veel screeningslijsten ontwikkeld voor huisartsen

Met opmerkingen [cs77]:

Met opmerkingen [cs78]: nood aan sensibilisering

Met opmerkingen [cs79]: opleidingsaanbod

Met opmerkingen [cs80]: benamingschalen vergeten

Moderator: En zien jullie **voor of nadelen** aan die 10 vragen?

61. Die 10 vragen op zich vond ik wel goed, maar die demografische vragenlijst vond ik wel uitgebreid. (SD)

Moderator: ja maar die tellen dus niet echt mee, dat is voor mijn onderzoek

62. Die demografische vragenlijst vond ik idd: is er geweld? Soms kent ge de context zo goed, dat ik mezelf er voor moest behoeden dat ik die vraag neutraal stelde. Want soms zou ge zo de neiging hebben, "ik weet wel in uw geval dat dat niet van toepassing is" maar ik moet het toch vragen. (AL)
63. Maar ge weet het niet eh, dan suggereert ge al. (LC)
64. Ik vond dat wel nuttig die demografische vragenlijst (LC)
65. 10 vragen vind ik wel redelijk lang voor een screening. Als ge een vermoeden hebt vind ik 10 vragen totaal niet lang, maar als ge zo totaal gewoon aan iedereen dat moet stellen. (LM)
66. Tenzij ge echt een moment hebt, dat ze speciaal komen voor die lijst. Dan vind ik dat zeker ok. (IB)
67. Ja zoals bij sport medische keuring, dan pak ik dat documentje van domus medica, en dan vind ik dat niet erg om al die vragen af te gaan. Sportmedischekeuring.be. (LM)
68. Op zich vond ik dat dit ook wel snel ging. Patienten hadden dit snel ingevuld. (AL)
69. Ja dat wel, binnen de 5 minuten. Het thema is ook wel, als het over iets psychologisch gaat, moet het toch wel op diverse manieren bevraagd worden voordat de mensen herkenning of erkenning voelen en op zich gaat het wel snel. Dus ik weet niet of het nu een meerwaarde zou zijn om de vragen in te korten. Mss voor onze mentale drempel te verlagen, maar in se denk ik niet dat ge veel tijdswinst zou behalen. (AL)
70. T zijn ook duidelijke vragen. Ik denk dat je er meer gaat uithalen met die vragenlijst, dan gewoon de 2 vragen te stellen. Want op die 2 vragen is snel geantwoord: ah nee.(SD)
71. Plus ook de tijd eh. Een nee is snel gezegd, maar een paar keer nee zeggen.. (IB)
72. Het doet ook echt nadenken, ik heb het vorige al nee geantwoord. Als het te kort is gaat de mens gemakkelijker …(AL)
73. Ik gaf wel altijd de antwoorden als optie, dat is mss stom, want daar verliest ge natuurlijk meer tijd mee.(LM)
74. Was het de bedoeling dat ge het overliep of dat ze gewoon vrij antwoorden? (LC)

Moderator: twas de bedoeling om samen met hen de lijst te doorlopen. Als ik screende, in het begin las ik de antwoorden luidop, maar dan moet je idd veel praten en veel antwoorden lijken op elkaar. Maar daarna heb ik het blad gedraaid, zodat we samen de vraag lazen en zij de antwoorden zelf doornamen.

75. Ik heb het samen gedaan (LC)
76. Ik heb het ze zelf laten invullen (AL)
77. Bij mij was het vaak de patient ze geef maar hier! Oké even uit handen geven. (IB)
78. Maar ik denk dat ze ook eerlijker gaan antwoorden als ge het ze zelf laat invullen. (SD)

Met opmerkingen [cs81]: uitgebreidheid demografische vragenlijst

Met opmerkingen [cs82]: moeilijk om te polsen naar huishoudelijk geweld, vooroordelen

Met opmerkingen [cs83]: opletten met suggestieve vragen

Met opmerkingen [cs84]: nuttig demografische vragenlijst

Met opmerkingen [cs85]: EPDS 10 vragen is te lang

Met opmerkingen [cs86]: niet te lang zo speciaal consult hiervoor

Met opmerkingen [cs87]: cf sport medische keuring, geen probleem om lange lijst te overlopen, want ze komen speciaal hiervoor

Met opmerkingen [cs88]: EPDS duurt < 5 min

Met opmerkingen [cs89]: epds bevraagt divers het probleem= ruimte voor erkenning bij pt

Met opmerkingen [cs90]: kortere screeningstool vooral mentale drempel voor huisarts, maar daarom geen tijdswinst

Met opmerkingen [cs91]: epds duidelijke vragen

Met opmerkingen [cs92]: epds meer kans dat ze eerlijker antwoorden, moeilijk om paar keer nee te zeggen

Met opmerkingen [cs93]: verschil in manier van afnemen zorgt vr tijdswinst?

Met opmerkingen [cs94]: manier van afnemen: pt zelf, eerlijker?

79. Ja dat vond ik ook. Als ge zo een vraag stelt, gaan ze snel iets hebben van, ja doe maar dat, t gaat toch goed. Terwijl als ze het zelf moeten invullen. (SD)
80. Ah nee ik vond dat dat wel redelijk goed ging. “soms” “tamelijk veel”. Die waren daar redelijk eerlijk over. Ik had niet het gevoel dat ze altijd zeiden: neeneenee nooit niet. Soms was dat echt van ja soms, tamelijk. (LC)
81. En dan kunt ge het natuurlijk ook wel terugkoppelen. In de 2 gevallen: je kan het ook samen terug overlopen nadat ze het zelf hebben ingevuld. Of dat ge idd inpikt als ge aarzeling ontdekt, vb wat is soms. Ale ja dat was nu niet relevant, maar kan soms wel relevant zijn voor de patient en de begeleiding daarvan. (IB)
82. Want ik vond persoonlijk door het “samen” te overlopen deed ik zo een introductie “zou ge het zien zitten om met mij een 10-tal vragen te overlopen omdat we dat belangrijk vinden om te peilen naar de gevoelens tijdens de zwangerschap omdat daar te weinig aandacht aan wordt gegeven. En als ge dat dan zegt, dan hebben ze zo iets van “ah dan wordt er nu wel aandacht aan gegeven, er mag over gesproken worden” (LC)

Moderator: Ja dat is waar: terwijl als ge het zegt als “we screenen naar depressie” heeft dat direct zo een negatieve ondertoon. En gaan ze zelf meer opletten in wat ze zeggen.

Natuurlijk als ge een moment gaat inlassen na de zwangerschap waarop ze moeten komen puur om te screenen, heb je mss ook wel die donkere wolk die daarboven hangt. (LC)

83. Ik denk de mensen die daar nood aan hebben gaan dan wel komen … Maar anderen die gaan niet komen, of de mensen die écht depressief zijn gaan ook niet komen. (SD)
84. Vroedvrouwen dan? Die komen toch wel kei vaak aan huis, toch als mensen borstvoeding geven. Die zijn mss toch meer geplaatst om na de bevalling te screenen. (SD)
85. Ze zijn ook thuis, ze kunnen ook wat “sensen” hoe het gaat. (AL)
86. Als het kind begint te huilen. Als wij patienten zien met een postpartum depressie is dat vaak nadat de vroedvrouw ons daarop gewezen heeft. (SD)
87. En die hebben ook minder die barrière, want die zitten zo in die setting. (IB)
88. Ik heb een meegemaakt, een koppel die ouder waren geworden, na een redelijk traumatische zwangerschap en met die papa ging het echt niet goed. En toen heeft de vroedvrouw gezegd: goh het gaat echt niet goed met die papa en de vroedvrouw heeft dan echt gevraagd om naar de huisarts te gaan. Ik vond dat wel chique. Zij zien echt de thuisomgeving en de manier hoe dat gebeurt. (LC)
89. Niet alle patienten bij ons hebben een vroedvrouw. Dat eerste bezoek meestal wel. (LM)
90. Nu sinds die verkorte ligduur wordt dat wel meer verplicht. Ah ja met de hielprik. (IB)
91. Ja dat is de enige reden waarom ik een vroedvrouw heb laten komen met een 2e, puur voor die hielprik. En daarna niet meer. (LM)
92. Ah is dat zo? Had je dat niet nodig? ((LC)
93. Ja dan moet ge thuis zijn enzo. Anders staan ze aan de deur. (LM)
94. Nu ja moest je problemen hebben gehad met borstvoeding (SD)
95. Jaja dan zou ik wel gebeld hebben. Ma op voorhand niet. Ik had die op voorhand ook niet gecontacteerd. Maar in t ziekenhuis zeiden ze dan, ge moet iemand contacteren

Met opmerkingen [cs95]: manier van afnemen; samen; ook eerlijk

Met opmerkingen [cs96]: manier van afnemen: samen, ge kunt het dan ook wel terugkoppelen

Met opmerkingen [cs97]: manier van afnemen: pt alleen, ook terugkoppelen indien samen terug overlopen

Met opmerkingen [cs98]: manier van afnemen: samen, inpikken bij aarzeling, verduidelijking vragen (belang bij opvolging)

Met opmerkingen [cs99]: manier van afnemen: samen, er werd te weinig aandacht aan besteed, nu niet meer, nu mag erover gesproken worden.

Met opmerkingen [cs100]: Manier van introductie: peilen naar gevoelens of depressie?
Vast moment = negatieve ondertoon

Met opmerkingen [cs101]: welke opkomst bij vast moment? echte depressies zullen die komen?

Met opmerkingen [cs102]: Vroedvrouw ook geschikt om te screenen

Met opmerkingen [cs103]: vroedvrouw kan thuis "sensen" hoe het gaat

Met opmerkingen [cs104]: vroedvrouw momenteel persoon die vaakst doorverwijst nr HA voor depressie

Met opmerkingen [cs105]: vroedvrouw weinig barrière

Met opmerkingen [cs106]: vroedvrouw zit in de thuissetting

Met opmerkingen [cs107]: beschikbaarheid vroedvrouw? elke vrouw?

Met opmerkingen [cs108]: verkorte ligduur: meer vroedvrouwen aan huis

Met opmerkingen [cs109]: vroedvrouwen komen nu voor hielprik

Met opmerkingen [cs110]: vroedvrouwen komen voor problemen met borstvoeding

voor de hielprik, je mag dat ook hier in t ziekenhuis laten doen. En ik stond dan in t ziekenhuis “ah neenee dat doen we niet als ge al ontslagen zijt..”En ik stond daar dan!(LM)

96. Maar het is eigenlijk wel goed om te stimuleren om de vroedvrouw te bereiken zo. Maar het is ook wel snel? Heb je 6 weken na de bevalling nog iemand die aan huis komt? (SD)
97. Is een beetje te zien of alles goed loopt? Ik denk dat ze mogen komen tot 2 jaar ofzo. (SD)
98. Voor borstvoeding dan? Nee zo geitenwollen sokken ben ik niet, en ja als je het na 2 jaar nog niet kunt, moet ge het mss loslaten ☺(ED)

Moderator: Maar ok; als ik het goed begrijp was de eerste reactie: mss wel een kortere vragenlijst want dat is gemakkelijker om te screenen omdat je dat bij een “gewone” depressie ook wel doet, maar dan toch zou de lange vragenlijst niet zoveel meer tijd in beslag neemt en dat ge toch wel bepaalde zaken herhaalt, waardoor je meer ruimte maakt om er toch op in te pikken.

99. En bij kind en gezin, als ge op 1 of op 2 maand op consult gaat. Dat ze die laten invullen en als ge vb meer als 2 nee’s hebt, dat ge dan toch contact opneemt met de huisarts om erover te gaan praten?(LM)
100. Maar dat is dan zo weer die perceptie van dat ge niet meer dan 2 nee’s moogt hebben. (ED)
101. Jaja, maar dan is er wel back up en iedereen gaat naar kind en gezin.(IB)
102. Ik vind het toch gevaarlijk om te zeggen, als ge meer dan 2 nee’s hebt. Zoals bij depressie gebruiken wij ook schalen en we hebben ook een lijst van burn-out, maar ik geef nooit die scores mee. (ED)
103. Want ik vind dat eigenlijk echt niet slecht want ik kind en gezin is toch juist “ah ja we zien iets” mss toch eens laten nakijken en doorverwijzen. (LC)
104. Ja maar bij kind en gezin is dat al; als je uw dossier afsluit komen die 2 vragen. (SD)
105. Maar het is niet slecht om kind en gezin te laten meescreenen, dat hoort idd bij de preventie met duidelijke verwijzing naar de huisarts. (ED)
106. Bij ons op de LOK is het er ook even over gegaan: bij kind en gezin moeten effectief die 2 vragen gesteld worden. Ah oei, ja nee t gaat niet goed, ja nee tijd is op. Volgende kind. Dat er zo weinig tijd is, ja ik heb het nu gevraagd, ja ga maar naar de huisarts. (AL)
107. Ma op zich kind en gezin is toch ook alleen maar preventie. Als er een rode keel of spruw gezien wordt, wordt dat toch ook niet behandeld. (LM)
108. Maar het moet dan mss zo niet als afsluitmoment komen, want dan is het eigenlijk zoal afgerond. Want dan is het zo al hand op de deur moment. Misschien beter voor ze met het kind beginnen, dat het dan belangrijker is te onderstrepen. (AL)
109. Eigenlijk wil je gewoon niet dat ze daar zeggen dat het niet gaat op kind en gezin. Want er is geen tijd. (SD)
110. Een bundel meegeven en zeggen: maak een afspraak bij uw huisarts. (LM)
111. Want eigenlijk voor een sportattest komt ook iedereen, ook al hebt ge geen hol aan de hand. Anders wordt uw kind onteigend.(IB)

Met opmerkingen [cs111]: vroedvrouw ook te snel? of komen die nog 6 weken na bevalling?

Met opmerkingen [cs112]: tot 2 jaar??

Met opmerkingen [cs113]: kind en gezin als screener

Met opmerkingen [cs114]: abstract maken door aantal nee's ipv waar het echt om gaat

Met opmerkingen [cs115]: doorverwijzing naar HA, voorziet Backup

Met opmerkingen [cs116]: opletten met objectivatie van schalen en scores mee te geven

Met opmerkingen [cs117]: kind en gezin als screener geschikt

Met opmerkingen [cs118]: kind en gezin screent al

Met opmerkingen [cs119]: kind en gezin als screener en doorverwijzer naar de huisarts

Met opmerkingen [cs120]: tijdsprobleem bij kind en gezin als screener

Met opmerkingen [cs121]: taak als preventie-arts bij kind en gezin

Met opmerkingen [cs122]: foute timing screening bij kind en gezin, eerder begin dan slotvraag

Met opmerkingen [cs123]: tijdsprobleem bij kind en gezin als screener

Met opmerkingen [cs124]: oplossing voor tijdsprobleem: informatie bundel meegeven en doorverwijzing naar huisarts

Met opmerkingen [cs125]: (verplicht) attest

112. Zoals de polio-vaccins.(ED)
113. Daarom moet het van mij ook niet verplicht, maar het is niet zo onnozel om er wat gewicht aan te geven als iedereen komt voor zijn sportattest. Ik denk dat dat op zich wel zou moeten lukken. Alleen wanneer en hoe? (IB)

Moderator: En hoe krijgt ge degene die echt moeten bij u?

114. Ja en dit is postpartum, maar nu de mensen met een gewone depressieve toestand, dat is ook al moeilijk om tot bij u te komen. (LC)
115. Goh, dat vind ik niet, die komen allemaal na elkaar, met de vleet komen ze. Psychisiche klachten, die komen genoeg. (ED)
116. Ik weet dat we algemeen daar met een ander probleem zitten. (IB)
117. Maar is dat niet om dat het "over"gesensibiliseerd" is met de rode neuzenactie?(LC)
118. Er is gewoon totaal niet gesensibiliseerd in de juiste richting. Iedereen komt gewoon zijn vuilbak leegmaken! Daar koppelt ge dan meestal werk aan. Maar los daarvan, uiteindelijk wilt ge zo veel mogelijk mensen bij u en zo veel mogelijk mensen helpen. En er zijn uiteindelijk mensen, kwetsbaardere in de maatschappij en ik denk dat ook deze groep daarbij hoort. Maar er is ook een heel groot deel, als ge wat verandert in sensibilisering en informatiebundels en weet ik veel wat. Maar er blijft nog de verantwoordelijkheid bij de patient (ik weet dat ik dubbel moet spreken, want het blijft een kwetsbare patient) maar ge kunt ook niet voor iedereen. (IB)
119. Ge kunt het ook op verschillende gebieden doen: en de vroedvrouw en kind en gezin. (SD)
120. En in het zwangerschapsboekje? (ED)
121. En BV's? die een postnatale depressie hebben gehad: dat is heel basic, maar dat werkt echt als sensibilisering! Als die hun verhaal ergens vertellen in het begin van het boekje.(AL)
122. Getuigenissen van een aantal BV's. Vb die Nathalie Meskens die in een of ander boekje had vermeld dat ze een intolerantie had, hoeveel vragen naar intoleranties hebben we wel niet gehad de week daarna? De mensen lezen dat er ze zijn er mee weg. (ED)
123. Ja of zoals ge zegt, mee in het boekje zetten. (IB)
124. Maar vullen jullie dat ooit in dat zwangerschapsboekje? Gewicht enzo? Niet als arts eh, maar persoonlijk. Bij een eerste misschien nog wel, maar bij een tweede toch ook veel minder? (LM)
125. Maar het handige is, dat is een instrument dat ge gedurende de hele opvolging gebruikt, iedereen ziet dat dan.(IB)
126. Als ik dat boekje maak, ik leg dat ook uit wat daarin staat. (ED)

Moderator: Dus eigenlijk moet de EPDS daar ook in staan? Zonder score?

ook al ja, op zijn minst. (LC)

127. Heel rap overloop ik dat per termijn, van de ongemakken, en vb de vaccin voor kinkhoest. En dan zet ik erbij op hoeveel weken dat is, lees dat sebiet eens op uw gemak en als ge nog vragen hebt. Ma moest die lijst daar ergens in staan. (ED)

Met opmerkingen [cs126]: niet verplicht, maar op een of andere manier gewicht aanhangen

Met opmerkingen [cs127]: probleem met depressie: komen veel

Met opmerkingen [cs128]: gewone depressie "over-gesensibiliseerd"?

Met opmerkingen [cs129]: gewone depressie: gebrek aan sensibilisering in de juiste richting

Met opmerkingen [cs130]: verschil tussen patienten, kwetsbare groep en groep die betere sensibilisatering/informatie nodig heeft

Met opmerkingen [cs131]: screening door vroedvrouw én kind en gezin

Met opmerkingen [cs132]: zwangerschapsboekje als screeningstool

Met opmerkingen [cs133]: een bekende persoon als sensibilisatie-campagne

Met opmerkingen [cs134]: bekende persoon als sensibilisatie bij andere gezondheidsproblemen werkt goed

Met opmerkingen [cs135]: zwangerschapsboekje mee includeren

Met opmerkingen [cs136]: wordt dit boekje wel gebruikt?

Met opmerkingen [cs137]: ontwikkeld voor gezamelijke opvolging/gedeeld dossier

Met opmerkingen [cs138]: EPDS in boekje

Met opmerkingen [cs139]: EPDS in boekje, mee als deel van de zwangerschap

128. Ik gebruik eigenlijk vooral dat roos boekje. (SD)
129. Ik heb gewoon een apart formulier dat ik met de mensen overloop. (LM)
130. Bij mijn tweede zwangerschap heb ik dat nooit bekeken. Ge hebt mss toch ook minder risico bij een tweede zwangerschap? Een eerste is sowieso meer ingrijpend. (LM)
131. Verschillende levensfases, misschien is het over de kop gaan bij een eerste wel groter? (IB)
132. Ge hebt toch ook veel die zwanger zijn van een tweede die het vaak moeilijker hebben. Die zijn dan moe van het eerste kind dat nog niet doorslaapt. Of gewoon als ge zwanger zijt van uw eerste, ge komt thuis en zet u in de zetel. Terwijl bij een tweede staat die kleine daar die moet eten. Is toch vermoeiender. (ED)
133. Ik denk dat we het op verschillende manieren moeten proberen duidelijk te maken, maar ik denk dat alleen het boekje niet genoeg zal zijn. (LM)
134. Maar boekje is wel, als ge het erin zet kan én de gynaecoloog en de vroedvrouw eraan. (ED)
135. Is zoals ge kunt invullen: hebt ge uw kinkhoest vaccin gehad: zou ge kunnen aanduiden: hebt ge pg 25 al ingevuld. En dan kunt ge zien ah de vroedvrouw heeft dat al gevraagd. Of juist nog niet gevraagd. (SD)
136. Misschien ook in het kindboekje zetten? Bij de opbvolging van het kind dat mee naar de creche gaat enzo. (AL)
137. Iets dat ge kunt afvinken voor de zorgverleners, zodat er ook geen dubbel werk wordt gedaan. (ED)
138. Ja dat zou ik ook willen vermijden, dubbel werk (LC)
139. En als er dan allemaal rode vlaggen zijn bij de vroedvrouw en dan denkt ge "tsjien die heeft mij niet gecontacteerd" maar dan kunt ge het wel bespreken. (ED)

Moderator: En dan gaat ge mss ook systematischer screenen en niet zo zeer op 1 vast punt.

140. Sorry maar als we dat niet op een vast moment doen, dan gaat dat niet gebruikt worden! We moeten sowieso ook een moment inplannen. Zoals vb den boostrix ik vind dat een goed moment. Van dat al is gewoon standaard te doen, want als het is van kijken wie dat al gedaan heeft en het is een drukke agenda, dan doe ik dat niet he! De vroedvrouw zal het dan wel doen. Dan gaan we gemakkelijk doorschuiven. (LM)
141. Nee want idd meestal komen ze voor iets anders en is er geen tijd over. (ED)
142. Dus een zwangerschaps- en een postpartummoment. Dus dan zou er toch een moment gezocht moeten worden postpartum. Een gratis pak pampers! Haha omkopen. (AL)
143. "Getuigschrift" Of als ge bij kind en gezin moet wachten en ge kunt dat dan invullen en in een brievenbus steken dat naar de huisarts wordt opgestuurd. (LM)

Moderator: Maar natuurlijk zijt ge dan wel heel het ding van samen overlopen kwijt

144. Of een positief advies voor werkhervatting!(IB) Een postpartum medische keuring.(AL) Eigenlijk is dat een beetje het achterliggend idee. Gaandeweg kunt ge de mensen daar misschien wel voor warm krijgen, voor ge herstart met werken, passeert ook nog eens langs de huisarts. (IB)
145. Ik denk dat er veel dat niet gaan doen, dat zijn zo n drukke tijden, die kleine moet dan naar de crèche en ik ben al iets vergeten. (LC)
146. Of tijdens de proefdag van de crèche? (LM)

Met opmerkingen [cs140]: roos zwangerschapsboekje
Met opmerkingen [cs141]: eigen apart formulier voor zwangerschapsopvoling
Met opmerkingen [cs142]: gebruik bij een 2e zwangerschap? 1e meer risico?
Met opmerkingen [cs143]: 1e zwangerschap meer risico?
Met opmerkingen [cs144]: 2e zwangerschap juist fysiek en mentaal zwaarder
Met opmerkingen [cs145]: meer sensibilisering nodig dan enkel boekje
Met opmerkingen [cs146]: als deel van checklist die door verschillende kan ingevuld worden
Met opmerkingen [cs147]: ook in kindboekje zetten
Met opmerkingen [cs148]: als deel van checklist dat door verschillende partijen kan worden ingevuld
Met opmerkingen [cs149]: dubbel werk vermijden
Met opmerkingen [cs150]: communicatie beter/gemakkelijker bij gebruik boekje
Met opmerkingen [cs151]: nood aan vast moment
Met opmerkingen [cs152]: anders drukke agenda
Met opmerkingen [cs153]: doorschuiven naar vroedvrouw
Met opmerkingen [cs154]: meestal consult voor andere reden en geen tijd over
Met opmerkingen [cs155]: nood aan vast moment tijdens en postpartum
Met opmerkingen [cs156]: soort attestering/getuigschrift
Met opmerkingen [cs157]: brievenbus bij kind en gezin
Met opmerkingen [cs158]: positief advies voor werkhervatting:postpartum medische keuring
Met opmerkingen [cs159]: te druk moment voor moeder
Met opmerkingen [cs160]: tijdens proefdag crèche?

147. Of postpartum bij de gynaecoloog, op 6 weken gaan ze allemaal naar de gynaecoloog (SD)
148. Amai die gaan eens lachen als ze dat gaan moeten doen!(LC)
149. Ja maar ze kunnen het toch afnemen en ze dan doorsturen naar de huisarts? Wij moeten dat dan toch verder opvolgen, dat is niet verder voor de gynaecoloog. Maar zij zijn mss wel geplaatst? (SD)
150. Ah ja want zij moeten gewoon kijken naar de episio en niet iedereen heeft een episio, naar de status van de vagina ☺ het slagveld. Dat duurt toch niet lang, dan kunnen ze dat afnemen. (LC)
151. Ik kan ook wel aannemen dat de gynaecologen niet staan te wachten voor nog een screeningstool, ik steiger toch ook als ik hoor "den huisarts kan dat er toch ook nog gewoon bijnemen", eum neen (IB)
152. Ja maar het hoort toch bij een postpartum controle, als ze zich aandienen 'gelieve dit in te vullen' Duurt toch niet lang. (LM)
153. Ze moeten het dan wel uitrekenen. Maar als alles goed gaat ziet ge dat toch wel snel. En de andere moeten ze dan doorsturen. Het is voor iedereen zijn belang natuurlijk. (SD)

Moderator: ok maar dit staat wel een beetje haaks op het begin, waar iedereen zich duidelijk als huisarts geplaatst voelde om de screening of te nemen..

154. Ja maar dat is puur vanuit het praktische probleem denk ik. (SD)

Moderator: Mss moeten wij de postpartum controles doen

155. OF een wachtpost met een huisarts naast voor die screening(IB) – maar dan verliest ge het punt dat gij als huisarts uw patient het beste kent. (ED)
156. Sommige komen idd voor een postpartum controle, omdat sommige gynaecologen zeggen dat kan idd bij uw huisarts. (SD)
157. Ik denk dat er heel veel systematisch zou kunnen gebeuren, maar waar we ook heel regio gebonden zijn aan gewoontes waar we op stranden. (IB)
158. Ja en ik denk systematisch, wij doen dat mss wel graag, maar er zijn er anderen die zich daar niet zo zeer in willen. Nog iets erbij? Voor die 2 jaar dat ik nog werk?(LM)
159. T is moeilijk eh, er is zeker geen pasklaar antwoord. (SD)
160. Er is zeker ruimte tot verbetering. Of voor verder onderzoek. (IB)

Moderator: T Hompes gaat ook een doctoraatsstudent op de raadpleging verloskunde zetten. Maar dat is dan gynaeco-setting in een ziekenhuis.

Moderator: dan nog de vraag: heeft er iemand doorverwezen of heeft er iemand voeling gehad met het netwerk erachter. Als je iemand had die positief screent, wat doe je ermee? Vond je dat ambetant? Heb je dan direct kunnen bellen naar iemand?

161. Ik heb niet echt verwezen maar ik heb wel contact gehad met de gynaecoloog en de sociale dienst. Omwille van de omkadering, niet omdat er een depressie was, maar omdat er onder andere door die vragenlijst uitkwam, dat het allemaal niet zo gemakkelijk was financieel en alé op die manier hebben we er wel verder iets mee gedaan. (LM)
162. Dus meer op basis van de demografische vragenlijst dan ☺

Met opmerkingen [cs161]: gynaecoloog als screener

Met opmerkingen [cs162]: gynaecoloog als doorverwijzer naar huisarts

Met opmerkingen [cs163]: postpartum controle als screeningsmoment

Met opmerkingen [cs164]: staat gynaecoloog hiervoor open

Met opmerkingen [cs165]: is deel van de controle sowieso

Met opmerkingen [cs166]: huisarts geschikt als screener, maar praktisch minder haalbaar

Met opmerkingen [cs167]: wachtpost naar ziekenhuis met huisartsen?

Met opmerkingen [cs168]: persoonlijke relatie met patient is belangrijk

Met opmerkingen [cs169]: weinig postpartumcontroles doorhuisarts, maar er zijn er

Met opmerkingen [cs170]: regio-gebonden gewoontes

Met opmerkingen [cs171]: ook van oudere huisartsen

Met opmerkingen [cs172]: nood aan verder onderzoek? ruimte tot verbetering

Met opmerkingen [cs173]: demografische vragenlijst heeft aanleiding gegeven tot contact met sociale dienst

163. Ja nee, ale ja dat was een tienerzwangerschap. Door t feit dat die vragen gesteld werden, begon ze erover. Mss anders ook. (LM)

164. Ik heb nu niet moeten doorverwijzen maar vroeger wel eens, 2 jaar geleden denk ik. Maar dat was wel niet zo simpel.(ED)

165. Ik ook, omdat ik ook wel met medicatie zat, en dan ineens een ongeplande tweelingzwangerschap, waar dan ook een toxoplasmose –infectie bleek te zijn en t was niet van haar eigen partner. Heel moeilijke situatie. Uiteindelijk is het dan allemaal gelukkig misgelopen. En niemand kon mij er toen mee helpen. Maar na de voorstelling met Titia zelf was ik precies opgelucht met oké laat maar komen, ik voel me klaar! Niet dat ik haar hiermee wil overrompelen, ik had haar net nog niet in mijn gsm-gezet als gouden nummer. Maar dat doet wel iets, ge moet het gewoon weten. En we zijn nog niet zolang bezig. Ge hebt eerst al die ervaring nodig eer ge weet waar moet ik naar toe. Altijd fijn om te weten: er is een centrum. (IB)

166. Niet iedereen gaat naardaar. Ik heb hier in Mechelen ervaring met een psychiater. Ingrid Nijs. Postpartum. Daar via de moeder kind eenheid van het CGG hier in Mechelen en dus dan wel. Ik was vooral blij dat de meesten goed scoorden, dat ik niet moest denken, naar waar moet ik die sturen. (sd)

167. Ik heb ook al iemand naar mechelen gestuurd, maar dat was een tweede zwangerschap en dan hebben we gewoon hetzelfde gedaan als in de eerste zwangerschap. Maar op zich is het gewoon leuk om een naam te hebben. Ipv zo in het wilde weg te beginnen bellen. (IB)

168. Ik vond het vooral heel moeilijk om iemand dan inderdaad in de juiste hulpverlening te krijgen. (SD)

169. Ik vond dat ik daar weinig hulp in kreeg van de anderen. Ik werd dan geïnformeerd: dat gaat daar echt niet thuis, ge moet iets doen. En ik had zoiets van: ja wat moet ik doen, ik wil daar wel mee praten, maar naar wie moet ik die doorverwijzen, jullie zijn kind en gezin, jullie weten het mss wel beter als mij? Iemand die nog maar 2 jaar bezig is. En dan eens gehoord bij de gynaecoloog: ah ja oei, daar moet precies wel iets gebeuren" daar heb je ook geen boodschap aan. En uiteindelijk was het dan: ge kunt daar eens proberen in Zoersel, en toen had ik pas iets van oké, ik sta er dan toch niet alleen voor. Maar die patient is dan wel van Kapelle-op-den-bos naar Zoersel, eerst opgenomen geweest en dan ambulant, 4x per week naar daar, dat is toch allemaal niet zo evident. Die is heel goed geholpen geweest. Ik voelde me een beetje door kind en gezin in de steek gelaten. (ED)

170. Maar is dat ook niet een beetje tekenend voor heel ons psychologisch netwerk. (IB)

171. Ze kunnen toch op zijn minst adressen geven – ik bedoel kind en gezin dan – precies of dit de eerste patient was in kapelle-op-den-bos dat eens psychische problemen had. Als ik dan vroeg, hoe kunnen we die thuissituatie dan beter maken? "goh we kunnen eens zien voor familie-hulp.." maar zo niets zo … dat moest allemaal van mij komen, terwijl "gelle zijt toch het expertisecentrum"(ED)

172. Als ge wilt dat artsen screenen moet er ook een behandel plan voor handen zijn, er moet een vangnet zijn. Anders durf ik niet screenen, als ik niet weet wat ik er mee moet doen. (SD)

173. Ma daar vond ik het wel goed te weten dat er centra zijn in elke provincie en dat er een aansprekingspunt in Leuven is. Dan weet ik gewoon, bon die bel ik voor advies. En zij kan me dan mss zeggen die ziekenhuizen in de buurt, contacteer daar

Met opmerkingen [cs174]: tienerzwangerschap, die vraagenlijst hielp voor finaniele problemen aan te halen

Met opmerkingen [cs175]: doorverwijzen niet gemakkelijk

Met opmerkingen [cs176]: opleiding zeer zinvol, contactpunt nodig en richting geven

Met opmerkingen [cs177]: 1 psychiater in Mechelen

Met opmerkingen [cs178]: contactpunt handig

Met opmerkingen [cs179]: juiste hulpverlening vinden= moeilijk

Met opmerkingen [cs180]: weinig hulp van kind en gezin, als huisarts vaak wat in de steek gelaten om het op te lossen

Met opmerkingen [cs181]: psychologisch landschap moeilijk

Met opmerkingen [cs182]: omkadering door kind en gezin?

Met opmerkingen [cs183]: vangnet nodig alvorens screening op te starten

Met opmerkingen [cs184]: nood aan aanspreekpunt

die, die en die. T zelfde is met kinderpsychiatrie, dat is een grote ramp. Kinderpsychiatrie waar financiele problemen zijn. En dan belt ge met de psychiatrische afdeling en zelfs daar stoot ge tegen een grens. Zelfs daar wist ik waar ik moest zijn, en toch stond ik daar gewoon in de kou. En hier had ik veel meer het gevoel ok dat is mijn eerste aanknopingspunt en dan zien we verder. (IB)

174. ERGO knelpunt hier in de buurt. Dat is echt super. Gisteren nog gebeld. Die zijn wel bezig met alles samen te brengen. (IB)
175. Dus eigenlijk moeten we die vragenlijst hebben samen met de nummer van Titia ☺ (LM)

Moderator: goed ik denk dat er wel al wat is uitgekomen. Interessant.

176. Ik vind het zeker ook belangrijk genoeg om het ergens te integreren, maar de vraag is hoe? Hoe gaan we het efficient kunnen doen dat het een gewoonte wordt? Zoals bij een uitstrijkje dat ge vraagt: zijt ge seksueel actief, heb je bloedverlies bij het vrijen? Pijn? (LC)
177. Net zoals ge bij elke aandoening wel een opvolging hebt en anders wordt het een zoveelste lijst die kan verloren gaan (IB)
178. Ma bij den boostrix dat vind ik al een hele nuttige!(LM)
179. Ja idd(LC)
180. Want het duurt op zich niet lang(ED)
181. Vaak zijn ze wel met de partner erbij wel, ah ja is dat slecht of goed?(ED)
182. Want tegenwoordig is de boorstrix toch meer naar voor nee? Tussen 24w-26w? Laatste richtlijn, de duur is blijkbaar belangrijker dan het percentage dat ge doorgeeft, dus wij doen het nu op 24 weken bij de suikertest. Dan zitten ze toch een uur in de wachtzaal. (SD)
183. Ik laat die thuis al drinken (LC)
184. Ah ik niet, die moeten stilzitten! Als ze thuis al een kind hebben? Dan zitten ze niet stil?(SD)
185. Ik heb ook niet stilgezeten; Ik zeg niet gaan sporten, niet met de fiets enzo. (LM)

Moderator: ok maar op 24 weken moeten we dan gewoon nog weten is dat een goed moment om te screenen, want ge zit dan in de fleur van uw zwangerschap.

186. Ja maar mss is dat geen slecht moment, omdat het dan zeker gaat binnenkomen dat er vragen over gesteld gaan worden. Voor de toekomst. (LM)
187. Ja dat het een deur opent voor postpartum ook. En ook al bewust zwangerder dan in het begin van de zwangerschap. (AL)
188. Ja in het begin is er al zo veel input, zijn ze vooral ook bezig met toxoplasmose en geen americain eten enzo.(ED)

Moderator:of op het einde, ik weet niet of jullie veel GBS wissers afnemen?

189. Oei nee. (4x)
190. Als ik eerst ne keer bloedneem bij een prille zwangerschap, laat ik ze meestal een tweede keer terugkomen om het allemaal eens te overlopen, en dan kan ik het

Met opmerkingen [cs185]: nieuwe aanspreekpunt ERGO

Met opmerkingen [cs186]: relevant onderwerp

Met opmerkingen [cs187]: nood aan routinering/efficient

Met opmerkingen [cs188]: opvolging nodig

Met opmerkingen [cs189]: boostrix als moment

Met opmerkingen [cs190]: tijd in dat consult

Met opmerkingen [cs191]: belang van partner erbij

Met opmerkingen [cs192]: timing boostrix

Met opmerkingen [cs193]: procedure van afname suikertest

Met opmerkingen [cs194]: voordelen timing screening op 24w,komt goed binnen

Met opmerkingen [cs195]: voordeel: bewust zwanger

Met opmerkingen [cs196]: veel input begin zwangerschap

Met opmerkingen [cs197]: of toch vermelden bij begin informatie

mss ook gwoon al eens vermelden: kijk rond die weken doen we ook een screening naar .. ah nee dat mocht ik niet vermelden depressie .. (LM)

191. **Peilen naar gevoelens? Beleving van de zwangerschap? Omdat het toch wel wat te weeg brengt (LC). En kaderen: we zijn er toch wel wat bewuster mee bezig omdat we zien dat het veel voorkomt. Benadrukken, ge zijt niet alleen als ge het hebt. (AL)**

192. **En in het domus medica schema laten zetten(LC)**

193. **EN ook nog een boegbeeld! Een BV getuigenis! (IB)**

194. Siska schoeters? Die had gezegd over haar kinderen dat die zo vermoeiend waren. Maar er is er een die echt een depressie heeft gehad, heeft die geen boek geschreven? (IB)

195. Ja dat zegt me nu ook wel iets… (LC)

196. Mss een sportvrouw? Brook sheils, Courtney cox, …Gwenneth paltrow, sofie de waele. Alles in het dubbel, ze schreef er zelfs een boek over en is zelfs in de psychiatrie opgenomen geweest. (ED)

Moderator: we gaan afronden.

Met opmerkingen [cs198]: juiste benoeming

Met opmerkingen [cs199]: goed kaderen

Met opmerkingen [cs200]: in schema laten zetten in richtlijn

Met opmerkingen [cs201]: getuigenis als sensibilisatie

kennis theoretisch en ervaring
screenen als actie
geschikt als HA om te screenen
rode vlaggen opvissen
nood aan bijscholing of doorverwijzing
persoonlijke kennis patient
persoonlijke kennis zwangerschap
geschikt als HA om te screenen
toegankelijkheid als HA
mogelijkheid tot stellen expliciete vragen als HA
verschillen tussen HA onderling
Boostrix-vaccinatie als moment dat HA zwangere ziet
betrokkenheid familie
gebrek aan ervaring, nood aan sensibilisering
routinering nodig
toegankelijkheid als HA
toegankelijkheid als HA (lage drempel)
geschikt als HA om te screenen
nood aan correcte tools
gebrek aan ervaring
tools nodig om ervaring mee op te doen
schema in richtlijn als reminder
doorverwijzing via specialist (nr HA)
time-management: er moet tijd voor zijn
time-management: screeningstool mag niet te lang zijn
time-management: er moet tijd voor zijn als er behandeling nodig is
time-management: gebrek aan tijd
doorverwijzing via specialist (nr HA)
appreciatie door patient bij navragen
boostrix-vaccinatie als moment dat HA zwangere ziet
verschil in resultaten tijdens verloop zwangerschap (tijdstip screenen)
verschil in resultaten tijdens verloop zwangerschap (tijdstip screenen)
ideale screeningsmoment patient-afhankelijk/zelf inschatten
screening als sensibilisatie
voordeel vast screeningsmoment
vast screeningsmoment
screenen als sensibilisatie
minder interesse bij zwangeren dan postpartum
veel interesse bij jonge moeders
meer erkenning bij jonge moeders, benoeming negatieve kanten is ok
benoeming negatieve is ok (geen taboe)
zelfreflectie als truc voor vertrouwen
suggestieve vraag als truc voor vertrouwen/drempel te overschreiden
7e dags onderzoek als moment dat HA zwangere ziet
duidelijke communicatie naar patient
nood aan doorverwijzing van specialist naar huisarts
nood en gebrek aan doorverwijzing van specialist naar huisarts
regio-gebonden verschillen in doorverwijzing

timing screenen: 7e dags te vroeg
vaccinatie baby: als stress moment voor moeder
timing screenen: 2 weken: te vroeg
timing screenen: 6 w: maar dan visite gynaecoloog
andere screening in ZH: babyblues
eigen negatieve ervaring indien uitkomst meegegeven
eigen negatieve ervaring met slecht geformuleerde vragen screening n
negatief aan andere screening: geen opvolging
doorverwijzing door vroedvrouw nr HA
vast moment = vooruitzicht
vast moment moet duidelijk afgebakend zijn
maar enige marge kan
na 6-8 weken: helft zwangerschapsverlof
probleem niets "tastsbaar" zoals vaccin
combinatie met bekkenbodemevaluatie?
timing screenen: enkele weken ah werk
nadeel: drukke periode voor moeder
voordeel: terug werken is breekbaar punt
als HA aan veel moeten denken: richtlijnen belangrijk
nood aan routinering
enkel gescreend wegens onderzoek, anders niet meer verder gedaan
nood aan richtlijn als tool
nood aan systematiek in zwangerschapsopvolging
vaak contact om andere reden dan zwangerschap
nood aan richtlijn/schema
kortere screeningstool
EPDS is lang
veel screeningslijsten ontwikkeld voor HA
nood aan sensibilisering
opleidingsaanbod
benaming schalen worden vergeten
uitgebreidheid demografische vragenlijst
moeilijk toch om expliciete vragen te stellen/vooroordelen
opletten met suggestieve vragen
nuttig demografische vragenlijst
EPDS 10 vragen te lang
niet te lang zo speciaal consult (tijd) hiervoor
cf sportmedische keuring: geen probleem om lange lijst te overlopen, w
EPDS duurt <5min
EPDS bevraagt divers het probleem: geen ruimte voor herkenning
kortere screeningstool vooral mentale drempel vr HA maar geen tijdsw
EPDS duidelijke vragen
EPDS meer kans dat ze eerlijker antwoorden, moeilijker om paar keer n
EPDS op verschillende wijzen afnemen: tijdswinst?
pt zelf laten invullen: eerlijker?
samen invullen: ook eerlijk
samen invullen: je kan terugkoppelen
pt zelf laten invullen: erna samen overlopen

samen invullen: verduidelijking vragen, inpikken bij aarzeling (geeft al i
samen:zorgt ervoor dat er meer aandacht aan besteed wordt, er mag o
juiste kadering: peilen naar gevoelens
vast moment= kan negatieve ondertoon hebben (screenen naar depress
opkomst bij vast moment
vroedvrouw geschikt om te screenen
thuissituatie gekend door vroedvrouw
momenteel verwijst vv meeste door nr HA voor depressie
weinig barriere bij vroedvrouw
beschikbaarheid vroedvrouw
verkorte ligduur: meer vroedvrouwen aan huis
hielprik door vroedvrouw
problemen borstvoeding voor vroedvrouw
timing te snel? Of komt er vroedvrouw nog na 6 weken
kind en gezin als screener
standardisatie/abstract maken door aantal nee's ipv inhoud te bekijken
doorverwijzing van kind en gezin naar huisarts = backup
opletten bias door schalen met scores mee te geven
kind en gezin geschikt als screener
kind en gezin screent al
kind en gezin als screener en doorverwijzing nr HA
Time-management bij kind en gezin
taak als preventie-arts bij kind en gezin
foute timing screenen: in begin ipv einde consult beter
time-management bij kind en gezin als screener
informatiebundel meegeven en doorverwijzen nr HA
(verplicht) attest
niet verplicht maar op een of andere manier gewicht aan hangen
probleem met depressie: te vaak voorkoment
over gesensibiliseerd?
gebrek aan sensibilisering in juiste richting
verschil tussen ptn: kwetsbare groep en groep die juistere informatie n
screening door vv en k&g
zwangerschapsboekje als screeningstool
bekende persoon als sensibilisatie
zwangerschapsboekje als screeningstool
bekende persoon als sensibilisatie
zwangerschapsboekje net als functie gezamelijke opvolging
EPDS in boekje
EPDS als deel van zwangerschapsopvolging
roos boekje of eigen formulier voor opvolging
functie bij 2e zwangerschap?
Eerste zwangerschap meer risico?
2e zwangerschap fysiek en mentaal zwaarder
meer sensibilisering nodig dan enkel boekje
als deel vak checklist die door verschillende kan ingevuld worden
kindboekje
als deel vak checklist die door verschillende kan ingevuld worden

dubbel werk vermijden
communicatie beter/gemakkelijker bij gebruik boekje
nood aan vast moment
drukke agenda
risico op doorschuiven
time-management bij consult voor andere reden
nood aan vast moment
soort attestering/getuigschrift
brievenbus k&
positief advies voor werkhervatting/medische postpartum keuring
te druk voor moeder
proefdag crèche
gynaecoloog als screener
gynaecoloog als doorverwijzer naar HA
postpartum controle als screeningsmoment
willen gynaecologen dat
behoort sowieso tot controle
huisarts geschikt als screener, maar praktisch probleem
wachtpost naar ziekenhuis
belang persoonlijke relatie patient
weinig postpartum controles door huisarts
regio-gebonden gewoontes
verschil met oudere huisartsen
nood aan verder onderzoek
ruimte tot verbetering
demografische vragenlijst geeft aanleiding tot inzicht in financiele situa
doorverwijzing niet makkelijk
opleiding zeer zinvol
contact punt nodig
contact punt handig
juiste hulpverlening vinden is moeilijk
weinig hulp van k&g, wat in de steek gelaten als huisarts
psychologisch landschap in vlaanderen moeilijk
omkadering door k&g
vangnet noodzakelijk alvorens iedereen screent
nood aan aanspreekpunt
EMERGO
relevant onderwerp
nood aan routinering
opvolging nodig
boostrix-vaccinatie als moment dat HA zwangere ziet
tijd in dat consult
belang partner erbij
timing boostrix
procedure afname suikertest
timing 24w: komt goed binnen
timing 24w: bewust zwanger
veel input begin zwangerschap

maar toch vermelden bij begin informatie

juiste benoemen: peilen naar gevoelens

goed kaderen

in richtlijn zetten/schema

getuigenis als sensibilisatie

- HUISARTS GESCHIKTE PERSOON
- Rode vlaggen opvissen
- Persoonlijke kennis pt
- Persoonlijke kennis zwangerschap
- Toegankelijkheid (lage drempel)
- Expliciete vragen kunnen stellen
- Betrokkenheid familie
- ~~Gebrek aan ervaring~~
- ! nood aan tools om ervaring op te doen
- ! nood aan correcte tools
- ! verschillen tussen HA onderling
- ! nood aan bijscholing
- ! nood aan sensibilisering, ervaring

VAST SCREENINGSMOMENT/moment dat HA zwangere ziet

- Boostrix-vaccinatie
- Zelf inschatten/pt afhankelijk
- Voordeel vast moment
- 7e dags: te vroeg
- vaccin baby: al stressmoment
- 2 weken: te vroeg
- 6 weken: visite gynaecoloog
- vast moment geeft vooruitzicht
- vast moment duidelijk afgebakend (met kleine marge)
- na 6-8w: helft ZS verlof
  - probleem niets tastbaar
  - combinatie bekkenbodem
- enkele weken ah werk
  - nadeel drukke periode
  - voordeel: breekbaar punt
- vaak andere reden dan ZS contact
- opkomst bij vast moment
- weinig postpartum controles door huisarts
- regio-gebonden gewoontes
- verschil met (oudere) HA
- 24w: boostrix + suikertest
  - voordeel: bewust zwanger, komt goed binnen

SENSIBILISATIE

- Screening als sensibilisatie
- Benoeming negatieve is ok
- Geen taboe meer
- Duidelijke communicatie nr pt
- Nood aan sensibilisering
- Samen vragenlijst afnemen: zorgt ervoor dat er meer aandacht aan besteed wordt, er kan over gesproken worden
- Vast moment: kan negatieve ondertoon hebben
- Gewicht aanhangen
- (verplicht) attest
- getuigschrift voor werkhervatting
- gewone depressie: oversensibilisering?
- Sensibilisatie in foute richting
- Verschil tss ptn, kwetsbare groep
- Bekende persoon/getuigenis
- Zwangerschapsboekje als tool
- Informatie bij begin ZS

TIME MANAGEMENT

- Er moet tijd voor zijn
- Screeningstool mag niet te lang zijn
- Extra tijd als behandeling nodig is/opvoling
- Gebrek aan tijd
- 10 vragen lang
- Niet lang indien speciaal consult hiervoor
- Ook tijdsprobleem bij K&G
- Drukke agenda
- Risico op doorschuiven als meerderen screenen
- Gebrek aan tijd als ze komen voor andere reden

HOE ERAAN DENKEN/EFFICIENT SCREENEN

- Routinering nodig (3)
- Schema in richtlijn als reminder (3)
- Als HA aan veel denken: belang richtlijn
- Nood aan richtlijn als tool
- Nood aan systematiek in zwangerschapsopvolging
- Al veel screeningslijsten ontwikkeld voor HA
- Opleidingsaanbod
- Benaming schalen worden vergeten
- Kortere screeningstool vooral mentale drempel voor HA (daarom geen tijdswinst)
- EPDS in zwangerschapsboekje
- Als deel van checklist (door meerderen te gebruiken)
- Dubbel werk vermijden
- Communicatie beter bij gebruik boekje
- Opleiding zinvol

Verwijzing NIET GEMAKKELIJK

- Contact punt nodig en handig
- Juiste hulpverlening vinden is moeilijk
- Weinig hulp van K&G na doorverwijzing, wat in de steek gelaten als HA
- Psychologisch landschap in vlaanderen moeilijk
- Omkadering door K&G
- Vangnet nodig alvorens te starten met screenen (*"hopen dat ze goed scoren")*
- Nood aan aanspreekpunt
- EMERGO

DOORVERWIJZINGEN NAAR HA

- Verwijzing via specialist
- Nood aan betere doorverwijzing via specialist
- Gebrek aan doorverwijzing via specialist
- Regioi-gebonden verschillen
- Verwijzing via vroedvrouw nr HA
- Verwijzing via kind en gezin
- Informatiebundel meegeven

CORRECTE AFNAME/GEBRUIK TOOL EPDS

- Appreciatie door patiënt bij navragen
- Minder interesse bij zwangeren dan postpartum
- Veel interesse bij jonge moeders
- Meer erkenning bij jonge moeders, benoeming negatieve kanten is ok
- Zelfreflectie als truc voor vertrouwen
- Suggestieve vraag als truc voor vertrouwen/drempel te overschreiden
- Negatieve ervaring met screening nr babyblues
    - Geen opvoling
    - Slechts geformuleerde vragen
    - Uitkomst meegegeven
- Kortere screeningstool? EPDS is lang, maar niet te lang als er tijd voor is (<5min)
- EPDS bevraagt divers het probleem: geeft ruimte voor herkenning
- Opletten met suggestieve vragen
- Blijft moeilijk om expliciete vragen te stellen
- EPDS duidelijke vragen
- Meer kans op eerlijkere antwoorden (meerdere keren nee zeggen)
- Tijdswinst door zelf in te vullen? Samen overlopen?
- Zelf eerlijker?
- Samen: terugkoppelen, feedback geven, zinvol voor opvolging
- Belang van juiste benoeming/kadering: peilen naar gevoelens
- Opletten met bias door scores mee te geven