De rol van de huisarts bij het screenen en behandelen van postnatale depressie

Sarah Vandeverre – Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Dr. Tessa Braeckman – Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar 2018-2020

Inhoud

Abstract 4
Context 4
Onderzoeksvraag 4
Methode 4
Resultaten 4
Conclusie 4
Inleiding 5
1. Wat is postnatale depressie? 5
2. Incidentie 5
3. Therapie 6
4. Huidige rol zorgprofessionals 6
Methode 7
1. Onderzoeksvragen/objectieven 7
1.1 Primaire onderzoeksvragen 7
1.2 Secundaire onderzoeksvragen 7
2. Studie-opzet 7
2.1 Studie-populatie 7
3. Data-collectie 7
4. Data-analyse 7
5. Ethisch comité en GDPR 7
Resultaten 8
1. Demografische karakteristieken 8
1.1 Leeftijds- en geslachtsverdeling 8
1.2 Beroepservaring 9
1.3 Praktijkvorm 9
2. Rol van de huisarts 11
2.1 Kennis 11
2.2 Opleiding 12
2.3 Screening 13
2.4 Behandeling 15
2.5 Richtlijnen 16
3. Opmerkingen 18
Discussie 19
Conclusie 20
Referenties 21

Bijlages....22
1. Onderzoeksprotocol....22
2. Goedkeuring Ethische Commissie (20-03-2019)....25
3. Enquête met geïnformeerde toestemming....27
4. General Data Protection Regulation (GDPR)....30
5. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)....31
6. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)....33
7. Aantal huisartsen in Vlaanderen volgens jaarstatistieken 2018....34
Dankwoord....35

Abstract

Context

Een postnatale depressie wordt gedefinieerd als een tijdelijke depressieve episode welke gelinkt kan worden aan de geboorte van een kind. In de literatuur vinden we in de geïndustrialiseerde landen een prevalentie van 10% tot 20%, echter blijft dit vaak onder-gerapporteerd. Omwille van taboe of onvoldoende herkenning?

Onderzoeksvraag

Moeten we actiever postnatale consultaties aanbieden voor de specifieke opvolging van de mentale gezondheid van de moeders? Hoe staat de huisarts in Vlaanderen tegenover screening en diagnose? Zijn zij hier voldoende mee vertrouwd of is er nood aan verdere opleiding?

Methode

De studie-populatie werd samengesteld door middel van convenience sampling. Zij werden bereikt via een door de onderzoeker opgestelde enquête (opgesteld in Google Forms) welke elektronisch werd verzonden naar actieve huisartsen over heel Vlaanderen, zij het via ICHO-mailing zij het via mailing van twee huisartsenkringen (huisartsenkring Schelde-Rupel en huisartsenkoepel Waasland).

Het gaat hier om een kwantitatieve data-collectie. De data werden omgezet naar Excel. Na data-cleaning werden de data geanalyseerd aan de hand van draaitabellen in Excel. Deze verkregen gegevens werden dan op beschrijvende wijze geïnterpreteerd. De samenhang tussen verschillende variabelen werd nagegaan met de Chi-kwadraat toets. Open vragen werden kwalitatief geanalyseerd (door middel van codering).

Resultaten

De vragenlijst werd door 62 artsen ingevuld. De groep bestond uit 48 (77%) vrouwen en 14 (23%) mannen. 39 van deze artsen (63%) vindt van zichzelf onvoldoende kennis te hebben. 9 (15%) respondenten volgden ooit een opleiding over postnatale depressie, 54 artsen (87%) wensen een bijkomende opleiding te volgen. Dertig artsen (48%) vindt zichzelf de meest aangewezen persoon om te screenen. De screeningsgraad in de praktijk ligt op 68% binnen deze onderzoeksgroep. Deze screening gebeurt in 93% aan de hand van eigen vragen. De behandeling wordt door 33% van de respondenten zelf gestart. In de helft van de gevallen kiezen ze voor een combinatie therapie. De grote meerderheid (89%) wenst in de toekomst richtlijnen over screening en behandeling terug te vinden.

Conclusie

Meerdere huisartsen in dit onderzoek geven aan dat ze over onvoldoende kennis beschikken, nood hebben aan richtlijnen en geïnteresseerd zijn om hierover een opleiding te volgen.

Omdat de zorg na de bevalling momenteel verspreid is over verschillende disciplines, zonder enige communicatie tussen deze verschillende specialiteiten, zou het interessant zijn om deze multidisciplinaire aanpak beter uit te werken. Dit vraagt natuurlijk wel een goede samenwerking tussen de verschillende disciplines.

Inleiding

1. Wat is postnatale depressie?

Een postnatale depressie wordt gedefinieerd als een tijdelijke depressieve episode welke gelinkt kan worden aan de geboorte van een kind(1). Meestal treden de neerslachtige gevoelens en het gevoel van falen op enkele weken tot maanden na de bevalling(2–7). Er is echter een grote variatie in de tijdspanne waarin de eerste symptomen optreden, deze varieert van 4 weken tot 12 maanden na de bevalling(2,5,6).

Symptomen van een postnatale depressie zijn onder andere eet- en slaapstoornissen, angst, gevoel van falen, obsessief gedrag omtrent gezondheid en voeding van de baby, wederkerende gedachten van dood, zelfmoord of infanticide(2,5,8,9). De grootst gekende risicofactor voor het ontwikkelen van een postnatale depressie is een voorgeschiedenis van depressieve stoornissen en angststoornissen, al dan niet tijdens de zwangerschap(4,5). Andere risicofactoren zijn genetische aanleg, complicaties tijdens de bevalling, (slechte) gezondheid van de baby en sociale factoren zoals inkomen, moeilijke relatie met partner en familie, (middelen)misbruik, gebrek aan ondersteuning…(1,4,5,8,10). Verder wordt er ook gedacht dat een snelle daling in de oestrogeen-, progesteron- en cortisollevels na de bevalling in combinatie met psychosociale stressoren het risico op postnatale depressie doen stijgen, voornamelijk bij de kwetsbare vrouwen(4–6,8).

Postnatale depressie dient te worden onderscheiden van postpartum blues en postpartum psychose. Men spreekt van een postpartum blues bij een milde dysforie tijdens de eerste weken na de bevalling, een postpartum psychose daarentegen gaat gepaard met hallucinaties, stemmingswisselingen en cognitieve beperkingen(8).

Depressie tijdens en na de zwangerschap werd geassocieerd met verschillende complicaties voor zowel moeder als kind. Tijdens de zwangerschap kan dit leiden tot lager geboortegewicht, premature geboorte, intra-uteriene groeiretardatie, hypertensie, pre-eclampsie en zwangerschapsdiabetes(4). Postnataal zien we gedaalde moeder-kindinteractie wat de cognitieve, sociale, emotionele en vocabulaire ontwikkeling van het kind remt(2–4,9,11).

2. Incidentie

In de literatuur vinden we in de geïndustrialiseerde landen een prevalentie van 10% tot 20%(1,2,4–8,10,11). Vaak blijft een postnatale depressie echter onder-gerapporteerd. Vermoedelijk deels omdat hier nog een taboe rond bestaat en moeders niet graag toegeven dat ze zich niet goed voelen bij de geboorte van hun kind, maar ook omdat zorgverleners niet altijd de symptomen herkennen of hier expliciet naar vragen(4,11).

Een postnatale depressie is redelijk eenvoudig op te sporen aan de hand van gevalideerde vragenlijsten zoals de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (1,4–6,12) of de Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)(2,4–6). De meest gebruikte screeningslijst is de EPDS-vragenlijst, deze bestaat uit 10 vragen welke de patiënte dient in te vullen, de antwoorden worden gescoord van 0 tot 30; hoe hoger de score, hoe meer depressieve symptomen er aanwezig zijn. Bij een score van ≥10 dient er verder te worden geëvalueerd om de diagnose met zekerheid te kunnen stellen(1,2,5,11).
De PHQ-9 vragenlijst bestaat uit 9 vragen die de patiënt dient te beantwoorden, ook hier is een score van ≥10 de cutoff om verder te evalueren of er wel degelijk een depressie aanwezig is(5). De eerste twee vragen kunnen ook afzonderlijk gebruikt worden als snelle screening(5).

Een verdere evaluatie na een positieve screening bestaat uit een uitgebreide anamnese naar persoonlijke voorgeschiedenis, opsporen van de eventuele aanwezigheid van psychiatrische

aandoeningen alsook het opsporen en behandelen van medische en psychosociale uitlokkende factoren zoals hierboven beschreven(5).

Een snelle opsporing en behandeling kan de negatieve effecten op de ontwikkeling van het kind reduceren(11).

3. Therapie

In de literatuur vinden we verschillende behandelingsmogelijkheden terug. Afhankelijk van de ernst van de depressie kan deze therapie gebeuren in eerste lijn(5).

Een eerste stap in de behandeling is psychotherapie(4,5). Bij zeer lichte vormen van postnatale depressie kan dit bestaan uit het geven van advies door bijvoorbeeld een vroedvrouw of verpleegkundige aan huis(5). Gaat het om iets ernstigere vormen, dan lijkt cognitieve gedragstherapie (CGT) en/of interpersoonlijke therapie (IPT) eerder aangewezen(5,13). Bij CGT gaat men focussen om het automatische negatieve gedachtenproces te veranderen, bij IPT kijkt men naar hoe levensgebeurtenissen een vat hebben op huidige relaties en probeert deze dankzij de verkregen inzichten te verbeteren(5,13).

Wanneer psychotherapie niet het gewenste effect heeft of de patiënte geen psychotherapie wenst te ondergaan, is een volgende stap het starten met antidepressiva, al dan niet in combinatie met het verderzetten van de psychotherapie(5). De meest gebruikte klassen van antidepressiva zijn deze van de selectieve serotonine reuptake inhibitors (SSRI) en de serotonine noradrenaline reuptake inhibitors (SNRI)(4,5). In de borstvoeding wordt er minder dan 10% van de genomen dosis teruggevonden en er werden geen negatieve effecten op de baby aangetoond, deze worden dan ook als veilig beschouwd tijdens de borstvoeding(4,5). Desalniettemin wordt er toch aangeraden om de laagst effectieve dosis te gebruiken(4).

Bij een ernstige vorm van postnatale depressie waarbij het leven van moeder en/of kind mogelijks in gevaar zijn, spreekt het voor zich dat er wordt doorverwezen naar psychiatrie.

4. Huidige rol zorgprofessionals

De huisarts is de contactpersoon in eerste lijn, doch worden jonge moeders zelden in de postnatale periode gezien in de praktijk. Voor de opvolging van de pasgeborene gaan ze naar Kind & Gezin of de pediater, maar kunnen ze daar ook met vragen over hun eigen gezondheid terecht?

Methode

1. Onderzoeksvragen/objectieven

1.1 Primaire onderzoeksvragen

Moeten we actiever postnatale consultaties aanbieden voor de specifieke opvolging van de mentale gezondheid van de moeders? En zijn we als huisarts voldoende op de hoogte van de diagnostiek en richtlijnen?

1.2 Secundaire onderzoeksvragen

Hoe schat de huisarts zijn kennis over postpartum depressie in? Heeft de gemiddelde huisarts voldoende aandacht voor postpartum depressie? Hoe verloopt de screening in eerste lijn? Heeft ervaring bij Kind en Gezin een invloed op het screeningsgedrag? Kan behandeling in de eerste lijn, hoe verloopt deze? Heeft de huisarts nood aan richtlijnen of aan bijkomende opleidingen?

2. Studie-opzet

2.1 Studie-populatie

De studie-populatie werd samengesteld door middel van convenience sampling. Aan de hand van een vragenlijst welke elektronisch werd verzonden naar actieve huisartsen over heel Vlaanderen, zij het via ICHO-mailing zij het via mailing van twee huisartsenkringen (huisartsenkring Schelde-Rupel en huisartsenkoepel Waasland), tracht ik verschillende onderzoeksvragen te beantwoorden.

3. Data-collectie

Het gaat hier om een kwantitatieve data-collectie. Aan de hand van een zelf opgestelde enquête met 15 meerkeuzevragen, trachtte ik een antwoord te vinden op mijn onderzoeksvragen. De enquête werd opgesteld in Google Forms en het aantal responsen werd wekelijks opgevolgd.

4. Data-analyse

De data werden omgezet naar Excel. Na data-cleaning (nakijken op dubbele antwoorden, onvolledige responsen, …) werden de data geanalyseerd aan de hand van draaitabellen in Excel. Deze verkregen gegevens werden dan op beschrijvende wijze geïnterpreteerd. De samenhang tussen verschillende variabelen werd nagegaan met de Chi-kwadraat toets. Open vragen werden kwalitatief geanalyseerd (door middel van codering).

5. Ethisch comité en GDPR

Deze studie en bijhorende enquête werden besproken en goedgekeurd door de commissie medische ethiek van het UZ Brussel op 20 maart 2019.

Alle data werden verwerkt volgens de EU General Data Protection Regulation richtlijnen welke op 25 mei 2018 werden vastgelegd. De deelnemers werden hiervan op de hoogte gebracht met een geïnformeerde toestemming (zij bijlage). Bij eventuele vragen konden zij contact op nemen met de data protection officer van de Vrije Universiteit Brussel (VUB).

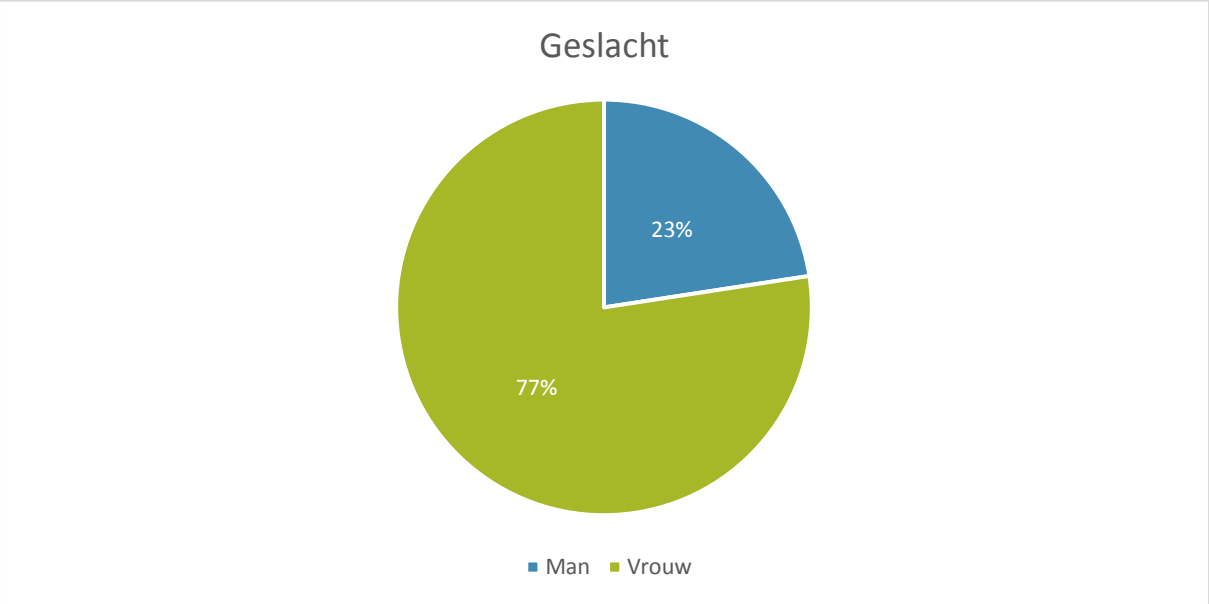
Resultaten

1. Demografische karakteristieken

1.1 Leeftijds- en geslachtsverdeling

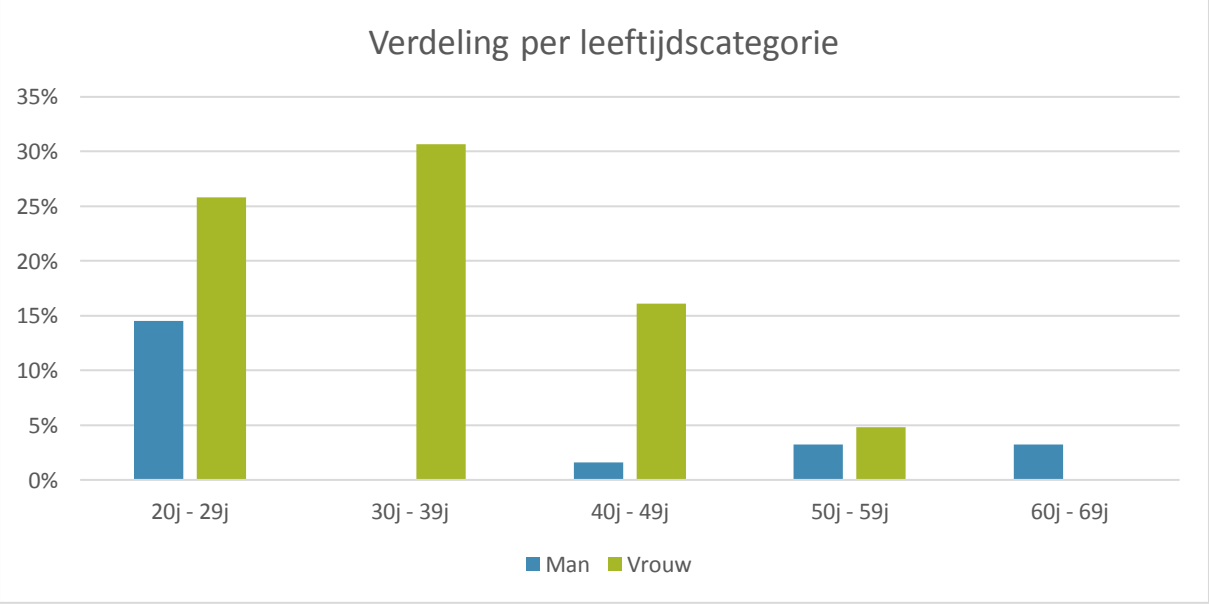
De vragenlijst werd door 62 artsen ingevuld. De groep bestond uit 48 (77%) vrouwen en 14 (23%) mannen (figuur 1: Verdeling respondenten volgens geslacht).

We zien een duidelijk overwicht aan vrouwelijke artsen, vermoedelijk is dit te wijten aan enerzijds de vervrouwelijking van het (huis)artsenberoep alsook aan het onderwerp van deze thesis.



Figuur 1: Verdeling respondenten volgens geslacht

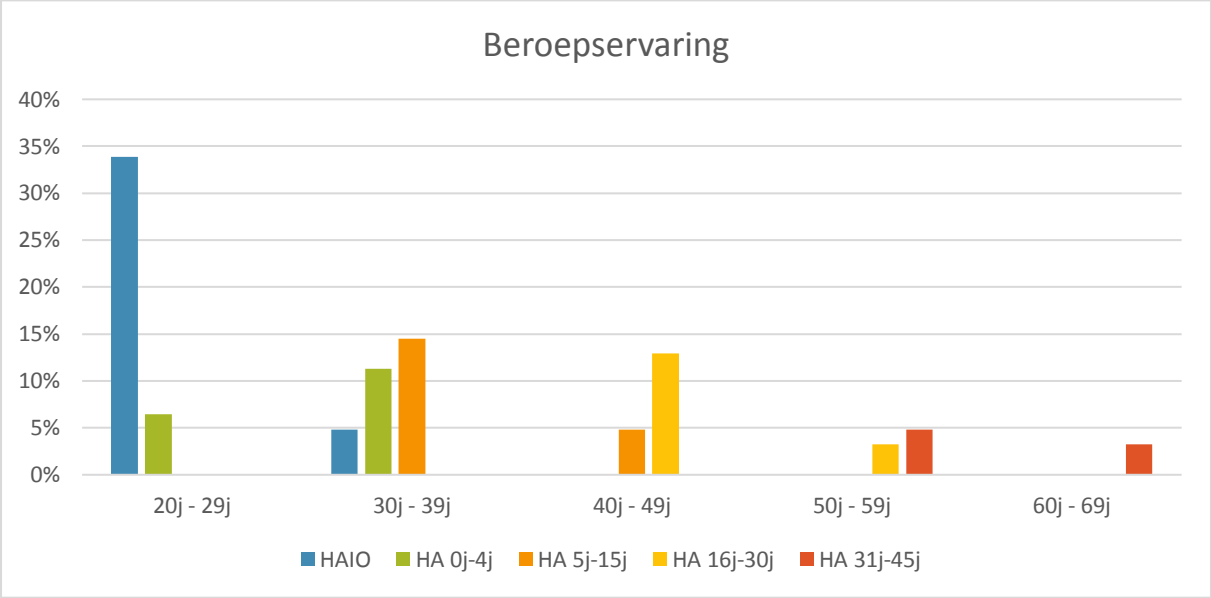
Wanneer we de deelnemers verdelen in leeftijdscategorieën (figuur 2: Verdeling respondenten volgens leeftijdscategorie), zien we dat de gemiddelde leeftijd lager ligt dan men zou verwachten(14).



Figuur 2: Verdeling respondenten volgens leeftijdscategorie

1.2 Beroepservaring

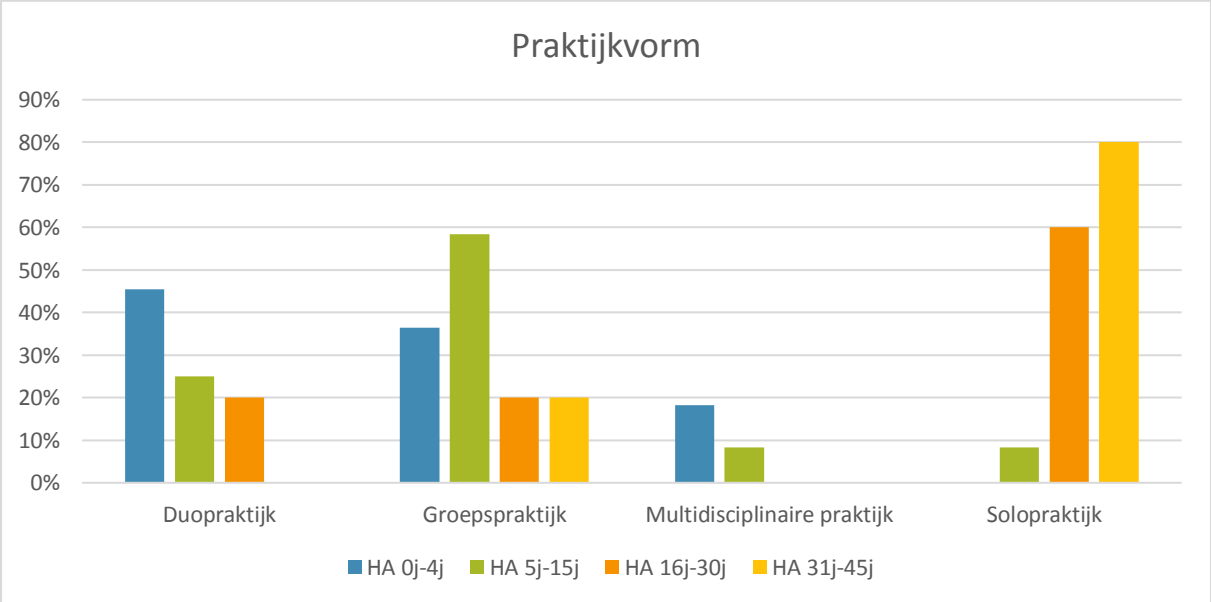
Deze enquête werd voornamelijk door HAIO's (39%) ingevuld, gevolgd door huisartsen met 5 tot 15 jaar ervaring (20%), op de derde plaats huisartsen met 0 tot 4 jaar ervaring (17%), gevolgd door huisartsen met 16 tot 30 jaar ervaring (16%) en ten slotte de huisartsen met meer dan 30 jaar ervaring (8%) (figuur 3: Verdeling respondenten volgens beroepservaring). Dit gegeven, gecombineerd met de observatie dat de steekproef voornamelijk uit vrouwen bestaat, is mogelijks te verklaren doordat jonge (in hun vruchtbare periode) vrouwelijke artsen zich meer aangesproken voelen tot dit onderwerp, alsook doordat een groter deel van hun patiëntenpopulatie vermoedelijk ook tot deze klasse behoort.



Figuur 3: Verdeling respondenten volgens beroepservaring

1.3 Praktijkvorm

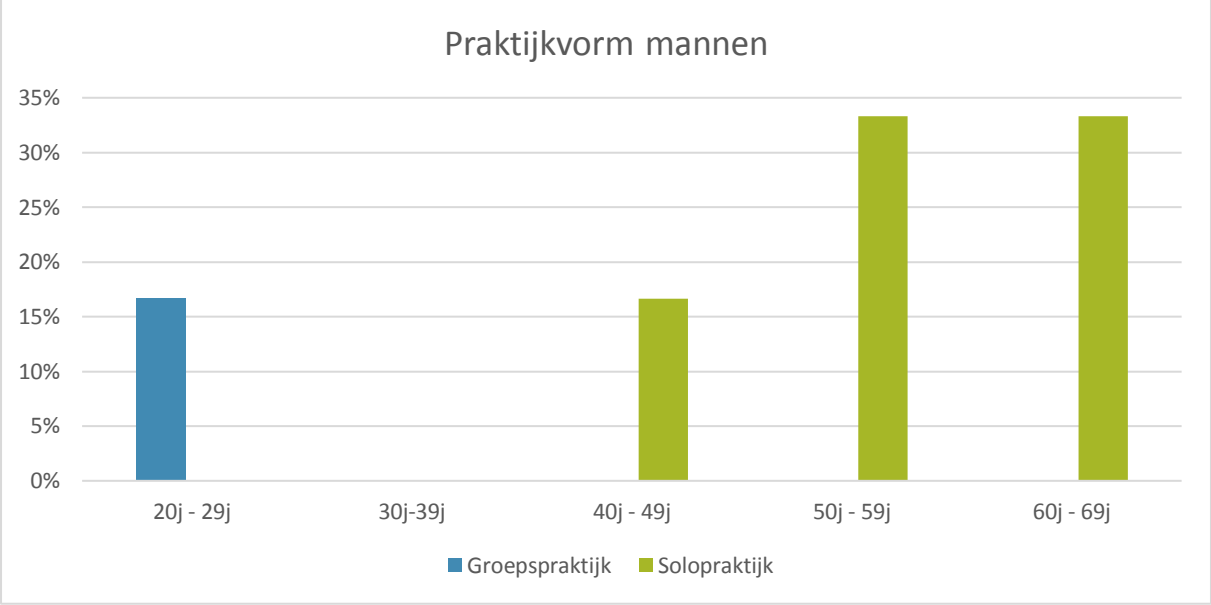
Wanneer we kijken naar de praktijkvorm bij onze respondenten exclusief de HAIO's (38) zien we dat het voornamelijk de jongere generaties zijn die in duo-, groeps- of multidisciplinaire praktijken werkzaam zijn (figuur 4: Verdeling volgens beroepservaring en praktijkvorm, exclusief HAIO's).



Figuur 4: Verdeling volgens beroepservaring en praktijkvorm, exclusief HAIO's

Bij de startende huisartsen (0-4 jaar ervaring) zien we dat 45% kiest voor een duopraktijk, 36% voor een groepspraktijk en 18% voor een multidisciplinaire praktijk. Van de huisartsen met 5 tot 15 jaar ervaring werkt 58% in een groepspraktijk, 25% in een duopraktijk, 8% in een multidisciplinaire praktijk en 8% als solo-arts. Bij de huisartsen met 16 tot 30 jaar ervaring werkt 60% als solo-arts, 20% in een groepspraktijk en nog eens 20% in een duopraktijk. De artsen met meer dan 30 jaar ervaring werken voornamelijk in solopraktijken (80%), de andere 20% werkt in een groepspraktijk.

Wanneer we kijken naar de mannelijke artsen, HAIO's niet meegerekend, krijgen we het beeld dat solopraktijken de norm waren in de vorige generaties (figuur 5: Praktijkvorm mannelijke artsen, exclusief HAIO's).



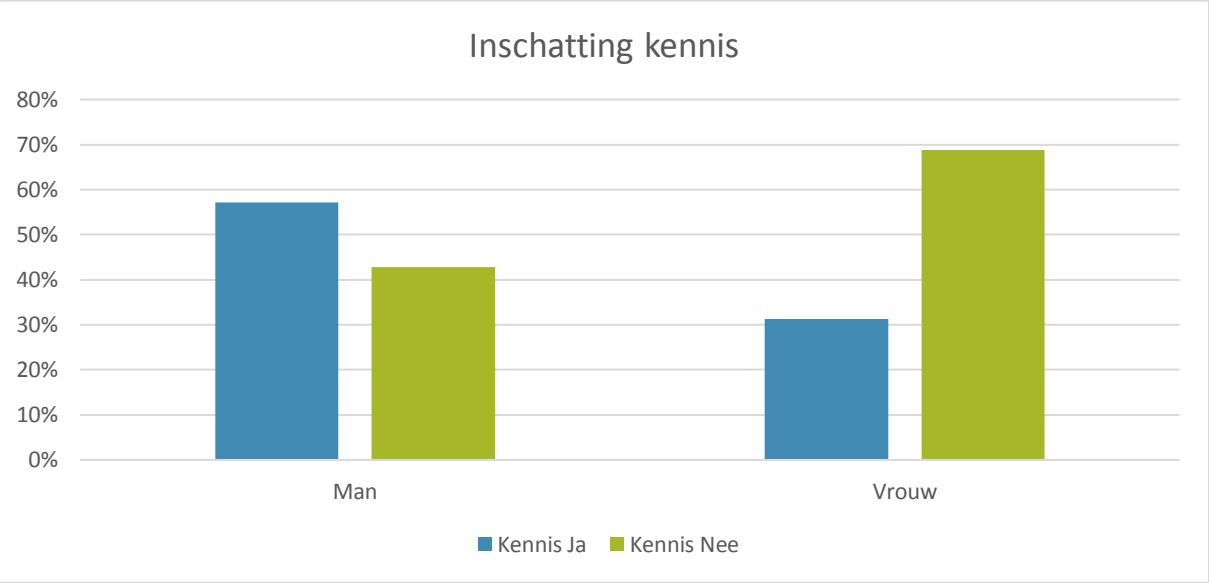
Figuur 5: Praktijkvorm mannelijke artsen, exclusief HAIO's

2. Rol van de huisarts

2.1 Kennis

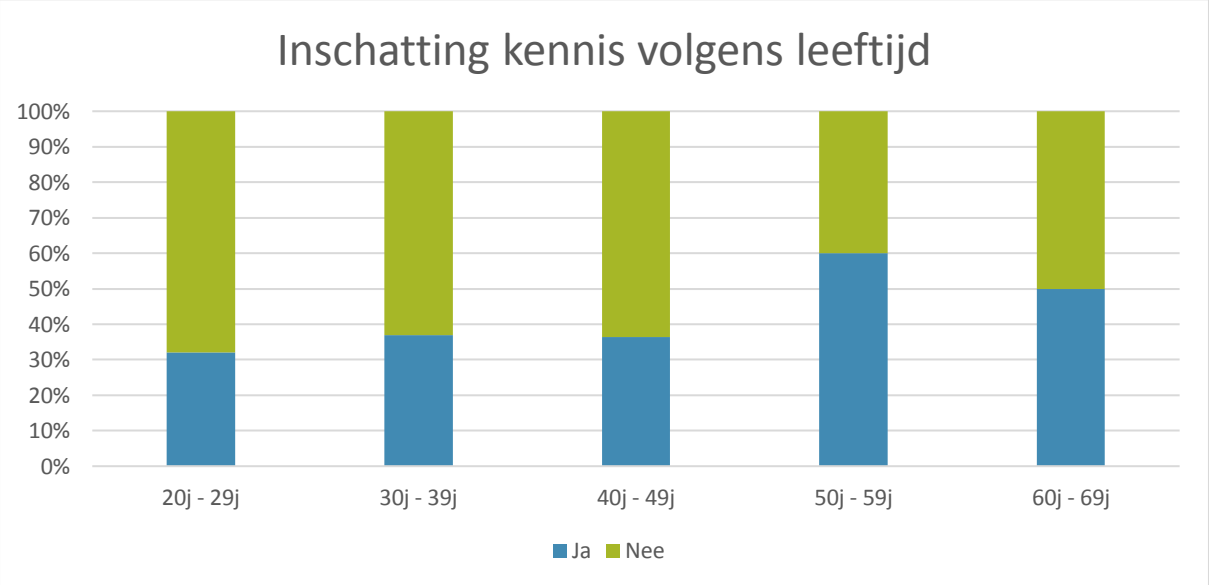
Op de vraag of de huisarts van zichzelf vindt voldoende kennis te hebben over postnatale depressie, gaven 39 personen (63%) een negatief antwoord. Slechts 23 artsen (37%) vindt van zichzelf dat hij/zij over voldoende kennis beschikt. Op zich is dit geen verrassend resultaat aangezien in de opleiding slechts zeer weinig aandacht aan dit onderwerp wordt geschonken.

Wanneer we dit per geslacht bekijken, lijken de vrouwelijke artsen (31% voldoende kennis, 69% onvoldoende kennis) minder zeker te zijn over hun eigen kennis dan de mannelijke artsen (57% voldoende kennis, 43% onvoldoende kennis) (figuur 6: Inschatting van de kennis volgens geslacht). Dit verschil is echter niet statistisch significant (p-waarde 0,07).



Figuur 6: Inschatting van de kennis volgens geslacht

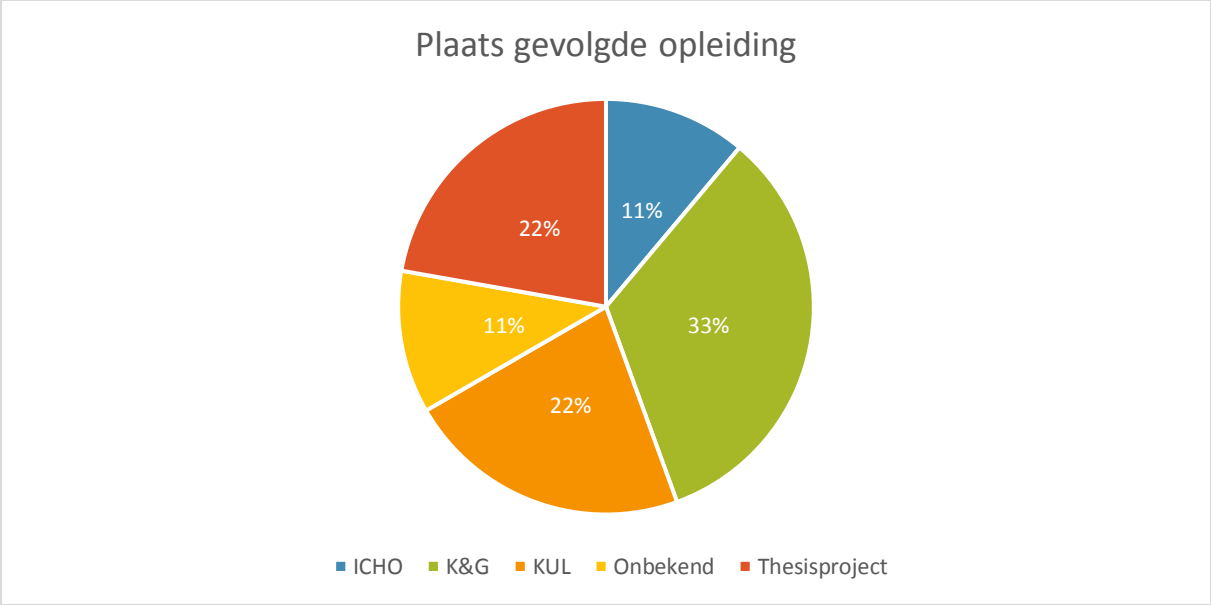
Indien we kijken naar de inschatting van de kennis in functie van de leeftijd, lijkt het dat men t bij meer levenservaring een hogere inschatting maakt van voldoende eigen kennis (figuur 7: Inschatting van de kennis volgens leeftijdscategorie). Dit is echter niet statistisch significant (p-waarde 0,8).



Figuur 7: Inschatting van de kennis volgens leeftijdscategorie

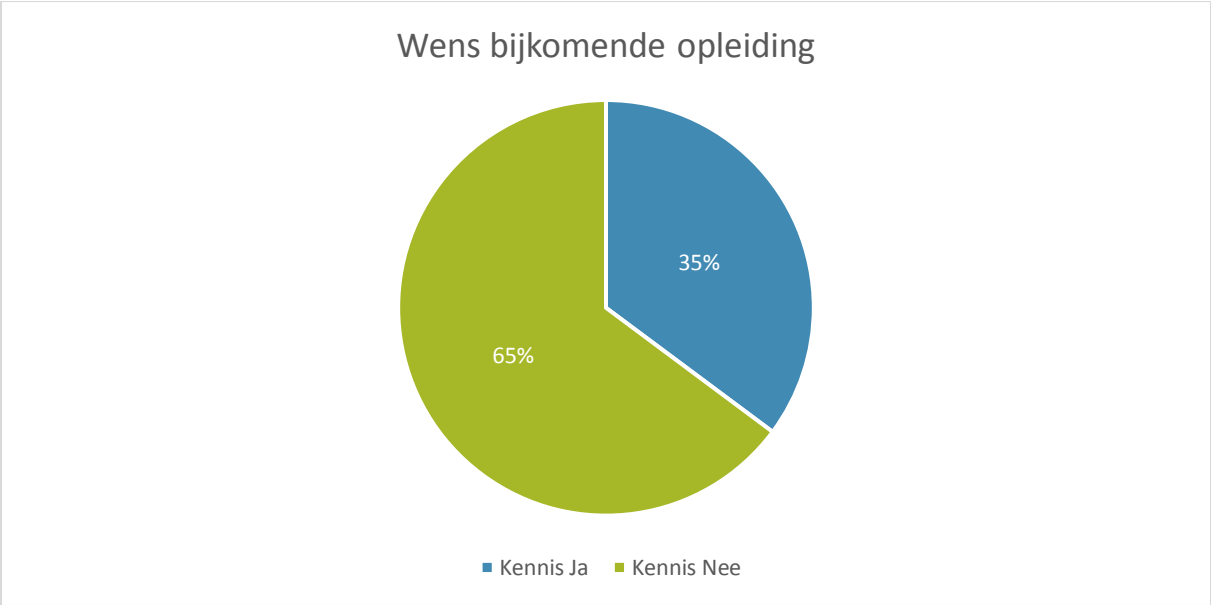
2.2 Opleiding

Slechts 9 (15%) kandidaten volgden ooit een opleiding over postnatale depressie. Een derde (3 personen) deed dit bij Kind en Gezin, twee personen volgden een opleiding aan de KUL, twee personen namen deel aan een opleiding georganiseerd door een HAIO in kader van haar thesis, één persoon deed deze opleiding via het ICHO en één persoon kon zich de opleidingsplaats niet meer herinneren (figuur 8: Plaats van de reeds gevolgde opleiding). Binnen deze groep wensen 5 (56%) personen nog een bijkomende opleiding te volgen. Van alle respondenten, waren er 54 (87%) die een bijkomende opleiding wensen te volgen.



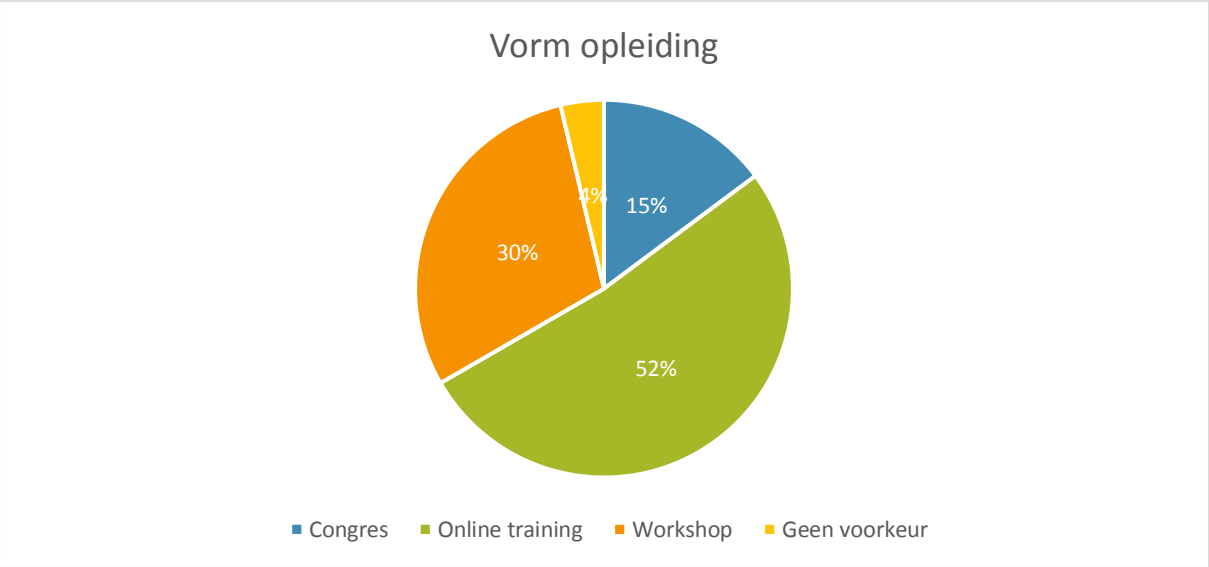
Figuur 8: Plaats van de reeds gevolgde opleiding

Binnen de subgroep die een bijkomende opleiding wenst, zien we dat het merendeel (65%) de inschatting maakt dat ze over te weinig kennis beschikken. Er is eerder een beperkt enthousiasme bij diegenen die eigen kennis voldoende inschatten, hierop antwoordt slechts 35% dat ze hun kennis nog verder willen bijschaven (figuur 9: Wens bijkomende opleiding volgens inschatting kennis).



Figuur 9: Wens voor een bijkomende opleiding volgens inschatting kennis

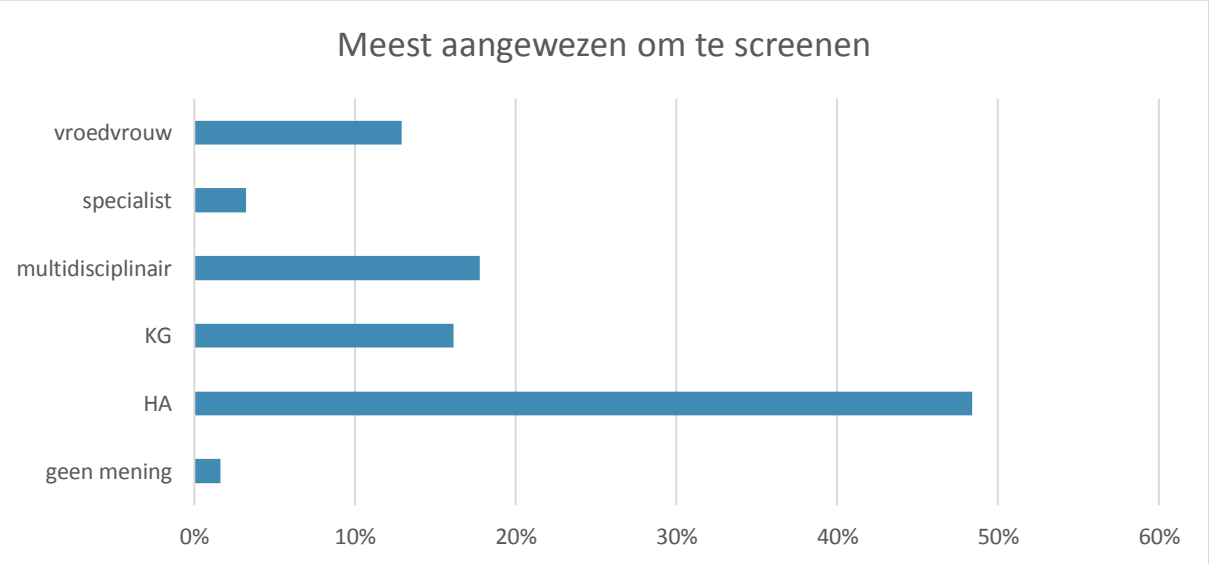
De huisartsen welke nog een bijkomende opleiding wensen te volgen, werden ook gevraagd onder welke vorm zij deze opleiding willen volgen. Hier gaf de meerderheid (52%) aan een voorkeur te hebben voor een onlinetraining. Ongeveer een derde van de deelnemers (30%) geeft de voorkeur aan een workshop, 15% verkiest een congres en 4% van de artsen geeft aan geen voorkeur te hebben voor een bepaalde opleidingsvorm (figuur 10: Gewenste vorm voor een bijkomende opleiding).



Figuur 10: Gewenste vorm voor een bijkomende opleiding

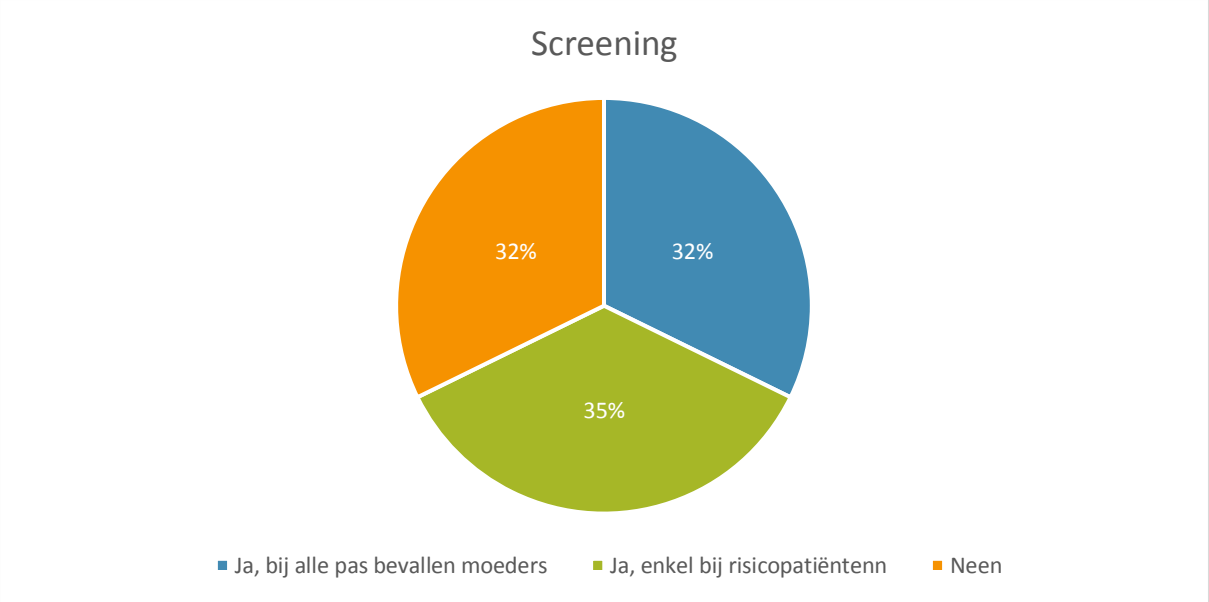
2.3 Screening

Op de vraag wie de artsen het meest aangewezen vinden om een screening te doen, antwoordden 30 artsen (48%) dat ze zichzelf als huisarts de meest aangewezen persoon vinden. Screening bij Kind en Gezin is voor 16% de beste aanpak, 13% vindt dat dit de taak is van de vroedvrouw, 3% laat dit aan de specialisten (pediaters en gynaecologen) over en 18% opteert voor een multidisciplinaire (huisarts, vroedvrouw en Kind en Gezin) aanpak, 1 persoon (2%) vond dat dit afhankelijk was van de band met de patiënt en on geen meest aangewezen persoon aanduiden (figuur 11: Meest aangewezen persoon om te screenen naar postnatale depressie).



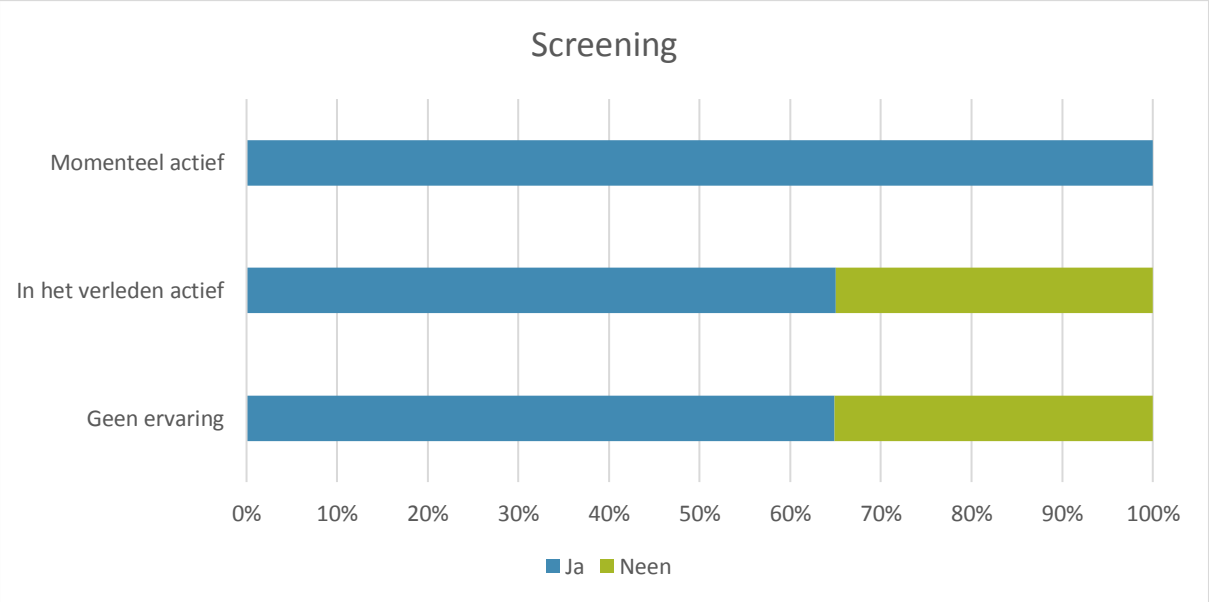
Figuur 11: Meest aangewezen persoon om te screenen naar postnatale depressie

Wanneer we kijken naar de screeningsgraad in de huisartsenpraktijk zien we dat toch een derde van de artsen (32%) aangeeft nooit te screenen naar postnatale depressie. 35% van de ondervraagde artsen screent enkel bij risicopatiënten en 32% screent bij elke pas bevallen vrouw (figuur 12: Screening naar postnatale depressie in eigen praktijk).



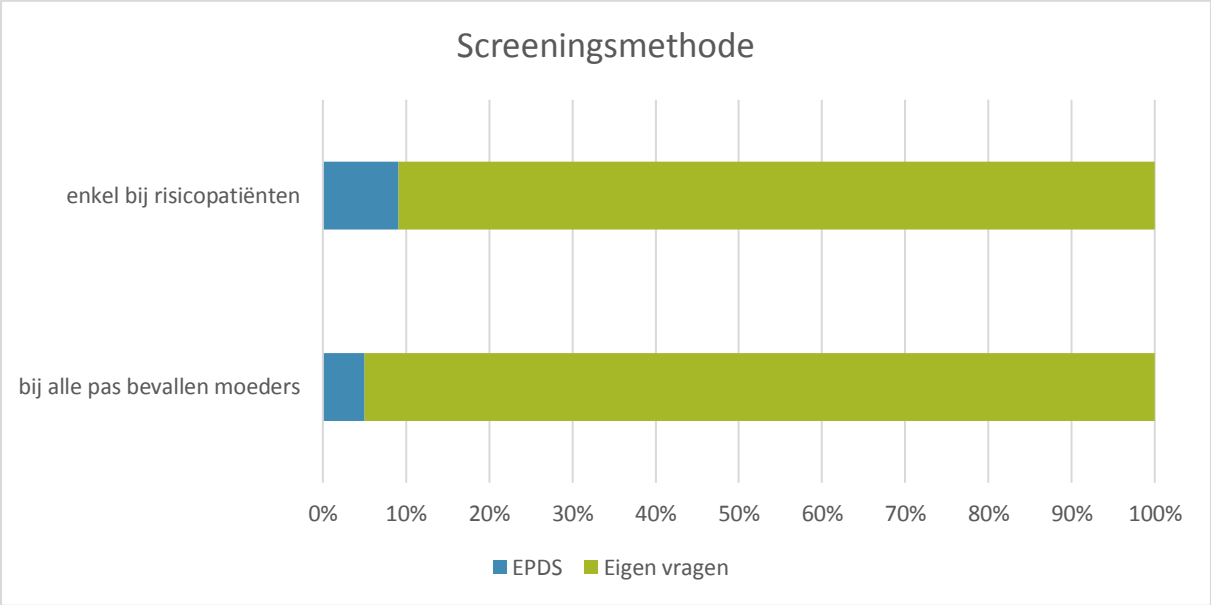
Figuur 12: Screening naar postnatale depressie in eigen praktijk

Bij de artsen die momenteel nog actief zijn bij Kind en Gezin (8%) zien we dat 100% ook screent in eigen praktijk. Van de artsen die in het verleden actief waren bij Kind en Gezin screenen er nog 65%, hetzelfde geldt voor artsen die geen ervaring hebben bij Kind en Gezin (figuur 13: Screening naar postnatale depressie in functie van ervaring bij Kind en Gezin). Dit is echter niet statistisch significant (p-waarde 0,3).



Figuur 13: Screening naar postnatale depressie in functie van ervaring bij Kind en Gezin

Bij de navraag op welke wijze de artsen screenen, zien we dat ze dit voornamelijk doen aan de hand van eigen vragen (93%; 48% bij de artsen welke enkel screenen bij risicopatiënten en 45% bij artsen die alle pas bevallen moeders screenen) en niet door middel van een gestandaardiseerde screeningsvragenlijst zoals EPDS. EPDS werd slechts in 7% procent gebruikt, 5% bij screening van enkel risicopatiënten en 2% bij screening van elke pas bevallen moeder (figuur 14: Gebruikte screeningsmethode).



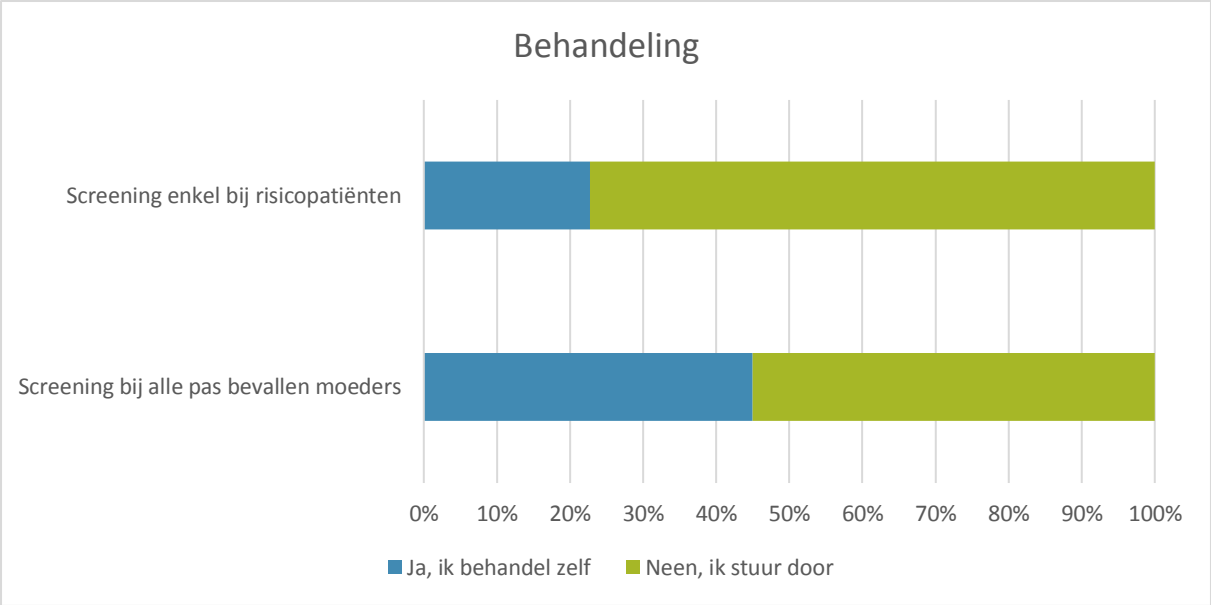
Figuur 14: Gebruikte screeningsmethode

Wanneer we nagaan hoeveel patiënten met een postnatale depressie de artsen in praktijk hebben, zegt de meerderheid (97%) minder dan 10 patiënten per jaar te hebben. Twee artsen schatten dat ze tussen de 10 en 20 patiënten per jaar hebben.

2.4 Behandeling

Over het algemeen voelen de huisartsen die screenen naar een postnatale depressie zich niet de geschikte persoon om zelf de behandeling op te starten (67%), slechts 33% start zelf met een behandeling.

Artsen die enkel screenen bij risicopatiënten, zijn meer geneigd om deze patiënten door te sturen voor een behandeling (77%) dan deze zelf te behandelen (23%). Dit is vermoedelijk omwille van het idee dat deze patiënten meer ondersteuning nodig hebben dan dat de arts alleen kan bieden. Bij artsen die alle pas bevallen moeders screenen, kiest 55% ervoor om zelf te behandelen en 45% stuurt de patiënten eerder door (figuur 15: Behandeling van postnatale depressie door huisarts).



Figuur 15: Behandeling van postnatale depressie door huisarts

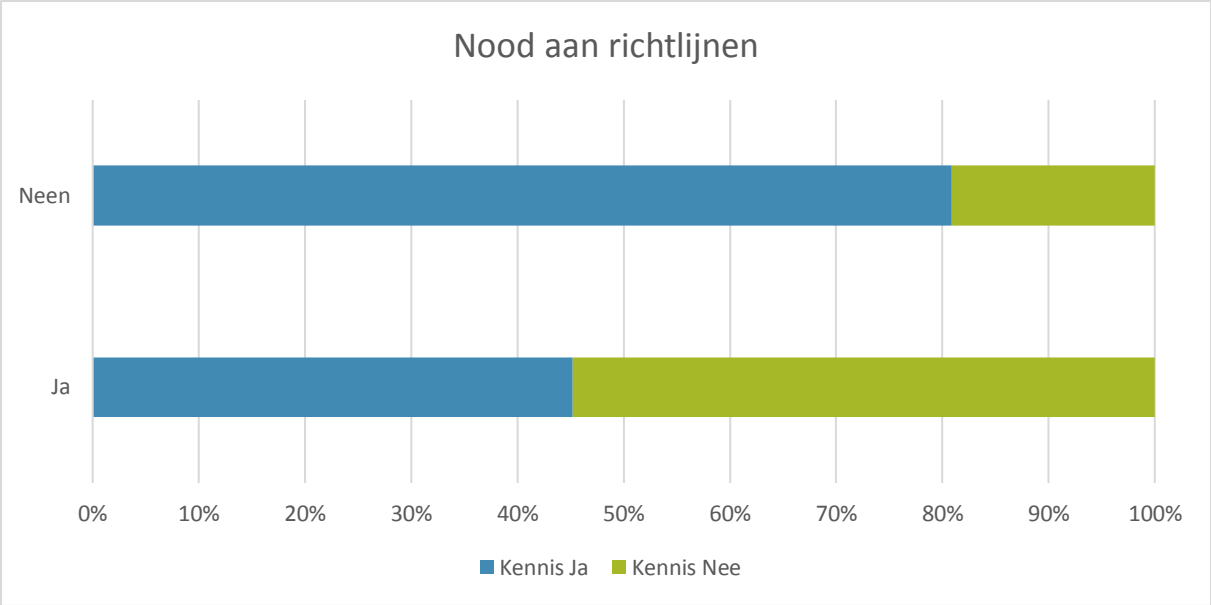
Wanneer we binnen de subgroep van artsen die zelf een behandeling opstarten, kijken naar de gekozen behandeling, zien we dat de voorkeur van onze artsen uitgaat naar een combinatie van psychotherapie met SSRI (50%) of enkel psychotherapie (44%). Een minderheid gaat voor behandeling met enkel SSRI (6%) (figuur 16: gekozen behandeling bij postnatale depressie).



Figuur 16: Gekozen behandeling bij postnatale depressie

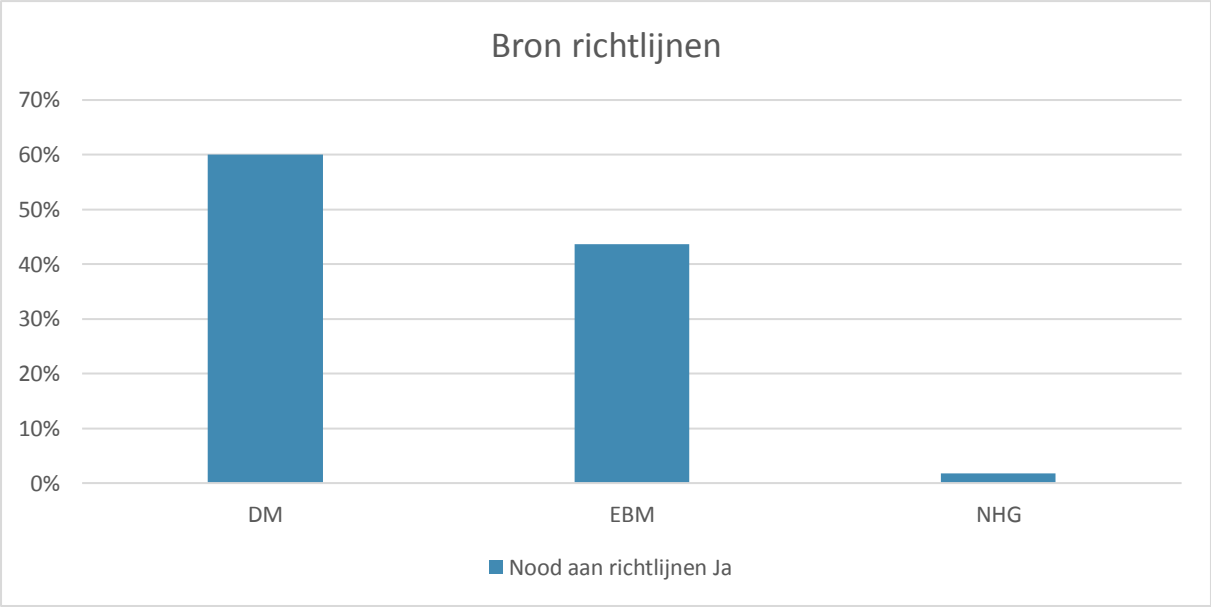
2.5 Richtlijnen

Op de vraag of de artsen nood hebben aan richtlijnen, antwoordden 55 van de 62 artsen (89%) positief. Wanneer we dit onderzoeken in verband met inschatting van voldoende kennis, merken we dat 95% van de artsen die zijn kennis onvoldoende vindt, nood heeft aan richtlijnen. Bij de artsen die van zichzelf vinden toch voldoende kennis te hebben, zegt 78% dat ze richtlijnen kunnen gebruiken (figuur 17: Nood aan richtlijnen volgends de ingeschatte kennis).



Figuur 17: Nood aan richtlijnen volgens de ingeschatte kennis

Iets meer dan de helft (55%) van de subgroep artsen die nood hebben aan richtlijnen, wenst deze richtlijnen via Domus Medica (DM) terug te vinden, 38% verkiest als bron Evidence Based Medicine (EBM) en een enkeling ziet deze richtlijnen graag verschijnen via het Nederlands Huisartsen-Genootschap (NHG) (figuur 18: Voorkeur voor bron richtlijnen). Drie artsen (5%) wensen de richtlijnen terug te vinden op zowel DM als EBM.



Figuur 18: Voorkeur bron voor richtlijnen

3. Opmerkingen

Na de vragenlijst was er nog een mogelijkheid om opmerkingen te geven, enkele artsen (6) maakten hier gebruik van. Zij ondervonden dat het in de praktijk soms moeilijk is om een screening uit te voeren. Algemeen voelden ze zich als huisarts wel de meest geschikte persoon, gezien ze vaak ook meerdere leden van de familie behandelen en signalen krijgen van hieruit. Doch geven ze ook aan dat pas bevallen moeders vaak niet meer naar de huisarts terug keren, omdat ze reeds bij gynaecoloog, pediater en/of Kind en Gezin verwacht worden. Eén arts maakte hierover de volgende opmerking: “Het lijkt me een interessante piste om te onderzoeken of de screening naar postpartum depressie efficiënter verloopt als het kind opgevolgd wordt door de huisarts in plaats van de pediater.”.

Een andere collega merkte op dat als consultatiebureauarts bij Kind en Gezin ze wel screent naar postnatale depressie op een raadpleging, maar ze de moeders in deze setting vaak slechts eenmaal ziet en ondervindt dat moeders het moeilijk hebben om op dat moment hun eigen problemen te bespreken en het liever enkel over het kindje hebben.

Een multidisciplinaire screening en behandeling lijkt hen dan ook de meest geschikte oplossing, doch is hiervoor een goede samenwerking vereist.

Discussie

Met dit onderzoek trachtte ik na te gaan wat de kennis van huisartsen in Vlaanderen is over postnatale depressie, hoe ze hiernaar screenen en hoe er wordt behandeld.

Aan dit onderzoek namen slechts 62 artsen deel, wat overeenkomt met 1% van de huisartsen in Vlaanderen (9204 in 2018)(14). Een groot percentage (39%) van de deelnemers betreft huisartsen in opleiding, het percentage in Vlaanderen bedroeg in 2018 slechts 9%. Wanneer we de artsen verdelen per leeftijdscategorie zien we een omgekeerd evenredige verdeling met de werkelijkheid(14). In onze onderzoekspopulatie was 77% vrouwelijk en 23% mannelijk, in de huisartsenpopulatie in Vlaanderen is dit respectievelijk 41% en 59%(14). Omwille van deze selectiebias zijn de resultaten moeilijk door te trekken naar de volledige huisartsenpopulatie in Vlaanderen.

In de onderzochte populatie geeft 63% aan te weinig kennis te hebben over postnatale depressie. Het merendeel van de artsen (89%) geeft dan ook aan dat ze graag een bijkomende opleiding wensen te volgen om hun kennis bij te schaven. Slechts 15% volgde reeds een bijkomende opleiding.

In dit onderzoek geven 41 huisartsen (66%) aan dat zij zich, al dan niet samen met andere disciplines, de meest geschikte persoon vinden om postnatale depressie op te sporen gezien zij de vrouw en vaak ook haar omgeving al jaren opvolgen en een vertrouwensrelatie hebben opgebouwd. Een vaak wederkerende opmerking hierbij was echter dat de huisartsen de pas bevallen vrouwen niet vaak terugzien op raadpleging en hun rol als screeningsarts hierdoor bemoeilijkt wordt.

Er bestaan gevalideerde screeningstools, maar huisartsen lijken niet geneigd om deze te gebruiken(15). Ook in dit onderzoek geeft 93% aan dat diagnose stellen aan de hand van eigen, niet gevalideerde vragen. Wanneer we kijken naar wie er gescreend wordt, zien we dat slechts 32% aangeeft bij elke pas bevallen moeder te screenen. Deze twee elementen samen tonen aan dat er nog veel werk is aan het implementeren van een correcte screening in de praktijk en er waarschijnlijk nog steeds veel gevallen gemist worden(15).

Screening heeft enkel nut indien positief gescreende vrouwen hierna ook verder kunnen begeleid en behandeld worden(15). Onze onderzochte populatie is redelijk terughoudend met zelf een behandeling te starten, slechts 33% zegt zelf een behandeling op te starten. Vermoedelijk ligt dit aantal zo laag, omdat de meeste artsen ook aangeven dat ze onvoldoende kennis hebben.

Indien men toch kiest om zelf te behandelen, kiest de helft voor een combinatie van medicatie en psychologische begeleiding, 45% verwijst de patiënt door voor psychologische begeleiding en enkelen (6%) kiezen voor enkel een medicamenteuze behandeling. Gelijkaardige resultaten werden ook teruggevonden in de literatuur(4,5).

Van de ondervraagde artsen wenst het merendeel (89%) richtlijnen over screening, diagnose en behandeling van postnatale depressie terug te vinden, zij het op Domus Medica of Evidence Based Medicine.

De vraag of we als huisarts niet beter geschikt zijn om de pasgeborene op te volgen samen met de moeder werd gesteld. Dit kan een interessante piste zijn om te onderzoeken, doch lijkt mij een samenwerking over de verschillende specialiteiten heen ook een optie om verder uit te werken.

Conclusie

Meerdere huisartsen in dit onderzoek geven aan dat ze over onvoldoende kennis beschikken, nood hebben aan richtlijnen en geïnteresseerd zijn om hierover een opleiding te volgen. Meer aandacht voor postnatale depressie in de basisopleiding zou alvast een goede stap zijn om artsen meer vertrouwd te laten geraken met screening, diagnose en behandeling van postnatale depressie. Ook het organiseren van navormingen, zij het online of via workshops, kan deze kennis en vaardigheden helpen uitbreiden.

Omdat de zorg na de bevalling momenteel verspreid is over verschillende disciplines, zonder enige communicatie tussen deze verschillende specialiteiten, zou het interessant zijn om deze multidisciplinaire aanpak beter uit te werken. Dit vraagt natuurlijk wel een goede samenwerking tussen de verschillende disciplines.

Hopelijk kunnen we aan de hand van deze extra opleidingen en verbeterde multidisciplinaire samenwerking postnatale depressie uit de taboesfeer halen, durven zo meer vrouwen hulp zoeken en krijgen ze deze ook.

Referenties

1. Knights JE, Salvatore ML, Simpkins G, Hunter K, Khandelwal M. In search of best practice for postpartum depression screening: is once enough? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2016;29(206):99–104.
2. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum Depression Screening: Importance, Methods, Barriers, and Recommendations for Practice. J Am Board Fam Med [Internet]. 2007;20(3):280–8.
3. van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, IJzerman MJ, Haasnoot-Smallegange RME, Reijneveld SA. Post-Up Study: Postpartum Depression Screening in Well-Child Care and Maternal Outcomes. Pediatrics [Internet]. 2017;140(4):e20170110.
4. Becker M, Weinberger T, Chandy A, Schmukler S. Depression During Pregnancy and Postpartum. 2016;
5. Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. 2016;2177–86.
6. Ford E, Shakespeare J, Elias F, Ayers S. Recognition and management of perinatal depression and anxiety by general practitioners : a systematic review. 2017;34(1):11–9.
7. Brummelte S, Galea LAM. Hormones and Behavior Postpartum depression : Etiology , treatment and consequences for maternal care. Horm Behav [Internet]. 2016;77:153–66.
8. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. The Role of Reproductive Hormones in Postpartum Depression. 2016;20(1):48–59.
9. Wilson N, Lee JJ, Bei B. Postpartum fatigue and depression: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord [Internet]. 2018;246(November 2018):224–33.
10. Parker GB, Hegarty B, Paterson A, Hadzi-pavlovic D, Granville-smith I, Gokiert A. Predictors of post-natal depression are shaped distinctly by the measure of ‘ depression .’ J Affect Disord [Internet]. 2015;173:239–44.
11. van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Ijzerman MJ, Haasnoot-Smallegange RME, Reijneveld SA. Screening for Postpartum Depression in Well-Baby Care Settings: A Systematic Review. Matern Child Health J. 2017;21(1):9–20.
12. Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. BMC Psychiatry [Internet]. 2018;18(1):393.
13. Stamou G, García-palacios A, Botella C. Cognitive-Behavioural therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of post-natal depression : a narrative review. 2018;
14. Steinberg P. Jaarstatistieken Met Betrekking Tot De Beoefenaars Van Gezondheidszorgberoepen In België. 2018.
15. Ford E, Shakespeare J, Elias F, Ayers S. Recognition and management of perinatal depression and anxiety by general practitioners: A systematic review. Fam Pract. 2017;34(1):11–9.

Bijlages

1. Onderzoeksprotocol

De rol van de huisarts bij het opsporen en behandelen van postnatale depressie
Student(en): Sarah Vandeverre
Faculteit: Geneeskunde
Opleiding: Master na Master in de huisartsgeneeskunde (VUB)
Het onderzoek is: kwantitatief, epidemiologisch
De opdrachtgever is: academisch

Inleiding

Wat is postnatale depressie?

Een postnatale depressie wordt gedefinieerd als een tijdelijke depressieve episode welke gelinkt kan worden aan de geboorte van een kind(1). Meestal treden de neerslachtige gevoelens en het gevoel van falen op enkele weken tot maanden na de bevalling(2,3).

Incidentie

In de literatuur vinden we in de geïndustrialiseerde landen een prevalentie van 10% tot 20%(2). Vaak blijft een postnatale depressie echter onder gerapporteerd. Vermoedelijk deels omdat hier nog een taboe rond bestaat en moeders niet graag toegeven dat ze zich niet goed voelen bij de geboorte van hun kind, maar ook omdat zorgverleners niet altijd de symptomen herkennen of hier expliciet naar vragen.

Een postnatale depressie is redelijk eenvoudig op te sporen aan de hand van de Edinburgh Postnatal Depression Scale, een gevalideerde vragenlijst(4).

Therapie

In België zijn er geen specifieke richtlijnen voor de behandeling van een postnatale depressie. Als we kijken naar de NICE guidelines (richtlijnen beschikbaar in het Verenigd Koninkrijk) (5) is de therapie afhankelijk van de ernst van de depressie. Bij zwakke tot milde symptomen kan men opteren voor enkel psychotherapie/antidepressiva. Als er ernstigere symptomen zijn, combineert men psychotherapie met farmacotherapie. Doorverwijzing voor psychiatrische behandeling dient te gebeuren bij zeer ernstige symptomen en levensbedreigende situaties.

Kinderen waarvan de moeder een postnatale depressie doormaakte hebben vaker problemen in hun cognitieve, sociale, emotionele en vocabulaire ontwikkeling(2,3).

Huidige rol zorgprofessionals

De huisarts is de contactpersoon in eerste lijn, doch worden jonge moeders zelden in de postnatale periode gezien in de praktijk. Voor de opvolging van de pasgeborene gaan ze naar Kind & Gezin of de pediater, maar kunnen ze daar ook met vragen over hun eigen gezondheid terecht?

Moeten we actiever postnatale consultaties aanbieden voor de specifieke opvolging van de mentale gezondheid van de moeders?

Objectieven

- Is er voldoende kennis bij de huisartsen in Vlaanderen over screening en behandeling?

- Is de huisarts de beste persoon voor deze screening?

- Kan de behandeling in eerste lijn verlopen?

- Is er nood aan duidelijkere richtlijnen?

- Wie stelt deze richtlijnen best op?

Methodologie

- Verdere literatuurstudie over dit onderwerp

- Versturen van elektronische survey naar actieve huisartsen in Vlaanderen via ICHO-website en mailing van Kind & Gezin

- Descriptieve verwerking van verkregen data

Referenties

1. Knights JE, Salvatore ML, Simpkins G, Hunter K, Khandelwal M. In search of best practice for postpartum depression screening: is once enough? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2016;29(206):99–104. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.08.030

2. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum Depression Screening: Importance, Methods, Barriers, and Recommendations for Practice. J Am Board Fam Med [Internet]. 2007;20(3):280–8. Available from: http://www.jabfm.org/cgi/doi/10.3122/jabfm.2007.03.060171

3. van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, IJzerman MJ, Haasnoot-Smallegange RME, Reijneveld SA. Post-Up Study: Postpartum Depression Screening in Well-Child Care and Maternal Outcomes. Pediatrics [Internet]. 2017;140(4):e20170110. Available from: http://pediatrics.aappublications.org/lookup/doi/10.1542/peds.2017-0110

4. Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. BMC Psychiatry [Internet]. BMC Psychiatry; 2018;18(1):393. Available from: https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1965-7

5. National Collaborating Centre for Mental Health. Antenatal and postnatal mental health: the NICE guideline on clinical management and service guidance. Updated edition. 2014; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305023/

Bijlage bij het protocol

Ethical considerations

The Ethical Committee of Universitair Ziekenhuis Brussel will be asked for permission prior to activating the survey. Every person who participates in this survey, will be asked for consent by clicking the “I consent” button.

Within the General Data Protection Regulation (GDPR) of May 25th, 2018, a register of the processing activity is added in the attachment.

The processing activity controller is Vrije Universiteit Brussel.

The contact information of the data protection officer is dpo@vub.be

The processor is the Department Family Medicine and Chronic Care at Vrije Universiteit Brussel (Prof Dr Dirk Devroey)

The purpose of this quantitative research is exploring the respondents’ knowledge, experience, views, preferences, attitude, facilitators and barriers concerning screening and diagnosis of postnatal depression as a general practitioner.

The legal basis for the processing is the permission from the respondents by clicking the “I consent” button before the survey starts. Therefore, there is an explicit permission from the respondents for processing their personal data. The respondents can ask to withdraw their personal data without giving any reason.

The analyses and the presentation of the data will be anonymized, conform the law of protecting personal data. After the data collection has been completed, the anonymized and coded data will be stored on the hard disk of the principal investigator, to which only the principal investigator has access.

The data will be destroyed after 15 years.

The data will not be given to another country.

2. Goedkeuring Ethische Commissie (20-03-2019)

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

PROF. DR. D. DEVROEY
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
UZ BRUSSEL OF VUB

Brussel, 08-04-2019

Ons Kenmerk: **2019/067**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
De rol van de huisarts bij het opsporen en behandelen van postnatale depressie
B.U.N. 143201939444

Na goedkeuring van de studie tijdens de vergadering van 20 maart 2019, en na kennis genomen te hebben van de aangepaste enquête versie 6 dd 03-Apr-2019, besluit de Commissie Medische Ethiek

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

prof. dr. M. Deneyer, voorzitter

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel +32 2 477 55 84
Fax +32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Meeting date: 20-03-2019
Ons kenmerk: 2019/067

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB (since 20-02-2019)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. M. Deneyer, MD, PhD	CHAIRMAN Pediatrics UZ BRUSSEL	M
Mrs. A. Van Scharen, LLM	VICE- CHAIRMAN Legal Expert UZ Brussel	F
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Mechelen	M
Dr. K. Beeckman, PhD	Nursing and Midwifery research group UZ BRUSSEL	F
Mrs. B. Blommaert	Nurse UZ BRUSSEL	F
Dr. A. Bretz, MD	Medical Oncology /Radiotherapy UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	Neonatology UZ BRUSSEL	M
Dr. Apr. P.-J. Cortoos, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. C. de Asmundis, MD, PhD	Cardiology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. P. Forget, MD, PhD	Anesthesiology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Mrs. A. Lintermans	Patient representative External Member	F
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ BRUSSEL	M
Prof. Apr. I. Smolders, PhD	Pharmacology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB	F
Dr. K. Vergaelen, MD	Intensive Care UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. I. Willekens, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	F

If member of the Ethics Committee, the investigator does not participate to the vote

3. Enquête met geïnformeerde toestemming

Beste collega,

Mijn naam is Sarah Vandeverre, huisarts-in opleiding en student aan de VUB. In het kader van mijn master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde voer ik een studie uit over de screening en behandeling van postnatale depressie in Vlaanderen.

Aan de hand van deze masterproef wens ik na te gaan welke rol de huisarts speelt in het opsporen en behandelen van postnatale depressie.

De vragenlijst bestaat uit 15 meerkeuzevragen en er is mogelijkheid om opmerkingen te geven. De vragenlijst wordt volledig anoniem verwerkt en neemt ongeveer 3 minuten tijd in beslag. Deze studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van het UZ Brussel op 20/03/2019. Het betreft een anonieme enquête en de gegevens zullen confidentieel behandeld worden. Uw deelname aan de enquête is vrijwillig. Uw antwoorden zullen enkel worden gebruikt voor onderzoeksdoeleinden. De verzamelde gegevens zullen 15 jaar bewaard worden, met andere woorden tot december 2024. Met vragen over gegevensbescherming kunt u terecht bij de data protection officer van de VUB (dpo@vub.be). Voor inhoudelijke vragen kan u terecht bij de onderzoeker of de promotor.

Alvast bedankt voor Uw medewerking.

Sarah Vandeverre (sarah.vandeverre@vub.be)

Promotor: Tessa Braeckman, MSc, PhD (tessa.braeckman@vub.be)

(klik op onderstaande knop om de vragenlijst te starten)

- Ik heb deze 'geïnformeerde toestemming' begrepen en stem toe tot deelname en gegevensverwerking in het kader van deze studie.

1. Geslacht
    a. Man
    b. Vrouw
    c. Anders

2. Leeftijd
    a. 20j-29j
    b. 30j-39j
    c. 40j-49j
    d. 50j-59j
    e. 60j-69j

3. Beroepservaring
    a. HAIO
    b. Huisarts <5 j
    c. Huisarts 5-15 j
    d. Huisarts 16-30 j
    e. Huisarts >30 j
    f. Anders, namelijk *(open tekstveld)*

4. Provincie waar praktijk gevestigd is:
    a. Oost-Vlaanderen
    b. West-Vlaanderen
    c. Antwerpen
    d. Limburg
    e. Vlaams-Brabant
    f. Brussel

5. Praktijkvorm
    a. Solopraktijk
    b. Duopraktijk
    c. Groepspraktijk
    d. Multidisciplinaire praktijk
    e. Anders, namelijk *(open tekstveld)*

6. Consultatie Kind en Gezin/ONE
    a. Geen ervaring
    b. Momenteel actief
    c. In het verleden actief

7. Vindt U dat U als huisarts de meest geschikte persoon bent om PPD op te sporen?
    a. Ja
    b. Neen, beter bij Kind en Gezin/ONE
    c. Neen, beter bij specialist (gynaecoloog, pediater)
    d. Neen, beter bij vroedvrouw
    e. Neen, andere reden *(open tekstveld)*

8. Hoe dikwijls wordt U als arts geconfronteerd met patiënten met deze aandoening?
    a. Minder dan 10 per jaar
    b. Tussen 10 tot 20 patiënten per jaar
    c. Tussen 20 tot 30 patiënten per jaar
    d. Meer dan 30 patiënten per jaar

9. Heeft U het gevoel voldoende kennis te hebben over PPD en de diagnose ervan?
    a. Ja
    b. Neen

10. Heeft U reeds een opleiding gevolgd rond screening en behandeling van PPD?
    a. Ja
        i. Waar? *(open tekstveld)*
    b. Neen

11. Zou U een opleiding wensen te volgen rond screening en behandeling van PPD?
    a. Ja
    b. Neen

12. Behandelt U zelf vrouwen met PPD?
    a. Ja
    b. Neen, geen actieve opsporing
    c. Neen, geen patiënten met PPD in mijn praktijk
    d. Neen, ik stuur door
        i. Naar *(open tekstveld)*

13. Zo ja, welke behandeling?
    a. SSRI
    b. Psychotherapie
    c. Andere, namelijk *(open tekstveld)*

14. Spoort U actief PPD op?
    a. Ja, bij alle pas bevallen moeders
    b. Ja, enkel bij risicopatiënten
    c. Neen

15. Zo ja, op welke wijze?
    a. Gestandaardiseerde vragenlijst zoals EPDS
    b. Eigen vragen

16. Vindt U dat er nood is aan Belgische richtlijnen ivm screening en behandeling PPD?
    a. Ja
    b. Neen

17. Waar wenst U deze richtlijnen terug te vinden?
    a. Domus Medica
    b. EBP
    c. Anders, namelijk *(open tekstveld)*

18. Heeft U nog relevante opmerkingen met betrekking tot het onderwerp?
    (open tekstveld)

4. General Data Protection Regulation (GDPR)

Bijlage bij het informatieformulier

Supplementary information on the protection and rights of the participant in a clinical study

Algemene Verordening Gegevensbescherming" (AVG), die van kracht is sinds 25/05/2018.

General Data Protection Regulation (GDPR) of May 25th, 2018

1. The data will be processed according to the EU General Data Protection Regulation (GDPR) of May 25th, 2018.

2. In the context of the research you are participating in, your personal data will be collected from you. Prof Dr Dirk Devroey from the Department General Practice and Chronical Care at Vrije Universiteit Brussel is responsible for the correct processing and the information obligation that goes with it. Therefore, we ask your attention for the fact that we collect "your personal data" as "your age, sex, your knowledge and experience, point of view, preferences, attitude, barriers and facilitators concerning screening and diagnosis of postnatal depression as a general practitioner".

3. We may use your personal data only for the scientific research specified above in the file of "informed consent"

4. It is possible that your data will be checked by the person resides in a non-EU country where the standards in terms of the protection of personal data are different or less stringent. In this case we commit ourselves that we will respect the constraints of the European regulation and the Belgian legislation on the protection of privacy and will ensure equivalent guaranties for the transfer of the survey data.

5. Next, we would like to inform you, that in accordance with the relevant legislation, the data collected as part of the research is retained for at least 15 years. After the data collection has been completed, the anonymized and coded data will be stored on the hard disk of the principal investigator, to which only the principal investigator has access.

6. According to GDPR you have number of rights around the processing of "your personal data". If you have further questions about this, you can always contact the data protection officer of the VUB: dpo@vub.be

7. Finally, you also have the right to file a complaint about the processing of your personal data to the Belgian Data Protection Authority who is responsible for maintaining the legislation on data protection:

   Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
   Drukpersstraat 35
   1000 Brussel
   Tel. +32 274 48 00
   e-mail: contact@apd-gba.be
   Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

5. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Edinburgh Postnatal Depression Scale[1] (EPDS)

Name: _____ Address: _____

Your Date of Birth: _____ _____

Baby's Date of Birth: _____ Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:
- ☐ Yes, all the time
- ☒ Yes, most of the time — This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
- ☐ No, not very often — Please complete the other questions in the same way.
- ☐ No, not at all

In the past 7 days:

1. I have been able to laugh and see the funny side of things
   - ☐ As much as I always could
   - ☐ Not quite so much now
   - ☐ Definitely not so much now
   - ☐ Not at all

2. I have looked forward with enjoyment to things
   - ☐ As much as I ever did
   - ☐ Rather less than I used to
   - ☐ Definitely less than I used to
   - ☐ Hardly at all

*3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong
   - ☐ Yes, most of the time
   - ☐ Yes, some of the time
   - ☐ Not very often
   - ☐ No, never

4. I have been anxious or worried for no good reason
   - ☐ No, not at all
   - ☐ Hardly ever
   - ☐ Yes, sometimes
   - ☐ Yes, very often

*5 I have felt scared or panicky for no very good reason
   - ☐ Yes, quite a lot
   - ☐ Yes, sometimes
   - ☐ No, not much
   - ☐ No, not at all

*6. Things have been getting on top of me
   - ☐ Yes, most of the time I haven't been able to cope at all
   - ☐ Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual
   - ☐ No, most of the time I have coped quite well
   - ☐ No, I have been coping as well as ever

*7 I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping
   - ☐ Yes, most of the time
   - ☐ Yes, sometimes
   - ☐ Not very often
   - ☐ No, not at all

*8 I have felt sad or miserable
   - ☐ Yes, most of the time
   - ☐ Yes, quite often
   - ☐ Not very often
   - ☐ No, not at all

*9 I have been so unhappy that I have been crying
   - ☐ Yes, most of the time
   - ☐ Yes, quite often
   - ☐ Only occasionally
   - ☐ No, never

*10 The thought of harming myself has occurred to me
   - ☐ Yes, quite often
   - ☐ Sometimes
   - ☐ Hardly ever
   - ☐ Never

Administered/Reviewed by _____ Date _____

[1]Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786 .

[2]Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Edinburgh Postnatal Depression Scale[1] (EPDS)

Postpartum depression is the most common complication of childbearing.[2] The 10-question Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is a valuable and efficient way of identifying patients at risk for "perinatal" depression. The EPDS is easy to administer and has proven to be an effective screening tool.

Mothers who score above 13 are likely to be suffering from a depressive illness of varying severity. The EPDS score should not override clinical judgment. A careful clinical assessment should be carried out to confirm the diagnosis. The scale indicates how the mother has felt ***during the previous week***. In doubtful cases it may be useful to repeat the tool after 2 weeks. The scale will not detect mothers with anxiety neuroses, phobias or personality disorders.

Women with postpartum depression need not feel alone. They may find useful information on the web sites of the National Women's Health Information Center <www.4women.gov> and from groups such as Postpartum Support International <www.chss.iup.edu/postpartum> and Depression after Delivery <www.depressionafterdelivery.com>.

SCORING

QUESTIONS 1, 2, & 4 (without an *)
Are scored 0, 1, 2 or 3 with top box scored as 0 and the bottom box scored as 3.

QUESTIONS 3, 5-10 (marked with an *)
Are reverse scored, with the top box scored as a 3 and the bottom box scored as 0.

Maximum score: 30
Possible Depression: 10 or greater
Always look at item 10 (suicidal thoughts)

Users may reproduce the scale without further permission, providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title, and the source of the paper in all reproduced copies.

Instructions for using the Edinburgh Postnatal Depression Scale:

1. The mother is asked to check the response that comes closest to how she has been feeling in the previous 7 days.
2. All the items must be completed.
3. Care should be taken to avoid the possibility of the mother discussing her answers with others. (Answers come from the mother or pregnant woman.)
4. The mother should complete the scale herself, unless she has limited English or has difficulty with reading.

6. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? *(Use "✔" to indicate your answer)*	**Not at all**	**Several days**	**More than half the days**	**Nearly every day**
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

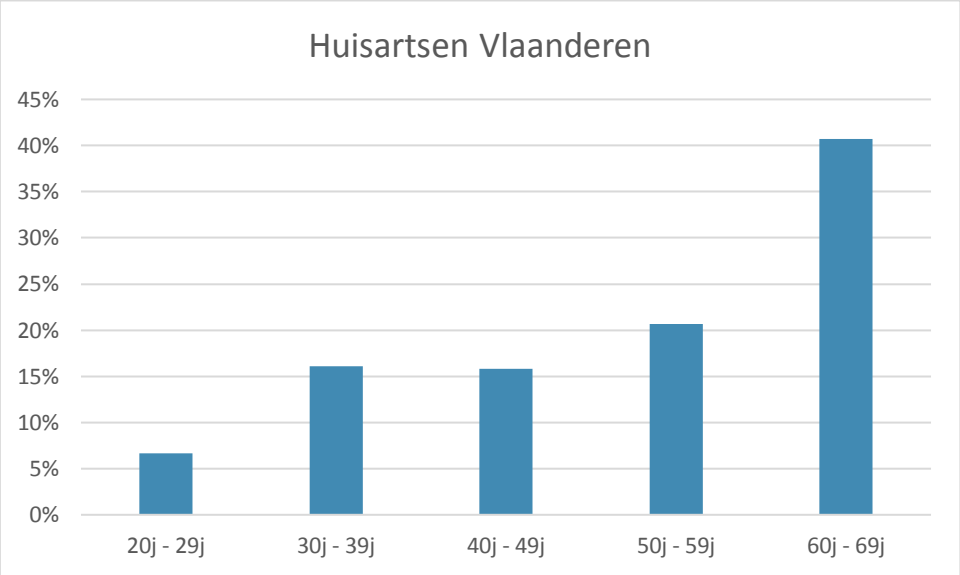
=Total Score: _____

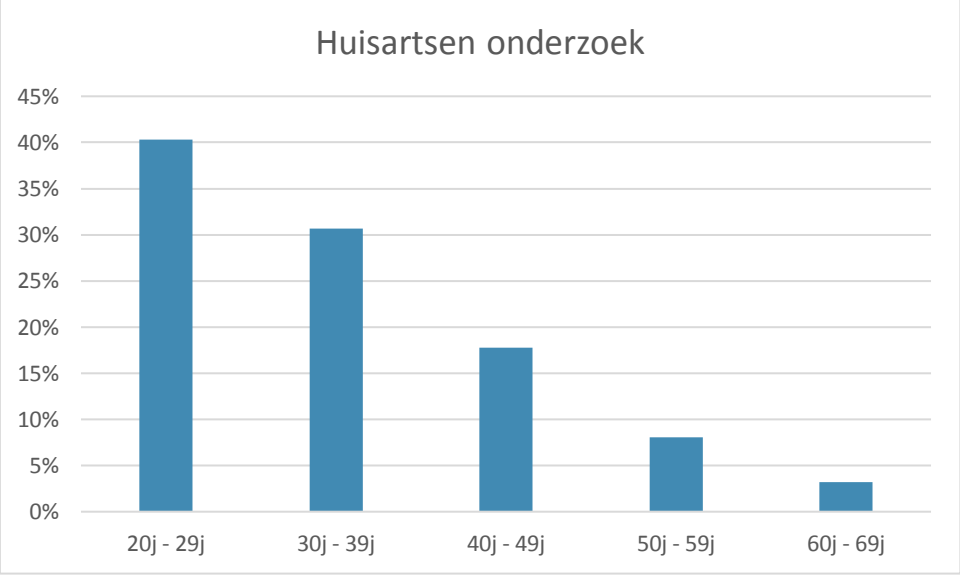
If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all	**Somewhat difficult**	**Very difficult**	**Extremely difficult**
☐	☐	☐	☐

7. Aantal huisartsen in Vlaanderen volgens jaarstatistieken 2018

Huisartsen in Vlaanderen									
	Totaal			Vrouw			Man		
	Totaal	Kol %	Rij %	Totaal	Kol %	Rij %	Totaal	Kol %	Rij %
Totaal	9.204	100.0%	100.0%	3.801	100.0%	41.3%	5.403	100.0%	58.7%
-25	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25-29	616	6.7%	100.0%	448	11.8%	72.7%	168	3.1%	27.3%
30-34	937	10.2%	100.0%	690	18.2%	73.6%	247	4.6%	26.4%
35-39	545	5.9%	100.0%	370	9.7%	67.9%	175	3.2%	32.1%
40-44	652	7.1%	100.0%	438	11.5%	67.2%	214	4.0%	32.8%
45-49	802	8.7%	100.0%	511	13.4%	63.7%	291	5.4%	36.3%
50-54	783	8.5%	100.0%	414	10.9%	52.9%	369	6.8%	47.1%
55-59 c	1.120	12.2%	100.0%	405	10.7%	36.2%	715	13.2%	63.8%
60-64	1.341	14.6%	100.0%	328	8.6%	24.5%	1.013	18.7%	75.5%
65+	2.408	26.2%	100.0%	197	5.2%	8.2%	2.211	40.9%	91.8%





Dankwoord

Graag wil ik enkele mensen bedanken voor de hulp bij het tot stand komen van deze masterproef.

In de eerste plaats wens ik mijn promotor Dr. Tessa Braeckman te bedanken. Ondanks haar drukke agenda en een zeer moeilijke periode, maakte zij steeds tijd voor mij vrij om mij de beste begeleiding te kunnen bieden. Haar hulp bij het verwerken van de resultaten, haar kritische feedback alsook haar aanmoedigingen en bezorgdheid in deze rare omstandigheden werden ten zeerste geapprecieerd.

Graag wil ik ook de artsen die de tijd namen om mijn enquête in te vullen bedanken. Zonder jullie waren er geen resultaten om te bespreken.

Daarnaast wil ik ook mijn familie en vrienden bedanken om mij ideeën en advies te geven, maar ook voor de steun tijdens mijn hele traject.

Tenslotte wil ik mijn moeder bedanken voor de onvoorwaardelijke steun die zij mij de afgelopen jaren heeft gegeven. Bedankt voor alles!



Honger, waanzin en misdaad – Antoine Wiertz (1865-1868)

Tijdens een museumbezoek afgelopen jaar kwam ik dit schilderij tegen. Ik vond dit beeld passen bij het onderwerp van deze thesis, een recent bevallen moeder bevangen door de waanzin. Een beeld van postnatale depressie en zelfs psychose, reeds in de 19de eeuw niet onbekend.