Identificatie van risicofactoren voor het positief beantwoorden van de WHOOLEY-bevraging tijdens het postpartum in het Vlaams en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Een retrospectieve cohortstudie.

Mertens Caroline, KU Leuven

Promotor: Birgitte Schoenmakers, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2021 – 2022]

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.

Identificatie van risicofactoren voor het positief beantwoorden van de WHOOLEY-bevraging tijdens het postpartum in het Vlaams en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Een retrospectieve cohortstudie.

Inleiding

Perinatale depressie is een ernstige en vaak voorkomende aandoening met een geschatte prevalentie van 10-20%, afhankelijk van de gebruikt criteria voor definiëring van de aandoening, de tijdsperiode die in overweging genomen wordt en de socio-economische status van het land[(1)]. Het is bovendien een aandoening met een enorme impact op het welbevinden van de vrouw zelf, maar ook op dat van het kind en dat van de partner. Prenatale depressie kan gepaard gaan met een minder goede obstetrische outcome[(2)].

Volgens de DSM-5 criteria wordt een perinatale depressie geclassificeerd als een majeure depressieve episode, met een specifieke onset peripartaal tot vier weken na de partus. Gezien een postpartum depressie (PPD) vaak echter tot een jaar na de partus kan duren is deze definitie in de praktijk minder toepasbaar. Daarom definieerden Milgrom en Gemmill perinatale depressie in 2014 als 'een episode van milde tot ernstige depressie met aanvang gedurende de zwangerschap of gedurende de eerste twaalf maanden van het postpartum'. Een postpartum depressie moet bovendien onderscheiden worden van de 'baby blues', welk een vaak voorkomende (prevalentie 40-80%) aandoening is, gekenmerkt door milde en tijdelijke verstoring van het gemoed, meestal optredend drie tot vijf dagen na de bevalling, en meestal spontaan overgaand binnen de twee weken. In sommige gevallen kan het echter wel evolueren naar een postpartum depressie[(1,3)].

We weten dat vrouwen in de perinatale periode omwille van hormonale veranderingen, genetische en sociale factoren gevoeliger zijn voor het ontwikkelen van depressieve gevoelens[(3)]. Een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van een postpartum depressie is een voorgeschiedenis van angststoornissen of depressie. Andere risicofactoren zijn onder andere een lage eigenwaarde, stresserende levensgebeurtenissen, een beperkt sociaal netwerk, lage socio-economische status, ongewenste zwangerschap, obstetrische stressoren, etc[(1)].

Voor screening naar postpartum depressie zijn verschillende hulpmiddelen beschikbaar. Een bekende screeningtool is de Edinburgh Postnatal Depression Scale, die bestaat uit tien vragen (zie bijlage 2). Deze kan eventueel voorafgegaan worden door de WHOOLEY-bevraging (zie bijlage 1). Dit is een eenvoudige tool bestaande uit twee vragen die peilen naar depressief gevoel of hopeloosheid en verlies van interesse en plezier in activiteiten[(3)]. Het betreft echter een screeningstool en is dus niet geschikt voor diagnostiek.

Gezien de hoge prevalentie van postpartum depressie en gegeven het feit dat er tijdens de zwangerschap vaak reeds een verhoogde kwetsbaarheid is, is het belangrijk dat men reeds vroegtijdig, voor de partus, begint te screenen. In België wordt deze taak opgenomen door Kind en Gezin. Zij screenen met behulp van de WHOOLEY-bevraging op vijf verschillende tijdstippen tijdens het postpartum. Bij een positieve screening wordt doorverwezen naar de huisarts voor diagnostiek[(4)]. In deze masterthesis wordt nagaan wat het risicoprofiel is van vrouwen die positief scoren op de screenende WHOOLEY vragen.

Methoden

Via een retrospectieve cohortstudie, waarbij gegevens worden gebruikt uit dossiers van Kind en Gezin, wordt nagegaan welk risicoprofiel moeders hebben die positief scoren op de WHOOLEY-bevraging op de verschillende screeningsmomenten.

Onderzoekspopulatie

Voor de studie werden vrouwen uit het Vlaams en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest geïncludeerd, die positief scoorden op de door Kind en Gezin afgenomen WHOOLEY-bevraging. Voor het opstellen van het risicoprofiel werden gegevens verzameld van moeders die bevallen zijn tussen oktober 2019 en september 2020.

Onderzoek

Aan de hand van geanonimiseerde gegevens uit dossiers van Kind en Gezin, uit het Vlaams en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, wordt een database opgesteld waarbij gekeken wordt naar de score van moeders op de WHOOLEY-bevraging en de aanwezigheid van een aantal risicofactoren voor PPD. Er wordt gekeken naar de leeftijd van de moeder, de pariteit, of de zwangerschap spontaan ontstond, het geven van borstvoeding, de wenselijkheid van de zwangerschap, enkele socio-demografische gegevens, prematuriteit, de aanwezigheid van een prenataal medisch risico, het stimulatieniveau van het kind en de gezondheid van het gezin. Het voorkomen van deze factoren wordt geanalyseerd op zes verschillende contactmomenten in het postpartum: op 1-4 weken, op 5-11 weken, op 12-16 weken, op 17-24 weken, op 25-38 weken en op 39-52 weken. Aan de hand hiervan wordt een risicoprofiel voor een positieve score op de WHOOLEY-bevraging opgesteld.

Analyse

Univariaat en bivariaat beschrijvende analyse van de mogelijke risicofactoren, met name leeftijd van de moeder, de pariteit, of de zwangerschap spontaan ontstond, het geven van borstvoeding, de wenselijkheid van de zwangerschap, socio-demografische gegevens, prematuriteit, de aanwezigheid van een prenataal medisch risico, het stimulatieniveau van het kind en de gezondheid van het gezin.

Multivariate analyse (General Linear Model, SAS 9.4) met als afhankelijke variabele de score op de WHOOLEY en onafhankelijke variabelen bovenstaande risicofactoren.

Ethische commissie

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door de ethische commissie. De goedkeuring is terug te vinden in bijlage 3.

Resultaten

In het totaal werden de gegevens verzameld van 64308 moeders. Het aantal moeders waarbij een WHOOLEY-bevraging werd afgenomen varieerde van 13% op het eerste en laatste contactmoment tot 60% op het derde contactmoment. Het aantal moeders dat positief scoorde op de WHOOLEY-bevraging varieerde van 2% op het vierde en laatste contactmoment tot 6% op het eerste contactmoment (zie tabel 1).

Tabel 1: positieve WHOOLEY-bevraging. Percentages in kolom 3 werden berekend op het totaal aantal verzamelde gegevens van 64308 moeders.

Contact-moment	Aantal moeders waarbij afname van WH-bevraging	Aantal moeders waarbij afname WH-bevraging (%)	Aantal moeders met een positieve WH-bevraging	Aantal moeders met een positieve WH-bevraging (%)
1	8536	13%	486	6%
2	33020	51%	891	3%
3	38590	60%	996	3%
4	11770	18%	268	2%
5	30532	47%	1116	4%
6	8454	13%	150	2%

Borstvoeding op dag 6

Het aantal moeders dat borstvoeding gaf op dag zes varieerde van 64 % tot 66% (zie bijlage 4 tabel 2 t.e.m. 7). Voor deze parameter kon enkel op het derde en vijfde contactmoment een statistisch significant verschil weerhouden worden. Op de bevraging tussen 12 en 16 weken postpartum was de kans op een positieve WHOOLEY-bevraging 1.2 keer groter bij vrouwen die op dag 6 borstvoeding combineerden met flesvoeding dan bij vrouwen die geen borstvoeding gaven (Odds Ratio (OR) 1.248; 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) [1.006 tot 1.549]). Op de bevraging tussen 25 en 38 weken postpartum was de kans op een positieve WHOOLEY-bevraging 0.8 keer kleiner bij vrouwen die uitsluitend borstvoeding gaven in vergelijking tot vrouwen die geen borstvoeding gaven (OR 0.794; 95% BI [0.685 tot 0.920]).

Pariteit

Tussen 44% en 48% van de moeders beviel voor de eerste keer van een kindje. Vijfendertig procent voor de tweede keer, 11-13% voor de derde keer, 4-5% voor de vierde keer en 2-3% had een pariteit van 5 of meer (zie bijlage 4, tabel 8 t.e.m. 13). De kans op een positieve WHOOLEY-bevraging was 0.8 keer kleiner bij een lagere pariteit (OR 0.867; 95% BI [0.772 tot 0.974]) op de bevraging tussen 25 en 38 weken en 0.7 keer kleiner bij een lagere pariteit (OR 0.728; 95%; BI [0.535 tot 0.990]) op de bevraging tussen 39 en 52 weken. Op de andere contactmomenten kon er geen statistisch significant verschil weerhouden worden.

Het aantal moeders dat beviel van een eerste kindje schommelde tussen 44% en 48% (zie bijlage 4, tabel 14 t.e.m. 19). Op de bevraging tussen 25 weken en 38 weken was kans op een positieve WHOOLEY-bevraging 0.8 keer kleiner bij moeders die van een eerste kindje bevielen (OR 0.789; 95% BI [0.642 tot 0.968]).

Prematuriteit

Het aantal prematuur geboren baby's schommelde tussen 4% en 7% (zie bijlage 4, tabel 20 t.e.m. 25). Op het eerste contactmoment (1-4 weken postpartum) was de kans op een positieve WHOOLEY-bevraging bij de moeders van prematuren 1.6 keer groter dan bij de andere moeders (OR 1.581; 95% BI [1.020 tot 2.450]). Bij de tweede bevraging (5-11 weken postpartum) was deze kans 1.3 keer groter (OR 1.305; 95% BI [1.020 tot 1.670]). Op de andere contactmomenten kon er geen statistisch significant verschil weerhouden worden.

Moeilijke zwangerschap

Één tot twee procent van de vrouwen werd moeilijk zwanger (zie bijlage 4, tabel 26 t.e.m. 31). Uit de bevraging op 5 tot 11 weken (OR 1.643; 95% BI [1.061 tot 2.543]) en op 12 tot 16 weken (OR 1.634;

95% BI [1.088 tot 2.455]) postpartum blijkt dat deze vrouwen 1.6 keer vaker positief screenen op de WHOOLEY-bevraging. Op de andere contactmomenten kon er geen statistisch significant verschil weerhouden worden.

Ongeplande zwangerschap

Het aantal moeders dat ongepland zwanger werd, varieerde van 3% tot 5% (zie bijlage 4, tabel 32 t.e.m. 37). Bij een ongeplande zwangerschap was de kans op een positieve WHOOLEY-bevraging 1. 6 keer groter bij de bevraging op 12 tot 16 weken postpartum (OR 1.590; 95% BI [1.187 tot 2.131]). Bij de bevraging op 1 tot 4 weken was deze 1.9 keer groter (OR 1.888; 95% BI [1.292 tot 2.759]) en bij de bevraging op 17 tot 24 weken 2 keer groter (OR 1.999; 95% BI [1.215 tot 3.287]). Op de andere contactmomenten kon er geen statistisch significant verschil weerhouden worden.

Prenataal medisch risico

Bij 1% van de zwangerschappen was er een prenataal medisch risico aanwezig (zie bijlage 4, tabel 38 t.e.m. 43). Vrouwen met een risicozwangerschap hadden op de bevraging van 5 tot 11 weken 2.3 keer meer kans (OR 2.340; 95% BI [1.559 tot 3.511]) en op 12 tot 16 weken 1.7 keer meer kans op een positieve WHOOLEY-bevraging (OR 1.682; 95% BI [1.064 tot 2.661]) in vergelijking met zwangerschappen zonder prenataal medisch risico. Op de andere contactmomenten kon er voor deze parameter geen statistisch significant verschil weerhouden worden.

Leeftijd van de moeder

Het overgrote deel (71-73%) van de moeders was tussen 25 en 35 jaar bij de geboorte van het kind. Drie tot vier procent was jonger dan 18 jaar oud, 9-10% was tussen 18 en 25 jaar oud en 14-15% was tussen 35 en 40 jaar oud (zie bijlage 4, tabel 44 t.e.m. 49). Er kon enkel een statistisch significant verschil weerhouden worden voor de vrouwen tussen 18 en 25 jaar oud. Op de bevraging van 5 tot 11 weken postpartum hadden zij 0.6 keer minder kans op een positieve WHOOLEY-bevraging dan vrouwen die ouder dan 40 jaar waren bij de geboorte van hun kind (OR 0.637; 95% BI [0.408 tot 0.994]).

Opleiding moeder

Tabellen 50 t.e.m. 55 (bijlage 4) tonen dat 53-58% van de vrouwen hoog opgeleid was, 29-30% midden opgeleid en 11-14% laag opgeleid. In vergelijking tot midden opgeleide vrouwen lijken hoog opgeleide vrouwen minder kans te hebben op een positieve WHOOLEY-bevraging. Bij het tweede, vierde, vijfde en zesde contactmoment hadden zij 0.6. keer minder kans (respectievelijk OR 0.689; 95% BI [0.578 tot 0.799], OR 0.647; 95% BI [0.481 tot 0.870], OR 0.626; 95% BI [0.541 tot 0.724], OR 0.577; 95% BI [0.381 tot 0.875]) en op het derde contactmoment 0.7 keer minder kans (OR 0.743; 95% BI [0.638 tot 0.867]) op een positieve WHOOLEY-bevraging. Ook laag opgeleide vrouwen lijken minder kans te hebben op een positieve WHOOLEY-bevraging in vergelijking tot midden opgeleide vrouwen. Bij het zesde contactmoment hadden ze 0.5 keer minder kans (OR 0.524; 95% BI [0.282 tot 0.970]) op een positieve WHOOLEY. Bij het eerste en derde contactmoment was de kans 0.6 keer minder groot (respectievelijk OR 0.624; 95% BI [0.400 tot 0.973], OR 0.606; 95% BI [0.464 tot 0.792]) en bij het vijfde contactmoment 0.7 keer minder groot (OR 0.773; 95% BI [0.600 tot 0.995]) dan bij de midden opgeleide vrouwen.

Het aantal moeders dat onvoldoende opgeleid was schommelde tussen 15% en 20% (zie bijlage 4, tabel 68 t.e.m. 74). Bij de bevraging op 5 tot 11 weken hadden moeders die voldoende opgeleid waren 0.6 keer minder kans om positief te antwoorden op de WHOOLEY-bevraging dan moeders die onvoldoende opgeleid waren (OR 0.644; 95%BI [0.475 tot 0.874]). Voor de andere contactmomenten was er geen statistisch significant verschil te weerhouden.

Gezondheid van het gezin[1]

Bij 6% tot 8% van bevallen vrouwen was de gezondheid van het gezin onvoldoende (zie bijlage 4, tabel 81 t.e.m. 86). De kans op een positieve WHOOLEY-bevraging was bij deze vrouwen op het vijfde contactmoment 2.6 keer groter (OR 2.591; 95% BI [2.103 tot 3.192]). Op het eerste, tweede, derde en zesde contactmoment was de kans 3 keer groter dan bij vrouwen waarbij de gezondheid wel voldoende was (respectievelijk OR 3.069; 95% BI [2.180 tot 4.322], OR 3.252; 95% BI [2.615 tot 4.046], OR 3.050; 95% BI [2.466 tot 3.771], OR 3.077; 95% BI [1.864 tot 5.082]).

Huisvestiging

Het aantal moeders waarbij de huisvestiging onvoldoende was schommelde tussen 9% en 12% (zie bijlage 4, tabel 87 t.e.m. 92). Onvoldoende huisvestiging lijkt samen te gaan met een verhoogd risico op een positieve WHOOLEY-bevraging. Bij het zesde contactmoment was de kans op een positieve WHOOLEY 0.5 keer kleiner (OR 0.503; 95% BI [0.277 tot 0.915]) bij moeders waarbij de huisvestiging voldoende was in vergelijking tot moeders waarbij de huisvestiging onvoldoende was. Op het derde en het vijfde contactmoment was die kans 0.6 keer kleiner (respectievelijk OR 0.634; 95% BI [0.472 tot 0.852], OR 0.673; 95% BI [0.514 tot 0.882]) en op het derde contactmoment 0.7 keer kleiner (OR 0.711; 95% BI [0.538 tot 0.942]).

Voor de parameters kansarmoede, arbeidssituatie, stimulatieniveau van het kind en inkomen kon bij geen van de contactmomenten een statistisch significant verschil weerhouden worden.

Discussie

Uit de verzamelde data blijkt dat slechts twee tot zes procent van de vrouwen positief scoort op de screenende WHOOLEY-bevraging. Dit percentage ligt opmerkelijk lager dan het percentage van de in de literatuur beschreven prevalentie van PPD, dat schommelt tussen 10% en 20%[(1)]. Deze bevinding is eveneens in tegenspraak met eerder gevoerde studies die een hoge sensitiviteit van de WHOOLEY-bevraging rapporteren[(5)]. Mogelijk kan deze afwijking verklaard worden door de setting waarin de bevraging afgenomen werd, met name buiten de vertrouwensrelatie die kenmerkend is tussen een patiënt en zijn huisarts. Eerder gevoerd onderzoek toonde reeds het belang aan van de manier waarop de bevraging gebeurt[(6)]. Een andere mogelijk bijdragende factor is het feit dat we over verschillende meetpunten gedurende het eerste postpartum jaar gemeten hebben.

Op het derde en vijfde contactmoment zien we dat het geven van borstvoeding (volledig of gedeeltelijk) gepaard gaat met een kleinere kans op een positieve WHOOLEY-bevraging. De associatie tussen het geven van borstvoeding en de kans op PPD wordt ook in de literatuur beschreven en laat zich gelden in beide richtingen. Vroegtijdig stoppen met borstvoeding is geassocieerd met een hoger risico op PPD. Een mogelijke reden is dat negatieve ervaringen bij de borstvoeding vooraf kunnen gaan aan het ontstaan van depressieve gevoelens. Omgekeerd voorspelt de aanwezigheid van depressieve gevoelens ook het vroegtijdig stoppen van borstvoeding[(7)]. Anderzijds verlaagt het geven van borstvoeding ook de kans op depressieve klachten tijdens het postpartum, voornamelijk bij moeders die tijdens de zwangerschap niet depressief waren en de intentie hadden om borstvoeding te geven[(8)].

[1] Met onvoldoende gezondheid wordt bedoeld dat de gezondheid van het kind, zichzelf of de partner onvoldoende is of dat er onvoldoende toegang tot reguliere gezondheidszorg is.

Bij afname van de WHOOLEY-bevraging na 25 weken lijkt een lagere pariteit een beschermende factor te zijn voor een positieve score. Deze vaststelling maken we met het nodige voorbehoud aangezien de bevinding slechts voorkwam na een periode van zes maanden. In voorgaande studies kon geen verschil weerhouden worden wat betreft het voorkomen van PPD bij primi- of multipara. Wel werd er een significant verschil vastgesteld op een score die peilt naar psychologisch welzijn, waarbij primipara hoger scoorden in het postpartum in vergelijking met multipara[9].

We zien dat moeders van prematuur geboren baby's vaker een positieve score hebben op WHOOLEY-bevragingen afgenomen tussen 1 en 11 weken na de bevalling. Dit is in overeenstemming met de literatuur die aantoont dat moeders van premature baby's minstens tot 12 weken postpartum een hoger risico hebben op depressieve klachten. Deze scores zouden bovendien hoger liggen bij moeders van extreem prematuur geboren baby's[10], wat we niet kunnen bevestigen omdat deze categorie in onze studie niet afzonderlijk onderzocht werd.

Vrouwen die moeilijk zwanger geraakten hebben bij bevraging tussen 5 en 16 weken meer kans op een positieve WHOOLEY-bevraging. We konden hierover geen voorgaande studies terugvinden waardoor we deze bevinding niet kunnen aftoetsen.

Op drie van de zes contactmomenten ging een ongeplande zwangerschap gepaard met een hoger risico op een positieve WHOOLEY-bevraging. Een hoger risico op PPD bij een ongeplande zwangerschap wordt ook bevestigd in voorgaand onderzoek[11].

Vrouwen met een risicozwangerschap hadden tussen 5 en 16 weken een hoger risico op een positieve WHOOLEY-bevraging. Hierover is geen eenduidigheid in voorgaande studies. Sommige studies toonden een associatie aan tussen risicozwangerschap en het optreden van PPD, terwijl andere dit niet konden aantonen[12].

Wat betreft het effect van de opleiding van de moeder, noteren we enkele gedeeltelijk afwijkende bevindingen. Wanneer we een vergelijking maken tussen laag, midden en hoog opgeleide vrouwen, zien we dat het de midden opgeleide vrouwen zijn die een hogere kans hebben op een positieve WHOOLEY-bevraging, in vergelijking met de laag en hoog opgeleide vrouwen. Anderzijds zien we dat bij de vergelijking tussen onvoldoende en voldoende opleiding, de vrouwen die onvoldoende opgeleid waren meer kans hadden op een positieve WHOOLEY-bevraging tijdens het tweede contactmoment. In een recente grootschalige Japanse studie werd een lage opleiding eveneens weerhouden als risicofactor voor het ontwikkelen van PPD[13]. En ook in een kleinschaligere studie in California zag men een grotere kans op PPD bij vrouwen die laag opgeleid waren[14].

Met betrekking tot leeftijd kon uit onze data enkel een statistisch significant verschil weerhouden worden bij de bevraging tussen 5 en 11 weken, waarbij moeders ouder dan 40 jaar een groter risico hadden op een positieve WHOOLEY-bevraging dan moeders tussen 18 en 25 jaar oud. Dit wijkt af van wat in de literatuur beschreven wordt. Er zijn reeds verschillende studies over dit topic verschenen met uiteenlopende resultaten. Een aantal studies tonen een verhoogd risico aan op de ontwikkeling van PPD bij tienermoeders[15-16]. Nog andere beschrijven een U-vormige curve tussen maternale leeftijd en het voorkomen van PPD, met een hoger risico op PPD onder de leeftijd van 24 jaar en boven de leeftijd van 35 jaar. Meerdere studies konden ook geen verband aantonen tussen de leeftijd van de moeder en het ontstaan van PPD[17].

Een slechte gezondheid van het gezin kwam duidelijk naar voor als risicofactor voor het positief beantwoorden van de WHOOLEY-bevraging. Bij deze vrouwen is, met uitzondering van de bevraging tussen 17 en 24 weken, op elk contactmoment het risico op een positieve WHOOLEY namelijk drie keer hoger. Ondanks dit duidelijk statistisch verschil zijn hierover tot nu toe weinig studies gevoerd. Een

recente Nederlandse studie kon wel 'slechte gezondheid van de moeder' weerhouden als risicofactor voor het ontwikkelen van PPD[12]. Gezien de mogelijk belangrijke impact van screening bij deze moeders dringt verder onderzoek zich op.

Ook over het eventuele verband tussen PPD en moeilijk zwanger geraken zijn er maar weinig gegevens beschikbaar in voorgaande literatuur. In onze studie scoorden vrouwen die moeilijk zwanger geraakten vaker positief op de WHOOLEY-bevraging die afgenomen werd tussen 5 en 16 weken postpartum.

Bij afname van de WHOOLEY-bevraging na vier weken komt onvoldoende huisvestiging bij elk contactmoment naar voor als een risicofactor voor een positieve screening. Omwille van beperkt voorgaand onderzoek kunnen we deze bevinding niet aftoetsen.

Voor de parameters kansarmoede, arbeidssituatie, stimulatieniveau van het kind en inkomen kon bij geen van de contactmomenten een statistisch significant verschil weerhouden worden. In de literatuur zijn hierover niet veel gegevens terug te vinden.

Sterktes en zwaktes

De grootste sterkte van onze studie ligt vervat in de uitgebreidheid van de onderzoekspopulatie, zowel qua aantal als qua diversiteit. Alle lagen van de Vlaamse en Brusselse bevolking zijn immers vertegenwoordigd en zelfs vele moeders van andere nationaliteiten konden bevraagd worden.

Ook de tijdspanne die onze bevraging afbakent is eerder een sterk punt omdat we erin geslaagd zijn om onze analyse te baseren op meerdere contactmomenten in de loop van het eerste postpartum jaar. Hierdoor hebben we een zicht over het verloop van de verschillende risicofactoren in de tijd. Wel moeten we opmerken dat de WHOOLEY-bevraging niet bij alle contactmomenten systematisch bevraagd werd, waardoor er een belangrijke variatie was van de beschikbare gegevens tussen de verschillende contactmomenten.

Een bijkomende limitatie is dat vrouwen die reeds werden opgevolgd wegens depressieve klachten in de periode voordat WHOOLEY-bevraging werd afgenomen, niet geëxcludeerd werden uit onze studie.

Tenslotte moeten we er ons bewust van zijn dat we gebruik hebben gemaakt van de screenende WHOOLEY-bevraging, welke een niet-diagnostische onderzoeksmethode is voor postpartum depressie. Vrouwen die positief scoren dienen voor verdere diagnostiek doorverwezen te worden, hierover hadden we echter geen gegevens ter beschikking.

Implicaties en besluit

De risicofactor die het duidelijkst naar voor komt uit onze studie is een slechte gezondheid van het gezin. Omwille van het gebrek aan voorgaand onderzoek over dit topic kon deze bevinding echter niet afgetoetst worden. Verder onderzoek hiernaar zou zeker nuttig zijn, gezien vroegtijdige screening bij deze vrouwen kan leiden tot een vroegere diagnose en een snellere behandeling van postpartum depressie.

Verder moeten we een belangrijke bedenking maken bij het relatief laag aantal vrouwen dat positief scoort op de screenende WHOOLEY-bevraging afgenomen door Kind en Gezin. Over het algemeen werd in voorgaande studies immers een duidelijk hogere prevalentie van PPD vastgesteld. Bovendien rapporteren voorgaande studies ook een hoge sensitiviteit van de WHOOLEY bevraging. Daarom bevelen we verder onderzoek aan om te kunnen uitwijzen wat de oorzaak is van deze afwijking. We

vermoeden dat de verklaring gezocht moet worden in de setting waarin de bevraging gebeurde (te weinig context, te snel, te weinig vertrouwen).

Andere risicofactoren, die eerder al werden beschreven in de literatuur, en die in onze studie bevestigd worden, zijn het niet geven van borstvoeding, bevalling van een prematuur geboren baby, een ongeplande zwangerschap. Ook onvoldoende huisvestiging lijkt in onze studie een verhoogd risico te geven op een positieve WHOOLEY-bevraging maar hierover is nog maar weinig voorgaand onderzoek gebeurd.

Bijlage

1. WHOOLEY questionnaire [2]

1. During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?	☐ Yes	☐ No
2. During the past month, have you often been bothered by little interest or pleasure in doing things?	☐ Yes	☐ No

"Yes" to one (or both) questions	**= positive test (requires further evaluation)**
"No" to both questions	**= negative test (not depressed)**

2. Edinburgh Postnatal Depression Scale[3]

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.

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

[2] Whooley, M. A., Avins A. L., et al; Case-finding Instruments for Depression (afbeelding); geraadpleegd op 7 augustus 2020 via https://whooleyquestions.ucsf.edu/

[3] Cox, J.L., Holden, J.M. et al. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry, 150, 782-786.(afbeelding) Geraadpleegd op 7 augustus 2020 via http://www.fresno.ucsf.edu/pediatrics/downloads/edinburghscale.pdf

3. Goedkeuring Ethische Commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP016883
Uw kenmerk: Masterproef studie: Risicofactoren voor het ontwikkelen van een postpartum depressie
Leuven, 07-09-2021

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Birgitte Schoenmakers
Geachte Caroline Mertens

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 07-09-2021

Dit dossier werd al eerder goedgekeurd door OBC. De aanvraag werd enkel terug op 'upload documenten' gezet om de overeenkomst met Kind & Gezin toe te voegen.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 03-09-2021 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry

Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP016883
Your reference: Master's thesis study: Risicofactoren voor het ontwikkelen van een postpartum depressie

4. Tabellen

Borstvoeding op dag 6

Tabel 2: borstvoeding op dag 6; 1ste contactmoment (CM)

0-4w	**Uitsluitend BV D6**	**Niet uitsluitend BV D6**	**Geen BV D6**	**Totaal**
WH+	61% (n=298)	13% (n=63)	26% (n=124)	6% (n=485)
WH-	66% (n=5311)	12% (n=946)	22% (n=1751)	94% (n=8008)
Totaal	66% (n= 5609)	12% (n=1009)	22% (n=1875)	100% (n=8493)

Tabel 3:borstvoeding op dag 6; 2de CM

5-11w	**Uitsluitend BV D6**	**Niet uitsluitend BV D6**	**Geen BV D6**	**Totaal**
WH+	59% (n=521)	17% (n=148)	24% (n=213)	3% (n=882)
WH-	65% (n=20781)	13% (n=4028)	22% (n=7184)	97% (n=31993)
Totaal	65% (n=21302)	13% (n=4176)	22% (n=7397)	100% (n=32875)

Tabel 4: borstvoeding op dag 6; 3de CM

12-16w	**Uitsluitend BV D6**	**Niet uitsluitend BV D6**	**Geen BV D6**	**Totaal**
WH+	60% (n=597)	15% (n=151)	25% (n=243)	3% (n=991)
WH-	66% (n=24514)	12% (n=4594)	22% (n=8338)	97% (n=37446)
Totaal	66% (n=25111)	12% (n=4745)	22% (n=8581)	100% (n=38437)

Tabel 5: borstvoeding op dag 6; 4de CM

17-24w	**Uitsluitend BV D6**	**Niet uitsluitend BV D6**	**Geen BV D6**	**Totaal**
WH+	63% (n=167)	17% (n=45)	21% (n=55)	2% (n=267)
WH-	64% (n=7305)	13% (n=1536)	23% (n=2589)	98% (n=11430)
Totaal	64% (n=7472)	13% (n=1581)	23% (n=2644)	100% (n=11697)

Tabel 6: borstvoeding op dag 6; 5de CM

25-38w	**Uitsluitend BV D6**	**Niet uitsluitend BV D6**	**Geen BV D6**	**Totaal**
WH+	59% (n=655)	15% (n=163)	26% (n=294)	4% (n=1112)
WH-	66% (n=19217)	13% (n=3796)	21% (n=6252)	96% (n=29265)
Totaal	65% (n=19872)	13% (n=3959)	22% (n=6546)	100% (n=30377)

Tabel 7: borstvoeding op dag 6; 6de CM

39-52w	**Uitsluitend BV D6**	**Niet uitsluitend BV D6**	**Geen BV D6**	**Totaal**
WH+	55% (n=82)	19% (n=28)	26% (n=40)	(n=150)
WH-	64% (n=5264)	13% (n=1041)	23% (n=1943)	(n=8248)
Totaal	64% (n=5346)	13% (n=1069)	23% (n=1983)	(n=8398)

Pariteit

Tabel 8: pariteit; 1ste CM

0-4w	**Pariteit 1**	**Pariteit 2**	**Pariteit 3**	**Pariteit 4**	**Pariteit 5 of meer**	**Totaal**
WH+	52% (n=250)	30% (n=145)	12% (n=59)	4% (n=18)	2% (n=11)	6% (n=483)
WH-	48% (n=3797)	35% (n=2788)	11% (n=896)	4% (n=293)	2% (n=186)	94% (n=7960)
Totaal	48% (n=4047)	35% (n=2933)	11% (n=955)	4% (n=311)	2% (n=197)	100%(n=8443)

Tabel 9: pariteit; 2de CM

5-11w	**Pariteit 1**	**Pariteit 2**	**Pariteit 3**	**Pariteit 4**	**Pariteit 5 of meer**	**Totaal**
WH+	43% (n=380)	36% (n=312)	13% (n=112)	5% (n=43)	3% (n=28)	3% (n=875)
WH-	46% (n=14718)	35% (n=11021)	12% (n=3864)	4% (n=1307)	3% (n=830)	97% (n=31740)
Totaal	46% (n=15098)	35% (n=11333)	12% (n=3976)	4% (n=1350)	3% (n=858)	100% (n=32615)

Tabel 10: pariteit; 3de CM

12-16w	**Pariteit 1**	**Pariteit 2**	**Pariteit 3**	**Pariteit 4**	**Pariteit 5 of meer**	**Totaal**
WH+	45% (n=442)	36% (n=354)	13% (n=122)	5% (n=52)	1% (n=13)	3% (n=983)
WH-	47% (n=17327)	35% (n=13004)	12% (n=4400)	4% (n=1512)	2% (n=898)	97% (n=37141)
Totaal	47% (n=17769)	35% (n=13358)	12% (n=4522)	4% (n=1564)	2% (n=911)	100% (n=38124)

Tabel 11: pariteit; 4de CM

17-24w	**Pariteit 1**	**Pariteit 2**	**Pariteit 3**	**Pariteit 4**	**Pariteit 5 of meer**	**Totaal**
WH+	48% (n=126)	31% (n=81)	12% (n=30)	5% (n=13)	4% (n=10)	2% (n=260)
WH-	44% (n=4987)	35% (n=4014)	13% (n=1422)	5% (n=514)	3% (n=376)	98% (n=11313)
Totaal	44% (n= 5113)	35% (n= 4095)	13% (n=1452)	5% (n= 527)	3% (n=386)	100% (n=11573)

Tabel 12: pariteit; 5de CM

25-38w	**Pariteit 1**	**Pariteit 2**	**Pariteit 3**	**Pariteit 4**	**Pariteit 5 of meer**	**Totaal**
WH+	45% (n=491)	36% (n=394)	13% (n=145)	4% (n=46)	2% (n=19)	4% (n=1095)
WH-	47% (n=13545)	35% (n=10117)	12% (n=3426)	4% (n=1161)	2% (n=721)	96% (n=28970)
Totaal	47% (n=14036)	35% (n=10511)	12% (n=3571)	4% (n=1207)	2% (n=740)	100% (n=30065)

Tabel 13: pariteit; 6de CM

39-52w	**Pariteit 1**	**Pariteit 2**	**Pariteit 3**	**Pariteit 4**	**Pariteit 5 of meer**	**Totaal**
WH+	47% (n=67)	36% (n=51)	11% (n=16)	4% (n=6)	2% (n=3)	2% (n=143)
WH-	44% (n=3629)	37% (n=3019)	12% (n=1003)	4% (n=309)	3% (n=228)	98% (n=8188)
Totaal	44% (n= 3696)	37% (n=3070)	12% (n=1019)	4% (n=315)	3% (n=231)	100% (n=8331)

Eerste of volgend kind

Tabel 14: eerste of volgend kind; 1ste CM

0-4w	**Eerste kind**	**Volgend kind**	**Totaal**
WH+	52% (n=250)	48% (n= 233)	6% (n=483)
WH-	48% (n=3797)	52% (n=4163)	94% (n=7960)
Totaal	48% (n=4047)	52% (n=4396)	100% (n=8443)

Tabel 15: eerste of volgend kind; 2de CM

5-11w	**Eerste kind**	**Volgend kind**	**Totaal**
WH+	43% (n=380)	57% (n=495)	3% (n=875)
WH-	46% (n=14718)	54% (n=17022)	97% (n=31740)
Totaal	46% (n=15098)	54% (n= 17517)	100% (n=32615)

Tabel 16: eerste of volgend kind; 3de CM

12-16w	**Eerste kind**	**Volgend kind**	**Totaal**
WH+	45% (n=442)	55% (n=541)	3% (n=983)
WH-	47% (n=17327)	53% (n=19814)	97% (n=37141)
Totaal	47% (n=17769)	53% (n=20355)	100% (n=38124)

Tabel 17: eerste of volgend kind; 4de CM

17-24w	**Eerste kind**	**Volgend kind**	**Totaal**
WH+	48% (n=126)	52% (n=134)	2% (n=260)
WH-	44% (n=4987)	56% (n=6326)	98% (n=11313)
Totaal	44% (n= 5113)	56% (n=6460)	100% (n=11573)

Tabel 18: eerste of volgend kind; 5de CM

25-38w	**Eerste kind**	**Volgend kind**	**Totaal**
WH+	45% (n=491)	55% (n=604)	4% (n=1095)
WH-	47% (n=13545)	53% (n=15425)	96% (n=28970)
Totaal	47% (n=14036)	53% (n=16029)	100% (n=30065)

Tabel 19: eerste of volgend kind; 6de CM

39-52w	**Eerste kind**	**Volgend kind**	**Totaal**
WH+	47% (n=67)	53% (n=76)	2% (n=143)
WH-	44% (n=3629)	56% (n=4559)	98% (n=8188)
Totaal	44% (n=3696)	56% (n=4635)	100% (n=8331)

Prematuriteit

Tabel 20: prematuriteit; 1ste CM

0-4w	**Prematuur**	**Niet prematuur**	**Totaal**
WH+	5% (n=26)	95% (n=459)	6% (n=485)
WH-	3% (n=276)	97% (n=7743)	94% (n=8019)
Totaal	4% (n=302)	96% (n=8202)	100% (n=8504)

Tabel 21: prematuriteit; 2de CM

5-11w	**Prematuur**	**Niet prematuur**	**Totaal**
WH+	10% (n=85)	90% (n=801)	3% (n=886)
WH-	6% (n=1986)	94% (n=30001)	97% (n=31987)
Totaal	6% (n=2071)	94% (n=30802)	100% (n=32873)

Tabel 22: prematuriteit; 3de CM

12-16w	**Prematuur**	**Niet prematuur**	**Totaal**
WH+	6% (n=60)	94% (n=935)	3% (n=995)
WH-	6% (n=2257)	94% (n=35202)	97% (n=37459)
Totaal	6% (n= 2317)	94% (n= 36137)	100% (n=38454)

Tabel 23: prematuriteit; 4de CM

17-24w	**Prematuur**	**Niet prematuur**	**Totaal**
WH+	9% (n=25)	91% (n= 242)	2% (n=267)
WH-	7% (n=840)	93% (n=10574)	98% (n=11414)
Totaal	7% (n=865)	93% (n=10816)	100% (n=11681)

Tabel 24: prematuriteit; 5de CM

25-38w	**Prematuur**	**Niet prematuur**	**Totaal**
WH+	8% (n=91)	92% (n=1020)	4% (n=1111)
WH-	6% (n=1877)	94% (n=27371)	96% (n=29248)
Totaal	6% (n=1968)	94% (n=28391)	100% (n=30359)

Tabel 25: prematuriteit; 6de CM

39-52w	**Prematuur**	**Niet prematuur**	**Totaal**
WH+	13% (n=19)	87% (n=131)	2% (n=150)
WH-	7% (n=554)	93% (n=7692)	98% (n=8246)
Totaal	7% (n=573)	93% (n=7823)	100% (n=8396)

Moeilijke zwangerschap

Tabel 26: moeilijke zwangerschap; 1ste CM

0-4w	**Moeilijk zwanger**	**Niet moeilijk zwanger**	**Totaal**
WH+	2% (n=10)	98% (n= 476)	6% (n=486)
WH-	2% (n=141)	98% (n=7909)	94% (n=8050)
Totaal	2% (n=151)	98% (n=8385)	100% (n=8536)

Tabel 27: moeilijke zwangerschap; 2de CM

5-11w	**Moeilijk zwanger**	**Niet moeilijk zwanger**	**Totaal**
WH+	3% (n=23)	97% (n=868)	3% (n=891)
WH-	1% (n=453)	99% (n=31676)	97% (n=32129)
Totaal	1% (n=476)	99% (n=32544)	100% (n=33020)

Tabel 28: moeilijke zwangerschap; 3de CM

12-16w	**Moeilijk zwanger**	**Niet moeilijk zwanger**	**Totaal**
WH+	3% (n=26)	97% (n=970)	3% (n=996)
WH-	2% (n=575)	98% (n=37019)	97% (n=37594)
Totaal	2% (n=601)	98% (n=37989)	100% (n=38590)

Tabel 29: moeilijke zwangerschap; 4de CM

17-24w	**Moeilijk zwanger**	**Niet moeilijk zwanger**	**Totaal**
WH+	2% (n=6)	98% (n=262)	2% (n=268)
WH-	1% (n=153)	99% (n=11349)	98% (n=11502)
Totaal	1% (n=159)	99% (n=11611)	100% (n=11770)

Tabel 30: moeilijke zwangerschap; 5de CM

25-38w	**Moeilijk zwanger**	**Niet moeilijk zwanger**	**Totaal**
WH+	1% (n=16)	99% (n=1100)	4% (n=1116)
WH-	1% (n=409)	99% (n=29007)	96% (n=29416)
Totaal	1% (n=425)	99% (n=30107)	100% (n=30532)

Tabel 31: moeilijke zwangerschap; 6de CM

39-52w	**Moeilijk zwanger**	**Niet moeilijk zwanger**	**Totaal**
WH+	4% (n=6)	96% (n=144)	2% (n=150)
WH-	2% (n=125)	98% (n=8179)	98% (n=8304)
Totaal	2% (n=131)	98% (n=8323)	100% (n=8454)

Planning van de zwangerschap

Tabel 32: planning van de zwangerschap; 1ste CM

0-4w	**Ongeplande zwangerschap**	**Geplande zwangerschap**	**Totaal**
WH+	8% (n=38)	92% (n=448)	6% (n=486)
WH-	4% (n=357)	96% (n=7693)	94% (n=8050)
Totaal	5% (n=395)	95% (n=8141)	100% (n=8536)

Tabel 33: planning van de zwangerschap; 2de CM

5-11w	**Ongeplande zwangerschap**	**Geplande zwangerschap**	**Totaal**
WH+	5% (n=49)	95% (n=842)	3% (n=891)
WH-	4% (n=1143)	96% (n=30986)	97% (n=32129)
Totaal	4% (n=1192)	96% (n=31828)	100% (n=33020)

Tabel 34: planning van de zwangerschap; 3de CM

12-16w	**Ongeplande zwangerschap**	**Geplande zwangerschap**	**Totaal**
WH+	6% (n=59)	94% (n=937)	3% (n=996)
WH-	3% (n=1236)	97% (n=36358)	97% (n=37594)
Totaal	3% (n=1295)	97% (n=37295)	100% (n=38590)

Tabel 35: planning van de zwangerschap; 4de CM

17-24w	**Ongeplande zwangerschap**	**Geplande zwangerschap**	**Totaal**
WH+	8% (n=21)	92% (n=247)	2% (n=268)
WH-	4% (n=433)	96% (n=11069)	98% (n=11502)
Totaal	4% (n=454)	96% (n=11316)	100% (n=11770)

Tabel 36: planning van de zwangerschap; 5de CM

25-38w	**Ongeplande zwangerschap**	**Geplande zwangerschap**	**Totaal**
WH+	5% (n=53)	95% (n=1063)	4% (n=1116)
WH-	3% (n=957)	97% (n=28459)	96% (n=29416)
Totaal	3% (n= 1010)	97% (n=29522)	100% (n=30532)

Tabel 37: planning van de zwangerschap; 6de CM

39-52w	**Ongeplande zwangerschap**	**Geplande zwangerschap**	**Totaal**
WH+	7% (n=11)	93% (n=139)	2% (n=150)
WH-	4% (n=298)	96% (n=8006)	98% (n=8304)
Totaal	4% (n=309)	96% (n=8145)	100% (n=8454)

Prenataal medisch risico

Tabel 38: prenataal medisch risico; 1ste CM

0-4w	**Prenataal medisch risico**	**Geen prenataal medisch risico**	**Totaal**
WH+	2% (n=10)	98% (n=476)	6% (n=486)
WH-	1% (n=72)	99% (n=7978)	94% (n=8050)
Totaal	1% (n=82)	99% (n=8454)	100% (n=8536)

Tabel 39: prenataal medisch risico; 2de CM

5-11w	**Prenataal medisch risico**	**Geen prenataal medisch risico**	**Totaal**
WH+	3% (n=29)	97% (n=862)	3% (n=891)
WH-	1% (n=322)	99% (n=31807)	97% (n=32129)
Totaal	1% (n=351)	99% (n=32669)	100% (n=33020)

Tabel 40: prenataal medisch risico; 3de CM

14-16w	**Prenataal medisch risico**	**Geen prenataal medisch risico**	**Totaal**
WH+	2% (n=23)	98% (n=973)	3% (n=996)
WH-	1% (n=380)	99% (n=37214)	97% (n=37594)
Totaal	1% (n=403)	99% (n=38187)	100% (n=38590)

Tabel 41: prenataal medisch risico; 4de CM

17-24w	**Prenataal medisch risico**	**Geen prenataal medisch risico**	**Totaal**
WH+	2% (n=5)	98% (n=263)	2% (n=268)
WH-	1% (n=149)	99% (n=11353)	98% (n=11502)
Totaal	1% (n=154)	99% (n=11616)	100% (n=11770)

Tabel 42: prenataal medisch risico; 5de CM

25-38w	**Prenataal medisch risico**	**Geen prenataal medisch risico**	**Totaal**
WH+	1% (n=14)	99% (n=1102)	4% (n=1116)
WH-	1% (n=279)	99% (n=29137)	96% (n=29416)
Totaal	1% (n=293)	99% (n=30239)	100% (n=30532)

Tabel 43: prenataal medisch risico; 6de CM

39-52w	**Prenataal medisch risico**	**Geen prenataal medisch risico**	**Totaal**
WH+	5% (n=7)	95% (n=143)	(n=150)
WH-	1% (n=95)	99% (n=8209)	(n=8304)
Totaal	1% (n=102)	99% (n=8352)	(n=8454)

Leeftijdsklasse van de moeder bij geboorte van het kind

Tabel 44: leeftijd moeder bij geboorte kind; 1ste CM

0-4w	**<18 jaar**	**18-25 jaar**	**25-35 jaar**	**35-40 jaar**	**>=40 jaar**	**Totaal**
WH+	5% (n=26)	8% (n=40)	72% (n=349)	15% (n=71)	0% (n= 0)	6% (n=486)
WH-	3% (n=270)	10% (n=758)	73% (n=5883)	14% (n=1136)	0% (n=3)	94% (n=8050)
Totaal	3% (n=296)	10% (n=798)	73% (n=6232)	14% (n=1207)	0% (n=3)	100% (n=8536)

Tabel 45: leeftijd moeder bij geboorte kind; 2de CM

5-11w	**<18 jaar**	**18-25 jaar**	**25-35 jaar**	**35-40 jaar**	**>=40 jaar**	**Totaal**
WH+	4% (n=39)	8% (n=72)	71% (n= 633)	17% (n=148)	0% (n=1)	3% (n=893)
WH-	4% (n=1155)	9% (n=3063)	72% (n=23056)	15% (n=4837)	0% (n=18)	97% (n=32129)
Totaal	4% (n=1194)	9% (n=3135)	72% (n=23689)	15% (n=4985)	0% (n=19)	100% (n=33022)

Tabel 46: leeftijd moeder bij geboorte kind; 3de CM

12-16w	**<18 jaar**	**18-25 jaar**	**25-35 jaar**	**35-40 jaar**	**>=40 jaar**	**Totaal**
WH+	3% (n=30)	9% (n=88)	72% (n=717)	16% (n=161)	0% (n=0)	3% (n=996)
WH-	4% (n=1313)	9% (n=3409)	72% (n=27203)	15% (n=5646)	0% (n=23)	97% (n=37594)
Totaal	4% (n=1343)	9% (n=3497)	72% (n=27920)	15% (n=5807)	0% (n=23)	100% (n=38590)

Tabel 47: leeftijd moeder bij geboorte kind; 4de CM

17-24w	**<18 jaar**	**18-25 jaar**	**25-35 jaar**	**35-40 jaar**	**>=40 jaar**	**Totaal**
WH+	4% (n=11)	10% (n=26)	67% (n=181)	19% (n=50)	0% (n=0)	2% (n=268)
WH-	4% (n=408)	10% (n=1192)	71% (n=8140)	15% (n=1749)	0% (n=13)	98% (n=11502)
Totaal	4% (n=419)	10% (n=1218)	71% (n=8321)	15% (n=1799)	0% (n=13)	100% (n=11770)

Tabel 48: leeftijd moeder bij geboorte kind; 5de CM

25-38w	**<18 jaar**	**18-25 jaar**	**25-35 jaar**	**35-40 jaar**	**>=40 jaar**	**Totaal**
WH+	4% (n=45)	11% (n=121)	71% (n=788)	14% (n=162)	0% (n=0)	(n=1116)
WH-	3% (n=996)	9% (n=2655)	73% (n=21378)	15% (n=4362)	0% (n=25)	(n=29416)
Totaal	3% (n=1041)	9% (n=2776)	73% (n=22166)	15% (n=4524)	0% (n=25)	(n=30532)

Tabel 49: leeftijd moeder bij geboorte kind; 6de CM

39-52w	**<18 jaar**	**18-25 jaar**	**25-35 jaar**	**35-40 jaar**	**>=40 jaar**	**Totaal**
WH+	5% (n=8)	9% (n=13)	73% (n=110)	12% (n=18)	1% (n=1)	2% (n=150)
WH-	3% (n=274)	9% (n=822)	71% (n=5914)	15% (n=1279)	0% (n=15)	98% (n=8304)
Totaal	3% (n= 282)	9% (n= 835)	71%(n= 6024)	15% (n=1297)	0% (n=16)	100% (n=8454)

Opleiding van de moeder

Tabel 50: opleiding moeder; 1ste CM

0-4w	**Hoge opleiding**	**Midden opleiding**	**Lage opleiding**	**Onbekend**	**Totaal**
WH+	54% (n=257)	34% (n=161)	10% (n=46)	2% (n=9)	6% (n=473)
WH-	58% (n=4512)	29% (n=2274)	11% (n=883)	2% (n=154)	94% (n=7823)
Totaal	58% (n= 4769)	29% (n=2435)	11% (n=929)	2% (n=163)	100% (n=8296)

Tabel 51: opleiding moeder; 2de CM

5-11w	**Hoge opleiding**	**Midden opleiding**	**Lage opleiding**	**Onbekend**	**Totaal**
WH+	47% (n=410)	37% (n=327)	14% (n=121)	2% (n=14)	3% (n=872)
WH-	56% (n=17723)	30% (n=9358)	12% (n=3756)	2% (n=708)	97% (n=31545)
Totaal	56% (n=18133)	30% (n=9685)	12% (n=3877)	2% (n=722)	100% (n=32417)

Tabel 52: opleiding moeder; 3de CM

12-16w	**Hoge opleiding**	**Midden opleiding**	**Lage opleiding**	**Onbekend**	**Totaal**
WH+	48% (n=473)	38% (n=371)	12% (n=119)	2% (n=17)	3% (n=980)
WH-	57% (n=20962)	29% (n= 10910)	12% (n=4384)	2% (n=746)	97% (n=37002)
Totaal	56% (n= 21435)	30% (n=11281)	12% (n=4503)	2% (n=763)	100% (n=37982)

Tabel 53: opleiding moeder; 4de CM

17-24w	**Hoge opleiding**	**Midden opleiding**	**Lage opleiding**	**Onbekend**	**Totaal**
WH+	46% (n=119)	40% (n=105)	12% (n=30)	2% (n=6)	2% (n=260)
WH-	53% (n=5940)	30% (n=3298)	14% (n=1614)	3% (n=346)	98% (n=11198)
Totaal	53% (n=6059)	30% (n=3403)	14% (n=1644)	3% (n=352)	100% (n=11458)

Tabel 54: opleiding moeder; 5de CM

25-38w	**Hoge opleiding**	**Midden opleiding**	**Lage opleiding**	**Onbekend**	**Totaal**
WH+	45% (n=489)	39% (n=429)	14% (n=158)	2% (n=22)	4% (n=1098)
WH-	56% (n=16219)	29% (n=8407)	12% (n=3542)	3% (n=681)	96% (n=28849)
Totaal	56% (n=16708)	30% (n=8836)	12% (n=3700)	2% (n=703)	100% (n=29947)

Tabel 55: opleiding moeder; 6de CM

39-52w	**Hoge opleiding**	**Midden opleiding**	**Lage opleiding**	**Onbekend**	**Totaal**
WH+	38% (n=56)	44% (n=65)	16% (n=23)	2% (n=3)	2% (n=147)
WH-	55% (n=4503)	29% (n=2348)	13% (n=1031)	3% (n=212)	98% (n=8094)
Totaal	55% (n=4559)	29% (n=2413)	13% (n=1054)	3% (n=215)	100% (n=8241)

<u>Kansarmoede</u>

Tabel 56: kansarmoede; 1ste CM

0-4w	**Kansarmoede**	**Geen kansarmoede**	**Totaal**
WH+	15% (n= 72)	85% (n=414)	6% (n=486)
WH-	12% (n=934)	88% (n=7062)	94% (n= 7996)
Totaal	12% (n=1006)	88% (n=7476)	100% (n=8482)

Tabel 57: kansarmoede; 2de CM

5-11w	**Kansarmoede**	**Geen kansarmoede**	**Totaal**
WH+	19% (n=170)	81% (n=717)	3% (n=887)
WH-	13% (n=4043)	87% (n=27927)	97% (n=31970)
Totaal	13% (n=4213)	87% (n=28644)	100% (n=32857)

Tabel 58: kansarmoede; 3de CM

12-16w	**Kansarmoede**	**Geen kansarmoede**	**Totaal**
WH+	19% (n=189)	81% (n=804)	3% (n=993)
WH-	12% (n=4627)	88% (n=32834)	97% (n=37461)
Totaal	13% (n=4816)	87% (n=33638)	100% (n=38454)

Tabel 59: kansarmoede; 4de CM

17-24w	**Kansarmoede**	**Geen kansarmoede**	**Totaal**
WH+	22% (n=58)	78% (n=209)	2% (n=267)
WH-	16% (n=1848)	84% (n=9593)	98% (n=11441)
Totaal	16% (n=1906)	84% (n=9802)	100% (n=11708)

Tabel 60: kansarmoede; 5de CM

25-38w	**Kansarmoede**	**Geen kansarmoede**	**Totaal**
WH+	18% (n=205)	82% (n=908)	4% (n=1113)
WH-	13% (n=3908)	87% (n=25393)	96% (n=29301)
Totaal	14% (n=4113)	86% (n=26301)	100% (n=30414)

Tabel 61: kansarmoede; 6de CM

39-52w	**Kansarmoede**	**Geen kansarmoede**	**Totaal**
WH+	34% (n=51)	66% (n=98)	2% (n=149)
WH-	14% (n=1128)	86% (n=7122)	98% (n=8250)
Totaal	14% (n=1179)	86% (n=7220)	100% (n=8399)

Arbeidssituatie

Tabel 62: arbeidssituatie; 1ste CM

0-4w	**Arbeidssituatie voldoende**	**Arbeidssituatie onvoldoende**	**Totaal**
WH+	88% (n=428)	12% (n=56)	6% (n=484)
WH-	89% (n= 7074)	11% (n=895)	94% (n=7969)
Totaal	89% (n=7502)	11% (n=951)	100% (n=8453)

Tabel 63: arbeidssituatie; 2de CM

5-11w	**Arbeidssituatie voldoende**	**Arbeidssituatie onvoldoende**	**Totaal**
WH+	83% (n=734)	17% (n=153)	3% (n=887)
WH-	88% (n=28110)	12% (n=3766)	97% (n=31876)
Totaal	88% (n=28844)	12% (n=3919)	100% (n=32763)

Tabel 64: arbeidssituatie; 3de CM

14-16w	**Arbeidssituatie voldoende**	**Arbeidssituatie onvoldoende**	**Totaal**
WH+	84% (n=830)	16% (n=161)	3% (n=991)
WH-	88% (n=33048)	12% (n=4324)	97% (n=37372)
Totaal	88% (n=33878)	12% (n=4485)	100% (n=38363)

Tabel 65: arbeidssituatie; 4de CM

17-24w	**Arbeidssituatie voldoende**	**Arbeidssituatie onvoldoende**	**Totaal**
WH+	82% (n=218)	18% (n=48)	2% (n=266)
WH-	85% (n=9703)	15% (n=1698)	98% (n=11401)
Totaal	85% (n=9921)	15% (n=1746)	100% (n=11667)

Tabel 66: arbeidssituatie; 5de CM

25-38w	**Arbeidssituatie voldoende**	**Arbeidssituatie onvoldoende**	**Totaal**
WH+	84% (n=935)	16% (n=176)	4% (n=1111)
WH-	87% (n=25556)	13% (n=3652)	96% (n=29208)
Totaal	87% (n= 26491)	13% (n=3828)	100% (n=30319)

Tabel 67: arbeidssituatie; 6de CM

39-52w	**Arbeidssituatie voldoende**	**Arbeidssituatie onvoldoende**	**Totaal**
WH+	73% (n=109)	27% (n=40)	2% (n=149)
WH-	87% (n=7147)	13% (n=1064)	98% (n=8211)
Totaal	87% (n= 7256)	13% (n=1104)	100% (n=8360)

Opleiding

Tabel 68: opleiding; 1ste CM

0-4w	**Opleiding voldoende**	**Opleiding onvoldoende**	**Totaal**
WH+	84% (n=407)	16% (n=76)	6% (n=483)
WH-	85% (n=6723)	15% (n=1214)	94% (n=7937)
Totaal	85% (n=7130)	15% (n=1290)	100% (n=8420)

Tabel 69: opleiding; 2de CM

5-11w	**Opleiding voldoende**	**Opleiding onvoldoende**	**Totaal**
WH+	82% (n=722)	18% (n=161)	3% (n=883)
WH-	84% (n=26601)	16% (n=5203)	97% (n=31804)
Totaal	84% (n=27323)	16% (n=5364)	100% (n=32687)

Tabel 70: opleiding; 3de CM

12-16w	**Opleiding voldoende**	**Opleiding onvoldoende**	**Totaal**
WH+	79% (n=782)	21% (n=206)	3% (n=988)
WH-	84% (n=31291)	16% (n=5989)	97% (n=37280)
Totaal	84% (n=32073)	16% (n=6195)	100% (n=38268)

Tabel 71: opleiding; 4de CM

17-24w	**Opleiding voldoende**	**Opleiding onvoldoende**	**Totaal**
WH+	81% (n=213)	19% (n=49)	2% (n=262)
WH-	80% (n=9119)	20% (n=2248)	98% (n=11367)
Totaal	80% (n=9332)	20% (n=2297)	100% (n=11629)

Tabel 72: opleiding; 5de CM

25-38w	**Opleiding voldoende**	**Opleiding onvoldoende**	**Totaal**
WH+	80% (n=875)	20% (n=223)	4% (n=1098)
WH-	83% (n=24178)	17% (n=4968)	96% (n=29146)
Totaal	83% (n=25053)	17% (n=5191)	100% (n=30244)

Tabel 73: opleiding; 6de CM

39-52w	**Opleiding voldoende**	**Opleiding onvoldoende**	**Totaal**
WH+	70% (n=105)	30% (n=44)	2% (n=149)
WH-	82% (n=6754)	18% (n=1437)	98% (n=8191)
Totaal	82% (n=6859)	18% (n=1481)	100% (n=8340)

Stimulatieniveau van het kind

Tabel 74: stimulatieniveau kind; 1ste CM

0-4w	**Voldoende stimulatieniveau kind**	**Onvoldoende stimulatieniveau kind**	**Totaal**
WH+	95% (n=458)	5% (n=25)	6% (n=483)
WH-	97% (n= 7632)	3% (n=248)	94% (n=7880)
Totaal	97% (n=8090)	3% (n=273)	100% (n=8363)

Tabel 75: stimulatieniveau kind; 2de CM

5-11w	**Voldoende stimulatieniveau kind**	**Onvoldoende stimulatieniveau kind**	**Totaal**
WH+	92% (n=817)	8% (n=69)	3% (n=886)
WH-	96% (n=30534)	4% (n=1191)	97% (n=31725)
Totaal	96% (n= 31351)	4% (n=1260)	100% (n=32611)

Tabel 76: stimulatieniveau kind; 3de CM

12-16w	**Voldoende stimulatieniveau kind**	**Onvoldoende stimulatieniveau kind**	**Totaal**
WH+	94% (n=930)	6% (n=60)	3% (n=990)
WH-	96% (n=35865)	4% (n=1330)	97% (n=37195)
Totaal	96% (n=36795)	4% (n=1390)	100% (n=38185)

Tabel 77: stimulatieniveau kind; 4de CM

17-24w	**Voldoende stimulatieniveau kind**	**Onvoldoende stimulatieniveau kind**	**Totaal**
WH+	91% (n=241)	9% (n=23)	2% (n= 264)
WH-	95% (n=10756)	5% (n=559)	98% (n=11315)
Totaal	95% (n=10997)	5% (n= 582)	100% (n=11579)

Tabel 78: stimulatieniveau kind; 5de CM

25-38w	**Voldoende stimulatieniveau kind**	**Onvoldoende stimulatieniveau kind**	**Totaal**
WH+	93% (n=1024)	7% (n=77)	4% (n=1101)
WH-	96% (n=27953)	4% (n=1085)	96% (n=29038)
Totaal	96% (n=28977)	4% (n=1162)	100% (n=30139)

Tabel 79: stimulatieniveau kind; 6de CM

39-52w	**Voldoende stimulatieniveau kind**	**Onvoldoende stimulatieniveau kind**	**Totaal**
WH+	85% (n=126)	15% (n=23)	2% (n=149)
WH-	96% (n=7808)	4% (n=357)	98% (n=8165)
Totaal	95% (n= 7934)	5% (n=380)	100% (n=8314)

<u>Gezondheid</u>

Tabel 80: gezondheid; 1ste CM

0-4w	**Gezondheid voldoende**	**Gezondheid onvoldoende**	**Totaal**
WH+	85% (n=411)	15% (n=72)	6% (n=483)
WH-	95% (n=7486)	5% (n=431)	94% (n=7917)
Totaal	94% (n=7897)	6% (n=503)	100% (n=8400)

Tabel 81: gezondheid; 2de CM

5-11w	**Gezondheid voldoende**	**Gezondheid onvoldoende**	**Totaal**
WH+	81% (n=714)	19% (n=172)	3% (n=886)
WH-	94% (n=29893)	6% (n= 1937)	97% (n=31830)
Totaal	94% (n=30607)	6% (n=2109)	100% (n=32716)

Tabel 82: gezondheid; 3de CM

12-16w	**Gezondheid voldoende**	**Gezondheid onvoldoende**	**Totaal**
WH+	83% (n=822)	17% (n=165)	3% (n=987)
WH-	94% (n=35129)	6% (n=2174)	97% (n=37303)
Totaal	94% (n=35951)	6% (n=2339)	100% (n=38290)

Tabel 83: gezondheid; 4de CM

17-24w	**Gezondheid voldoende**	**Gezondheid onvoldoende**	**Totaal**
WH+	75% (n=200)	25% (n=67)	2% (n=267)
WH-	92% (n=10491)	8% (n=871)	98% (n=11362)
Totaal	92% (n= 10691)	8% (n=938)	100% (n=11629)

Tabel 84: gezondheid; 5de CM

25-38w	**Gezondheid voldoende**	**Gezondheid onvoldoende**	**Totaal**
WH+	84% (n=925)	16% (n=180)	4% (n=1105)
WH-	94% (n=27341)	6% (n=1814)	96% (n=29155)
Totaal	93% (n= 28266)	7% (n= 1994)	100% (n=30260)

Tabel 85: gezondheid; 6de CM

39-52w	**Gezondheid voldoende**	**Gezondheid onvoldoende**	**Totaal**
WH+	74% (n=110)	26% (n=38)	2% (n=148)
WH-	94% (n=7666)	6% (n=525)	98% (n=8191)
Totaal	93% (n=7776)	7% (n=563)	100% (n=8339)

Huisvestiging

Tabel 86: huisvestiging; 1ste CM

0-4w	**Huisvestiging voldoende**	**Huisvestiging onvoldoende**	**Totaal**
WH+	90% (n=420)	10% (n=49)	6% (n=469)
WH-	92% (n= 7157)	8% (n= 661)	94% (n=7818)
Totaal	91% (n=7577)	9% (n=710)	100% (n=8287)

Tabel 87: huisvestiging; 2de CM

5-11w	**Huisvestiging voldoende**	**Huisvestiging onvoldoende**	**Totaal**
WH+	89% (n=783)	11% (n=94)	(n=877)
WH-	91% (n=28609)	9% (n=2880)	(n=31489)
Totaal	91% (n=29392)	9% (n=2974)	(n=32366)

Tabel 88: huisvestiging; 3de CM

12-16w	**Huisvestiging voldoende**	**Huisvestiging onvoldoende**	**Totaal**
WH+	89% (n=874)	11% (n=105)	3% (n=979)
WH-	91% (n=33544)	9% (n=3313)	97% (n=36857)
Totaal	91% (n=34418)	9% (n=3418)	100% (n=37836)

Tabel 89: huisvestiging; 4de CM

17-24w	**Huisvestiging voldoende**	**Huisvestiging onvoldoende**	**Totaal**
WH+	86% (n=225)	14% (n=37)	2% (n=262)
WH-	88% (n=9903)	12% (n=1312)	98% (n=11215)
Totaal	88% (n=10128)	12% (n=1349)	100% (n=11477)

Tabel 90: huisvestiging; 5de CM

25-38w	**Huisvestiging voldoende**	**Huisvestiging onvoldoende**	**Totaal**
WH+	89% (n=977)	11% (n=115)	4% (n=1092)
WH-	90% (n=25933)	10% (n=2737)	96% (n=28670)
Totaal	90% (n= 26910)	10% (n=2852)	100% (n=29762)

Tabel 91: huisvestiging; 6de CM

39-52w	**Huisvestiging voldoende**	**Huisvestiging onvoldoende**	**Totaal**
WH+	85% (n=126)	15% (n=22)	2% (n= 148)
WH-	90% (n=7301)	10% (n=803)	98% (n=8104)
Totaal	90% (n=7427)	10% (n= 825)	100% (n=8252)

Inkomen gezin

Tabel 92: inkomen gezin; 1ste CM

0-4w	**Inkomen voldoende**	**Inkomen onvoldoende**	**Totaal**
WH+	86% (n=415)	14% (n=70)	6% (n=485)
WH-	88% (n=7003)	12% (n=963)	94% (n=7966)
Totaal	88% (n=7418)	12% (n=1033)	100% (n=8451)

Tabel 93: inkomen gezin; 2de CM

5-11w	**Inkomen voldoende**	**Inkomen onvoldoende**	**Totaal**
WH+	81% (n= 719)	19% (n=166)	3% (n=885)
WH-	87% (n= 27744)	13% (n=4127)	97% (n=31871)
Totaal	87% (n=28463)	13% (n=4293)	100% (n=32756)

Tabel 94: inkomen gezin; 3de CM

12-16w	**Inkomen voldoende**	**Inkomen onvoldoende**	**Totaal**
WH+	82% (n=814)	18% (n=177)	3% (n=991)
WH-	87% (n=32670)	13% (n=4693)	97% (n=37363)
Totaal	87% (n=33484)	13% (n= 4870)	100% (n=38354)

Tabel 95: inkomen gezin; 4de CM

17-24w	**Inkomen voldoende**	**Inkomen onvoldoende**	**Totaal**
WH+	80% (n=214)	20% (n=52)	2% (n=266)
WH-	84% (n=9511)	16% (n=1875)	98% (n=11386)
Totaal	83% (n=9725)	17% (n=1927)	100% (n=11652)

Tabel 96: inkomen gezin; 5de CM

25-38w	**Inkomen voldoende**	**Inkomen onvoldoende**	**Totaal**
WH+	82% (n=912)	18% (n=197)	4% (n=1109)
WH-	86% (n=25217)	14% (n=3985)	96% (n=29202)
Totaal	86% (n=26129)	14% (n=4182)	100% (n=30311)

Tabel 97: inkomen gezin; 6de CM

39-52w	**Inkomen voldoende**	**Inkomen onvoldoende**	**Totaal**
WH+	69% (n=102)	31% (n=46)	2% (n=148)
WH-	86% (n=7055)	14% (n=1162)	98% (n=8217)
Totaal	86% (n=7157)	14% (n=1208)	100% (n=8363)

Referenties

1. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol 2013, 9:379-407.

2. Milgrom J, Gemmill AW. Screening for perinatal depression. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014, 28(1):13-23.

3. Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. N Engl J Med 2016, 375(22):2177-2186.

4. Van Damme R, Van Parys A, Vogels C, Roelens K, Lemmens G. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen. Richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. Gent:UGent; 2018.

5. Bosanquet K, Bailey D, Gilbody S, Harden M, Manea L, Nutbrown S, et al. Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression: a diagnostic meta-analysis. BMJ Open 2015, 5(12):e008913.

6. Howard LM, Ryan EG, Trevillion K, Anderson F, Bick D, Bye A, et al. Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy. Br J Psychiatry 2018, 212(1):50-56.

7. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. J Affect Disord 2015, 171:142-54.

8. Borra C, Iacovou M, Sevilla A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. Matern Child Health J 2015, 19(4):897-907.

9. Bassi M, Delle Fave A, Cetin I, Melchiorri E, Pozzo M, Vescovelli F, et al. Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women. J Reprod Infant Psychol 2017, 35(2):183-195.

10. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. BJOG 2010, 117(5):540-50.

11. Abajobir AA, Maravilla JC, Alati R, Najman JM. A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression. J Affect Disord 2016, 192:56-63.

12. van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, Reijneveld SA. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. J Affect Disord 2021, 286:158-165.

13. Matsumura K, Hamazaki K, Tsuchida A, Kasamatsu H, Inadera H, Japan Environment and Children's Study (JECS) Group. Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). BMC Psychiatry 2019, 19(1):419.

14. Kim Y, Dee V. Sociodemographic and Obstetric Factors Related to Symptoms of Postpartum Depression in Hispanic Women in Rural California. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2018, 47(1):23-31.

15. Dinwiddie KJ, Schillerstrom TL, Schillerstrom JE. Postpartum depression in adolescent mothers. J Psychosom Obstet Gynaecol 2018, 39(3):168-175.

16. Agnafors S, Bladh M, Svedin CG, Sydsjö G. Mental health in young mothers, single mothers and their children. BMC Psychiatry 2019, 19(1):112.

17. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. Clin Obstet Gynecol 2018, 61(3):591-603.