

# Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen.

Richtlijn als leidraad voor het  
ontwikkelen van een zorgpad.

Rita Van Damme, An-Sofie Van Parys, Caroline Vogels, Kristien Roelens, Gilbert Lemmens



Auteurs: Rita Van Damme, An-Sofie Van Parys, Caroline Vogels, Kristien  
Roelens, Gilbert Lemmens

Vormgeving: Hermine Cooreman

ISBN 978-90-90310-30-5

Een digitale versie van de richtlijn is beschikbaar op <https://www.uzgent.be/nl/zorg-aanbod/mdspecialismen/Psychiatrie/Paginas/Perinatale-mentale-gezondheid.aspx>



# Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen.

Richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad.

De richtlijn is ontwikkeld in opdracht van en met de steun van de Vlaamse Overheid<sup>1,2</sup>, met als doel een zorgpad uit te schrijven dat kan helpen bij de vroegtijdige detectie en behandeling van perinatale mentale problemen.

Het is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met de werkgroep 'Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid'<sup>3</sup> o.l.v. de diensten Vrouwenkliniek en Psychiatrie van het UZ Gent en de Moeder-Baby-Unit (MBU) van Karus - Campus Gent. Waar mogelijk zijn de aanbevelingen in deze richtlijn gebaseerd op internationale richtlijnen (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2007, National Institute for Health Care Management (NICE), 2015, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2012, Beyondblue, 2011, Dekker et al., 2015, Joint Commissioning Panel for Mental Health (JCPMH), 2012, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2015, BC Mental Health & substance use services, 2014, Green et al., 2015, NSW Department of Health, 2010, Perinatal Mental Health Group, 2017, WHO, 2016).



# Voorwoord

De komst van een baby betekent niet alleen hoop voor de toekomst, maar is voor vele ouders ook een uitdaging. Voor een minderheid van de vrouwen en hun partners is het een periode die kan overschaduwd worden door mentale gezondheidsproblemen. Mentale gezondheidsproblemen binnen de perinatale periode worden vaak niet onderkend door gebrek aan kennis en tijdsgebrek en door het taboe dat rust op het benoemen van mentale problemen binnen deze verondersteld mooie periode.

Aan de basis van deze richtlijn ligt de vaststelling dat perinatale mentale problemen te vaak niet opgemerkt worden en bijgevolg niet leiden tot gepaste mentale gezondheidszorg. Het bevragen van psychiatrische en psychosociale risicofactoren maakt meestal geen deel uit van standaard obstetrische zorg tijdens en na de zwangerschap. Gezien de ingrijpende gevolgen van perinatale mentale problemen bij de zwangere, dan wel jonge moeder op de ontwikkeling van het intra en extra uterine kind, alsook op het verloop van de mentale stoornis bij de vrouw, is het niet alleen belangrijk dat deze problemen besproken kunnen worden, maar tevens dat dit leidt tot het zoeken, aanvaarden en krijgen van gepaste hulp. Om het gebrek aan geestelijke gezondheidszorg in de perinatale periode aan te pakken, werd er in 2013 een werkgroep gestart met zorgverleners uit verschillende disciplines (neonatale intensieve zorgen, pediatrie, volwassenenpsychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie, vrouwenkliniek) binnen het UZ Gent en de Moeder-Baby-Eenheid, Karus. Het werd snel duidelijk dat perinatale zorg de klassieke scheidingslijnen tussen eerste en tweede lijn overstijgt en ook meer vraagt dan louter medisch of psychiatrische hulp. De werkgroep werd uitgebreid met huisartsen, sociaal werkers, vroedvrouwen, psychologen, hulpverleners vanuit Kind en Gezin, kortom met iedere hulpverlener die betrokken is bij zwangere of bevallen vrouwen. Perinatale geestelijk gezondheidszorg is inherent multidisciplinair en heeft aandacht voor beide ouders en de kinderen. De toekenning van een subsidie in 2016 door de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin aan het UZ Gent en vzw Emmaüs voor de pilootprojecten 'Perinatale Geestelijke Gezondheidszorg' zorgde voor een stroomversnelling. De aanstelling van 2

coördinatoren (An-Sofie Van Parys en Rita Van Damme) voor het Gents Project resulteerde uiteindelijk in de huidige richtlijn.

Met deze richtlijn willen we hulpverleners zoals artsen, vroedvrouwen, verpleegkundigen, sociaal werkers en psychologen helpen bij het detecteren, screenen en doorverwijzen voor behandeling van perinatale klachten en stoornissen. We hebben ons hierbij enerzijds gebaseerd op internationale richtlijnen en anderzijds op het advies van de verschillende leden uit de multidisciplinair samengestelde werkgroep. Op deze wijze is er geprobeerd om wetenschappelijke inzichten om te zetten in een richtlijn. Zo hopen wij hulpverleners binnen de perinatale zorg een instrument aan te reiken dat hen kan helpen bij het ontwikkelen en opstarten van een perinataal zorgtraject, rekening houdend met hun specifieke context en eigenheid.

Naast het inventariseren van een aantal risicofactoren staan we stil bij het screenen van de meest voorkomende mentale perinatale problemen: depressie en angst. Er wordt ook aandacht besteed aan andere perinatale mentale stoornissen. Mentale problemen komen immers in de perinatale fase evenveel voor als in de andere levensfasen van de vrouw.

Deze richtlijn komt ook met een waarschuwing. Perinatale geestelijke gezondheidsproblemen detecteren heeft enkel zin als gepaste multidisciplinaire zorg tegelijkertijd beschikbaar is en kan aangeboden worden aan de zwangere of bevallen vrouwen, hun partner en hun kinderen. Detectie en zorg gaan hand in hand.

Rita Van Damme en Gilbert Lemmens

# Inhoudstafel

1. Inleiding	8
2. Perinatale mentale stoornissen	10
3. Epidemiologische gegevens van de verschillende perinatale stoornissen	11
Depressie en baby blues	11
Angststoornissen	13
Postpartumpsychose en bipolaire stoornis	14
Suicide	17
Psychose	18
Andere niet-psychotische stoornissen	20
Obsessieve Compulsieve Stoornis	20
Posttraumatische stressstoornis	20
Eetstoornissen	20
Persoonlijkheidsstoornissen	21
Middelengebruikstoornis	21
Psychiatrische stoornissen bij de partner	21
4. Detectie	22
Risicofactoren	22
Identificatie	28
Screening van depressie	29
Screening van angst	33
Training	37
5. Klinische assessment	39
Klinische assessment bij een positieve screeningsscore	39
Inschatten acuut suïciderisico	40
6. Behandeling	45
7. Voetnoten	47
8. Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid	48
9. Referentielijst	49
10. Documenten	58

# 1. Inleiding

Het krijgen van kinderen is een belangrijke levensgebeurtenis die kan gepaard gaan met een toenemende kwetsbaarheid voor psychologische stoornissen (Howard et al., 2014). Zodoende vormen perinatale mentale stoornissen een significante complicatie van de zwangerschap en de postpartumperiode (O'Hara and Wisner, 2014), die ondanks hun frequent voorkomen, ondergediagnosticeerd en onderbehandeld blijven (Honig et al., 2016).

Uit een recente bevraging in de UK (The Lancet editorial, 2017) blijkt dat één op vijf vrouwen psychische problemen in de perinatale periode ervaart. Bovendien blijkt dat drie kwart van de vrouwen die aan de DSM-5-criteria (American Psychiatric Association, 2013) voldoen voor angst- en depressieve stoornissen - bij niet routinematig screenen - niet geïdentificeerd worden en slechts één op tien vrouwen de hulp krijgt die ze nodig heeft (Kingston et al., 2015).

Psychische problemen in de perinatale periode hebben talrijke negatieve effecten op de gezondheid en het welzijn van de moeder o.a. meer suïcide bij ernstige psychiatrische stoornissen (Khalifeh et al., 2016, Fuhr et al., 2014), hogere kans op chroniciteit van psychische problemen (Howard

et al., 2014, Vliegen et al., 2014), de bevalling (o.a. vroegtijdige bevalling en laag geboortegewicht)(Rose et al., 2016), de ontwikkeling van het (on)geboren kind (moeilijk temperament, vertraagde ontwikkeling, neurocognitieve moeilijkheden, emotionele en gedragsproblemen op latere leeftijd) (Cao-Lei et al., 2017, Herba et al., 2016, Maselko et al., 2015, Murray et al., 2011, Pearson et al., 2012, Stein et al., 2014, Verkuijl et al., 2014, Wolford et al., 2017, Waters et al., 2014, Weissman et al., 2006, Weissman et al., 2016, Reck et al., 2018, Gavin et al., 2015, Gelaye et al., 2016a) en de moeder-kind interacties (o.a. lagere sensitiviteit, hechtingsproblemen, negatieve invloed op de kwaliteit van opvoeden)(Field, 2010, Herba et al., 2016, Logsdon et al., 2015, Stein et al., 2012).

Bovendien treft het niet adequaat behandelen van perinatale problemen niet alleen de vrouw en haar baby, maar heeft dit ook belangrijke consequenties voor de partner en de gemeenschap in het algemeen. Een goede mentale gezondheid houdt immers economische en sociale voordelen in, waarbij een onderscheid kan gemaakt worden tussen de intrinsieke waarde (betere (mentale) gezondheid en welzijn) en de instrumentele waarde,



in termen van kunnen aangaan en onderhouden van relaties, het hebben van een job of vrije tijdsbesteding en het kunnen nemen van dagelijkse beslissingen (Chisholm et al., 2016). Met ziektelast drukt men niet alleen het verlies aan gezonde levensjaren uit, maar ook de impact op de ontwikkeling van het kind, het effect op morbiditeit en mortaliteit en de economische consequenties (Prince et al., 2007). Studies in hoge inkomstande tonen aan dat maternale depressie niet alleen samen gaat met verminderde therapietrouw voor preventieve zorg voor de kinderen (vaccinaties, medische opvolging en adviezen rond slaaphouding), maar ook tot het later zoeken van hulp voor zieke kinderen, waardoor er meer aanmeldingen via spoeddiensten verlopen en uiteindelijk meer ziekenhuisopnames plaatsvinden (Prince et al., 2007). Volgens een Brits rapport uit 2013 (Bauer et al., 2016) komen de kosten voor perinatale geestelijke gezondheid ten gevolge van deze humane kosten neer op £ 6.6 miljard per geboortecohort, waarbij 60% van de perinatale mentale gezondheidskosten gelinkt is aan de schadelijke gevolgen van de psychische stoornissen van de ouder op de ontwikkeling van het kind. Een slechte kind-ouder relatie is immers een sterke voorspeller voor een slechte

mentale gezondheid in volwassenheid. Anderzijds resulteert de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen in het algemeen (Chisholm et al., 2016) en meer specifiek in de preventie van ouderschapsproblemen en vroegtijdige behandeling van kinderen in zowel ontwikkelings- als economische voordelen (WHO, 2014).

## 2. Perinatale mentale stoornissen

Perinatale mentale stoornissen refereren naar psychiatrische stoornissen die voorkomen in de perinatale periode, waaronder over het algemeen de periode van zwangerschap tot één jaar na de bevalling wordt verstaan (O'Hara and Wisner, 2014). Psychiatrische stoornissen kunnen in ernst en intensiteit variëren van milde depressieve stoornissen en angststoornissen tot de ernstige postpartumpsychose. Onder de perinatale mentale stoornissen worden zowel de stoornissen verstaan die reeds aanwezig waren voor de zwangerschap, als het herval van een bestaande stoornis of de aanvang van een nieuwe stoornis in de zwangerschap of de postpartumperiode (O'Hara and Wisner, 2014).

In het onderzoek naar perinatale mentale problemen is de focus lange tijd hoofdzakelijk gericht geweest op de veel voorkomende postnatale depressie. Er is toenemende evidentie dat vrouwen ook geconfronteerd worden met andere niet-psychotische mentale stoornissen in de perinatale periode (Howard et al., 2014). Hieronder verstaat men o.a. angststoornissen, PTSD (posttraumatische stressstoornis), middelengebruik en eetstoornissen. Anders dan voor postnatale depressie is er nog weinig onderzoek naar de

epidemiologie en effectiviteit van interventies voor de andere niet-psychotische mentale stoornissen (Howard et al., 2014). Verder onderscheidt men ernstige psychiatrische stoornissen, waaronder schizofrenie, affectieve psychose en psychotische en niet-psychotische bipolaire stoornissen (Jones et al., 2014).

### 3. Epidemiologische gegevens van de verschillende perinatale stoornissen

Algemeen kunnen we stellen dat de prevalentie<sup>4</sup> en incidentie<sup>5</sup> van psychiatrische stoornissen tijdens de perinatale periode niet anders is dan in andere levensfasen van de vrouw (Vesga-Lopez et al., 2008), waardoor er geen evidentie is voor het idee dat zwangerschap beschermend zou zijn (Howard et al., 2014).

Met de opname van perinatale mentale gezondheid in de millenniumdoelstellingen en het "Global Mental Action Plan" (WHO, 2013, WHO, 2016) herkent de Wereldgezondheidsorganisatie het belang van preventie, detectie en behandeling van mentale problemen bij zwangere en pas bevallen vrouwen. Volgens hun gegevens maken wereldwijd 10% van de zwangere vrouwen en 13% van de vrouwen na de bevalling een mentale stoornis door, in hoofdzaak een depressie; met een nog hoger risico (15.6 -19.8%) voor de vrouwen in ontwikkelingslanden (WHO, 2016). De WHO definieert de perinatale periode echter enger (22 weken zwangerschap tot 1 week na de bevalling) dan in de meeste andere onderzoeken.

De prevalentiecijfers voor perinatale mentale stoornissen variëren. Ze zijn niet alleen peripartumspecifiek,

maar ook afhankelijk van de gebruikte instrumenten en hun respectievelijke cut-off scores, en het al dan niet includeren van milde stoornissen (Owora et al., 2016, O'Hara and Wisner, 2014, Truijens et al., 2017, Howard et al., 2014).

#### DEPRESSIE EN BABY BLUES

Milgrom en Gemmill (Milgrom and Gemmill, 2014) hanteren een pragmatische definitie voor perinatale depressie, waaronder een episode wordt verstaan van milde tot ernstige depressie met een aanvang gedurende de zwangerschap of gedurende de eerste 12 maanden postpartum. Alhoewel de algemeen geldende DSM-criteria worden gehanteerd voor het vaststellen van een depressie tijdens de perinatale periode, is er een probleem met de tijdsindicatie. De pragmatische definitie is in tegenspraak met de DSM-5 definiëring, die in tegenstelling tot de DSM-IV wel de zwangerschapsperiode includeert, maar de aanvang van de stoornis binnen de 4 weken na de bevalling behoudt. Hierdoor wordt de vaak voorkomende baby blues die net voorkomt in de vroege postpartumperiode weerhouden, terwijl deze vaak van voorbijgaande aard zijn. Bovendien

is een postnatale depressie over het algemeen onafhankelijk van de baby blues, alhoewel de baby blues wel een risicofactor kunnen zijn voor het ontwikkelen van een postnatale depressie (O'Hara and Wisner, 2014).

De postpartum blues of baby blues komen vaak voor in de eerste week na de bevalling. Er wordt gesteld dat er een piek is tussen dag 3 en dag 5, waarbij er gesuggereerd wordt dat ze een gevolg zijn van hormonale aanpassingen na de bevalling (O'Hara and Wisner, 2014). Prevalentiecijfers geven aan dat 30 tot 75% van de net bevallen vrouwen (Honig et al., 2016) plotse, kortdurende (minuten tot enkele uren) en onverwachte stemmingsveranderingen kunnen ervaren. Negatieve stemmingsklachten zoals labiele, maar ook dysfore stemming, overemotioneel gedrag welke zich vaak uit in huilbuien, angst- en spanningsklachten, slape-loosheid, gedaalde eetlust en irritatie (O'Hara and Wisner, 2014) worden vaak weerhouden. Deze klachten verdwijnen meestal binnen enkele dagen tot een week, zonder dat er specifieke maatregelen dienen genomen te worden. Dit is anders bij een postnatale depressie, waarbij de sombere gevoelens niet verdwijnen, maar integendeel net heviger worden.

Zoals hoger aangegeven variëren de prevalentiecijfers voor perinatale depressie aanzienlijk, afhankelijk van de definiëring en periode. Alhoewel de hoogste puntprevalentie voor de aanvang van symptomen gevonden wordt in de vroege postpartum periode (Munk-Olsen et al., 2006), is er een toenemende evidentie dat veel vrouwen reeds depressieve klachten ontwikkelen voor de zwangerschap (Wisner et al., 2013) of tijdens de zwangerschap (Biaggi et al., 2016, Putnam et al., 2017, Vigod et al., 2016). Wisner en collega's (Wisner et al., 2013) geven aan dat 33% van de postnatale depressies reeds een aanvang kenden in de zwangerschap en 27% reeds voor de zwangerschap.

Algemeen kunnen we stellen dat cijfers voor antenatale depressie variëren tussen 7 en 15% en voor postnatale depressie rond de 10% schommelen in hoge inkomstande (HIL) (Gelaye et al., 2016b). Bij een ruimere definiëring bedraagt de prevalentie voor antenatale depressie 18.4% en 19.2% voor postnatale depressie (eerste 3 maanden postpartum) tegenover 12.7% antenataal en 7.2% postnataal bij een engere definiëring van de (vaak ernstigere) majeure depressie (Gavin et al., 2005). Bij opsplitsing naar zwangerschaps-trimester vinden volgende auteurs (Bennett et al., 2004) respectievelijk

7.4% voor de eerste trimester, 12.8% voor de tweede trimester en 12.0% voor de derde trimester.

Gemeenschappelijke etiopathogenetische factoren zoals de neurobiologie, de genetica van stress en de veranderingen in neurotransmittersystemen, HPA-as en immuunstelsel maken dat we naast de depressieve stoornis ook vaak comorbide stoornissen zien optreden (Schene et al., 2016). De meest voorkomende comorbide stoornissen zijn angst-, persoonlijkheidsstoornissen en middelengerelateerde stoornissen. Meer comorbiditeit impliceert doorgaans een complexere en meer ernstige vorm van depressie met een lagere kans op volledig herstel.

## **ANGSTSTOORNISSEN**

Angststoornissen zijn niet alleen veel minder systematisch onderzocht in de perinatale periode, maar zijn ook in de praktijk omwille van de hoge comorbiditeit met perinatale stemmingsstoornissen niet altijd gemakkelijk te differentiëren van een perinatale depressie met angstkenmerken (Gavin et al., 2015). Zo heeft één derde of meer van de vrouwen in de perinatale periode met depressie een bijkomende angststoornis (O'Hara and Wisner, 2014, Gavin et al., 2015).

Bovendien verhogen angstklachten in de derde trimester van de zwangerschap de kans (met meer dan factor 3) op depressie op 6 à 8 weken postpartum (MohamadYusuff et al., 2015, Ayers et al., 2015); en is de aanwezigheid van angstklachten een mogelijke voorspeller voor de ernst van de depressie. Een angststoornis in afwezigheid van een depressieve stoornis zou bij 9 à 10% van de postpartum vrouwen voorkomen (Miller et al., 2006, Reck et al., 2008). Een grootschalig Amerikaans onderzoek rapporteert een prevalentie van 13% voor alle angststoornissen bij zwangere en postpartum vrouwen (Vesga-Lopez et al., 2008). Recent onderzoek (Dennis et al., 2017) bevestigt deze bevindingen en toont een hogere prevalentie aan antenataal (15.2%) dan postpartum (9.9%). Alhoewel de meeste onderzoeken een hogere prevalentie antenataal (i.e. derde trimester) aangeven dan postnataal, rapporteert de groep rond Ayers (2015) in een longitudinale Australische studie een stijging van de angst gedurende de eerste 3 maanden postpartum met intense angstklachten en paniekaanvallen (respectievelijk 7.3% antenale en 15.7% postnatale prevalentiecijfers).

De variërende prevalentiecijfers zijn vaak afhankelijk van de

gehanteerde definiëring van de angststoornissen. Meestal hebben ze betrekking op de gegeneraliseerde angststoornis (GAD) en in mindere mate op de paniekstoornis, de sociale angst en specifieke fobieën. Gegeneraliseerde angststoornis (GAD) is de meest voorkomende angststoornis met een prevalentie van 8.5% antenataal en postpartum variërend van 4.4% tot 8.2% (Gavin et al., 2015). De aanwezigheid van een specifieke, zwangerschapsgerelateerde angststoornis, nl. een extreme angst voor de bevalling (tocofobie; (Ayers et al., 2015)) heeft over verschillende landen heen een geschatte prevalentie van 14% (3.7%-43%) (O'Connell et al., 2017). De grote verschillen in prevalentiecijfers kunnen niet helemaal verklaard worden door het gebrek aan consensus rond de definitie van tocofobie, noch de trimester waarin gescreend wordt of de pariteit, maar zijn deels te wijten aan een hoge (statistische) heterogeniteit<sup>6</sup> (O'Connell et al., 2017). Cantwell (2016) stelt dat tocofobie kan ontstaan voor of gedurende de eerste zwangerschap (primaire tocofobie), welke dan vaak een uiting is van een onderliggende depressieve stoornis of angststoornis en vaak geassocieerd is met seksueel misbruik in de voorgeschiedenis. Secundaire tocofobie is dan weer

meer gelinkt aan een posttraumatische ervaring tijdens een vorige bevalling, waarbij vrouwen vaak op zoek gaan naar een alternatief voor de vaginale bevalling.

## **POSTPARTUMPSYCHOSE EN BIPOLAIRE STOORNIS**

Een postpartum psychose treedt meestal op binnen de 2 weken na de bevalling, waarbij meer dan 50% van de symptomen voor het eerst optreden op dag 1-3 (Jones et al., 2014). Het acuut optreden en de snelle evolutie zijn typisch, waarbij het klinisch beeld binnen de tijdspanne van enkele uren sterk kan veranderen (Jones et al., 2014). In de prodromale fase treden vooral slaapstoornissen, stemmingsschommelingen en toegenomen prikkelbaarheid op samen met manische en/of depressieve symptomen (Bergink et al., 2016). Bij een postpartum psychose gaan snelle stemmingsschommelingen vaak gepaard met stemmingsincongruente wanen (vaak gerelateerd aan de bevalling), gedesorganiseerd, bizar gedrag met vaak obsessieve gedachten rond de baby en duidelijke cognitieve stoornissen suggestief voor een delier met desoriëntatie, derealisatie, depersonalisatie en verwardheid, alsook slapeloosheid,

visuele en auditieve hallucinaties en minder vaak voorkomend tactiele en olfactorische hallucinaties (O'Hara and Wisner, 2014, Bergink et al., 2016). De symptomatische presentatie van een postpartum psychose wordt consistent anders omschreven in de literatuur dan bij de psychose niet gerelateerd aan de perinatale periode (O'Hara and Wisner, 2014), waar de manische symptomen en verwardheid meer gezien worden in de postpartum psychose in vergelijking met niet-puerperale psychose waar de psychotische symptomen meer centraal staan (Brockington et al., 1981).

Gezien de klinische presentatie, de familiale psychiatrische geschiedenis en het ziekteverloop een sterke overlap vertonen met een bipolaire stoornis, stellen Bergink en collega's (Bergink et al., 2015) dat een postpartumpsychose over het algemeen niet beschouwd wordt als een primaire psychotische stoornis, maar eerder als een bipolaire spectrumstoornis. Vroeger onderzoek (Kendell et al., 1987) suggereerde dit reeds, waarbij 72 tot 80% van de vrouwen met een postpartum psychose een bipolaire of schizo-affectieve stoornis hadden en slechts 12% een diagnose van schizofrenie.

Over het algemeen wordt de incidentie van een postpartum psychose op 1-2 per 1000 geboorten

geschat (Munk-Olsen et al., 2006), maar Jones en collega's (Jones et al., 2014) geven aan dat deze cijfers misschien wel een onder- of overschatting kunnen zijn van de feitelijke incidentie van een postpartum psychose gezien deze schatting enkel gebaseerd is op het aantal postpartum opnames in psychiatrische ziekenhuizen. Verder is er een sterke associatie tussen de incidentie van een postpartum psychose en primipariteit (Jones et al., 2014, Bergink et al., 2016), waarbij bijna de helft van vrouwen met een postpartum psychose geen voorafgaande psychiatrische voorgeschiedenis kenden. De groep rond Munk-Olsen (Munk-Olsen et al., 2006) wijzen op het feit dat het relatieve risico op een eerste episode van een affectieve psychose de eerste 4 weken na de bevalling 23x hoger ligt dan in éénder welke andere levensfase bij de vrouw (Florio et al., 2016). Tot op heden zijn er geen consistente bevindingen rond obstetrische risicofactoren bij primipare vrouwen voor een postpartum psychose (Bergink et al., 2016). Ook kunnen - anders dan bij een unipolaire postnatale depressie - geen psychosociale factoren zoals levensgebeurtenissen en/of sociale stress als etiologische factoren weerhouden worden (Bergink et al., 2016).

Ondanks het feit dat een snelle detectie en behandeling op korte termijn effectief kan zijn, is er tevens een verhoogd risico (van bijna 1 op 2) op het ontwikkelen van een bipolaire stoornis en een kans van 1 op 5 op herhal bij een volgende zwangerschap (Jones et al., 2014, Paschetta et al., 2014). Vrouwen met een postpartum psychose kennen ofwel een geïsoleerde postpartum psychose (met een kwetsbaarheid voor affectieve psychose enkel na geboorte) ofwel is hun postpartum psychose een expressie van een bipolaire stoornis met eveneens episodes buiten de perinatale periode (Bergink et al., 2016). Vrouwen met een bipolaire stoornis zijn dus in het bijzonder kwetsbaar voor het ontwikkelen van zowel psychotische als niet-psychotische stoornissen in de perinatale periode, maar bij een depressieve presentatie wordt hun onderliggende bipolaire stoornis niet altijd herkend en bijgevolg niet adequaat behandeld (O'Hara and Wisner, 2014, Bergink et al., 2016). Decompensatie na de geboorte bij vrouwen met een bipolaire stoornis is vaak een gevolg van een combinatie van hun genetische kwetsbaarheid met hun gevoeligheid voor hormonale veranderingen, immunologische veranderingen en verstoring van hun circadiaans ritme ten gevolge van

ernstig verstoorde slaap (Bergink et al., 2016).

De life-time prevalentie voor een bipolaire stoornis bedraagt 0.4-1.6%, met een hogere kans op aanvang van de stoornis tijdens de reproductieve jaren. De aanwezigheid van een bipolaire stoornis in de voorgeschiedenis is één van de grootste risico's voor het ontwikkelen van een postpartum psychose, waarbij 70% van de vrouwen met een bipolaire stoornis een herhal kent in de eerste 6 maanden postpartum (Viguera et al., 2011, Cantwell, 2016).

Postpartum psychose gaat vaker gepaard met suïcide (zie verder) en er is een hogere kans op infanticide ten gevolge van wanen en hallucinaties. Een data-analyse van de gegevens (1997-2012) uit de UK National Confidential Inquiry into Suicides and Homicides by People With Mental Illness (Khalifeh et al., 2016) toont aan dat infanticide zelden gebeurt. Het gaat over lage absolute cijfers: 2 van de 98 vrouwen die door suïcide in de perinatale periode om het leven kwamen, hadden eerst hun infant om het leven gebracht (zie verder). Het is aanbevolen om binnen de hulpverlening op een sensitieve manier te vragen naar gedachten rond het pijn berokkenen aan de baby of andere



oudere kinderen. Hierbij is het belangrijk om na te gaan of deze gedachten eerder obsessieel of psychotisch van aard zijn (Spinelli, 2009). Postpartum wanen zijn vaak ego-syntoon<sup>7</sup> en dwingend met een potentieel gevaarlijke inhoud.

## SUÏCIDE

In de hoge inkomenslanden (HIL) is suïcide één van de belangrijkste oorzaken van maternale sterfte (Howard et al., 2014). Volgens de meeste studies varieert het aandeel van maternale sterfte ten gevolge van suïcide tussen 3-13% in HIL (i.e. Europa, Noord-Amerika en Australië)(Khalifeh et al., 2016) en tussen 1-5% in lage en middelhoge inkomenslanden (Fuhr et al., 2014). Toch wordt zwangerschap in HIL niet beschouwd als een risicofactor voor suïcide. Suïcide komt er immers niet meer voor bij vrouwen in de peripartum periode vergeleken met niet-zwangere vrouwen in de vruchtbare periode (Phillips, 2014). Wel stellen we een verhoogd risico op suïcide bij ernstige psychiatrische stoornissen vast. We zien een 70x hogere kans op suïcide in het eerste jaar postnataal na een ernstige psychiatrische episode in vergelijking met andere momenten in het leven van de vrouw (Appleby et al., 1998).

Khalifeh en haar collega's (2016) vergeleken in een retrospectieve studie over een periode van 15 jaar (1997-2012) suïcides (n=4785) tussen vrouwen in de peripartum periode met niet-zwangere vrouwen van dezelfde leeftijd, die in contact waren met psychiatrische hulpverlening. Hun rapport geeft aan dat 1 op 50 suïcides in de leeftijdsgroep 16 – 50 jaar (n = 98) en 1 op 25 suïcides in de groep van 20-35 jarigen (n = 74) in de perinatale periode plaats hadden. Hierbij werd er een kleine dalende trend vastgesteld bij niet-zwangere vrouwen die sterven door suïcide, maar niet bij vrouwen in de perinatale periode. Uit hun studie blijkt tevens dat vrouwen die sterven door suïcide in de perinatale periode doorgaans een recente diagnose van depressie hadden zonder voorgeschiedenis van alcoholmisbruik. Tevens blijkt dat deze vrouwen minder kans hadden dat ze actief, i.e. medicamenteus, behandeld werden voor hun aandoening. Bijna 75% van de vrouwen die suïcide plegen in de perinatale periode maken gebruik van een gewelddadige methode. Dit gegeven zien we ook terugkomen in de UK National Enquiry into Maternal Deaths (<https://npeu.ox.ac.uk>) (MBRRACE-UK release, 2017).

De World Health Organisation (WHO) definieert maternale sterfte

als de dood van een vrouw tijdens de zwangerschap of binnen de 42 dagen na het beëindigen van de zwangerschap door een directe of indirecte oorzaak. Sterfte later dan 42 dagen en binnen het jaar na de beëindigen van de zwangerschap wordt herkend als late maternale sterfte. In de laatste rapportage over de periode 2013-2015 van de MBRRACE-UK studie (United Kingdom National Confidential Enquiry into Maternal Deaths)(MBRRACE-UK release, 2017) bedraagt de maternale mortaliteit 8.76 per 100.000 levend geboren kinderen in de UK. Suïcide is de derde grootste oorzaak van indirecte maternale sterfte (tijdens en tot 42 dagen na de zwangerschap) (0.52 per 100.000 levend geboren kinderen) en de eerste oorzaak van maternale sterfte tijdens de zwangerschap tot 1 jaar na het beëindigen van de zwangerschap. In de periode tussen 6 weken tot 1 jaar na de zwangerschap sterven 1 op 7 vrouwen door suïcide en een andere 13% ten gevolge van een psychiatrische oorzaak (i.e. accidentele overdosis, overlidens aan medische conditie ten gevolge van middelengebruik). Dit maakt dat bijna één vierde van de vrouwen in deze periode sterven ten gevolge van een psychiatrische stoornis.

Gerapporteerde risicofactoren voor maternale suïcide zijn het hebben van een psychiatrische stoornis (in 30-70% van de maternale suïcides was er een gekende psychiatrische stoornis), middelengebruik, partnergeweld, neonatale complicaties (i.e. perinatale sterfte) en lichamelijke comorbiditeit. Een Amerikaanse data-analyse (Palladino et al., 2011) toont aan dat 54.3% van de perinatale suïcides en 45.3% perinatale doodslagen geassocieerd waren met partnergeweld. Het is dan ook belangrijk om deze risicofactor te bevragen. Verder is het belangrijk om in de risico-assessment - bij voorkeur bij het eerste antenatale consult- de psychiatrische voorgeschiedenis te bevragen alsook te peilen naar suïcidetamens in het verleden, gezien het feit dat een suïcidetamen een levenslang risico inhoudt voor suïcide (Hawton and van Heeringen, 2009).

## **PSYCHOSE**

Jones en collega's (Jones et al., 2014) geven aan dat er weinig studies zijn die de prevalentie van ernstige mentale stoornissen (zoals bipolaire stoornis, affectieve psychose en schizofrenie) tijdens de zwangerschap hebben bestudeerd. Een Amerikaanse epidemiologische studie (Vesga-Lopez et al., 2008) geeft geen verschil aan in de

prevalentie van psychotische stoornissen (0-4%) bij vrouwen die het voorbije jaar zwanger waren ten opzichte van niet-zwangere vrouwen, terwijl een incidentie-studie (Munk-Olsen et al., 2006) een verminderde kans op een eerste psychiatrische opname tijdens de zwangerschap omwille van schizofrenie rapporteert. In vergelijking met de algemene populatie zijn vrouwen met schizofrenie wel vaker ongepland en ongewenst zwanger (Jones et al., 2014), en is de kans groter dat ze minder gebruik gaan maken van de aangeboden antenatale zorg (Cantwell, 2016). In de antenatale zorg stelt men vast dat er minder medicatie wordt voorgeschreven in de tweede en derde trimester in vergelijking met de eerste zwangerschapstrimester. De reden voor de discontinuatie van de medicatie is veelal onduidelijk: i.e. minder compliance met medicatie omwille van een verslechtering van het ziektebeeld of een verbetering van de ziekte of het stopzetten van de medicatie door patiënt of arts omwille van de zwangerschap (Jones et al., 2014). Studies tonen consequent een associatie aan met een vroegtijdige bevalling en een laag geboortegewicht (Prince et al., 2007), alsook een verhoogde kans op een miskraam of doodgeboorte (Cantwell, 2016). Obstetrische problemen worden

toegeschreven aan de ongezonde levensstijl, waarbij vrouwen met schizofrenie vaker middelen gebruiken.

De life-time prevalentie van schizofrenie is 1-2%, waarbij Paschetta en collega's (2010) aangeven dat er een verhoogd risico (24-25%) is op herval gedurende de eerste 3 maanden postpartum, vooral ten gevolge van een stopzetting van de medicamenteuze behandeling. Een Deense studie (Munk-Olsen et al., 2009) rapporteert dat 15.7% van de vrouwen met schizofrenie gehospitaliseerd werden in het eerste jaar postpartum, waarbij de eerste 60 dagen een hoger risico voor hospitalisatie inhielden. In vergelijking met een postpartum psychose bij een bipolaire stoornis zien we een minder snelle psychotische ontregeling in de eerste dagen na de bevalling bij vrouwen met schizofrenie. Bij de behandeling wijzen Jones en collega's (Jones et al., 2014) op het belang om een onderscheid te maken tussen het acute optreden van een postpartumpsychose en de reeds bestaande, chronische psychotische stoornis; omwille van de verschillende aanpak bij conceptie, zwangerschap en postpartumperiode.

Het opzetten van een goede ondersteuning in de antenatale fase is belangrijk. Niet alleen om te zorgen dat er voldoende hulp is voor de moeder

en haar gezin; maar ook omdat het risico groot is dat zwangere vrouwen met schizofrenie suboptimale zorg krijgen omdat ze het net moeilijk hebben om zich ook tijdens de zwangerschap op regelmatige basis te laten opvolgen (Cantwell, 2016).

## **ANDERE NIET-PSYCHOTISCHE STOORNISSEN**

### **OBSESSIEVE COMPULSIEVE STOORNIS**

Alhoewel de cijfers niet eenduidig zijn, vinden de groep van Russell (Russell et al., 2013) in een meta-analyse een significant hoger risico voor een obsessieve compulsieve stoornis (OCD) bij zwangere (2.07%) en postpartum (2.43%) vrouwen dan voor vrouwen in de algemene bevolking (1.08%). Obsessies hebben vaak betrekking op schrik voor besmetting of het stellen van agressief gedrag (accidenteel of intentioneel) naar de infants. Dit kan leiden tot compulsief schoonmaken, vermijdend of net andersom overbeschermend (intensief checken) gedrag bij de moeder, welke vaak een gezonde en functionele relatie tussen moeder en kind in de weg staat. Vermijdend gedrag wordt vooral waargenomen wanneer de moeder angst heeft om haar kind pijn te doen.

## **POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS**

De posttraumatische stressstoornis (PTSD) heeft eveneens een hoge comorbiditeit met depressie. In hun systematische review geeft Howard en collega's (Howard et al., 2014) aan dat de totale prevalentie van PTSD binnen de context van bevalling vaak wordt onderschat. De meeste studies brengen enkel traumatische ervaringen gerelateerd aan de bevalling in rekening. In hoge inkomstande wordt dit geschat op 1 à 2 %. Wanneer men diverse traumatische ervaringen includeert dan noteert men hogere prevalenties (6 à 8%).

## **EETSTOORNISSEN**

Eetstoornissen hebben van de psychiatrische stoornissen één van de hoogste mortaliteitscijfers. Om deze reden alleen al is detectie en behandeling ervan tijdens de zwangerschap en de postpartum periode essentieel. Alhoewel er aanwijzingen zijn dat tijdens de zwangerschap er minder symptomen kunnen optreden (met een reductie in boulemisch gedrag met elke zwangerschapstrimester), is dit anders voor de postnatale periode waar we vaker een verergering van de symptomen zien (Cantwell, 2016). Bij bestaande eetstoornissen geven

onderzoekers aan dat er tevens een verhoogde kans is op intra-uteriene groeiachterstand, miskraam en vroeggeboorte (Koubaa et al., 2005).

#### PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN

Met betrekking tot de persoonlijkheidsstoornissen rapporteren Howard en collega's (Howard et al., 2014) één Zweedse studie, welke een prevalentie van 6% aangeeft. Verder wijzen de auteurs op het feit dat comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen met andere niet-psychotische stoornissen niet alleen het risico op een negatieve uitkomst verhoogt, maar dat er ook sprake is van een zwakkere responsiviteit voor behandeling.

#### MIDDELENGEBRUIKSTOORNIS

Het gebruik van middelen tijdens de zwangerschap heeft ernstige gevolgen voor de gezondheid van de vrouw en haar baby. Recent Amerikaans onderzoek naar de prevalentie van middelengebruik vindt een prevalentie van 5.5% voor alcohol en druggebruik in de periode van conceptie tot geboorte (Kotelchuck et al., 2017). Dit stemt overeen met de gegevens uit de studie van Vesga-Lopez en collega's (Vesga-Lopez et al., 2008) (respectievelijk 3.6% voor alcohol en 1.6% voor illegale middelen).

#### PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN BIJ DE PARTNER

De laatste jaren wordt er meer en meer aandacht besteed aan de effecten van het ouderschap op de mentale gezondheid van de vaders. Een meta-analyse geeft een prevalentie van 7.2%-9.6% aan voor paternale depressie met een hogere prevalentie 3 à 6 maanden postpartum in vergelijking met prenataal (Cameron et al., 2016). Bovendien geven deze auteurs aan dat paternale depressie gelinkt is aan maternale depressie. Meer bepaald is maternale perinatale depressie de sterkste predictor voor paternale depressie, met een incidentie van paternale depressie bij 24-50% van de mannen wiens partner depressief is (Gavin et al., 2015, Goodman, 2004). Gentile en Fusco (2017) bevestigen de hoge prevalenties voor paternale depressie in de perinatale periode (i.e. 8.2%-13.2%), maar wijzen op de invloed van cultuurverschillen en locatie, met nog hogere scores in Amerikaanse onderzoeken. Deze bevindingen wijzen op de noodzaak van een gezinsgerichte aanpak (Gentile and Fusco, 2017).

## 4. Detectie

Door de frequente opvolging van de vrouw binnen de perinatale periode is dit een uitgelezen periode om aandacht te hebben voor haar fysieke, sociale en mentale gezondheid, alsook die van haar gezin. Het detecteren en bespreekbaar maken van sociale en mentale problemen tijdens de perinatale periode is van fundamenteel belang en is niet alleen een taak van geestelijke gezondheidswerkers. Huisartsen, vroedvrouwen, gynaecologen en kinderartsen dienen alert te zijn voor de herkenning van de psychische signalen, het identificeren van de risicofactoren en het sensitief bespreekbaar stellen van deze problemen.

In het volgende deel ligt de focus op het identificeren van risicofactoren, het screenen van depressie en angst, en de klinische assessment van deze klachten met indien nodig doorverwijzing voor zorg.

### RISICOFACTOREN

De etiologie van perinatale mentale stoornissen is complex en multifactorieel. Perinatale mentale stoornissen kunnen ontstaan als een gevolg van een reeds bestaande stoornis of als eerste manifestatie van een ernstige psychiatrische stoornis in de

postpartum periode (Paschetta et al., 2014, Jones et al., 2014).

Onderzoeken m.b.t. perinatale depressie onderscheiden verschillende risicofactoren. Het onderling vergelijken van deze studies is soms moeilijk omwille van gebrek aan diagnostische metingen, longitudinale studies en vergelijkbare groepen (Howard et al., 2014). Desalniettemin onderscheiden we volgende belangrijke risicofactoren:

- **Biologische risicofactoren:** genetische kwetsbaarheid, neurobiologische dysregulatie, hormonale veranderingen en immuniteitsfactoren (Yim et al., 2015, Herba et al., 2016, Cao-Lei et al., 2017), zwangerschapscomplicaties (Vigod and Stewart, 2009, Vigod et al., 2010).
- **Psychiatrische risicofactoren:** (familiaal) psychiatrische voorgeschiedenis (Lancaster et al., 2010, Howard et al., 2014), co-morbiditeit met angst (Lancaster et al., 2010, Ayers et al., 2015, MohamadYusuff et al., 2015), PTSD (verloskundige complicaties)(Andersen et al., 2012); (Haagen et al., 2015, Ayers et al., 2016), middelengebruik (Ross and Dennis, 2009, Vesga-Lopez et al., 2008).

- **Psychologische risicofactoren:** persoonlijkheidskenmerken (hoog neuroticisme)(Robertson et al., 2004), laag en inconsistent zelfbeeld (Franck et al., 2016, Reck et al., 2012), negatieve cognities m.b.t. moederschap en ouderschapsstress (Biaggi et al., 2016), hechtingsproblemen (Herba et al., 2016), niet-gewenste zwangerschap (Truijens et al., 2017).
- **Sociale risicofactoren:** gebrek aan sociale ondersteuning (Biaggi et al., 2016, Stuart and Koleva, 2014), partnergeweld (Howard et al., 2013, Oram et al., 2017), (recente) levensgebeurtenissen/trauma/stress, armoede, ...) (Silverman and Loudon, 2010).

Er is minder eenduidigheid rond socio-economische factoren en demografische variabelen (leeftijd, opleidingsgraad, tewerkstelling, etniciteit, pariteit, ...) (Biaggi et al., 2016, Robertson et al., 2004). Algemeen kan wel gesteld worden dat kwetsbare populaties (tienermoeders, immigranten en vluchtelingen, kansarme moeders, ...) minder toegang hebben tot kwalitatieve zorg en bijgevolg een toegenomen risico hebben op mortaliteit en morbiditeit (Miller et al., 2016). Zij verdienen bijzondere aandacht bij het ontwikkelen van adequate, toegankelijke zorg.

<b>Sociale risicofactoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partnergeweld</li> <li>• (Recente) negatieve levensgebeurtenissen/trauma/stress</li> <li>• Gebrek aan sociale ondersteuning</li> </ul>
<b>Psychologische/psychiatrische factoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persoonlijkheidskenmerken</li> <li>• Psychiatrische voorgeschiedenis (ernstige psychiatrische stoornissen (bipolaire stoornis, affectieve psychose en schizofrenie), depressie, angst, PTSD, middelengebruik, ...)</li> <li>• Familiaal psychiatrische voorgeschiedenis</li> <li>• Niet-gewenste zwangerschap</li> </ul>
<b>Biologische factoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genetische kwetsbaarheid</li> <li>• Zwangerschapscomplicaties</li> </ul>

Kader 1

Het psychosociaal assessment houdt een bevraging van de eigen en familiale psychiatrisch voorgeschiedenis in, alsook het ervaren van psychosociale steun, het al dan niet slachtoffer zijn van seksueel en partnergeweld en het gebruik van middelen (nicotine, ethyl en drugs). Daarnaast worden enkele specifieke vragen gesteld m.b.t. de zwangerschap, meer bepaald of deze zwangerschap gewenst is en of er zwangerschapscomplicaties (nu en in verleden) zijn geweest. Ook materiële omstandigheden (woonsituatie en financiële toestand) en gezondheidsgerelateerde factoren (huisarts, opvolging zwangerschap, mutualiteit, ...) worden bevroegd. In kader 2 is een lijst van de risicofactoren opgenomen die we minimaal belangrijk achten om te bevragen, met voorbeelden van mogelijke vragen.

Het psychosociale assessment zou standaard deel moeten uitmaken van geïntegreerde perinatale zorg, teneinde een ruimer beeld te krijgen van de leefomstandigheden en sociaal culturele context van elke vrouw en haar gezin. Het vormt een basis voor aansturing tot goede zorg (Austin, 2015). Psychosociale assessment heeft niet als doel psychiatrisch te diagnosticeren, daar dit het risico inhoudt op verdere stigmatisering en discriminatie

van een sociaal, kwetsbare groep (Yawn et al., 2015). Een niet-GGZ gezondheidswerker die evenveel aandacht besteedt aan de mentale als aan de fysieke gezondheid geeft een belangrijk signaal van gelijke waardering ('parity of esteem') van deze beide gezondheidsfactoren. Het draagt bij tot een vergroten van het algemeen begrip voor perinatale mentale problemen en werkt potentieel drempelverlagend in het toeleiden naar zorg en behandeling.

Het psychosociale assessment gebeurt best bij eerste contact met de perinatale zorg, op moment van intake. Deze vindt meestal plaats rond 6-8 weken van de zwangerschap. Dit kan opgenomen worden door elke betrokkene (vroedvrouwen, gynaecologen, huisartsen, verpleegkundige expert, ...) binnen een perinataal zorgpad.

Binnen het Gentse Perinatale Project, welke een samenwerking is van de diensten verloskunde en psychiatrie van het UZ Gent enerzijds en de Moeder-Baby-Unit (MBU) van Karus - campus Gent, zal dit in eerste instantie opgenomen worden door de vroedvrouwen in het (uitgebreide) consult rond de 16 weken. Binnen dit consult hebben de vroedvrouwen meer ruimte voor het voeren van een gesprek rond deze risicofactoren. Deze taak kan ook opgenomen worden door de huisarts,



# Psychosociale assessment: bevragen van risicofactoren

## RISICOFACTOREN (complex + multi-factorieel)

- Psychiatrische voorgeschiedenis
- Familiaal psychiatrische voorgeschiedenis (i.h.b. bipolaire stoornis)
- Middelengebruik
- Gebrek aan sociale steun (praktisch/emotioneel)
- Gebrek aan tevredenheid met steun van partner
- (Partner)geweld
- Seksueel geweld (nu, in verleden, er nog onder lijden)
- Zwangerschapscomplicaties (nu en in voorgeschiedenis), spontane abortus, zwangerschapsonderbreking, doodgeboorte
- Ongeplande of ongewenste zwangerschap
- Kwetsbare groepen: financiële problemen, huisvestingsproblemen, adolescenten, immigranten, vluchtelingen (toegang tot zorg?)

## ANTENATALE ASSESSMENT VAN RISICOFACTOREN (intake 6 – 8 weken of eerste contact) suggesties voor vragen

We weten dat 1 op 5 vrouwen het psychisch of emotioneel moeilijk heeft tijdens de zwangerschap of na de bevalling. Dat heeft een negatieve invloed op het hele gezin. Daarom vragen we aan iedereen een aantal vragen over psychische gezondheid.

### Ongewenste zwangerschap

- Voor je zwanger werd,
  - Was je van plan om een kind te krijgen?
  - Wou je (nog) wel een kind krijgen, maar op een later moment?
  - Wou je geen kind(eren) (meer) krijgen?

### Sociale steun

- Kan je rekenen op praktische hulp bij de zorg voor de baby, je huishouden en ev andere kinderen? Van wie?
  - Bij ontkennen van hulp: als het nodig zou zijn, op wie zou je dan een beroep kunnen doen?
- Kan je met iemand in je omgeving praten over je gevoelens en zorgen? Wie?
  - Ev. Kan je terecht bij je moeder wanneer je vragen hebt rond je zwangerschap?
- Heeft u een partner?
  - Kan je rekenen op de steun van je partner?
  - Ev. hoe zou u de relatie met uw partner omschrijven?

## **(PARTNER)GEWELD (enkel bevragen wanneer zwangere alleen kan geïnterviewd worden)**

- Heeft er iemand je met de vuist geslagen, met de vlakke hand geslagen, geschopt of op een andere manier fysiek pijn gedaan?
  - Wanneer? Recent (laatste jaar)/voorgeschiedenis?)
  - Kan je mij vertellen wie dit gedaan heeft?(niet doorvragen)
- Heeft er iemand je op een seksuele manier aangeraakt wanneer je dat niet wou of je gedwongen, tot seksuele activiteiten?
  - Wanneer? Recent (laatste jaar /voorgeschiedenis?)
  - Kan je mij vertellen wie dit gedaan heeft? (niet doorvragen)
- Heeft er iemand je vernederd of gekleineerd ten opzichte van andere mensen, bedreigd om je pijn te doen, dingen gedaan om je opzettelijk bang te maken of je op een andere manier emotioneel pijn gedaan?
  - Wanneer? Recent (laatste jaar /voorgeschiedenis?)
  - Kan je mij vertellen wie dit gedaan heeft? (niet doorvragen)
- Op een schaal van 0 tot 10: in welke mate heb je momenteel last van deze ervaringen?
- Ev. extra vragen bij partnergeweld
  - Voelt u zich veilig thuis?
  - Maakt u zich zorgen rond de veiligheid van uw kinderen?

### **Psychiatrische voorgeschiedenis**

- Heb je ooit al psychische problemen (zoals een depressieve episode, een angststoornis of een ander psychisch probleem) gehad?

### **OF**

- Ben je ooit in behandeling geweest bij een psychiater, psycholoog of huisarts voor emotionele problemen?
  - Voor welk probleem?
  - Kreeg je hiervoor medicatie? Welke?
  - Heb je ooit al een zelfmoordpoging ondernomen?
- Ben je momenteel in behandeling bij een psychiater of psycholoog of word je gevolgd door je huisarts voor psychische problemen?
  - Gebruik je hiervoor momenteel medicatie? Welke?
  - Wie is je huidige behandelaar?
    - Contactname Ja / neen

### **Familiaal psychiatrische voorgeschiedenis**

- Zijn er mensen in je familie (grootouders, ouders, broers of zussen) met psychiatrische stoornis of voorgeschiedenis? Welke problematiek?

### **Middelengebruik**

- Drink je alcohol?
  - Zo ja, hoe vaak drinkt u alcohol?

- Hoe vaak komt het voor dat je meer dan 5 eenheden drinkt bij 1 enkele gelegenheid?
- Ev. Heb je wel eens het gevoel gehad te moeten minderen met drinken?
- Rook je?
  - Zo ja, hoeveel sigaretten rookt u per dag/(week)?
- Gebruik je (recreationeel) drugs?
  - Zo ja, welke middelen? Cannabis (bvb. marihuana/hash/wiet), solventen, cocaïne, stimulantia (bv speed, XTC, MDMA), hallucinogenen (bvb. Lsd) of narcotica (bvb. heroïne) ander: .....
  - Heb je in het verleden verslavende middelen gebruikt?

### **Kwetsbare groepen**

- Materiële omstandigheden
  - Ervaar je financiële moeilijkheden? Kom je maandelijks rond?
  - Ev. als er een grote onverwachte kost komt, hoe gemakkelijk kan je die betalen?
  - Ev. ben jij, of je partner (voltijds) aan het werk?
- Ben je tevreden over je woonsituatie? Ervaar je stress rond je woonsituatie?

### **Gezondheid**

- Wie volgt je zwangerschap op? Wanneer is je volgende afspraak?
- Heb je een vaste huisarts?
  - Ev. Naar wie ga je wanneer jij of iemand van je gezin ziek is?
- Ben je in orde met de mutualiteit?
- Is de informatie die je krijgt voldoende? Is de informatie duidelijk?

### **Hulpvraag**

- Heeft u het gevoel dat u bij één van de bovengenoemde problemen hulp zou kunnen gebruiken?
  - Ja
  - Ja, maar niet nu
  - Neen
- Welke hulp zou u graag krijgen? Welke instantie?

die zijn patiënt nauw opvolgt of door de gynaecoloog bij een patiëntencontact.

Bij aanwezigheid van psychosociale stressoren (> 2 of 1 hoog-risico) kan de vraag gesteld worden of men hiervoor hulp wenst (Austin et al., 2011). Onder hoog-risico factor verstaan we psychiatrische voorgeschiedenis (i.e. bipolaire stoornis), middelengebruik en partnergeweld. Deze vraag naar bijkomende hulp kan beoordeeld worden als “ja”, “ja, maar niet vandaag”, “neen” (Arroll et al., 2005)<sup>8</sup>. Deze opties maken het mogelijk om op elk tijdstip hulp terug bespreekbaar te maken en om gericht door te verwijzen naar ondersteunende instanties indien gewenst (o.a. sociale dienst, Kind & Gezin, gespecialiseerde raadpleging Kind & Gezin, huis van het kind, ...).

## IDENTIFICATIE

Binnen de standaard obstetrische zorgverlening spreken vrouwen weinig spontaan over hun emotionele problemen omwille van taboe en stigma. Er wordt vaak gedacht dat deze emotionele veranderingen eigen zijn aan de zwangerschap (Kingston et al., 2015, Milgrom and Gemmill, 2014). Wanneer de focus hoofdzakelijk op de fysieke gezondheid van moeder en kind ligt, merken we dat ook gezondheidswerkers antenataal emotionele klachten

vaak verkeerdelijk toeschrijven aan fysieke en hormonale veranderingen (Biaggi et al., 2016).

Gezien het feit dat perinatale mentale stoornissen ernstige consequenties kunnen hebben m.b.t. maternale morbiditeit en mortaliteit, alsook negatieve gevolgen kunnen hebben voor het kind is er een toegenomen interesse in methoden om deze stoornissen sneller en beter te kunnen identificeren en zodoende te kunnen behandelen. Het gebruik van universele screeningsmethoden wordt meer en meer gezien als goede zorg, welke ultiem moet leiden tot een daling van de morbiditeit (Milgrom and Gemmill, 2014). Een belangrijke kanttekening is dat een positieve screening niet noodzakelijk een identificatie van een mentale stoornis inhoudt. Enkel een klinisch diagnostisch proces kan leiden tot een diagnose en de daaruit vloeiende behandeling. Derhalve zouden screeningsinstrumenten moeten leiden tot het identificeren van die vrouwen die nood hebben aan verdere psychosociale en klinische assessment (Howard et al., 2014). Screening heeft niet tot doel een mentale stoornis te diagnosticeren, evenmin kan het een sensitieve bevraging met oog voor de context van de vrouw en haar gezin vervangen (The Lancet editorial, 2016).

Positieve screening moet leiden tot goede zorg.

Het gebruik van een screeningsinstrument wordt beschouwd als effectief wanneer de mentale stoornis ernstig, hoog prevalent, ondergediagnosticeerd en behandelbaar is en wanneer er een aanvaardbare, accurate screeningsprocedure beschikbaar is die leidt tot verdere zorg (Milgrom and Gemmill, 2014). Wanneer screening door getrainde gezondheidswerkers gecombineerd wordt met een geïntegreerde zorg tonen -weliswaar een beperkt aantal- gerandomiseerde gecontroleerde studies een zekere evidentie aan voor klinische doeltreffendheid in het reduceren van morbiditeit postpartum (Howard et al., 2014) en zijn ze kosteneffectief (Bauer et al., 2016).

Reviewonderzoek naar de impact van universeel screenen voor depressie binnen de eerste lijnszorg – zonder bijkomende zorgprogramma's en/of psychiatrische zorg – heeft aangetoond dat routinematig screenen geen nut heeft (Gilbody et al., 2008). Naar aanleiding van deze analyse raden deze auteurs aan om naast het screenen het diagnostisch proces, de behandeling en de follow-up mee te organiseren. Screenen zonder assessment en toeleiding naar gespecialiseerde zorg

legt bovendien volgens Palladino en collega's (Palladino et al., 2011) een bijkomende last bij de patiënt voor de verdere opvolging.

Screenen heeft derhalve maar zin als dit deel uitmaakt van een geïntegreerd zorgpad, bij voorbaat deel uitmakend van routine perinatale zorg. Dit werkt drempelverlagend (Kingston et al., 2015).

## **SCREENING VAN DEPRESSIE**

### **WELK INSTRUMENT?**

Het meest gebruikte screeningsinstrument is de Edinburgh (Postnatal) Depression Scale (afgekort EPDS of EDS) (Cox et al., 1987), (zie kader 3) die voor antenataal en postnataal gebruik gevalideerd en in meerdere talen vertaald en beschikbaar is. Het betreft een zelfrapportagevragenlijst bestaande uit 10 items, waarvan één item peilt naar suïcidale ideaties. De diagnostische performantie van de EDS wordt over het algemeen als goed beschouwd, maar is afhankelijk van de populatie, de prevalentie, de vertaling en de gebruikte cut-off (Howard et al., 2014) en is peripartumspecifiek (Owora et al., 2016).

Antenataal heeft de EDS de minste variatie en de hoogste diagnostische performantie over de

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

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

1. Ik heb kunnen lachen en de zonnige kant van de dingen kunnen inzien:
  - Zoveel als ik altijd kon
  - Niet zo veel nu als anders
  - Zeker niet zo veel nu als anders
  - Helemaal niet
2. Ik heb met plezier naar dingen uitgekeken:
  - Zoals altijd of meer
  - Wat minder dan ik gewend was
  - Absoluut minder dan ik gewend was
  - Nauwelijks
3. Ik heb mij zelf onnodig verwijten gemaakt als er iets fout ging:
  - Ja, heel vaak
  - Ja, soms
  - Niet erg vaak
  - Nee, nooit
4. Ik ben bang of bezorgd geweest zonder dat er een aanleiding was:
  - Nee, helemaal niet
  - Nauwelijks
  - Ja, soms
  - Ja, zeer vaak
5. Ik reageerde schrikachtig of paniekerig zonder echte goede reden:
  - Ja, tamelijk vaak
  - Ja, soms
  - Nee, niet vaak
  - Nooit
6. De dingen groeiden me boven het hoofd:
  - Ja, meestal was ik er niet tegen opgewassen
  - Ja, soms was ik minder goed tegen dingen opgewassen dan anders
  - Nee, meestal kon ik de dingen erg goed aan
  - Nee, ik kon alles even goed aan als anders
7. Ik voelde me zo ongelukkig dat ik er bijna niet van kon slapen:
  - Ja, meestal
  - Ja, soms
  - Niet vaak
  - Helemaal niet
8. Ik voelde me somber en beroerd:
  - Ja, bijna steeds
  - Ja, tamelijk vaak
  - Niet erg vaak
  - Nee, helemaal niet
9. Ik was zo ongelukkig dat ik heb zitten huilen:
  - Ja, heel vaak
  - Ja, tamelijk vaak
  - Alleen af en toe
  - Nee, nooit
10. Ik heb er aan gedacht om mezelf iets aan te doen:
  - Ja, tamelijk vaak
  - Soms
  - Nauwelijks
  - Nooit

## SCORING

### Vraag 1,2 & 4

Worden gescoord als 0,1,2 of 3 met de bovenste antwoordmogelijkheid als 0 en de onderste antwoordmogelijkheid als 3.

### Vraag 3,5-10

Worden omgekeerd gescoord, met de bovenste antwoordmogelijkheid als 3 en de onderste antwoordmogelijkheid als 0.

Maximumscore: 30

Mogelijke depressie: 10 of meer

Kijk altijd naar item 10 (suïcidale gedachten)

### INSTRUCTIES VOOR AFNAME:

1. De moeder wordt gevraagd het antwoord aan te kruisen dat het meest dicht in de buurt komt van hoe ze zich de afgelopen 7 dagen heeft gevoeld.
2. Alle items moeten ingevuld zijn.
3. Er moet worden voorkomen dat de moeder haar antwoorden gaat overleggen met anderen.
4. De moeder moet de lijst zelf invullen (tenzij dit niet lukt omdat ze moeite heeft met Nederlands of moeite heeft met lezen).

verschillende trimesters met een sensitiviteit<sup>9</sup> van 63-94% en een specificiteit<sup>10</sup> van 83-98%; met de hoogste performantie in het 2<sup>de</sup> (sensitiviteit van 94%) en het 3<sup>de</sup> trimester (Owora et al., 2016). De diagnostische performantie is veel lager tijdens de postpartum periode en kent een hogere variatie. Mogelijks is het includeren van de baby blues hiervoor verantwoordelijk, gezien geen enkele van de 14 geïncludeerde studies hiervoor corrigeerde (Owora et al., 2016).

Daartegenover staat het gebruik van enkele eenvoudige vragen in een interview, zoals aangeraden in de NICE Guidelines (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2007). Het gebruik van de Whooley-vragen (Whooley et al., 1997) (zie kader 4) is ondertussen gevalideerd in een antenatale en postnatale setting, waaruit blijkt dat deze een depressie in de perinatale periode (met een aanvaardbare accuraatheid) kunnen uitsluiten (negatieve predictieve waarde van 100%)<sup>11</sup> (Mann et al., 2012, Milgrom and Gemmill,

## Screening van depressie a.d.h.v. de Whooley-vragen

### Depressie (Whooley)

- Heeft u gedurende de voorbije maand vaak last gehad van neerslachtigheid, een depressief of wanhopig gevoel?  
→ Ja / nee
- Heeft u gedurende de laatste maand minder plezier of interesse in wat u doet?  
→ Ja / nee
- 1/2 EDS

### Kader 4

2014). Er is minder evidentie voor het gebruik van de 3<sup>de</sup> vraag<sup>12</sup>, die peilt naar hulpvraag, zoals aangegeven in de NICE Guidelines, omdat deze de sensitiviteit (tot 58% antenataal en 39% postnataal) zou verlagen. Het gebruik van de Whooley-vragen kan derhalve gebruikt worden om te triëren (Mann et al., 2012). Op deze manier kan men potentieel het aantal vrouwen reduceren (met 50 à 60%) die met een uitgebreider screeningsinstrument, zoals de EDS, moeten gescreend worden (Milgrom and Gemmill, 2014).

Deze twee-trapsgewijze screening heeft als voordeel dat een universele screening op relatief betrouwbare manier kan doorgevoerd worden zonder dat alle vrouwen de uitgebreidere vragenlijsten dienen in te vullen. Dit is tijds- en kostenbesparend. Verder volgen we de aanbevelingen van de NICE Guidelines (National Institute for Health Care Management (NICE), 2015), die stellen dat indien 1

van de 2 vragen positief beantwoord worden, men daarna de EDS schriftelijk dient af te nemen.

### WANNEER SCREENEN?

Gezien antenatale depressie de grootste voorspeller is voor een postnatale depressie is het vanuit een preventieve gedachte zinvol om reeds in de antenatale periode te screenen. Een systematische review (Yim et al., 2015) die een integratie beoogt van biologische en psychosociale factoren, wijst vanuit de onderzoeken m.b.t. stresshormonen (Corticotropin Releasing Hormone (CRH)) en onderzoeken m.b.t. de B-endorfines op de kritieke periode van 25 weken in de zwangerschap. Vrouwen met hogere B-endorfines tijdens de zwangerschap zouden 9 weken postpartum meer kans hebben op depressieve symptomen.

Daarnaast spelen pragmatische factoren een rol. Zo screent men het best wanneer de meeste vrouwen in



contact komen met gezondheidswerkers (Ayers et al., 2015). Ook hoopt men dat een vroegere interventie leidt tot een geringere impact op de foetus (epigenetische kwetsbaarheden), alsook tot een lagere morbiditeit (Herba et al., 2016).

Rekening houdend met deze bevindingen wensen wij antenataal de screening te associëren met de geplande echografie op 20 à 21 weken. Postnataal gaat de voorkeur uit naar het gynaecologisch consult 6 weken postpartum, om het effect van de baby blues te vermijden. Het is tevens aangewezen om nogmaals te screenen rond de 6 maanden postnataal (Gavin et al., 2005).

#### DOOR WIE?

Elke gezondheidswerker die betrokken is bij de opvolging van de zwangerschap of de opvolging postpartum kan in principe screenen. Bij de ontwikkeling van een perinataal zorgpad binnen een bepaalde setting of regio kunnen de betrokken hulpverleners met elkaar afstemmen ('wie, wat en wanneer screent') en dit systematisch opnemen, opvolgen en evalueren.

Binnen het Gents Perinataal Project zal dit in eerste instantie opgenomen worden door de vroedvrouwen

bij de geplande echografie rond de 20 à 21 weken antenataal en op 6 weken postpartum. Deze taak kan echter ook opgenomen worden door de huisarts, die zijn patiënt nauw opvolgt of door de gynaecoloog binnen een patiëntencontact.

## SCREENING VAN ANGST

#### WELK INSTRUMENT?

De NICE Guideline (National Institute for Health Care Management (NICE), 2015) raadt ook aan te screenen naar angststoornissen. Ze stellen voor dit te doen aan de hand van de GAD-2, een korte screeningsvragenlijst die peilt naar gegeneraliseerde angst aan de hand van een 4 punt Likert-schaal. In kader van de zoektocht naar een valide screeningsinstrument voor angst geven Ayers et al. (2015) aan om niet specifiek naar depressie, angst of stress te screenen, maar eerder generiek naar algemeen onbehagen a.d.h.v. Matthey Generic Mood Questionnaire. Dit sluit aan bij de bevindingen van Stein en collega's (Stein et al., 2012) die aangeeft dat de EDS meer peilt naar psychologisch onbehagen dan naar depressie. Anderzijds heeft factoranalytisch onderzoek (Matthey et al., 2013, Phillips et al., 2009, Bowen et al., 2008) aangetoond dat de EDS geen

1ste contact (ten laatste 16 weken)	20 à 21 weken (combinatie met echografie)
<b>Zorgverlener: vroedvrouw, verpleegkundig expert, arts,...</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bepalen risicofactoren (zie lijst)</li> <li>• Bij &gt;2 risicofactoren of 1 hoog risicofactor peilen naar hulpvraag</li> <li>• Pos. hulpvraag: doorverwijzing gespec. hulpverlening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening Whooley en GAD-2, ev. EDS en GAD-7 (zie screeningsprot.)</li> <li>• EDS score (10-12) en GAD-7 (10-14): inplannen herscreening</li> <li>• EDS ≥ 13 OF GAD-7 ≥ 15: inplannen klinisch assessment</li> <li>• EDS vraag 10 pos.: risicotaxatie (zie VLESP)</li> <li>• Inschatten hoogdringendheid: doorverwijzing gespec. hulpverlening</li> </ul>
<b>Gynaecoloog</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motiveer voor verdere gespec. hulpverlening bij twijfel</li> <li>• Informeren HA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motiveer voor verdere gespec. hulpverlening bij twijfel</li> <li>• Informeren HA</li> </ul>
<b>Psychiater (liaison of Spoed-), psycholoog</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inschatten suïcidaliteit</li> <li>• Klinisch assessment</li> <li>• Ev.: instellen behandeling</li> <li>• Informeren HA</li> </ul>	

volgend consult bij EDS score (10-12) en GAD-7 (10-14) (20 à 21 w)	6 weken postpartaal (combinatie met postpartumcontrole )
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening Whooley en GAD-2, ev. EDS en GAD-7 (zie screeningsprot.)</li> <li>• EDS score (10-12) en GAD-7 (10-14): inplannen herscreening</li> <li>• EDS <math>\geq</math> 13 OF GAD-7 <math>\geq</math> 15: inplannen klinisch assessment</li> <li>• EDS vraag 10 pos.: risicotaxatie (zie VLESP)</li> <li>• Inschatten hoogdringendheid: doorverwijzing gespec. hulpverlening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening Whooley en GAD-2, ev. EDS en GAD-7 (zie screeningsprot.)</li> <li>• EDS score (10-12) en GAD-7 (10-14): inplannen herscreening</li> <li>• EDS <math>\geq</math> 13 OF GAD-7 <math>\geq</math> 15: inplannen klinisch assessment</li> <li>• EDS vraag 10 pos.: risicotaxatie (zie VLESP)</li> <li>• Inschatten hoogdringendheid: doorverwijzing gespec. hulpverlening</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motiveer voor verdere gespec. hulpverlening bij twijfel</li> <li>• Informeren HA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motiveer voor verdere gespec. hulpverlening bij twijfel</li> <li>• Informeren HA</li> </ul>
of HA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inschatten suïcidaliteit</li> <li>• Klinisch assessment</li> <li>• Ev.: instellen behandeling</li> <li>• Informeren HA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inschatten suïcidaliteit</li> <li>• Klinisch assessment</li> <li>• Ev.: instellen behandeling</li> <li>• Informeren HA</li> </ul>

unidimensionele depressieschaal is, maar dat er op een betrouwbare wijze een onderscheid kan gemaakt worden tussen angst en depressie. Zo blijkt dat 3 vragen van de EPDS, nl. vraag 3-4-5 ondergebracht in de EDS-3A (zie kader 3), voldoende sensitief zijn voor het opsporen van angst in de perinatale periode. Twee studies hebben tevens empirische evidentie voor een optimale cut-off score voor de EDS-3A in vergelijking met de DSM-IV diagnostische criteria. De onderzoeken hebben echter betrekking op een verschillende populatie en gebruiken een verschillend tijdstip voor hun meting. Matthey en collega's (Matthey et al., 2013) onderzochten 6 weken postnataal de EDS-3A in een steekproef van antenaal gerecruteerde vrouwen op GAD, OCD en paniek, terwijl Phillips en collega's (Phillips et al., 2009) vrouwen die een specialistische pediatrie dienst consulteerden binnen het eerste jaar postnataal, onderzochten. Deze laatste includeerde ook sociale angst, specifieke fobie en angststoornis niet anders omschreven. Beide studies hebben met hun respectievelijke cut-off scores (6 en 4) ongeveer 2/3 van de vrouwen met een angststoornis kunnen detecteren, maar dit ging ten koste van een lagere specificiteit (gevaar voor vals positieven). Dit is volgens één van de auteurs

(Matthey et al., 2013) echter niet anders dan voor een hoge score op de totale EPDS. In de studie van Phillips en collega's (Phillips et al., 2009) blijkt dat het optrekken van de cut-off score met 1 punt (cut-off score van 5) resulteert in een betere specificiteit (90% i.p.v. 70%) en geringere misclassificatie<sup>13</sup> (32% i.p.v. 41%), maar de sensitiviteit (47% i.p.v. 63%) verlaagt.

We stellen voor om in analogie met de screening voor depressie een trapsgewijze screening naar angst door te voeren. Zo ver we weten is hier nog geen onderzoek naar gebeurd.

Om zo laagdrempelig mogelijk te zijn, stellen we voor om geen Likert-schaal te gebruiken bij de bevraging van angst aan de hand van de GAD-2, maar net zoals bij de Whooley vragen de vrouw te laten antwoorden met een 'ja' of 'neen' (zie kader 5). Indien beide vragen positief beantwoord worden, zal de EDS (schriftelijk) worden aangeboden. Hierbij zal de factor angst berekend worden (EDS-3A) en zal bij een cut-off score van 5, de uitgebreidere angstvragenlijst GAD-7 (zie kader 6) aangeboden worden.

#### WANNEER SCREENEN?

Om pragmatische redenen wordt op hetzelfde tijdstip antenataal (20 à 21 weken) en postnataal (6 weken)

## Screening van angst a.d.h.v. de GAD-2

- Heeft u zich de afgelopen 2 weken vaak zenuwachtig, ongemakkelijk of gespannen gevoeld?  
→ Ja / nee
- Bent u de afgelopen 2 weken niet in staat geweest om te stoppen met piekeren of om controle te krijgen over het piekeren?  
→ Ja / nee
- Positieve screening: 2/2

### Kader 5

gescreend als bij de depressie. Bovendien zijn er aanwijzingen (Ayers et al., 2015) dat angst in de 1<sup>ste</sup> en 3<sup>de</sup> trimester van de zwangerschap hoger liggen, maar meer gerelateerd zijn aan voorbijgaande toestandsgebonden factoren. Door afname van die situatie-specifieke stressoren ligt de angst in de 2<sup>de</sup> semester lager en zou bijgevolg meer traitgebonden<sup>14</sup> kunnen zijn.

### DOOR WIE?

Elke gezondheidswerker die betrokken is bij de opvolging van de zwangerschap of de opvolging postpartum kan screenen.

Binnen het Gents Perinataal Project zal dit in eerste instantie opgenomen worden door de vroedvrouwen. Deze taak kan echter ook opgenomen worden door de huisarts, die zijn patiënt nauw opvolgt of door de gynaecoloog binnen een patiëntencontact.

### TRAINING

Binnen het opstellen van een zorgpad voor perinatale geestelijke gezondheid is het zinvol om voor niet-GGZ zorgverleners een korte opleiding te voorzien met betrekking tot het sensitief bevragen van de risicofactoren, het bespreekbaar stellen van psychische klachten en het leren motiveren tot het opnemen van een behandeling.

Binnen het Gents Perinataal Project is er een tweedaagse opleiding uitgebouwd met de volgende doelstellingen: 1) een basispakket aan kennis en vaardigheden bieden om psychische veranderingen bij aanstaande ouders beter te herkennen en begeleiden; 2) de theoretische kaders en de praktische tools bieden om signalen en symptomen te detecteren, te screenen naar psychische problemen, emotionele veranderingen bespreekbaar te maken, een behandeling of begeleiding op te starten en door te verwijzen naar de gepaste zorg- en hulpverlening; 3)

mogelijkheid tot een intervisie-netwerk waarin de deelnemers elkaar min. 2 keer per jaar treffen voor het uitwisselen van ervaringen en advies, het

bespreken van complexe casussen en het uitbouwen van een concreet verwijksnetwerk.

## GAD-7

Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van de volgende problemen?

*(Omcirkel het antwoord dat voor u van toepassing is)*

Helemaal  
niet

Meerdere  
dagen

Meer dan  
de helft  
van de  
dagen

Bijna elke  
dag

1. Zich zenuwachtig, ongemakkelijk of gespannen voelen

0

1

2

3

2. Niet in staat zijn om te stoppen met piekeren of om controle te krijgen over het piekeren

0

1

2

3

3. Zich te veel zorgen maken over verschillende dingen

0

1

2

3

4. Moeite om u te ontspannen

0

1

2

3

5. Zo rusteloos zijn dat het moeilijk is om stil te zitten

0

1

2

3

6. Snel geïrriteerd of prikkelbaar zijn

0

1

2

3

7. Zich bevreesd voelen alsof er iets afschuwelijks zou kunnen gebeuren

0

1

2

3

**(For office coding: Total Score T \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ )**

# 5. Klinische assessment

## KLINISCHE ASSESSMENT BIJ EEN POSITIEVE SCREENINGSSCORE.

Zoals hoger reeds aangegeven, heeft screenen maar zin als het deel uitmaakt van een geïntegreerde zorg, bij voorbaat deel uitmakend van routine perinatale zorg. Bovendien duidt een positieve score op een screeningsinstrument enkel op een verhoogde kans dat de huidige klachten kunnen verklaard worden door een mentale stoornis. Derhalve kan het stellen van een diagnose enkel door een klinisch diagnostische assessment uit te voeren. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de DSM-5 criteria (American Psychiatric Association, 2013) om vast te stellen of er sprake is van een mentale stoornis.

Een klinische assessment kan uitgevoerd worden door de huisarts, een psycholoog met kennis van de perinatale mentale stoornissen of een psychiater. Diagnostische instrumenten zoals de M.I.N.I (MINI International Neuropsychiatrisch Interview) of de SCID-5-S (Structureel Klinisch Interview voor DSM-5 Syndroomstoornissen) kunnen hierbij gehanteerd worden.

We opteren voor een klinische assessment bij een positieve score van 13 of meer op de EDS en/of een score van 15 of meer op de GAD-7 (zie bovenstaande figuur). Bij een score lager dan

10 op de EDS en/of een score lager dan 9 op de GAD-7 krijgt de vrouw de gebruikelijk zorg. Bij een score tussen 10 en 12 op de EDS en respectievelijk een score tussen 10 en 14 op de GAD-7 stellen we watchfull waiting voor, waarbij er bij het volgende consult een herbevraging a.d.h.v. de screeningslijsten gebeurd; waarna alsnog bij een positieve score kan doorverwezen worden voor een klinische assessment.

Bij het voorgestelde trapsgewijze screeningsinstrument wordt er niet alleen aandacht gegeven aan de depressieve stoornis, maar ook aan de comorbide angststoornis en de angststoornis in afwezigheid van een depressieve stoornis. Het spreekt voor zich dat bij een klinisch assessment niet alleen deze stoornissen bevraagd worden, maar er aandacht gaat naar alle psychische stoornissen. De E(P)DS screent bovendien niet voor een bipolaire stoornis. Derhalve moet er steeds het risico op het ontwikkelen van een postnatale psychose nagegaan worden (Cox, 2017). O'Hara en Wisner (2014) wijzen er op dat heel specifiek bij een depressieve presentatie vaak de onderliggende bipolaire stoornis niet altijd herkend wordt en bijgevolg niet adequaat behandeld wordt. Eventueel kan men gebruik maken van de

Stemmingsstoornis Vragenlijst (MDQ-NI) (zie kader 7) (Postma and Schulte, 2008) welke screent naar de aanwezigheid van een bipolaire stoornis. Dit sluit echter een klinische assessment niet uit.

Binnen het Gents Perinataal Project kan de klinische assessment binnen de perinatale periode opgenomen worden door de consultatie-liaison psychiater van de dienst Psychiatrie van het UZ Gent, de psychiater verbonden aan de Moeder-Baby-Unit (MBU) van Karus –Campus Gent, alsook door de consultatie-liaison psycholoog (UZ Gent, dienst Psychiatrie) met kennis van de perinatale mentale stoornissen of de huisarts, afhankelijk van de wens van de vrouw.

### **INSCHATTEN ACUUT SUÏCIDERISICO**

Naast de totaalscore op de screeningsvragenlijsten dient de aanwezigheid van zelfmoordgedachten aanzien worden als een prioriteit, waarbij er eerst en vooral een inschatting dient gemaakt te worden van hoe acuut deze gedachten zijn. Vooral openlijke dreigingen tot zelfdoding wijzen op een acuut risico op zeer korte termijn en vereisen dan ook onmiddellijke actie. Niet alle suïcidale personen zullen deze dreigingen echter op een directe

manier uiten. Daarom is het belangrijk om de aanwezige zelfmoordgedachten en -plannen zo concreet mogelijk te bevragen. Het risico op zelfdoding stijgt immers wanneer zelfmoordgedachten concreter worden (i.e. concrete plannen) en regelmatig voorkomen. Bevrage hoe lang, hoe vaak en hoe sterk de gedachten aanwezig zijn, in welke mate de plannen concreet zijn (plaats, methode, tijdstip), wat men wil bereiken met de zelfdoding en of er zaken zijn die de persoon tegenhouden. Het is ook belangrijk om in te gaan op de gevoelens die de suïcidale persoon heeft bij de zelfmoordgedachten (i.e. hopeloosheid; woede, boosheid of wraakzucht; angst of agitatie), het toekomstperspectief (i.e. gevoel vast te zitten, geen uitweg te weten; geen redenen zien om te leven, de zin van het leven niet zien) en eventuele gedragsmatige signalen (i.e. slaapproblemen; roekeloos gedrag of het schijnbaar zonder nadenken ondernemen van risicovolle activiteiten; toenemend alcohol- of druggebruik; zich terugtrekken van familie, vrienden of de samenleving). We verwijzen hier graag naar de richtlijnen van het VLESP (Vlaams Expertisecentrum voor Suïcidepreventie) (<https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/pdf/richtlijn.pdf>) (Vlaams Expertisecentrum

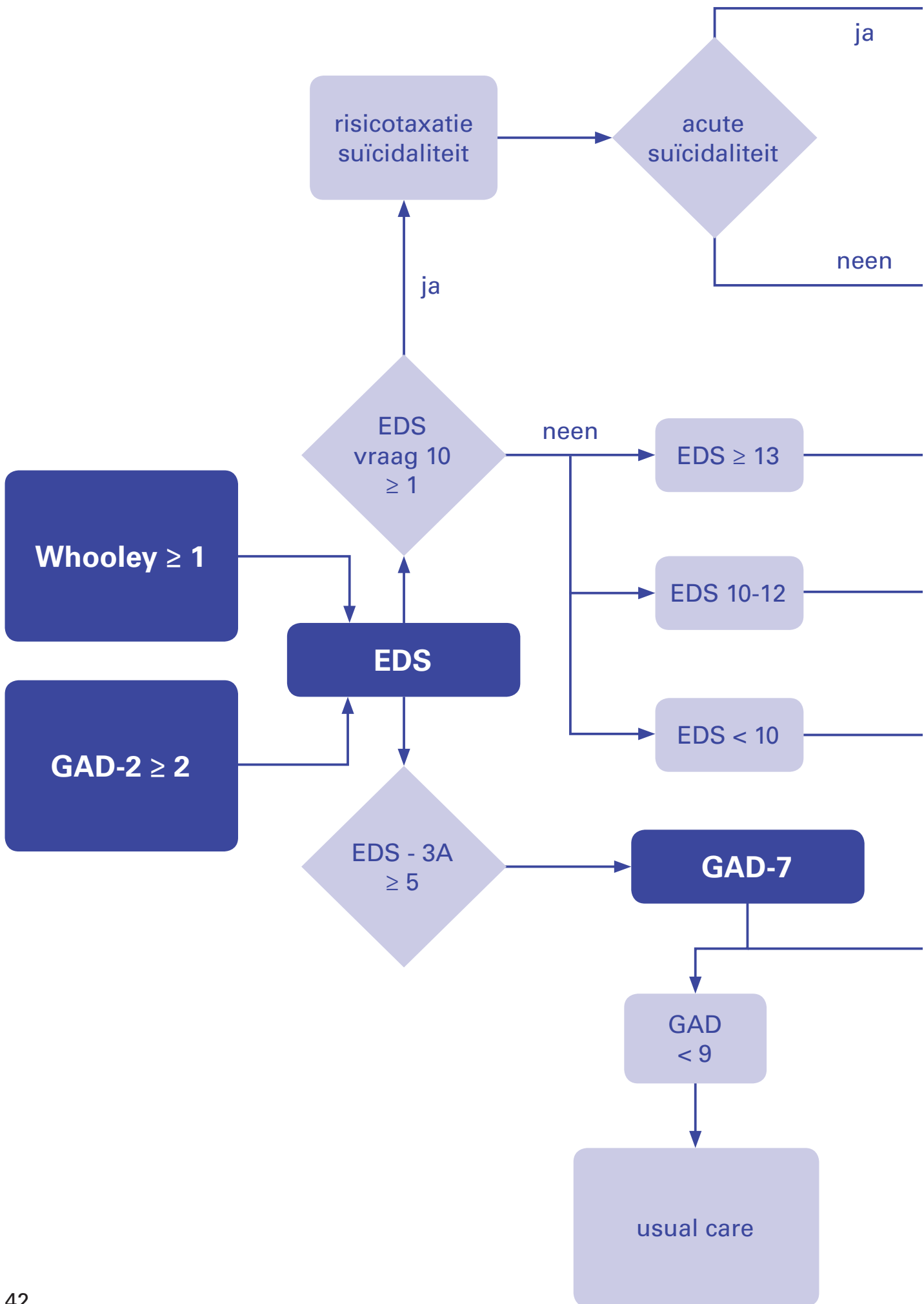


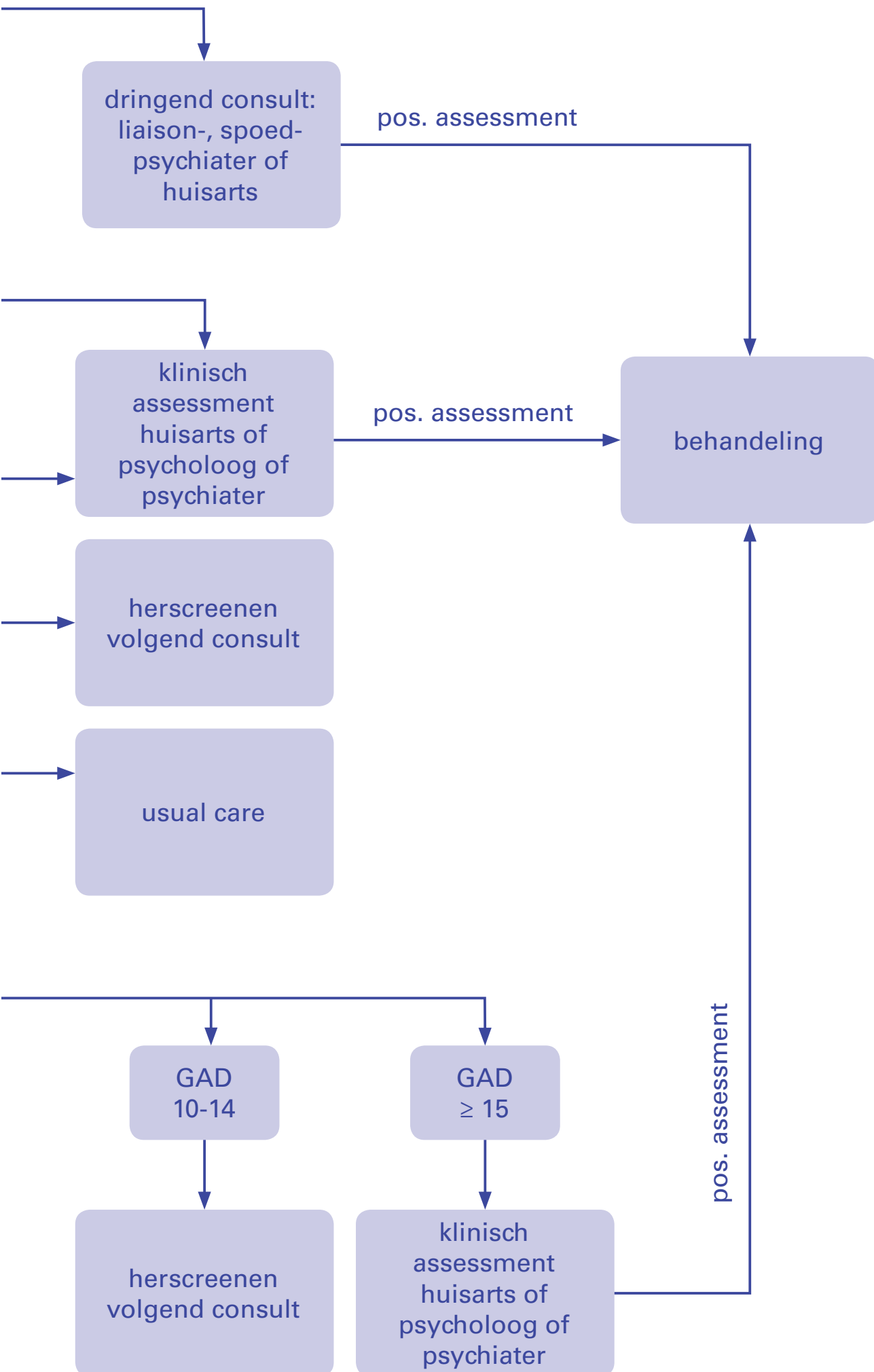
Suïcidepreventie (VLESP), 2017a),  
alsook naar de e-learning modules rond  
inschatten van suïciderisico [https://  
sp-reflex.zelfmoord1813.be/](https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/) (Vlaams  
Expertisecentrum Suïcidepreventie  
(VLESP), 2017b).

Bij een hoog suïciderisico is het  
mits toestemming van de betrokkene  
niet alleen belangrijk om naasten en  
eventuele betrokken hulpverleners  
(bvb. huisarts) te betrekken bij deze  
inschatting, maar ook veiligheidsaf-  
spraken te maken met de betrokkene  
en diens omgeving. Suïcidaliteit dient  
verder onderzocht te worden door  
een gespecialiseerde hulpverlener,  
en kadert vaak naast of binnen de  
behandeling van andere psychische  
stoornissen (Vlaams Expertisecentrum  
Suïcidepreventie (VLESP), 2017a).

Elke gezondheidsmedewerker  
die betrokken is bij de opvolging van de  
zwangerschap of de opvolging postpar-  
tum kan het suïciderisico detecteren en  
inschatten, mits het volgen van boven-  
staande modules en/of training. Binnen  
de setting van het UZ Gent opteren we  
binnen het perinatale zorgpad dit te  
laten uitvoeren door de vroedvrouwen.  
Bij hoog suïciderisico kan men indien  
gewenst beroep doen op de psychiaters  
verbonden aan de spoedpsychiatrie  
of de liaison psychiatrie voor verdere

inschatting en toeleiding tot verdere  
zorg, en/of de huisarts mee betrekken.





## Stemmingsstoornis Vragenlijst (MDQ-NL)

Wilt u de volgende vragen zo goed mogelijk beantwoorden door het juiste antwoord aan te kruisen?

- A Is er in uw leven ooit een periode geweest waarin u niet uzelf was, en...**    **ja**    **nee**
1. ... u uzelf zo goed, of zo hyperactief voelde dat andere mensen vonden dat u niet uzelf was waardoor u in de problemen kwam?
  2. ... u zo prikkelbaar was dat u tegen andere mensen schreeuwde of een gevecht of een ruzie begon?
  3. ... u veel meer zelfvertrouwen had dan normaal?
  4. ... u veel minder sliep dan gebruikelijk, zonder dat u daar last van had?
  5. ... u veel spraakzamer was of veel sneller sprak dan gebruikelijk?
  6. ... gedachten door uw hoofd jaagden of u uw gedachten niet kon remmen?
  7. ... u zo makkelijk afgeleid werd door uw omgeving dat u moeite had om u goed te concentreren of uw gedachten er bij te houden?
  8. ... u veel meer energie had dan normaal?
  9. ... u veel actiever was en veel meer dingen deed dan normaal?
  10. ... u veel meer sociale contacten had of vaker de deur uitging dan normaal, en bijvoorbeeld midden in de nacht vrienden opbelde?
  11. ... u veel meer interesse had in seks dan normaal?
  12. ... u dingen deed die ongebruikelijk waren voor u, of waarvan andere mensen zouden kunnen denken dat het overdreven, onverstandig of riskant was?
  13. ... u veel geld uitgaf waardoor u of uw familie in de problemen kwam?

**B Als u op twee of meer vragen JA hebt geantwoord, wilt u dan deze vraag beantwoorden: Vonden een aantal van de bovengenoemde gedragingen ooit in dezelfde periode plaats?**       

**C Hoeveel problemen leverden deze gedragingen u op, zoals niet meer kunnen werken, problemen met uw familie, geld of justitie, betrokken raken bij ruzies of vechtpartijen?**

*Svp, slechts één antwoord uitkiezen.*

0	1	2	3
geen problemen	enige problemen	aanzienlijke problemen	ernstige problemen

Er zijn aanwijzingen voor een manische of hypomanische episode wanneer onderstaande elementen tegelijk aanwezig zijn:

- bij vraag A zeven of meer vragen met 'ja' zijn beantwoord,
- vraag B een 'ja' scoort,
- vraag C 'aanzienlijke of ernstige problemen' aangeeft.

## 6. Behandeling

Het ontwikkelen van een regionaal perinataal mentaal zorgpad wil de zorg voor het psychische welzijn van de vrouw, haar baby en gezin verbeteren door te vertrekken van de principes van geïntegreerde zorg. Hierbij is er een nauwe samenwerking met alle relevante 1<sup>ste</sup>, 2<sup>de</sup> en 3<sup>de</sup> lijns-actoren (huisartsen, Kind en Gezin, vroedvrouwen, gynaecologen, pediaters, neonatologen, sociale dienst, verloskundigen, psychiaters, kinderpsychiaters, infantteams, Moeder-Baby-Eenheid,...) uit de regio met een centrale coördinerende rol voor de huisarts.

Uit onderzoek blijkt dat ondanks effectieve behandelingen voor perinatale depressie, minder dan 50% van de vrouwen hulp zoekt of aanvaardt, zelfs wanneer de depressie is gediagnosticeerd (Milgrom et al., 2016). Kwalitatieve studies geven o.a. volgende barrières in het aanvaarden van zorg aan: vrouwen ervaren een gebrek aan kennis bij zorgverstrekkers en/of vinden dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met hun specifieke situatie (Forsell et al., 2017).

De sterkte van dit voorgesteld zorgaanbod ligt o.a. in de gelijke waardering ('parity of esteem') van lichamelijke en geestelijke gezondheid, waarbij obstetrische zorgverleners (getrainde vroedvrouwen en gynaecologen) aan de hand van een universele getrapte screening op een systematische wijze mentale perinatale problemen kunnen detecteren en bespreekbaar stellen. Naast het bespreekbaar stellen van psychische problemen kan motivationeel interviewen door deze zorgverleners bijdragen tot het aanvaarden van mentale zorgverlening (Holt et al., 2017). Vroedvrouwen en gynaecologen bouwen niet alleen een therapeutische relatie op met hun patiënt en hun context, maar kunnen ook bijkomende informatie over psychische klachten en hun behandeling leveren en motiverend werken naar verdere zorg. Mede om die reden is het organiseren van mentale zorgverlening op een cruciaal moment (antenataal en postnataal) in de perinatale periode binnen de reguliere obstetrische zorg

een bijkomende sterkte. Consultaties op de vrouwenkliniek door consultatie-liaison psychiaters en psychologen voor advies, diagnose en behandeling komen hieraan tegemoet en hebben hopelijk een drempelverlagend en destigmatiserend effect. De principes van zorg op maat (ambulant, dagtherapie, outreachende en residentiële zorg) en getrapte zorg worden hier toegepast in samenwerking met belangrijke andere actoren binnen de perinatale mentale zorgverlening.

Waar mogelijk is het wenselijk om een gelijkaardige werking (advies, detectie, diagnose en behandeling) binnen de pediatrie zorgverstrekking op te zetten.

Binnen het Gents Perinataal Project is de behandeling en de behandelsetting afhankelijk van de vraag, het tijdstip en de ernst van de klachten.

Binnen het Centrum voor Perinatale Mentale Gezondheid, UZ Gent worden er ambulante raadplegingen georganiseerd op de Vrouwenkliniek, waarbij de consultatie-liaison (CL) psychiater instaat voor advies, opstart en opvolging van medicamenteuze behandeling en de CL-psychiater en/of CL-psycholoog voor eventuele psychotherapeutische behandeling (systeemtherapeutisch en/of gedragstherapeutisch). Naast

de ambulante consultaties kan men – indien nodig – ook in de antenatale periode binnen het UZ opgevolgd worden binnen de dagbehandeling van de dienst Psychiatrie of een residentiële opname aldaar overwogen. Daarnaast is ook crisisinterventie via het Mobiele Crisisteam (MCT) aan huis mogelijk. Postnataal kan er beroep gedaan worden op de expertise van de Moeder-Baby-Unit (MBU) van Karus – Campus Gent, waar men terecht kan voor zowel ambulante sessies in het Centrum Moeder en Baby, intensieve behandeling aan huis (outreachende zorg), dagbehandeling en residentiële behandeling. Binnen de MBU is er naast een intensieve therapeutische ondersteuning (medicamenteuze behandeling, psychotherapeutische sessies met psycholoog en kinderpsycholoog, groepstherapie, vaardigheidstrainingen, ...) van de patiënt en (eventueel) haar partner, ook een belangrijke coaching van de moeder in de zorg en de afstemming met haar baby, met als doel een basis te vormen voor een veilige hechting.

Daarnaast organiseert het UZ Gent samen met alle relevante 1<sup>ste</sup>, 2<sup>de</sup> en 3<sup>de</sup> lijns-actoren binnen de perinatale zorg een multidisciplinaire overleg i.v.m. complexe casussen.

## 7. Voetnoten

- 1 Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- 2 Resolutie met betrekking tot de vroegtijdige detectie en behandeling van postnatale depressie (Freya Saeys, Danielle Godderis-T'jonck, Katrien Schryvers, Peter Persyn, Vera Jans, Caroline Croo, 15 oktober 2015)
- 3 Moeder-Baby-Unit, Karus – Campus Gent, Vrouwenkliniek UZ Gent, Liaison Psychiatrie UZ Gent, Kinderpsychiatrie UZ Gent, Neonatale Intensieve Zorgen UZ Gent, Sociale Dienst UZ Gent, Wijkgezondheidscentra (de Botermarkt en Nieuw Gent), Expertisecentrum Kraamzorg O-Vlaanderen, Kind & Gezin, Karus – Campus Melle (zie p. 48)
- 4 Prevalentie meet het percentage proefpersonen in een bepaalde populatie met een stoornis, hetzij op een bepaald tijdstip (puntprevalentie) of over een bepaalde periode (prevalentie van een periode). Levensduurprevalentie is het aandeel van personen in een populatie bij wie ooit een diagnose van een stoornis is gesteld en die op een bepaalde dag in de populatie zijn.
- 5 Incidentie meet het aantal nieuwe gevallen van een bepaalde stoornis in de populatie over een bepaalde observatieperiode.
- 6 Statistische heterogeniteit in meta-analyses geeft aan dat er onvoldoende homogeniteit is tussen de verschillende studies, waardoor de resultaten van de geïncludeerde studies onvoldoende onderling vergelijkbaar zijn. Er is dan sprake van een bias. Hierdoor is het statistisch niet mogelijk om de resultaten bij elkaar op te tellen.
- 7 Egosyntoon zijn gedachten, gevoelens, gedrag, situaties of voorstellingen die in harmonie zijn met de subjectief ervaren inhoud van het eigen bestaan en in die zin volledig aanvaardbaar zijn voor het ego.
- 8 In navolging van een screeningsonderzoek van Arroll en collega's (2005)
- 9 Sensitiviteit: percentage patiënten met de ziekte die een positief resultaat hebben
- 10 Specificiteit: percentage patiënten zonder de ziekte die een negatief resultaat hebben
- 11 De negatief predictieve waarde (NPV) is de kans dat een patiënt de ziekte niet heeft als hij negatief test.
- 12 Sensitiviteit van 100%, antenataal en postnataal; specificiteit van 68% antenataal en 65% postnataal; waarbij de derde vraag voor hulp de specificiteit doet stijgen (antenataal 91%, postnataal 100%), maar de toegenomen specificiteit heeft een negatief effect op de sensitiviteit (antenataal 58%, postnataal 39%) waardoor het risico toeneemt dat effectieve depressie wordt gemist (Mann et al, 2012)
- 13 Misclassificatie: percentage patiënten met en zonder de ziekte die verkeerdelijk geïnclassificeerd werden door de test
- 14 State of toestandsgebonden angst is een kortdurend toestandsbeeld, dat situatiespecifiek is. Trait angst refereert naar een meer algemeen niveau van angst, en is meer op te vatten als een (persoonlijkheids)trek. Deze is stabiel van aard en niet situatiespecifiek.

## 8. Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid

UZ Gent	Vrouwenkliniek	Prof. dr. K. Roelens	Kliniekhoofd Verloskunde
		Mevr. A. Huygevelt	Hoofdvoedvrouw
		Mevr. M. Buyle	Adjunct Hoofdvoedvrouw zwangerenconsultatie
		Mevr. M. Trog	Adjunct Hoofdvoedvrouw, materniteit
	Neonatale IZ	Prof. dr. K. Smets	Kliniekhoofd, Neonatale Intensieve Zorgen
	Sociale dienst	Mevr. A. Van Malderen	Soc. verpleegkundige
		Mevr. E. Vos	Adjunct Sociale Dienst
	Kinder- & Jeugdpsychiatrie	Dr. C. Van Zandweghe	Adjunct Kliniekhoofd Psychiatrie
	Psychiatrie, C-L	Prof. dr. G. Lemmens	Kliniekhoofd Psychiatrie
		dr. A-S Van Parys	Post-doc medewerker, coördinator Perinataal GGZ Project
		Mevr. R. Van Damme	Psycholoog, coördinator Perinataal GGZ Project
	Reproductieve geneeskunde	Mevr. I. Stuyver	Psycholoog, Reproductieve geneeskunde
	Med. Dienst Psychologie	Dhr. W. Schrauwen	Diensthofd Medische Dienst Psychologie
Kwaliteitszorg	Mevr. I. Vermeir	Kwaliteitscoördinator	
Karus- Campus Gent	Moeder-Baby-Unit	Dr. C. Vogels	Psychiater MBU
		Dhr. K. Bauters	Coördinator MBU
Karus- Campus Melle	MOBiTEAM Gent Zuid	Dr. Y. Roelens	Psychiater, MOBiTEAM Gent Zuid
Wijkgezondheids- centra	WGC, Nieuw Gent	Dr. K. Steenackers	Huisarts
	WGC, Botermarkt	Dr. C. Ghyselen	Huisarts
		Dr. T. Timmermans	Huisarts
Expertisecentrum Kraamzorg, O-VI	De Kraamkaravaan	Mevr. H. Devos	Vroedvrouw, coördinator De Kraamkaravaan
Kind & Gezin		Mevr. E. Mortier	Teamverantw. Regio Gent 1
		Mevr. E. Lootens	Soc. verpleegkundige



## 9. Referentielijst

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) 2015. Screening for perinatal depression. Committee Opinion no. 630. . *Obstet Gynecol*, 125, 1268-71.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington, D.C.
- ANDERSEN, L. B., MELVAER, L. B., VIDEBECH, P., LAMONT, R. F. & JOERGENSEN, J. S. 2012. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91, 1261-72.
- APPLEBY, L., MORTENSEN, P. B. & FARAGHER, E. B. 1998. Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *Br J Psychiatry*, 173, 209-11.
- ARROLL, B., GOODYEAR-SMITH, F., KERSE, N., FISHMAN, T. & GUNN, J. 2005. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *Bmj*, 331, 884.
- AUSTIN, M. P. 2015. Universal psychosocial assessment and depression screening in the perinatal period-the debate continues. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 309.
- AUSTIN, M. P., HIGHET, N. & COMMITTEE, G. E. A. 2011. CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne, Beyondblue.
- AYERS, S., BOND, R., BERTULLIES, S. & WIJMA, K. 2016. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med*, 46, 1121-34.
- AYERS, S., COATES, R. & MATTHEY, S. 2015. Identifying Perinatal Anxiety. In: MILGROM, J. & GEMMILL, A. W. (eds.) *Identifying Perinatal Depression and Anxiety. Evidence-Based Practise in Screening, Psychosocial Assessment, and Management*. West Sussex: Wiley Blackwell.
- BAUER, A., KNAPP, M. & PARSONAGE, M. 2016. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *J Affect Disord*, 192, 83-90.
- BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES 2014. Best practice guidelines for mental health disorders in th perinatal period. In: AUTHORITY., P. H. S. (ed.). Vancouver.
- BENNETT, H. A., EINARSON, A., TADDIO, A., KOREN, G. & EINARSON, T. R. 2004. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*, 103, 698-709.
- BERGINK, V., BURGERHOUT, K. M., KOORENGEVEL, K. M., KAMPERMAN, A. M., HOOGENDIJK, W. J., LAMBREGTSE-VAN DEN BERG, M. P. & KUSHNER, S. A. 2015. Treatment of psychosis and mania in the postpartum period. *Am J Psychiatry*, 172, 115-23.
- BERGINK, V., RASGON, N. & WISNER, K. L. 2016. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *Am J Psychiatry*, 173, 1179-1188.
- BEYONDBLUE 2011. Clinical practise guidelines for depression and related disorders - anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis - in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. . Melbourne.: beyondblue.

- BIAGGI, A., CONROY, S., PAWLBY, S. & PARIANTE, C. M. 2016. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*, 191, 62-77.
- BOWEN, A., BOWEN, R., MASLANY, G. & MUHAJARINE, N. 2008. Anxiety in a socially high-risk sample of pregnant women in Canada. *Can J Psychiatry*, 53, 435-40.
- BROCKINGTON, I. F., CERNIK, K. F., SCHOFIELD, E. M., DOWNING, A. R., FRANCIS, A. F. & KEELAN, C. 1981. Puerperal Psychosis. Phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry*, 38, 829-33.
- CAMERON, E. E., SEDOV, I. D. & TOMFOHR-MADSEN, L. M. 2016. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord*, 206, 189-203.
- CANTWELL, R. 2016. Maternal Perinatal Psychopathology: Overview. In: SUTTER-DALLAY, A. L., GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N. M.-C., GUEDENEY, A. & RIECHER-RÖSSLER, A. (eds.) *Joint Care of Parents and Infants in Perinatal Psychiatry*. Switzerland: Springer.
- CAO-LEI, L., DE ROOIJ, S. R., KING, S., MATTHEWS, S. G., METZ, G. A. S., ROSEBOOM, T. J. & SZYF, M. 2017. Prenatal stress and epigenetics. *Neurosci Biobehav Rev*.
- CHISHOLM, D., SWEENEY, K., SHEEHAN, P., RASMUSSEN, B., SMIT, F., CUIJPERS, P. & SAXENA, S. 2016. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 415-424.
- COX, J. 2017. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a ten point 'survival analysis'. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 789-90.
- COX, J. L., HOLDEN, J. M. & SAGOVSKY, R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150, 782-6.
- DEKKER, N., GOEMAES, R., NEIRINCK, J., SEUNTJENS, L. & SMETS, K. 2015. Richtlijn voor goede medische praktijkervaring: Zwangerschapsbegeleiding. In: MEDICA., D. (ed.). Antwerpen.
- DENNIS, C. L., FALAH-HASSANI, K. & SHIRI, R. 2017. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 210, 315-323.
- FIELD, T. 2010. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev*, 33, 1-6.
- FLORIO, A. D., MUNK-OLSEN, T. & BERGINK, V. 2016. The birth of a psychiatric orphan disorder: postpartum psychosis. *Lancet Psychiatry*, 3, 502.
- FORSELL, E., BENDIX, M., HOLLANDARE, F., SZYMANSKA VON SCHULTZ, B., NASIELL, J., BLOMDAHL-WETTERHOLM, M., ERIKSSON, C., KVARNED, S., LINDAU VAN DER LINDEN, J., SODERBERG, E., JOKINEN, J., WIDE, K. & KALDO, V. 2017. Internet delivered cognitive behavior therapy for antenatal depression: A randomised controlled trial. *J Affect Disord*, 221, 56-64.
- FRANCK, E., VANDERHASSELT, M. A., GOUBERT, L., LOEYS, T., TEMMERMAN, M. & DE RAEDT, R. 2016. The role of self-esteem instability in the development of postnatal depression: A prospective study testing a diathesis-stress account. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 50, 15-22.
- FUHR, D. C., CALVERT, C., RONSMANS, C., CHANDRA, P. S., SIKANDER, S., DE SILVA, M. J. & PATEL, V. 2014. Contribution of suicide and injuries to pregnancy-related mortality in

- low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1, 213-225.
- GAVIN, N. I., GAYNES, B. N., LOHR, K. N., MELTZER-BRODY, S., GARTLEHNER, G. & SWINSON, T. 2005. Perinatal Depression. A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106, 1071-83.
- GAVIN, N. I., MELTZER-BRODY, S., GLOVER, J. & GAYNES, B. N. 2015. Is Population-Based Identification of Perinatal Depression and Anxiety Desirable? In: MILGROM, J. & GEMMILL, A. W. (eds.) *Identifying Perinatal Depression and Anxiety. Evidence-Based Practise in Screening, Psychosocial Assessment, and Management*. West Sussex: Wiley Blackwell.
- GELAYE, B., KAJEEPETA, S. & WILLIAMS, M. A. 2016a. Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Arch Womens Ment Health*, 19, 741-51.
- GELAYE, B., RONDON, M. B., ARAYA, R. & WILLIAMS, M. A. 2016b. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*, 3, 973-982.
- GENTILE, S. & FUSCO, M. L. 2017. Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Res*, 252, 325-332.
- GILBODY, S., SHELDON, T. & HOUSE, A. 2008. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 997-1003.
- GOODMAN, J. H. 2004. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*, 45, 26-35.
- GREEN, L., MIELE, M. & PROTTI, O. 2015. Building Better Perinatal Mental Health Services. In: NETWORK., P. L. P. M. H. (ed.).
- HAAGEN, J. F. G., MOERBEEK, M., OLDE, E., VAN DER HART, O. & KLEBER, R. J. 2015. PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *Journal of Affective Disorders*, 185, 135-143.
- HAWTON, K. & VAN HEERINGEN, K. 2009. Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.
- HERBA, C. M., GLOVER, V., RAMCHANDANI, P. G. & RONDON, M. B. 2016. Maternal depression and mental health in early childhood: an examination of underlying mechanisms in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*, 3, 983-992.
- HOLT, C., MILGROM, J. & GEMMILL, A. W. 2017. Improving help-seeking for postnatal depression and anxiety: a cluster randomised controlled trial of motivational interviewing. *Arch Womens Ment Health*, 20, 791-801.
- HONIG, A., HELLER, H. & KIEVIET, N. 2016. Depressie tijdens zwangerschap en kraamperiode. In: SCHENE, A. H., SABBE, B. G. C., SPINHOVEN, P. & RUHÉ, H. G. (eds.) *Handboek Depressieve stoornissen*. Utrecht: DeTijdstroom.
- HOWARD, L. M., MOLYNEAUX, E., DENNIS, C. L., ROCHAT, T., STEIN, A. & MILGROM, J. 2014. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384, 1775-88.

- HOWARD, L. M., ORAM, S., GALLEY, H., TREVILLION, K. & FEDER, G. 2013. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Medicine*, 10.
- JOINT COMMISSIONING PANEL FOR MENTAL HEALTH (JCPMH) 2012. Guidance for Commissioners of Perinatal Mental Health Services. . In: PSYCHIATRISTS., R. C. G. P. R. C. O. (ed.).
- JONES, I., CHANDRA, P. S., DAZZAN, P. & HOWARD, L. M. 2014. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet*, 384, 1789-99.
- KENDELL, R. E., CHALMERS, J. C. & PLATZ, C. 1987. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*, 150, 662-73.
- KHALIFEH, H., HUNT, I. M., APPLEBY, L. & HOWARD, L. M. 2016. Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *Lancet Psychiatry*, 3, 233-42.
- KINGSTON, D., AUSTIN, M. P., HEAMAN, M., MCDONALD, S., LASIUK, G., SWORD, W., GIALLO, R., HEGADOREN, K., VERMEYDEN, L., VAN ZANTEN, S. V., KINGSTON, J., JAREMA, K. & BIRINGER, A. 2015. Barriers and facilitators of mental health screening in pregnancy. *J Affect Disord*, 186, 350-7.
- KOTELCHUCK, M., CHENG, E. R., BELANOFF, C., CABRAL, H. J., BABAKHANLOU-CHASE, H., DERRINGTON, T. M., DIOP, H., EVANS, S. R. & BERNSTEIN, J. 2017. The Prevalence and Impact of Substance Use Disorder and Treatment on Maternal Obstetric Experiences and Birth Outcomes Among Singleton Deliveries in Massachusetts. *Matern Child Health J*, 21, 893-902.
- KOUBAA, S., HALLSTROM, T., LINDHOLM, C. & HIRSCHBERG, A. L. 2005. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. . *Obstet Gynecol*, 105, 255–260.
- LANCASTER, C. A., GOLD, K. J., FLYNN, H. A., YOO, H., MARCUS, S. M. & DAVIS, M. M. 2010. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202, 5-14.
- LOGSDON, M. C., MITTELBERG, M., JACOB, A. E., LUTHER, J. F., WISNIEWSKI, S. R., CONFER, A., ENG, H. & WISNER, K. L. 2015. Maternal-Infant interaction in women with unipolar and bipolar depression. *Appl Nurs Res*, 28, 381-3.
- MANN, R., ADAMSON, J. & GILBODY, S. M. 2012. Diagnostic accuracy of case-finding questions to identify perinatal depression. *Canadian Medical Association Journal*, 184, E424-E430.
- MASELKO, J., SIKANDER, S., BHALOTRA, S., BANGASH, O., GANGA, N., MUKHERJEE, S., EGGER, H., FRANZ, L., BIBI, A., LIAQAT, R., KANWAL, M., ABBASI, T., NOOR, M., AMEEN, N. & RAHMAN, A. 2015. Effect of an early perinatal depression intervention on long-term child development outcomes: follow-up of the Thinking Healthy Programme randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 2, 609-17.

- MATTHEY, S., FISHER, J. & ROWE, H. 2013. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for anxiety disorders: Conceptual and methodological considerations. *Journal of Affective Disorders*, 146, 224-230.
- MBRRACE-UK RELEASE 2017. Saving Lives, Improving Mothers' Care Lessons learned to inform Maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2013-15 UK National Enquiry into Maternal Deaths. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- MILGROM, J., DANAHER, B. G., GEMMILL, A. W., HOLT, C., HOLT, C. J., SEELEY, J. R., TYLER, M. S., ROSS, J. & ERICKSEN, J. 2016. Internet Cognitive Behavioral Therapy for Women With Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster. *Journal of medical Internet research*, 18, e54.
- MILGROM, J. & GEMMILL, A. W. 2014. Screening for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28, 13-23.
- MILLER, R. L., PALLANT, J. F. & NEGRI, L. M. 2006. Anxiety and stress in the postpartum: is there more to postnatal distress than depression? *BMC Psychiatry*, 6, 12.
- MILLER, S., ABALOS, E., CHAMILLARD, M., CIAPPONI, A., COLACI, D., COMANDÉ, D., DIAZ, V., GELLER, S., HANSON, C., LANGER, A., MANUELLI, V., MILLAR, K., MORHASON-BELLO, I., CASTRO, C. P., PILEGGI, V. N., ROBINSON, N., SKAER, M., SOUZA, J. P., VOGEL, J. P. & ALTHABE, F. 2016. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388, 2176-2192.
- MOHAMADYUSUFF, A. S., TANG, L., BINNS, C. W. & LEE, A. H. 2015. Prevalence and risk factors for postnatal depression in Sabah, Malaysia: a cohort study. *Women Birth*, 28, 25-9.
- MUNK-OLSEN, T., LAURSEN, T. M., MENDELSON, T., PEDERSEN, C. B., MORS, O. & MORTENSEN, P. B. 2009. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Arch Gen Psychiatry*, 66, 189-95.
- MUNK-OLSEN, T., LAURSEN, T. M., PEDERSEN, C. B., MORS, O. & MORTENSEN, P. B. 2006. New parents and mental disorders: a population-based register study. *Jama*, 296, 2582-9.
- MURRAY, L., ARTECHE, A., FEARON, P., HALLIGAN, S., GOODYER, I. & COOPER, P. 2011. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50, 460-70.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) 2007. Antenatal and Postnatal mental Health. The NICE guidelines on clinical management and service guidance. Leicester, UK: British Psychological Society.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) 2012. Public Health Guidance. Preventing and reducing domestic violence. .

- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH CARE MANAGEMENT (NICE) 2015. Antenatal and Postnatal Mental Health: clinical management and service guidance. Clinical Guideline.
- NSW DEPARTMENT OF HEALTH 2010. SAFE START Guidelines: Improving Mental Health Outcomes for Parents and Infants. North Sydney: Public Health System.
- O'CONNELL, M. A., LEAHY-WARREN, P., KHASHAN, A. S., KENNY, L. C. & O'NEILL, S. M. 2017. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 96, 907-920.
- O'HARA, M. W. & WISNER, K. L. 2014. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28, 3-12.
- ORAM, S., KHALIFEH, H. & HOWARD, L. M. 2017. Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 4, 159-170.
- OWORA, A. H., HELENE, C., REESE, J. & GARWE, T. 2016. Diagnostic performance of major depression disorder case-finding instruments used among mothers of young children in the United States: A systematic review. *J Affect Disord*, 201, 185-93.
- PALLADINO, C. L., SINGH, V., CAMPBELL, J., FLYNN, H. & GOLD, K. J. 2011. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol*, 118, 1056-63.
- PASCHETTA, E., BERRISFORD, G., COCCIA, F., WHITMORE, J., WOOD, A. G., PRETLOVE, S. & ISMAIL, K. M. 2014. Perinatal psychiatric disorders: an overview. *Am J Obstet Gynecol*, 210, 501-509.e6.
- PEARSON, R. M., MELOTTI, R., HERON, J., JOINSON, C., STEIN, A., RAMCHANDANI, P. G. & EVANS, J. 2012. Disruption to the development of maternal responsiveness? The impact of prenatal depression on mother-infant interactions. *Infant Behav Dev*, 35, 613-26.
- PERINATAL MENTAL HEALTH GROUP 2017. Perinatal Mental Health Guideline. Version 4. In: HEALTH., N. S. (ed.).
- PHILLIPS, J., CHARLES, M., SHARPE, L. & MATTHEY, S. 2009. Validation of the subscales of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a sample of women with unsettled infants. *J Affect Disord*, 118, 101-12.
- PHILLIPS, M. R. 2014. Pregnancy and suicide: towards a coherent narrative. *Lancet Psychiatry*, 1, 168-70.
- POSTMA, D. H. & SCHULTE, P. F. 2008. [The Mood Disorder Questionnaire (MDQ-NL), an instrument to improve recognition of bipolar disorder]. *Ned Tijdschr Geneesk*, 152, 1865-70.
- PRINCE, M., PATEL, V., SAXENA, S., MAJ, M., MASELKO, J., PHILLIPS, M. R. & RAHMAN, A. 2007. No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-77.
- PUTNAM, K. T., WILCOX, M., ROBERTSON-BLACKMORE, E., SHARKEY, K., BERGINK, V., MUNK-OLSEN, T., DELIGIANNIDIS, K. M., PAYNE, J., ALTEMUS, M., NEWPORT, J., APTER, G., DEVOUCHE, E., VIKTORIN, A., MAGNUSSON, P., PENNINX, B., BUIST, A.,

- BILSZTA, J., O'HARA, M., STUART, S., BROCK, R., ROZA, S., TIEMEIER, H., GUILLE, C., EPPERSON, C. N., KIM, D., SCHMIDT, P., MARTINEZ, P., DI FLORIO, A., WISNER, K. L., STOWE, Z., JONES, I., SULLIVAN, P. F., RUBINOW, D., WILDENHAUS, K. & MELTZER-BRODY, S. 2017. Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: analysis of data from an international consortium. *Lancet Psychiatry*, 4, 477-485.
- RECK, C., NOE, D., GERSTENLAUER, J. & STEHLE, E. 2012. Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behav Dev*, 35, 264-72.
- RECK, C., STRUBEN, K., BACKENSTRASS, M., STEFENELLI, U., REINIG, K., FUCHS, T., SOHN, C. & MUNDT, C. 2008. Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 459-468.
- RECK, C., VAN DEN BERGH, B., TIETZ, A., MULLER, M., ROPETER, A., ZIPSER, B. & PAUEN, S. 2018. Maternal avoidance, anxiety cognitions and interactive behaviour predicts infant development at 12 months in the context of anxiety disorders in the postpartum period. *Infant Behav Dev*, 50, 116-131.
- ROBERTSON, E., GRACE, S., WALLINGTON, T. & STEWART, D. E. 2004. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*, 26, 289-95.
- ROSE, M. S., PANA, G. & PREMJI, S. 2016. Prenatal Maternal Anxiety as a Risk Factor for Preterm Birth and the Effects of Heterogeneity on This Relationship: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int*, 2016, 8312158.
- ROSS, L. E. & DENNIS, C. L. 2009. The prevalence of postpartum depression among women with substance use, an abuse history, or chronic illness: a systematic review. *J Womens Health (Larchmt)*, 18, 475-86.
- RUSSELL, E. J., FAWCETT, J. M. & MAZMANIAN, D. 2013. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 74, 377-85.
- SCHENE, A., SPINHOVEN, P., SABBE, B. & RUHÉ, H. 2016. *Handboek Depressieve stoornissen*, Utrecht, De tijdstroom.
- SILVERMAN, M. E. & LOUDON, H. 2010. Antenatal reports of pre-pregnancy abuse is associated with symptoms of depression in the postpartum period. *Arch Womens Ment Health*, 13, 411-5.
- SPINELLI, M. G. 2009. Postpartum psychosis: detection of risk and management. *Am J Psychiatry*, 166, 405-8.
- STEIN, A., CRASKE, M. G., LEHTONEN, A., HARVEY, A., SAVAGE-MCGLYNN, E., DAVIES, B., GOODWIN, J., MURRAY, L., CORTINA-BORJA, M. & COUNSELL, N. 2012. Maternal cognitions and mother-infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. *J Abnorm Psychol*, 121, 795-809.
- STEIN, A., PEARSON, R. M., GOODMAN, S. H., RAPA, E., RAHMAN, A., MCCALLUM, M., HOWARD, L. M. & PARIANTE, C. M. 2014. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 384, 1800-19.
- STUART, S. & KOLEVA, H. 2014. Psychological treatments for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28, 61-70.
- THE LANCET EDITORIAL 2016. Screening for perinatal depression: a missed opportunity. *Lancet*, 387, 505.

- THE LANCET EDITORIAL 2017. Women's voices: speaking up about perinatal mental health. *Lancet*, 389, 882.
- TRUIJENS, S. E. M., SPEK, V., VAN SON, M. J. M., OEI, S. G. & POP, V. J. M. 2017. Different patterns of depressive symptoms during pregnancy. *Archives of Womens Mental Health*, 20, 539-546.
- VERKUIJL, N. E., RICHTER, L., NORRIS, S. A., STEIN, A., AVAN, B. & RAMCHANDANI, P. G. 2014. Postnatal depressive symptoms and child psychological development at 10 years: a prospective study of longitudinal data from the South African Birth to Twenty cohort. *Lancet Psychiatry*, 1, 454-60.
- VESGA-LOPEZ, O., BLANCO, C., KEYES, K., OLFSOON, M., GRANT, B. F. & HASIN, D. S. 2008. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65, 805-815.
- VIGOD, S. N. & STEWART, D. E. 2009. Emergent research in the cause of mental illness in women across the lifespan. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 396-400.
- VIGOD, S. N., VILLEGAS, L., DENNIS, C. L. & ROSS, L. E. 2010. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *Bjog*, 117, 540-50.
- VIGOD, S. N., WILSON, C. A. & HOWARD, L. M. 2016. Depression in pregnancy. *BMJ*, 352, i1547.
- VIGUERA, A. C., TONDO, L., KOUKOPOULOS, A. E., REGINALDI, D., LEPRI, B. & BALDESSARINI, R. J. 2011. Episodes of Mood Disorders in 2,252 Pregnancies and Postpartum Periods. *Am J Psychiatry*, 168, 1179-1185.
- VLAAMS EXPERTISECENTRUM SUÏCIDEPREVENTIE (VLESP). 2017a. Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg. [Online]. Brussel: Politeai nv. Available: <https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/pdf/richtlijn.pdf> [Accessed].
- VLAAMS EXPERTISECENTRUM SUÏCIDEPREVENTIE (VLESP) 2017b. Suïcidepreventie-reflex. Evidence-based aanbevelingen voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag.
- VLIEGEN, N., CASALIN, S. & LUYTEN, P. 2014. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harv Rev Psychiatry*, 22, 1-22.
- WATERS, C. S., HAY, D. F., SIMMONDS, J. R. & VAN GOOZEN, S. H. 2014. Antenatal depression and children's developmental outcomes: potential mechanisms and treatment options. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23, 957-71.
- WEISSMAN, M. M., PILOWSKY, D., WICKRAMARATNE, P., TALATI, A., WISNIEWSKI, S., FAVA, M., HUGHES, C., GARBER, J., MALLOY, E., KING, C., CERDA, G., BELA SOOD, A., J., A., TRIVEDI, M. & RUSH, A. 2006. Remissions in Maternal Depression and Child Psychopathology. A STAR\* D-Child Report. *JAMA Psychiatry*, 295, 1389-98.
- WEISSMAN, M. M., WICKRAMARATNE, P., GAMEROFF, M. J., WARNER, V., PILOWSKY, D., KOHAD, R. G., VERDELI, H., SKIPPER, J. & TALATI, A. 2016. Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later. *Am J Psychiatry*, 173, 1024-1032.
- WHO 2013. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: World Health Organizations.
- WHO 2014. Social Determinants of Mental Health. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Geneva.
- WHO 2016. Maternal Mental Health.



- WHOOLEY, M. A., AVINS, A. L., MIRANDA, J. & BROWNER, W. S. 1997. Case-Finding Instruments for Depression. Two Questions Are as Good as Many. *J Gen Intern Med*, 12, 439-45.
- WISNER, K. L., SIT, D. K., MCSHEA, M. C., RIZZO, D. M., ZORETICH, R. A., HUGHES, C. L., ENG, H. F., LUTHER, J. F., WISNIEWSKI, S. R., COSTANTINO, M. L., CONFER, A. L., MOSES-KOLKO, E. L., FAMY, C. S. & HANUSA, B. H. 2013. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 70, 490-8.
- WOLFORD, E., LAHTI, M., TUOVINEN, S., LAHTI, J., LIPSANEN, J., SAVOLAINEN, K., HEINONEN, K., HAMALAINEN, E., KAJANTIE, E., PESONEN, A. K., VILLA, P. M., LAIVUORI, H., REYNOLDS, R. M. & RAIKKONEN, K. 2017. Maternal depressive symptoms during and after pregnancy are associated with attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in their 3- to 6-year-old children. *PLoS One*, 12, e0190248.
- YAWN, B. P., BERTRAM, S., KURLAND, M. & WOLLAN, P. C. 2015. Repeated depression screening during the first postpartum year. *Ann Fam Med*, 13, 228-34.
- YIM, I. S., TANNER STAPLETON, L. R., GUARDINO, C. M., HAHN-HOLBROOK, J. & DUNKEL SCHETTER, C. 2015. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annu Rev Clin Psychol*, 11, 99-137.

# 10. Documenten

## Psychosociale Assessment: risicofactoren

<b>Wanneer?</b>	bij voorkeur bij intake (6 à 8 weken prenataal)
<b>Wie?</b>	elke betrokkene binnen zorgpad (vb. vroedvrouw, gynaecoloog, huisarts, verpleegkundige expert, ...)
<b>Doel?</b>	beeld krijgen van leefomstandigheden en sociaal culturele context van elke vrouw en haar gezin, en indien nodig aansturen tot zorg.
<b>Wat?</b>	Lijst met risicofactoren (kader psychosociale assessment)
<b>Wanneer doorverwijzen?</b>	> 2 of 1 hoog risicofactor (= psychiatrisch voorgeschiedenis of fam. genetische kwetsbaarheid voor bipolaire stoornis, partnergeweld en middelengebruik)
<b>Hulpvraag?</b>	Heeft u het gevoel dat u hulp kan gebruiken bij één van de bovengenoemde problemen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja, maar niet nu <input type="radio"/> Neen
<b>Opvolging?</b>	Huisarts

# Psychosociale assessment: bevragen van risicofactoren

## RISICOFACTOREN (complex + multi-factorieel)

- Psychiatrische voorgeschiedenis
- Familiaal psychiatrische voorgeschiedenis (i.h.b. bipolaire stoornis)
- Middelengebruik
- Gebrek aan sociale steun (praktisch/emotioneel)
- Gebrek aan tevredenheid met steun van partner
- (Partner)geweld
- Seksueel geweld (nu, in verleden, er nog onder lijden)
- Zwangerschapscomplicaties (nu en in voorgeschiedenis), spontane abortus, zwangerschapsonderbreking, doodgeboorte
- Ongeplande of ongewenste zwangerschap
- Kwetsbare groepen: financiële problemen, huisvestingsproblemen, adolescenten, immigranten, vluchtelingen (toegang tot zorg?)

## ANTENATALE ASSESSMENT VAN RISICOFACTOREN (intake 6 – 8 weken of eerste contact) suggesties voor vragen

We weten dat 1 op 5 vrouwen het psychisch of emotioneel moeilijk heeft tijdens de zwangerschap of na de bevalling. Dat heeft een negatieve invloed op het hele gezin. Daarom vragen we aan iedereen een aantal vragen over psychische gezondheid.

### Ongewenste zwangerschap

- Voor je zwanger werd,
  - Was je van plan om een kind te krijgen?
  - Wou je (nog) wel een kind krijgen, maar op een later moment?
  - Wou je geen kind(eren) (meer) krijgen?

### Sociale steun

- Kan je rekenen op praktische hulp bij de zorg voor de baby, je huishouden en ev andere kinderen? Van wie?
  - Bij ontkennen van hulp: als het nodig zou zijn, op wie zou je dan een beroep kunnen doen?
- Kan je met iemand in je omgeving praten over je gevoelens en zorgen? Wie?
  - Ev. Kan je terecht bij je moeder wanneer je vragen hebt rond je zwangerschap?
- Heeft u een partner?
  - Kan je rekenen op de steun van je partner?
  - Ev. hoe zou u de relatie met uw partner omschrijven?

### (PARTNER)GEWELD (enkel bevragen wanneer zwangere alleen kan geïnterviewd worden)

- Heeft er iemand je met de vuist geslagen, met de vlakke hand geslagen, geschopt of op een andere manier fysiek pijn gedaan?
  - Wanneer? Recent (laatste jaar)/voorgeschiedenis?
  - Kan je mij vertellen wie dit gedaan heeft?(niet doorvragen)

- Heeft er iemand je op een seksuele manier aangeraakt wanneer je dat niet wou of je gedwongen, tot seksuele activiteiten?
  - Wanneer? Recent (laatste jaar /voorgeschiedenis?)
  - Kan je mij vertellen wie dit gedaan heeft? (niet doorvragen)
- Heeft er iemand je vernederd of gekleineerd ten opzichte van andere mensen, bedreigd om je pijn te doen, dingen gedaan om je opzettelijk bang te maken of je op een andere manier emotioneel pijn gedaan?
  - Wanneer? Recent (laatste jaar /voorgeschiedenis?)
  - Kan je mij vertellen wie dit gedaan heeft? (niet doorvragen)
- Op een schaal van 0 tot 10: in welke mate heb je momenteel last van deze ervaringen?
- Ev. extra vragen bij partnergeweld
  - Voelt u zich veilig thuis?
  - Maakt u zich zorgen rond de veiligheid van uw kinderen?

### **Psychiatrische voorgeschiedenis**

- Heb je ooit al psychische problemen (zoals een depressieve episode, een angststoornis of een ander psychisch probleem) gehad?

### **OF**

- Ben je ooit in behandeling geweest bij een psychiater, psycholoog of huisarts voor emotionele problemen?
  - Voor welk probleem?
  - Kreeg je hiervoor medicatie? Welke?
  - Heb je ooit al een zelfmoordpoging ondernomen?
- Ben je momenteel in behandeling bij een psychiater of psycholoog of word je gevolgd door je huisarts voor psychische problemen?
  - Gebruik je hiervoor momenteel medicatie? Welke?
  - Wie is je huidige behandelaar?
    - Contactname Ja / neen

### **Familiaal psychiatrische voorgeschiedenis**

- Zijn er mensen in je familie (grootouders, ouders, broers of zussen) met psychiatrische stoornis of voorgeschiedenis? Welke problematiek?

### **Middelengebruik**

- Drink je alcohol?
  - Zo ja, hoe vaak drinkt u alcohol?
  - Hoe vaak komt het voor dat je meer dan 5 eenheden drinkt bij 1 enkele gelegenheid?
  - Ev. Heb je wel eens het gevoel gehad te moeten minderen met drinken?
- Rook je?
  - Zo ja, hoeveel sigaretten rookt u per dag/(week)?
- Gebruik je (recreationeel) drugs?
  - Zo ja, welke middelen? Cannabis (bvb. marihuana/hash/wiet), solventen, cocaïne, stimulantia (bv speed, XTC, MDMA), hallucinogenen (bvb. Lsd) of narcotica (bvb. heroïne) ander: .....
  - Heb je in het verleden verslavende middelen gebruikt?

### **Kwetsbare groepen**

- Materiële omstandigheden
  - Ervaar je financiële moeilijkheden? Kom je maandelijks rond?
  - Ev. als er een grote onverwachte kost komt, hoe gemakkelijk kan je die betalen?
  - Ev. ben jij, of je partner (voltijds) aan het werk?
- Ben je tevreden over je woonsituatie? Ervaar je stress rond je woonsituatie?

### **Gezondheid**

- Wie volgt je zwangerschap op? Wanneer is je volgende afspraak?
- Heb je een vaste huisarts?
  - Ev. Naar wie ga je wanneer jij of iemand van je gezin ziek is?
- Ben je in orde met de mutualiteit?
- Is de informatie die je krijgt voldoende? Is de informatie duidelijk?

### **Hulpvraag**

- Heeft u het gevoel dat u bij één van de bovengenoemde problemen hulp zou kunnen gebruiken?
  - Ja
  - Ja, maar niet nu
  - Neen
- Welke hulp zou u graag krijgen? Welke instantie?

## Psychosociale stressoren: doorverwijzing

- Gezondheidsgerelateerde stressoren (geen huisarts, geen mutualiteit, ...)

→ Interne doorverwijzing: Sociale dienst

.....  
.....

- Materiële stressoren (problemen met huisvesting, financiële problemen, ...)

→ Interne doorverwijzing: Sociale dienst

.....

→ Externe doorverwijzing: OCMW, CAW onthaal, service en ontmoetingscentrum, LUCIA, BABY-NEST, KRAS, WOONWINKEL, SOCIALE KRUIDENIER

.....  
.....

- Ongewenste zwangerschap

→ Interne doorverwijzing: Gynaecoloog, Sociale dienst, Gespec. raadpleging K&G

.....  
.....

→ Externe doorverwijzing: FARA (cRZ centrum voor relatievorming en zwangerschap), Pleeggezinnendienst, Adoptiedienst, Collectief Anticonceptiecentrum, CKG

.....  
.....

- Gebrek aan sociale ondersteuning

→ Interne doorverwijzing: Sociale dienst, Gespec. raadpleging K&G

.....  
.....

→ Externe doorverwijzing: CAW, Buddysysteem, Huis van het kind, Amber project (CKG)

.....  
.....

- (traumatische) zwangerschapscomplicaties in het verleden

→ Interne doorverwijzing: Verloskundige, psycholoog (rouw en verlieswerking, traumatische bevalling)

.....  
.....

- Recente negatieve levensgebeurtenissen/trauma/stress

→ Interne doorverwijzing: , psycholoog (rouw en verlieswerking, traumatische bevalling)

.....  
.....

## Kwetsbare groepen

- Kansarme groepen

- Interne doorverwijzing: Sociale dienst, Gespec. raadpleging K&G

.....  
.....

- Externe doorverwijzing: OCMW, Huis van het kind, Inloopteam, expertise-centra

.....  
.....

- Tienermoeders

- Interne doorverwijzing: Sociale dienst, Gespec. raadpleging K&G

.....  
.....

- Externe doorverwijzing: JAC, LEJO (mobiele tienermoederwerkster), Habbekrats, Opvang vzw

.....  
.....

- Immigranten en vluchtelingen

- Interne doorverwijzing: Sociale dienst, Gespec. raadpleging K&G

.....  
.....

- Externe doorverwijzing: OCMW, DUNYA (allochtone pleeggezinnen), Vzw De Tinten (transithuis), Huis van het Nederlands

.....  
.....

## Hoog risicofactor!!

→ **GEEN HULPVERLENING MOMENTEEL**

→ **HUISARTS contacteren**

- Partnergeweld

- Interne doorverwijzing: Sociale dienst, Gespec. raadpleging K&G, Relatietherapie (binnen perinataal zorgpad)

.....  
.....

- Externe doorverwijzing: Cel partnergeweld, CAW gezins- en relationeel werk, Vluchthuis, Relatietherapie (BVRGS)

.....  
.....

- Middelengebruik: nicotine
  - Interne doorverwijzing: Sociale dienst, Tabakoloog
  - .....
  - .....
- Middelengebruik: ethyl
  - Interne doorverwijzing: Sociale dienst, Gespec. raadpleging K&G, Psychiater/psycholoog (eigen of binnen perinataal zorgpad)
  - .....
  - .....
  - Externe doorverwijzing: CAT, De Kiem, TIPI-project, ADIC OP +
  - .....
  - .....
- Middelengebruik: drugs
  - Interne doorverwijzing: Sociale dienst, Gespec. raadpleging K&G, Psychiater/psycholoog (eigen of binnen perinataal zorgpad)
  - .....
  - .....
  - Externe doorverwijzing: MSOC, De Kiem, TIPI-project, De Sleutel, ADIC OP +
  - .....
  - .....
- Middelengebruik: medicatie
  - Interne doorverwijzing: Sociale dienst, Gespec. raadpleging K&G, Psychiater/psycholoog (eigen of binnen perinataal zorgpad)
  - .....
  - .....
  - Externe doorverwijzing: CAT, De Kiem, TIPI-project
  - .....
  - .....
- Psychiatrische stoornis (nu + voorgeschiedenis): Schizofrenie, bipolaire stoornis, persoonlijkheidsstoornis, depressie, angst, eetstoornis, PTSD, OCD, ...
  - Interne doorverwijzing: Psychiater/psycholoog (eigen of binnen perinataal zorgpad)
  - .....
  - .....
- Familiaal psychiatrische voorgeschiedenis: Bipolaire stoornis in eerste lijn (moeder, vader, zussen, broers, ...)
  - Markeren in verloskundig dossier

■ **asap doorverwijzen naar gespecialiseerde GGZ**



# Screening en detectie van depressie en angst

<b>Wanneer?</b>	a. antenataal: bij voorkeur in de tweede trimester b. postnataal: 6 weken postpartum c. postnataal: 6 maanden postpartum
<b>Wie?</b>	elke betrokkene binnen zorgpad (vb. vroedvrouw, gynaecoloog, huisarts, verpleegkundige expert, ...)
<b>Doel?</b>	detectie van depressie en angst a.d.h.v. screeningsprotocol en klinische assessment, met toeleiding tot zorg
<b>Wat?</b>	getrapt screeningsprotocol (zie figuur 1)
<b>Wanneer doorverwijzen?</b>	a. EDS vraag 10 $\neq$ 0, risicotaxatie suïcidaliteit b. EDS $\geq$ 13 c. GAD-7 $\geq$ 15 d. EDS (10 - 12) of GAD-7 (10 - 14): watchfull waiting en herscreenen bij volgend consult
<b>Opvolging?</b>	Huisarts

## Screening van depressie a.d.h.v. de Whooley-vragen

### Depressie (Whooley)

- Heeft u gedurende de voorbije maand vaak last gehad van neerslachtigheid, een depressief of wanhopig gevoel?  
→ Ja / nee
- Heeft u gedurende de laatste maand minder plezier of interesse in wat u doet?  
→ Ja / nee
- 1/2 EDS

## Screening van angst a.d.h.v. de GAD-2

- Heeft u zich de afgelopen 2 weken vaak zenuwachtig, ongemakkelijk of gespannen gevoeld?  
→ Ja / nee
- Bent u de afgelopen 2 weken niet in staat geweest om te stoppen met piekeren of om controle te krijgen over het piekeren?  
→ Ja / nee
- Positieve screening: 2/2

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

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

1. Ik heb kunnen lachen en de zonnige kant van de dingen kunnen inzien:
  - Zoveel als ik altijd kon
  - Niet zo veel nu als anders
  - Zeker niet zo veel nu als anders
  - Helemaal niet
2. Ik heb met plezier naar dingen uitgekeken:
  - Zoals altijd of meer
  - Wat minder dan ik gewend was
  - Absoluut minder dan ik gewend was
  - Nauwelijks
3. Ik heb mij zelf onnodig verwijten gemaakt als er iets fout ging:
  - Ja, heel vaak
  - Ja, soms
  - Niet erg vaak
  - Nee, nooit
4. Ik ben bang of bezorgd geweest zonder dat er een aanleiding was:
  - Nee, helemaal niet
  - Nauwelijks
  - Ja, soms
  - Ja, zeer vaak
5. Ik reageerde schrikachtig of paniekerig zonder echte goede reden:
  - Ja, tamelijk vaak
  - Ja, soms
  - Nee, niet vaak
  - Nooit
6. De dingen groeiden me boven het hoofd:
  - Ja, meestal was ik er niet tegen opgewassen
  - Ja, soms was ik minder goed tegen dingen opgewassen dan anders
  - Nee, meestal kon ik de dingen erg goed aan
  - Nee, ik kon alles even goed aan als anders
7. Ik voelde me zo ongelukkig dat ik er bijna niet van kon slapen:
  - Ja, meestal
  - Ja, soms
  - Niet vaak
  - Helemaal niet
8. Ik voelde me somber en beroerd:
  - Ja, bijna steeds
  - Ja, tamelijk vaak
  - Niet erg vaak
  - Nee, helemaal niet
9. Ik was zo ongelukkig dat ik heb zitten huilen:
  - Ja, heel vaak
  - Ja, tamelijk vaak
  - Alleen af en toe
  - Nee, nooit
10. Ik heb er aan gedacht om mezelf iets aan te doen:
  - Ja, tamelijk vaak
  - Soms
  - Nauwelijks
  - Nooit

## SCORING

### Vraag 1,2 & 4

Worden gescoord als 0,1,2 of 3 met de bovenste antwoordmogelijkheid als 0 en de onderste antwoordmogelijkheid als 3.

### Vraag 3,5-10

Worden omgekeerd gescoord, met de bovenste antwoordmogelijkheid als 3 en de onderste antwoordmogelijkheid als 0.

Maximumscore: 30

Mogelijke depressie: 10 of meer

Kijk altijd naar item 10 (suïcidale gedachten)

### INSTRUCTIES VOOR AFNAME:

5. De moeder wordt gevraagd het antwoord aan te kruisen dat het meest dicht in de buurt komt van hoe ze zich de afgelopen 7 dagen heeft gevoeld.
6. Alle items moeten ingevuld zijn.
7. Er moet worden voorkomen dat de moeder haar antwoorden gaat overleggen met anderen.
8. De moeder moet de lijst zelf invullen (tenzij dit niet lukt omdat ze moeite heeft met Nederlands of moeite heeft met lezen).

## GAD-7

Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van de volgende problemen?

*(Omcirkel het antwoord dat voor u van toepassing is)*

Helemaal  
niet

Meerdere  
dagen

Meer dan  
de helft  
van de  
dagen

Bijna elke  
dag

1. Zich zenuwachtig,  
ongemakkelijk of gespannen  
voelen

0

1

2

3

2. Niet in staat zijn om te stoppen  
met piekeren of om controle te  
krijgen over het piekeren

0

1

2

3

3. Zich te veel zorgen maken over  
verschillende dingen

0

1

2

3

4. Moeite om u te ontspannen

0

1

2

3

5. Zo rusteloos zijn dat het  
moeilijk is om stil te zitten

0

1

2

3

6. Snel geïrriteerd of prikkelbaar  
zijn

0

1

2

3

7. Zich bevreesd voelen alsof er  
iets afschuwelijks zou kunnen  
gebeuren

0

1

2

3

**(For office coding: Total Score T \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ )**

## Risicotaxatie suicidaliteit: EDS vraag 10 ≠ 0

- Wie? Elke betrokkene binnen zorgpad
- Wat? Inschatten hoogdringendheid!!  
<https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/pdf/richtlijn.pdf>
  - Suïcidale gedachten: hoe lang, hoe vaak en hoe sterk?
  - Suïcidale plannen: hoe concreet (plaats, methode, tijdstip)
  - Wat zorgt ervoor dat men zijn leven wil beëindigen?
  - Wat zorgt ervoor dat men wil blijven leven?
  - ...
  - Eerdere zelfmoordpoging? (zie risicotaxatie)
- Doorverwijzen?
  - Acut risico: onmiddellijke (zelfde dag) doorverwijzing:
    - Crisis: spoedpsychiatrie: .....
    - Perinatale/Liaison psychiater: .....
    - Huisarts: .....
- Klinische assessment (zie verder)

## Wat na pos. screening? (EDS ≥ 13, GAD-7 ≥ 15)

- **Klinische assessment** (ev. a.d.h.v. de M.I.N.I (MINI International Neuropsychiatrisch Interview) of de SCID-5-S (Structureel Klinisch Interview voor DSM-5 Syndroomstoornissen)
- Wie? huisarts, psychiater (perinataal zorgpad/MBU/MOBiL TEAM/MCT) of psycholoog (perinataal zorgpad)
  - Huisarts  
.....  
.....
  - Psychiater  
.....  
.....
  - Psycholoog  
.....  
.....

## Wat na pos. klinische assessment?

- **Wie?**

- Psychiater

- .....
    - .....

- Psycholoog (perinataal zorgpad)

- .....
    - .....

- Externe psychologen/therapeuten met kennis van de perinatale mentale stoornissen

- .....
    - .....

1ste contact (ten laatste 16 weken)

20 à 21 weken (combinatie met echografie)

volgend consult bij EDS score (10-12) en GAD-7 (10-14) (20 à 21 w)

6 weken postpartaal (combinatie met postpartumcontrole )

Zorgverlener: vroedvrouw, verpleegkundig expert, arts,...

- Bepalen risicofactoren (zie lijst)
- Bij >2 risicofactoren of 1 hoog risico-factor peilen naar hulpvraag
- Pos. hulpvraag: doorverwijzing gespec. hulpverlening

- Screening Whooley en GAD-2, ev. EDS en GAD-7 (zie screeningsprot.)
- EDS score (10-12) en GAD-7 (10-14): inplannen herscreening
- EDS  $\geq$  13 OF GAD-7  $\geq$  15: inplannen klinisch assessment
- EDS vraag 10 pos.: risicotaxatie (zie VLESP)
- Inschatten hoogdringendheid: doorverwijzing gespec. hulpverlening

- Screening Whooley en GAD-2, ev. EDS en GAD-7 (zie screeningsprot.)
- EDS score (10-12) en GAD-7 (10-14): inplannen herscreening
- EDS  $\geq$  13 OF GAD-7  $\geq$  15: inplannen klinisch assessment
- EDS vraag 10 pos.: risicotaxatie (zie VLESP)
- Inschatten hoogdringendheid: doorverwijzing gespec. hulpverlening

- Screening Whooley en GAD-2, ev. EDS en GAD-7 (zie screeningsprot.)
- EDS score (10-12) en GAD-7 (10-14): inplannen herscreening
- EDS  $\geq$  13 OF GAD-7  $\geq$  15: inplannen klinisch assessment
- EDS vraag 10 pos.: risicotaxatie (zie VLESP)
- Inschatten hoogdringendheid: doorverwijzing gespec. hulpverlening

## Gynaecoloog

- Motiveer voor verdere gespec. hulpverlening bij twijfel
- Informeren HA

- Motiveer voor verdere gespec. hulpverlening bij twijfel
- Informeren HA

- Motiveer voor verdere gespec. hulpverlening bij twijfel
- Informeren HA

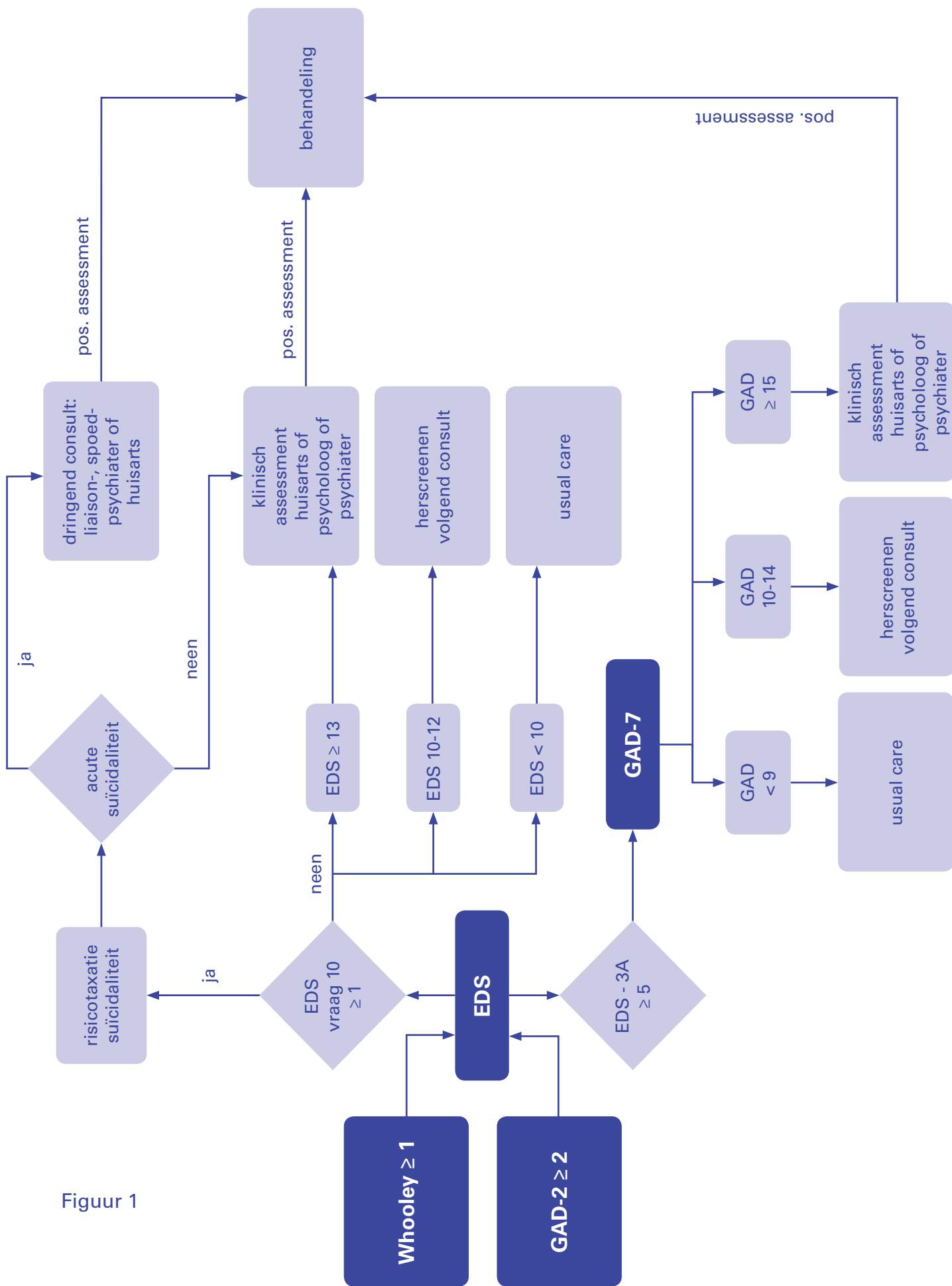
- Motiveer voor verdere gespec. hulpverlening bij twijfel
- Informeren HA

## Psychiater (liaison of Spoed-), psycholoog of HA

- Inschatten suicidaliteit
- Klinisch assessment
- Ev.: instellen behandeling
- Informeren HA

- Inschatten suicidaliteit
- Klinisch assessment
- Ev.: instellen behandeling
- Informeren HA

- Inschatten suicidaliteit
- Klinisch assessment
- Ev.: instellen behandeling
- Informeren HA



Figuur 1



# Zorgaanbod bij opname op materniteit en neo-natologie

- Wanneer?** opname tijdens perinatale periode (zwangerschap en na bevalling) van moeder en/of kind
- Aanvraag?** consult aan bed liaison psychiatrie
- Wat?** Diagnostiek, medicamenteus advies, therapeutische gespreksvoering en advies rond doorverwijzing IN (gespecialiseerde artsen/psychologen en/of MBU)
- Opvolging?** Huisarts

## Postnatale assessment van postnatale psychose

- aanvang meestal binnen de 48 uren of de eerste 2 weken na bevalling; maar kan ook nog in de eerste 12 weken na bevalling
- postnatale psychose veroorzaakt veranderingen in stemming, gedachten, percepties en gedrag
- kan extreem stressvol zijn voor de net bevallen vrouw en haar familie
- vroege veranderingen in gedrag:
  - moeilijk om te kunnen slapen
  - vol energie of zich rusteloos en geërgerd voelen
  - zich sterk, krachtig, onoverwinbaar voelen
  - vreemde opvattingen (bvb mensen proberen mijn baby pijn te doen)
- ze kunnen gevolgd worden door een combinatie van manische of depressieve symptomen
- **MANISCHE SYMPTOMEN:** boordevol energie, horen van stemmen en zien van dingen die anderen niet waarnemen (hallucinaties), dingen geloven die niet gebaseerd zijn op realiteit (wanen), snel praten, moeite met concentreren
- **DEPRESSIEVE SYMPTOMEN:** vermoeid, futloos, niet slapen of eten, denken aan auto-mutulatie of baby pijn doen, zich hopeloos of hulpeloos voelen als moeder
- ASAP inschakelen van gespecialiseerde psychiatrische hulp  
Opname in moeder-baby-unit, indien nodig

## Contactgegevens

Liaison psychiater

MBU

.....

.....

Spoedpsychiater

Andere

.....

.....





