
Interne begeleider: *Elies de Geus, MSc*
(Senior docent VAG)

Externe begeleider: *Daniëlle Verstraete, MSc*
(Psycholoog, Stichting Bevallingsstrauma)

Door: *Else de Jong (547097)*
Lieke Velner (547012)

Datum: *07-07-17*

Academie Verloskunde Amsterdam Groningen



Het diagnosticeren van een posttraumatische stressstoornis
en depressie postpartum:
Een cross-sectioneel pilot onderzoek



Inhoudsopgave

Abstract	2
Inleiding	3
Methode	7
Design	7
Onderzoekspopulatie	7
Dataverzameling	8
Meetinstrumenten	8
Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)	8
Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)	9
Databewerking	9
Onafhankelijke variabelen	9
Afhankelijke variabele	10
Data-analyse	10
Resultaten	11
Discussie	14
Conclusie	17
Referenties	18
Bijlagen	20
Bijlage 1: vragenlijst enquête	20

Abstract

Inleiding Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en postpartum depressie (PPD) zijn veel voorkomende psychische aandoeningen postpartum. Doordat deze aandoeningen vaak samen voorkomen en symptomen overlappen, is het voor zorgverleners moeilijk een juiste diagnose te stellen. Ook worden symptomen van een postpartum PTSS en PPD veelal niet door zorgverleners herkend. Een foutieve diagnose resulteert in een minder of nauwelijks effectieve behandeling, waardoor psychische klachten aanhouden. Dit heeft negatieve invloed op de ontwikkeling van het kind en de kwaliteit van moeder-kindbinding. Het doel van deze studie was om te bepalen in hoeverre de psychische aandoeningen postpartum PTSS en PPD juist worden gediagnosticeerd door zorgverleners en of er factoren zijn die invloed hebben op het stellen van een juiste of onjuiste diagnose.

Methode Een cross-sectioneel pilot onderzoek werd uitgevoerd bij vrouwen in Nederland die minder dan twaalf maanden geleden waren bevallen en naar aanleiding hiervan psychische klachten hadden ontwikkeld. Respondenten werden geëxcludeerd wanneer zij niet met psychische klachten naar een zorgverlener zijn geweest of een diagnose anders dan PTSS, PPD of 'geen diagnose' van de zorgverlener hebben gekregen. Data werden verzameld van 12 mei tot en met 14 juni 2017 middels een online vragenlijst. De Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) en Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) werden gebruikt voor het detecteren van respectievelijk een PTSS en PPD. Bepaald werd hoe vaak postpartum PTSS en PPD voorkwamen op basis van de vragenlijst en in hoeverre zorgverleners deze aandoeningen juist hadden gediagnosticeerd. Univariabele- en multivariabele logistische regressieanalyses werden uitgevoerd om te bepalen of de onafhankelijke variabelen 'psychische voorgeschiedenis', 'verloop baring', 'bevallingservaring', 'burgerlijke staat' en 'pariteit' invloed hadden op het stellen van een juiste of onjuiste diagnose door zorgverleners.

Resultaten Er werden 202 respondenten geworven, waarvan er 53 overbleven na toepassing van de exclusiecriteria. In totaal kregen 21 respondenten een juiste (39,6%) en 32 respondenten een onjuiste diagnose (60,4%). Bij 50% van de onjuiste diagnoses werd onterecht geen diagnose door de zorgverlener gesteld. De onafhankelijke variabelen hadden geen significante invloed ($p \geq 0,05$) op het stellen van een juiste diagnose.

Discussie Geconcludeerd kan worden dat meer dan de helft van de respondenten een onjuiste diagnose van de zorgverlener heeft gekregen. Met oog op de negatieve invloed van psychische aandoeningen postpartum op zowel moeder als kind is deze uitkomst zorgelijk. Er bleek geen significant verband te bestaan tussen de onafhankelijke variabelen en het stellen van een juiste diagnose. Wegens methodologische beperkingen is meer en groter onderzoek nodig.

Inleiding

De bevalling wordt over het algemeen gezien als een natuurlijke en positieve ervaring in het leven van een vrouw, maar kan soms ook als zeer stressvolle gebeurtenis worden ervaren. Recente studies hebben laten zien dat niet alleen negatieve bevallingsuitkomsten of ernstige pathologie tijdens de baring de maternale percepties en psychologische stress beïnvloeden, maar dat ook een fysiologische ongecompliceerde bevalling kan leiden tot psychische problematiek.^{1,2} Psychische problematiek wordt in veel gevallen onjuist gediagnosticeerd of zelfs niet door zorgverleners herkend, doordat symptomen overlappen of als fysiologisch worden gezien. Foutieve diagnoses resulteren in het niet krijgen van een juiste behandeling, waardoor deze minder of nauwelijks effectief is.³⁻⁶

Het ontstaan van psychische problematiek postpartum is multifactorieel bepaald en wordt beïnvloed door zowel kwetsbare individuele factoren als psychosociale omstandigheden.² Het verband dat wordt gevonden tussen psychische problematiek postpartum en basiskarakteristieken zoals leeftijd, pariteit en burgerlijke staat is niet eenduidig. Er zijn zowel onderzoeken die aangeven dat basiskarakteristieken (jonge leeftijd, hoge pariteit en ongetrouwd) correleren met het ontstaan van psychische klachten^{7,8}, als een aantal studies die laten zien dat deze factoren niet gerelateerd zijn aan psychische klachten postpartum.⁹ Naar de invloed van deze basiskarakteristieken op het stellen van een juiste of onjuiste diagnose door zorgverleners is nog geen onderzoek verricht.

Naast de invloed van een aantal basiskarakteristieken is gebleken dat positieve en realistische verwachtingen ten aanzien van de bevalling een belangrijke rol spelen. Negatieve verschillen tussen de verwachting en werkelijkheid kunnen zorgen voor gevoelens van teleurstelling, schuld, depressie en trauma.¹ Een aantal andere factoren die het risico op het ontwikkelen van psychische klachten postpartum verhogen zijn eerdere psychische klachten tijdens of voor de zwangerschap en een medisch gecompliceerd verlopen bevalling (langdurige bevalling, medische interventies zoals ongeplande spoed-keizersneden en instrumentele bevallingen en slechte start van het kind).¹⁰

Veelvoorkomende psychische klachten postpartum zijn klachten die duiden op een posttraumatische stressstoornis (PTSS) of postpartum depressie (PPD).¹¹ De prevalentie van PTSS tussen 1-6 maanden postpartum is 0-5,9%, afhankelijk van de gebruikte vragenlijst en moment van screening. Een prevalentie van 1-2% is realistisch voor PTSS in hoge inkomenslanden.⁹ Uit verschillende studies is gebleken dat de prevalentie van een postpartum depressie uiteenloopt van 6-20%, afhankelijk van de diagnostische criteria.^{2,12}

Van een posttraumatische-stressstoornis wordt gesproken als sprake is van herbelevingen van de gebeurtenis, persisterende vermijding van zowel interne als externe prikkels die geassocieerd worden met de gebeurtenis, negatieve veranderingen in cognities en stemming en duidelijke veranderingen in arousal en reactiviteit.¹³ Symptomen van een PTSS kunnen direct postpartum aanwezig zijn, maar moeten vier weken of langer aanhouden om ook daadwerkelijk van een PTSS te kunnen spreken.¹⁰ Naast het percentage vrouwen met een postpartum PTSS (1-2%) heeft nog eens 10,5% van de pas bevallen vrouwen last van PTSS-symptomen, zonder dat zij hierbij volledig voldoen aan de DSM-criteria. Ook is uit onderzoek gebleken dat bijna de helft van de vrouwen met PTSS ook klachten van een depressie heeft (gehad).¹⁴

Van een depressie wordt gesproken als er sprake is van een sombere stemming en/of verlies van interesse en plezier (anhedonie). Daarnaast kenmerkt een depressie zich door het hebben van een aantal lichamelijke en psychische klachten zoals slaapproblemen, verminderde eetlust, concentratiestoornissen, je mislukt voelen en mogelijk suïcidale gedachten. Om de diagnose postpartum depressie te stellen moeten de stemmingssymptomen zich volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) voor het eerst voordoen binnen vier weken na de bevalling.¹³ Dit is opvallend, omdat is gebleken dat de meeste PPD's zich ontwikkelen rond 12 weken postpartum. In de praktijk spreekt men daarom van een postpartum depressie bij het ontstaan van klachten binnen het eerste jaar postpartum.¹

Er is een aanzienlijke co-morbiditeit tussen depressie en angststoornissen zoals PTSS. Een postpartum PTSS maakt de vrouw kwetsbaar voor het ontwikkelen van een PPD. De symptomen van een postpartum PTSS en PPD komen vaak samen voor en overlappen elkaar grotendeels, waardoor zorgverleners deze twee verschillende psychische aandoeningen moeilijk van elkaar kunnen onderscheiden.^{4,14,15} In de praktijk leidt dit tot foutieve diagnoses. Daarnaast worden klachten van postpartum PTSS en PPD veelal niet door de zorgverlener herkend, doordat ze worden toegeschreven aan fysiologische veranderingen in het lichaam en als 'normale' klachten worden gezien.⁴⁻⁶

Echter, het stellen van een juiste diagnose is van belang voor een effectieve behandeling. Postpartum PTSS en PPD behoeven namelijk verschillende behandelingen.^{4,14} Een foutieve diagnose zorgt ervoor dat de aandoening op de verkeerde manier wordt behandeld, waardoor de behandeling minder tot nauwelijks effectief is.¹⁴ Psychische klachten blijven hierdoor bestaan, wat negatieve invloed kan uitoefenen op de cognitieve, emotionele, motorische en neurale ontwikkeling van het kind.³ Daarnaast worden psychische klachten geassocieerd met een slechtere kwaliteit van moeder-kindbinding.¹⁶

Samenvattend kan worden gesteld dat psychische klachten na de bevalling worden beïnvloed door zowel individuele en psychosociale factoren als een aantal basiskarakteristieken. Psychische klachten postpartum kunnen naar verschillende psychische aandoeningen worden herleid. Psychische aandoeningen die relatief veel voorkomen zijn postpartum PTSS en PPD, met een prevalentie van respectievelijk 1-2% en 6-22%. Deze aandoeningen hebben overeenkomende symptomen, maar worden als twee verschillende aandoeningen gedefinieerd en behoeven een eigen behandeling. Het is problematisch dat zorgverleners de aandoeningen postpartum PTSS en PPD onjuist diagnosticeren.

Momenteel zijn er nog geen literaire bronnen beschikbaar waarin onderzoek is gedaan naar factoren die invloed zouden kunnen hebben op het stellen van een juiste of onjuiste diagnose van postpartum PTSS en PPD. Dit heeft geleid tot de onderzoeksvraag: *Wat is voorspellend voor het juist diagnosticeren van de psychische aandoeningen postpartum PTSS en PPD door zorgverleners?*

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn drie deelvragen opgesteld:

1. *In hoeverre worden de psychische aandoeningen postpartum PTSS en PPD herkend en juist of onjuist gediagnosticeerd door zorgverleners?*
2. *Is er een verband tussen de variabelen psychische voorgeschiedenis, verloop baring en bevallingservaring en het juist diagnosticeren van postpartum PTSS en PPD door zorgverleners?*
3. *Is er een verband tussen de basiskarakteristieken burgerlijke staat en pariteit en het juist diagnosticeren van postpartum PTSS en PPD door zorgverleners?*

Op basis van de beschikbare literatuur was de hypothese dat de psychische aandoeningen postpartum PTSS en PPD regelmatig verkeerd worden gediagnosticeerd of helemaal niet worden herkend door zorgverleners. Daarnaast werd de hypothese gesteld dat een belaste psychische voorgeschiedenis, een medisch gecompliceerd verloop van de baring en een negatieve discrepantie tussen de bevallingsverwachting en bevallingservaring een juiste diagnose van de psychische aandoeningen postpartum PTSS en PPD beïnvloeden. Ook werd de hypothese gesteld dat ongetrouwde vrouwen en multiparae vaker juist worden gediagnosticeerd met de psychische aandoeningen postpartum PTSS en PPD. De verwachting was dat zorgverleners bij aanwezigheid van bovenstaande factoren meer verdacht zijn op psychische problematiek, waardoor zij eerder aanvullende diagnostiek inzetten en daardoor de kans op een juiste diagnose toeneemt.

Als blijkt dat de psychische aandoeningen postpartum PTSS en PPD veelal onjuist worden gediagnosticeerd door zorgverleners, is het van belang dat zorgverleners zich hier bewust van worden en hierop anticiperen. Zij zullen dan eerder aanvullende diagnostiek en een juiste behandeling inzetten.

Methode

Design

Er werd een kwantitatief cross-sectioneel pilot onderzoek uitgevoerd bij vrouwen in Nederland die psychische klachten in de periode tot en met twaalf maanden na hun bevalling hebben ontwikkeld. Er werd gekozen voor kwantitatief onderzoek, zodat geanalyseerd kon worden hoe vaak een juiste diagnose door zorgverleners werd gesteld. Ook kon geanalyseerd worden of er een verband bestond tussen mogelijk voorspellende factoren en de uitkomstmaat 'het stellen van een juiste diagnose door zorgverleners'. Daarnaast werd gekozen voor een cross-sectioneel pilot onderzoek omwille van de korte beschikbare tijdsduur (tien weken). Door eenmalig data te verzamelen middels een vragenlijst, kon een zo groot mogelijk aantal respondenten in korte tijd worden geworven. Hierdoor was ook de inbreuk op de psychische integriteit van de respondenten beperkt. Het was daarom niet noodzakelijk het huidige onderzoek voor te leggen aan een Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC).^{17,18}

Onderzoekspopulatie

Om een significant verschil aan te kunnen tonen was een voldoende grootte van de onderzoekspopulatie van belang. Deze werd bepaald aan de hand van de power en α . In het huidige onderzoek werd een power van 0,8 en een α van 0,05 aangehouden, wat betekende dat een minimaal respondentenaantal van 28 nodig was voor het detecteren van een effect van grote omvang. Voor het detecteren van een effect van gemiddelde omvang was een respondentenaantal van 85 nodig. Vanwege de korte looptijd werd een respondentenaantal van minimaal 28 aangehouden, waarbij werd gestreefd naar een respondentenaantal van 82.¹⁹

Respondenten werden geïnccludeerd wanneer zij minder dan twaalf maanden geleden zijn bevallen en psychische klachten hebben ontwikkeld naar aanleiding van deze bevalling. Er is gekozen voor deze periode, om in een korte tijdsperiode een groter aantal respondenten te kunnen werven.

Respondenten werden geëxcludeerd wanneer zij de vragenlijst onvolledig hadden ingevuld of niet met psychische klachten naar een zorgverlener zijn geweest, omdat deze informatie nodig was voor de uitkomstmaat. Daarnaast werden respondenten geëxcludeerd als zij een diagnose van de zorgverlener kregen anders dan PTSS, PPD of 'geen diagnose', omdat de invloed van andere psychische aandoeningen op de scores van de EPDS- en HTQ-vragenlijsten onbekend is.

Dataverzameling

Voor de dataverzameling werd een online vragenlijst gemaakt met behulp van Thesis Tools. De vragenlijst met bijgevoegde informatieve introductie werd verspreid via Stichting Bevallingsstrauma, zorgverleners; ruim 350 verloskundigenpraktijken werden gemaïld, Social Media; Facebook, netwerk van docenten van de Verloskunde Academie Groningen en forums. Via een digitale link hadden respondenten toegang tot de vragenlijst, die 10-15 minuten in beslag nam. De dataverzameling vond plaats van 12 mei 2017 tot en met 14 juni 2017.

Voor het invullen van de vragenlijst werd geen informed consent gevraagd. Echter, door de informatieve introductie en de mogelijkheid tot het stellen van vragen konden respondenten een weloverwogen keuze maken voor deelname aan het onderzoek. De privacy werd gewaarborgd doordat gegevens anoniem werden verwerkt. Het was onmogelijk de identiteit van de respondenten te achterhalen, omdat een minimaal aantal identificeerbare vragen in de vragenlijst was opgenomen. Op deze manier werd rekening gehouden met de ethische basisprincipes van wetenschappelijk onderzoek.^{17,18}

Meetinstrumenten

De vragenlijst bestond uit meerkeuzevragen over basiskarakteristieken, aanvullende vragen en twee gevalideerde vragenlijsten; de Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) en de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Bij een aantal meerkeuzevragen konden respondenten een eigen invulling geven middels de antwoordoptie 'anders' (zie bijlage 1).

Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)

Het vierde deel van de HTQ is een valide vragenlijst met een Cronbach's alfa van 0,95, die wordt gebruikt bij het opsporen van PTSS-klachten in de voorafgaande week.²⁰ Het vierde deel bestaat uit dertig vragen, waarvan de eerste zestien zijn afgeleid van de DSM-IV criteria en de overige veertien betrekking hebben op de symptomen ontstaan na de doorgemaakte traumata.²¹ In het huidige onderzoek werden de eerste zestien vragen van het vierde gedeelte van de HTQ gebruikt, zodat de ernst van de klachten kon worden bepaald. De Cronbach's alfa voor deze vragen was niet bekend en werd voorafgaand aan de analyse van de deelvragen berekend. Respondenten kunnen scoren op een vierpuntschaal, variërend van 'geen last' (1 punt), tot 'zeer veel last' (4 punten). De totaalscore wordt bepaald door de som van de symptoomscores te delen door het aantal symptoomvragen. Bij een gemiddelde score > 2,5 is er een verdenking op de diagnose PTSS.²¹

Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)

De EPDS is een valide vragenlijst met een Cronbach's alfa van 0,82, die wordt gebruikt voor het bepalen van de ernst van depressieve klachten in de voorafgaande week. De vragenlijst bestaat uit tien schaalvragen met vier antwoordopties waarop een score van 0-3 behaald kan worden. De stellingen en antwoordopties worden afwisselend positief en negatief geformuleerd. Deze spiegeling voorkomt dat respondenten de neiging hebben steeds aan dezelfde kant van de schaal te antwoorden, wat de validiteit en betrouwbaarheid ten goede komt. De totaalscore wordt berekend door de scores van alle vragen bij elkaar op te tellen. Bij respondenten met een totaalscore > 13 is er een verdenking op de diagnose PPD.^{22,23}

Databewerking

De data werden ingevoerd in IBM SPSS Statistics 24. Er werd een significantieniveau van 0,05 aangehouden. Voorafgaand aan de data-analyse werden de assumpties voor het uitvoeren van een logistische regressie gecontroleerd.¹⁹ De assumpties voor een normale verdeling en een minimaal intervalniveau waren overbodig, omdat geen gebruik werd gemaakt van continue variabelen in de analyses. Ook de assumptie van homogeniteit van de variantie was niet van toepassing, omdat de gehele onderzoekspopulatie als één groep in de analyses werd meegenomen. Er werd voldaan aan de assumptie van onafhankelijkheid van de dataverzameling, omdat respondenten de enquête individueel invulden en elkaar hierdoor niet konden beïnvloeden. Daarnaast was geen sprake van een voor- en nameting.

Onafhankelijke variabelen

De data van de antwoordopties 'anders' werden individueel bekeken en gehercodeerd naar een bestaande antwoordcategorie. Wanneer bleek dat herhaaldelijk eenzelfde antwoord werd gegeven die niet onder een bestaande antwoordoptie kon worden geplaatst, werd een nieuwe overkoepelende categorie gevormd. De variabelen 'psychische voorgeschiedenis' en 'verloop baring' werden gedichotomiseerd (ongecompliseerd en gecompliceerd), zodat het aantal respondenten per categorie toenam. Er was sprake van een gecompliceerde voorgeschiedenis als respondenten eerder gediagnosticeerd waren met een psychische aandoening. Om te bepalen of er sprake was van een gecompliceerd verloop van de baring werden de variabelen 'verloop baring' en 'bevallingswijze' bekeken.

Afhankelijke variabele

De antwoordopties van de vragen 1,2 en 4 van de EPDS werden gespiegeld, zodat voor alle antwoordopties de scoretoelichting gelijk was. De berekende totaalscore van de EPDS en de gemiddelde totaalscore van de HTQ werden gedichotomiseerd (wel/geen diagnose). Er werd gekeken of deze diagnoses overeenkwamen met de diagnose gesteld door de zorgverlener. Er werd gesproken van een 'juiste diagnose' als de diagnose op basis van de vragenlijst overeenkwam met de diagnose gesteld door de zorgverlener. Wanneer de diagnose op basis van de vragenlijst niet overeenkwam met de diagnose van de zorgverlener was sprake van een 'onjuiste diagnose'. Alle juiste en onjuiste diagnoses werden samengevoegd in één dichotome variabele met de categorieën juiste en onjuiste diagnose. Ook wanneer geen sprake was van een diagnose op basis van de HTQ- en EPDS-vragenlijst, werden deze uitkomsten vergeleken met de diagnose van de zorgverlener. Bij respondenten die op basis van de vragenlijst zowel een postpartum PTSS als PPD hadden, werd de diagnose postpartum PTSS aangehouden. Uit literatuur blijkt namelijk dat een onbehandelde PTSS kan resulteren in een PPD, terwijl dit andersom niet het geval is¹⁵.

Data-analyse

Deelvraag 1 werd beschrijvend geanalyseerd met frequentietabellen waarin werd bekeken hoe vaak een postpartum PTSS, PPD en 'geen diagnose' op basis van de vragenlijst voorkwamen. Ook werd bepaald hoe vaak zorgverleners een postpartum PTSS, PPD en 'geen diagnose' juist of onjuist diagnosticeerden en wat veroorzakers waren voor het stellen van een onjuiste diagnose.

Met deelvraag 2 en 3 werd onderzocht of de onafhankelijke variabelen 'psychische voorgeschiedenis', 'verloop baring', 'bevallingservaring', burgerlijke staat en pariteit voorspellend waren voor het stellen van een juiste diagnose door zorgverleners. Voor iedere onafhankelijke variabele werd een univariabele logistische-regressieanalyse uitgevoerd. Om te corrigeren voor mogelijke confounders werd een multivariabele logistische-regressieanalyse uitgevoerd, waarin alle onafhankelijke variabelen werden meegenomen. De onafhankelijke dichotome variabelen 'psychische voorgeschiedenis', 'verloop baring' en pariteit werden direct in de analyses meegenomen. Om de onafhankelijke nominale variabelen 'bevallingsverwachting' en 'burgerlijke staat' in de analyses mee te nemen, werden dummies gemaakt met de eerste categorie als referentiecategorie. De afhankelijke variabele 'juistheid gestelde diagnose' werd als dichotome variabele meegenomen in de uni- en multivariabele analyse. Het aantal onafhankelijke variabelen dat werd meegenomen in de multivariabele regressieanalyse werd bepaald op basis van het totale aantal respondenten.

De hoofdvraag van het onderzoek werd beantwoord aan de hand van de uitkomsten van de afzonderlijke deelvragen.

Bij de geëxcludeerde respondenten die niet met klachten naar zorgverleners waren geweest, werd middels een beschrijvende analyse bepaald of er op basis van de vragenlijst sprake was van een postpartum PTSS of PPD.

Resultaten

Er werden 202 respondenten voor het onderzoek geworven. Hiervan werden 149 respondenten geëxcludeerd. Dit resulteerde in een respondentenaantal van 53 (26,2%). In figuur 1 zijn de toegepaste exclusiecriteria weergegeven.

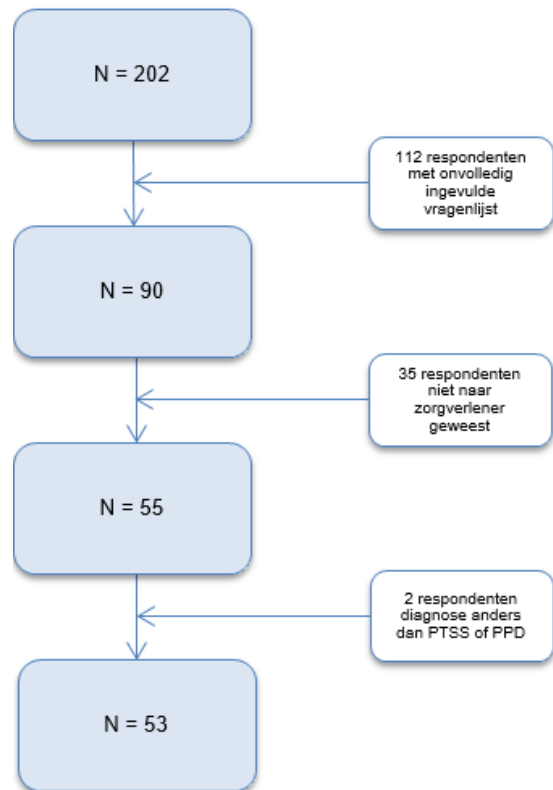
In tabel 1 worden de basiskarakteristieken van de onderzoekspopulatie weergegeven. De respondenten hadden een gemiddelde leeftijd van 31,06 jaar (SD 5,71). Alle respondenten waren van autochtone afkomst. Bijna driekwart was getrouwd of had een geregistreerd partnerschap (N = 37, 69,8%). Ook was de meerderheid primipara (N = 35, 66,0%) en beviel vaginaal (N = 36, 67,9%).

De Cronbach's alfa van de eerste zestien vragen van het vierde deel van de HTQ-vragenlijst was 0,916. Bij het verwijderen van een enkele vraag bleef de waarde van de Cronbach's alfa tussen 0,905 en 0,914.

In tabel 2 wordt de diagnose gesteld door de zorgverlener en de diagnose op basis van de vragenlijst vergeleken. In totaal hadden 21 respondenten (39,6%) een juiste en 32 respondenten (60,4%) een onjuiste diagnose. Op basis van de vragenlijst was er één respondent die zowel op de HTQ- als EPDS-vragenlijst een score had boven de gestelde grenswaardes. De zorgverlener had bij deze respondent de diagnose postpartum PTSS gesteld.

Tabel 3 toont hoe vaak postpartum PTSS, PPD en 'geen diagnose' juist door zorgverleners werden gediagnosticeerd. Daarnaast worden veroorzakers voor het krijgen van een onjuiste diagnose weergegeven. Veroorzakers van een onjuiste diagnose door zorgverleners waren het niet herkennen van een postpartum PTSS of PPD (50,0%), het stellen van de diagnose postpartum PTSS terwijl sprake was van een PPD en vice versa (25,0%) en het stellen van de diagnose postpartum PTSS of PPD terwijl geen sprake was van deze aandoeningen op basis van de vragenlijst (25,0%).

Figuur 1: Stroomdiagram met toepaste exclusiecriteria op de respondenten



De invloed van de onafhankelijke variabelen van deelvraag 2 en 3 op het stellen van een juiste diagnose door zorgverleners is weergegeven in tabel 4. Uit de univariabele analyses kwam naar voren dat een belaste psychische voorgeschiedenis, bevallingservaring beter en slechter dan verwacht en de burgerlijke staat 'alleenstaand' een positief verband hadden met het stellen van de juiste diagnose door zorgverleners (OR > 1,00). Uit de overige univariabele analyses kwam naar voren dat een gecompliceerd verloop van de baring, de burgerlijke staat 'samenwonend' en multipariteit een negatief verband (OR < 1,00) hadden met het stellen van de juiste diagnose door zorgverleners. Deze verbanden waren allen niet significant ($p \geq 0,05$). Ook nadat werd gecorrigeerd voor eventuele confounders in de multivariabele analyse bleken deze variabelen geen significante invloed ($p \geq 0,05$) te hebben.

Tabel 1: Basiskarakteristieken onderzoekspopulatie

	N	%	M	SD
Vrouwen	53			
Leeftijd			31,06	5,71
t/m 25 jaar	5	9,4		
26-30 jaar	24	45,3		
31-35 jaar	17	32,1		
36-40 jaar	5	9,4		
>40 jaar	2	3,8		
Afkomst				
Autochtoon	53	100,0		
Allochtoon	0			
Burgerlijke staat				
Getrouwd of geregistreerd partnerschap	37	69,8		
Samenwonend	14	26,4		
Alleenstaand	2	3,8		
Pariteit				
Primipariteit	35	66,0		
Multipariteit (2)	13	24,5		
Multipariteit (≥ 3)	5	9,4		
Geboortelocatie				
Thuis	14	26,4		
Poliklinisch	3	5,7		
Klinisch	36	67,9		
Bevallingswijze				
Vaginaal	36	67,9		
Vaginale kunstverlossing	7	13,2		
Sectio caesarea	10	18,9		

N = aantal M = gemiddelde SD = standaarddeviatie

Tabel 2: Vergelijking tussen diagnoses van zorgverleners en diagnoses op basis van de HTQ- en EPDS-vragenlijst

	Zorgverlener		Vragenlijst		Juiste diagnose		Onjuiste diagnose	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Geen diagnose	28	52,8	20	37,7	12	60,0	8	40
PTSS	12	22,6	13	24,5	4	30,8	9	69,2
PPD	13	24,5	21	39,6	5	23,8	16	76,2
Totaal	53	100,0	54 ^a	100,0	21	39,6	32	60,4

^a Op basis van de vragenlijst was er 1 case met zowel een PTSS als PPD

Tabel 3: Specificatie van een juiste diagnose en veroorzakers van een onjuiste diagnose van totale aantal respondenten (N = 53)

Juiste diagnose N (%)		Onjuiste diagnose N (%)	
PTSS	4 (19,0)	PTSS/PPD niet herkend	16 (50,0%)
PPD	5 (23,8%)	PTSS ≠ PPD	8 (25,0%)
Geen diagnose	12 (57,1)	Onterecht diagnose PTSS/PPD gesteld	8 (25,0%)
Totaal	21 (39,6)	Totaal	32 (60,4)

Tabel 4: Invloed van de onafhankelijke variabelen het stellen van de juiste diagnose door zorgverleners

Variabele	D-juist N (%)	D-onjuist N (%)	OR (95% CI)	p-waarde	AOR (95% CI)	p-waarde
Psychische voorgeschiedenis	21(100)	32 (100)				
Onbelast	14 (66,7)	23 (71,9)	1,00		1,00	
Belast	7 (33,3)	9 (28,1)	1,28 (0,39-4,20)	0,69	1,20 (0,32-4,49)	0,79
Verloop baring						
Ongecompliceerd	11 (52,4)	15 (46,9)	1,00		1,00	
Gecompliceerd	10 (47,6)	17 (53,1)	0,80 (0,27-2,42)	0,70	0,43 (0,08-2,18)	0,31
Bevallingservaring						
Naar verwachting	2 (9,5)	7 (21,9)	1,00		1,00	
Beter dan verwacht	7 (33,3)	6 (18,8)	4,08 (0,60-27,65)	0,15	4,67 (0,57-38,23)	0,15
Slechter dan verwacht	12 (57,1)	19 (59,4)	2,21 (0,39-12,47)	0,37	2,99 (0,35-25,92)	0,32
Burgerlijke staat						
Getrouwd/geregistreerd partnerschap	16 (76,2)	21 (65,6)	1,00		1,00	
Samenwonend	4 (19,0)	10 (31,3)	0,53 (0,14-1,98)	0,34	0,54 (0,13-2,20)	0,39
Alleenstaand	1 (4,8)	1 (3,1)	1,31 (0,08-22,62)	0,85	1,99 (0,06-71,20)	0,71
Pariteit						
Primipariteit	17 (81,0)	18 (56,3)	1,00		1,00	
Multipariteit	4 (19,0)	9 (28,1)	0,30 (0,08-1,10)	0,07	0,23 (0,05-1,02)	0,05

D = diagnose OR = odds ratio AOR = adjusted odds ratio

Van de geëxcludeerde respondenten die niet met klachten naar een zorgverlener zijn geweest (N = 35) hadden 24 respondenten (68,8%) een score boven de grenswaardes op de valide vragenlijsten. Er waren drie respondenten met een score boven de grenswaarde op de HTQ en twintig respondenten met een score boven de grenswaarde van de EPDS.

Discussie

Het doel van deze studie was tweevoudig. Onderzocht werd in hoeverre zorgverleners de psychische aandoeningen postpartum PTSS en PPD juist diagnosticeren. Daarnaast werd van een aantal factoren onderzocht of deze verband hielden met het juist diagnosticeren van deze aandoeningen.

In totaal heeft meer dan de helft van de respondenten een onjuiste diagnose gekregen van de zorgverlener. Bij het grootste gedeelte van de respondenten met een onjuiste diagnose herkende de zorgverlener de PTSS- of PPD-klachten niet, waardoor er onterecht geen diagnose werd gesteld. Daarnaast was er een aantal respondenten die werden gediagnosticeerd met een postpartum PTSS, terwijl op basis van de vragenlijst verdenking was op PPD en vice versa. Ook uit eerder onderzoek is gebleken dat het niet herkennen en het moeilijk onderscheiden van psychische klachten veroorzakers zijn van het krijgen van een onjuiste diagnose.^{12,14}

Er bleek een positief verband te bestaan tussen het hebben van een belaste psychische voorgeschiedenis en het stellen van een juiste diagnose door zorgverleners. Ook het verband tussen het hebben van zowel een positieve als negatieve discrepantie tussen de bevallingsverwachting en bevallingservaring en het stellen van een juiste diagnose bleek positief. Enkel het verband met de negatieve discrepantie kwam overeen met de hypothese. Er bleek een negatief verband te bestaan tussen een gecompliceerd verloop van de baring en het stellen van een juiste diagnose door zorgverleners, wat in tegenspraak was met de hypothese. Op basis van eerder onderzoek werd namelijk de hypothese gesteld dat zorgverleners bij bovengenoemde factoren meer verdacht zijn op psychische problematiek, waardoor zij eerder aanvullende diagnostiek inzetten en daardoor de kans op een juiste diagnose toeneemt.^{1,5} Onderzoek naar de invloed van deze factoren op het juist of onjuist diagnosticeren van psychische aandoeningen was niet beschikbaar. De gevonden verbanden in het huidige onderzoek bleken echter niet significant.

De burgerlijke staat 'samenwonend' en multipariteit bleken een negatief verband te hebben met het stellen van de juiste diagnose. Dit was in tegenspraak met de gestelde hypothese. De burgerlijke staat 'alleenstaand' had een positief verband met het stellen van de juiste diagnose, wat overeenkwam met de gestelde hypothese. Op basis van eerder onderzoek werd namelijk de hypothese gesteld dat zorgverleners bij ongetrouwde vrouwen en multiparae meer verdacht zijn op psychische problematiek, waardoor zij eerder aanvullende diagnostiek inzetten en daardoor de kans op een juiste diagnose toeneemt.^{7,8} Onderzoek naar de invloed van deze factoren op het juist of onjuist diagnosticeren van psychische aandoeningen was niet beschikbaar. De gevonden verbanden in het huidige onderzoek bleken echter niet significant.

Van de geëxcludeerde respondenten die niet met psychische klachten naar een zorgverlener zijn geweest, bleek meer dan de helft wel een postpartum PTSS of PPD te hebben (gehad). Ook uit de literatuur komt naar voren dat niet alle vrouwen met psychische klachten professionele hulp zoeken, waardoor sprake is van onderdiagnostiek.²⁴ Klachten kunnen hierdoor blijven bestaan, wat negatieve gevolgen kan hebben voor de ontwikkeling van het kind en de kwaliteit van de moeder-kindbinding.^{3,16}

Er is op verschillende manieren geprobeerd een zo groot mogelijke onderzoekspopulatie te bereiken. Echter, de tijdsperiode waarin respondenten werden geworven was kort, waardoor het respondentenaantal beperkt was. Hierdoor had het onderzoek een lagere power en was de kans op het vinden van een significant verband bij een α van 0,05 kleiner.

Bij het verzamelen van de data werd gebruik gemaakt van de EPDS-vragenlijst en de eerste zestien vragen van het vierde deel van de HTQ-vragenlijst. Deze vragenlijsten waren beide betrouwbaar en valide en worden veel door professionals in de praktijk gebruikt.²⁰⁻²³ De vragenlijsten zijn ontworpen voor vrouwen die in de voorafgaande week psychische klachten ervoeren. In het huidige onderzoek is deze grens verschoven, waardoor respondenten de vragenlijst tot twaalf maanden na de bevalling (retrospectief) konden invullen. Er is in de enquête niet expliciet naar de bevallingsdatum gevraagd, waardoor respondenten mogelijk langer dan twaalf maanden geleden zijn bevallen. De kans hierop was voornamelijk verhoogd bij respondenten met een leeftijd boven de 40 jaar. Het retrospectief invullen van de vragenlijst kan tot een verminderde betrouwbaarheid van de eindscores en tot herinneringsbias hebben geleid. Ook zijn de HTQ- en EPDS-vragenlijsten in het huidige onderzoek als diagnostisch instrument gebruikt, terwijl deze als screeninginstrument zijn ontwikkeld. Dit kan tot een verminderde validiteit van de uitkomsten van het onderzoek hebben geleid.

De kans op het verkrijgen van onjuiste informatie werd verkleind door bij een aantal vragen de antwoordoptie 'anders, namelijk ...' toe te voegen. Deze antwoorden werden gehercodeerd naar bestaande of nieuw gevormde categorieën. Hiermee werd voorkomen dat respondenten een antwoord kozen wat niet op hen van toepassing was, wat de validiteit van de uitkomsten heeft verhoogd.

Hoewel op basis van de uitkomsten van de univariabele analyses geen significante verbanden werden gevonden, is toch een multivariabele analyse uitgevoerd met als doel te corrigeren voor confounders. Er werden vijf onafhankelijke variabelen meegenomen in de multivariabele analyse, wat ook het maximale aantal was op basis van het totale respondentenaantal. Alle mogelijke verbanden tussen de onafhankelijke variabelen zijn hierdoor onderzocht.

Op basis van het onderzoek werden een aantal aanbevelingen gedaan voor zowel vervolgonderzoek als de praktijk. Wegens methodologische beperkingen van het huidige onderzoek en het ontbreken van vergelijkbare onderzoeken, wordt aanbevolen meer en groter (herhalings)onderzoek te doen om de gevonden uitkomsten en verbanden te bevestigen dan wel verwerpen. Ook wordt aangeraden een mixed methods onderzoek uit te voeren naar redenen om niet met psychische klachten postpartum naar een zorgverlener te gaan. De verschillende motieven kunnen kwalitatief worden uitgevraagd, waarna kwantitatief onderzocht kan worden welke motieven het meest voorkomend zijn en welke de grootste invloed uitoefenen op de keuze wel of niet met klachten naar een zorgverlener te gaan. Met oog op de uitkomsten van het huidige onderzoek is het van belang dat zorgverleners kennis hebben van de symptomen en risicofactoren van een postpartum PTSS en PPD, zodat zij deze tijdig herkennen en een effectieve behandeling inzetten. Daarnaast wordt aanbevolen dat zorgverleners de HTQ- en EPDS-vragenlijsten laagdrempelig inzetten of zelfs bij iedere (laagrisico) kraamvrouw als screeningsinstrument gebruiken.

Conclusie

In het huidige onderzoek bleek dat meer dan de helft van de vrouwen postpartum een onjuiste diagnose van de zorgverlener kreeg. Bij de helft van deze vrouwen werd er door de zorgverlener ten onrechte geen diagnose gesteld doordat postpartum PTSS en PPD niet werden herkend. Met oog op de negatieve invloed van psychische klachten postpartum op de algehele ontwikkeling van het kind en moeder-kindbinding is deze uitkomst zorgelijk. Het is daarom van belang dat zorgverleners voldoende kennis hebben van psychische aandoeningen postpartum. Hierdoor kunnen klachten worden herkend, aan een juiste diagnose worden gekoppeld en tijdig worden behandeld.

De kans op een juiste diagnose bleek verhoogd bij een belaste psychische voorgeschiedenis, zowel een positieve als negatieve discrepantie tussen de bevallingsverwachting en bevallingservaring en de burgerlijke staat 'alleenstaand'. Daarnaast bleken een gecompliceerd verloop van de baring, burgerlijke staat 'samenwonend' en multipariteit de kans op het stellen van een juiste diagnose niet te verhogen. De bovengenoemde verbanden werden allen niet significant bevonden.

Op basis van het huidige onderzoek kan geconcludeerd worden dat er geen voorspellende variabelen zijn voor het stellen van een juiste diagnose door zorgverleners. Meer en groter onderzoek wordt aanbevolen om de niet significant bevonden uitkomsten en verbanden te bevestigen dan wel verwerpen.

Referenties

1. Maggioni C, Margola D, Filippi F. PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*; 2006. p. 81-90.
2. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*; 2016. p.1121-1134.
3. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal Depression: An Update and Overview. *Psychiatry in Primary Care*; 2014.
4. Wolf F. Het verschil tussen PPD en PTSS na bevalling. Stichting Bevallingsstrauma; 2015.
5. Sanders LB. Assessing and managing women with depression: a midwifery perspective. *J Midwifery Womens Health*; 2006. p. 185-192.
6. Koster D. Perfecte bevallingen bestaan niet: De impact van een ingrijpende bevalling op je leven en wat je eraan kunt doen. Tiel: Lannoo; 2016. p. 191.
7. Glasheen C, Colpe L, Hoffman V, Klein-Warren L. Prevalence of serious psychological distress and mental health treatment in a national sample of pregnant and postpartum women. *Matern Child Health J*; 2015.
8. Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Sechter N J. Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 2000. P. 1210-1217.
9. Stramrood CAI, Paarlberg KM, Huis in 't Veld EMJ, Berger LWAR, Vingerhoets AJJM, Weijmar-Schultz WCM, Pampus MG van. Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*; 2011. p. 88-97.
10. Lambregste-Berg van en M, Kamp I van, Wennink H. *Handboek psychiatrie en zwangerschap*. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. p. 42,68-72.
11. Shahar G, Herishanu-Gilutz SH, Holcberg G, Kofman O. In first-time mothers, post-partum depressive symptom prospectively predict symptoms of post-traumatic stress. *Journal of Affective Disorders*; 2015. p. 168-170.
12. Brummelte S, Galea L A M. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*; 2015.
13. American Psychiatric Association. DSM-5. *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*. Amsterdam: Boom; 2013.
14. White T, Matthey S, Boyd K, Barnett B. Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: Prevalence, course and co-occurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*; 2006. p. 107-120.

15. O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *Am J Psychiatry*; 2004. p. 1390-1396.
16. Tronick E, Reck C. Infants of Depressed Mothers. *Harv Rev Psychiatr*; 2009. p. 147-156.
17. Patiëntenrecht en cliëntenrecht: rechten in de zorg. Rijksoverheid. Internet site. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrecht-en-clientenrecht/inhoud/rechten-in-de-zorg>. Geraadpleegd 2017 mei 16
18. Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet. Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. Internet site. Beschikbaar via: <http://www.ccmo.nl/nl/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>. Geraadpleegd 2017 mei 16.
19. Field A. *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE Publications Ltd; 2009. P. 58.
20. Fouchier de C, Blanchet A, Hopkins W, Bui E, Atit-Aoudia M, et al. Validation of a French adaptation of the Harvard Trauma Questionnaire among torture survivors from sub-Saharan African countries. *European Journal of Psychotraumatology*; 2012.
21. Mollica RF, e.a. The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The journal of Nervous and Mental Disease*; 1992. p. 110-115.
22. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150; 782-796.
23. Pop VJ, Komproe IH, Son MJ van. Characteristics of the Edinburgh Post Natal Depression Scale in The Netherlands. *Journal of Affective Disorders* 1992; 26(2); 105-110.
24. Stel J van der. *Handboek preventie: Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV; 2004

Bijlagen

Bijlage 1: vragenlijst enquête

Allereerst willen wij u hartelijk danken voor uw deelname aan dit onderzoek. Wij zijn derdejaars verloskundigen in opleiding aan de Verloskunde Academie Groningen. Voor onze opleiding doen wij, onder begeleiding van Stichting Bevallingsstrauma, onderzoek naar het juist diagnosticeren van psychische aandoeningen na de bevalling.

Het onderzoek zal ongeveer 10-15 minuten van uw tijd in beslag nemen. Er zal betrouwbaar met uw gegevens worden omgegaan en de resultaten zullen geheel anoniem worden verwerkt. Met het invullen van de vragenlijst geeft u toestemming voor het gebruik van uw anonieme gegevens.

Nogmaals hartelijk dank voor uw deelname aan dit onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Else de Jong & Lieke Velner
547012@student.inholland.nl

Voor meer informatie over psychische klachten na de bevalling kunt u terecht op www.stichtingbevallingstrauma.nl

Basiskarakteristieken

1. Hoe oud bent u?
2. Bent u in Nederland geboren?
 - a. Ja
 - b. Nee
3. Wat is uw burgerlijke staat?
 - a. Getrouwd of geregistreerd partnerschap
 - b. Samenwonend
 - c. Relatie niet-samenwonend of LAT relatie
 - d. Alleenstaand
4. Hoe veel kinderen heeft u gekregen?
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3 of meer
5. Waar bent u tijdens uw laatste bevalling bevallen?
 - a. Thuis
 - b. Poliklinisch
 - c. Ziekenhuis
 - d. Geboortehotel
 - e. Anders, namelijk ...
6. Op welke wijze bent u bevallen?
 - a. Vaginaal
 - b. Vaginale kunstverlossing(vacuümpomp/tangverlossing)
 - c. Keizersnede

Aanvullende vragen

De volgende vragen gaan over eventuele psychische klachten in de voorgeschiedenis.

7. Heeft u eerder in uw leven last gehad van psychische klachten?
 - a. Ja
 - b. Nee

8. Is er naar aanleiding van uw eerdere psychische klachten een van de volgende diagnoses gesteld?
- Er is bij mij geen diagnose gesteld
 - Posttraumatische stressstoornis (PTSS)
 - (Postpartum) depressie
 - Anders, namelijk ...

9. Heeft u eerder professionele hulp gehad voor uw psychische klachten?
- Ja
 - Nee

De volgende vragen gaan over uw meest recente bevalling en de psychische klachten die zijn hierna zijn ontstaan.

10. Is uw laatste bevalling gelopen zoals verwacht?
- Ja
 - Nee, beter dan verwacht
 - Nee, slechter dan verwacht

11. Zijn er tijdens uw laatste bevalling complicaties geweest?
- Nee
 - Ja, het kindje werd moeizaam geboren door vastzittende schouders
 - Ja, ik had complicaties met ruim bloedverlies of de placenta
 - Ja, mijn kindje moest beademd en/of opgenomen worden
 - Anders, namelijk ...

12. Op welk moment na de bevalling zijn uw psychische klachten ontstaan?
- Binnen 4 weken na mijn bevalling
 - Tussen 4 weken en 6 maanden na mijn bevalling
 - Tussen 6 maanden en 12 maanden na mijn bevalling

13. Hoe lang geleden zijn uw klachten ontstaan?
- Minder dan 6 maanden geleden
 - Meer dan 6 maanden geleden

14. Wanneer bent u met uw klachten naar een zorgverlener gegaan?
- Minder dan een maand na het ontstaan van mijn klachten
 - Tussen 1 en 6 maanden na het ontstaan van mijn klachten
 - Tussen 6 en 12 maanden na het ontstaan van mijn klachten

- d. Ik ben niet met mijn klachten naar een zorgverlener gegaan
15. Welke diagnose is er door de zorgverlener gesteld voor uw psychische klachten?
- a. Er is geen diagnose gesteld
 - b. Postpartum depressie
 - c. Posttraumatische stressstoornis (PTSS)
 - d. Anders, namelijk: ...
16. Welke hulpverlener heeft de diagnose gesteld?
- a. Er is geen diagnose gesteld
 - b. Huisarts
 - c. Verpleegkundige/arts consultatiebureau
 - d. Verloskundige/gynaecoloog
 - e. Psycholoog/psychiater
 - f. Anders: ...
17. Heeft u medicatie gebruikt voor uw psychische klachten?
- a. Ja
 - b. Nee
18. Welke behandeling heeft u gehad?
- a. EMDR
 - b. Cognitieve gedragstherapie
 - c. Medicatie
 - d. EMDR en cognitieve gedragstherapie
 - e. EMDR en medicatie
 - f. Cognitieve gedragstherapie en medicatie
 - g. EMDR, cognitieve gedragstherapie en medicatie
 - h. Anders, namelijk ...
19. Zijn de psychische klachten verholpen?
- a. Ja, zonder het krijgen van een behandeling
 - b. Ja, volledig na het krijgen van een behandeling
 - c. Ja, gedeeltelijk na het krijgen van behandeling
 - d. Nee, zonder het krijgen van een behandeling
 - e. Nee, na het krijgen van een behandeling

Bij de volgende vragen is het de bedoeling dat u uw ervaren klachten van de afgelopen week omschrijft. Het kan echter zo zijn dat u op dit moment geen psychische klachten meer ervaart. Als dat het geval is, is het de bedoeling dat u zich weer probeert te verplaatsen in de periode waarin u wel psychische klachten ervoer en met dat gevoel de volgende vragen in te vullen.

Vragenlijst PTSS: Harvard Trauma Questionnaire vragenlijst

De volgende klachten worden soms door mensen genoemd nadat zij pijnlijke of angstaanjagende gebeurtenissen hebben meegemaakt (in uw geval is deze gebeurtenis de bevalling). Geef bij elk van onderstaande items aan hoeveel last je hiervan in de **afgelopen week** hebt ervaren.

20. Terugkerende gedachten of herinneringen aan de pijnlijke of angstige gebeurtenissen

- a. Helemaal geen last
- b. Een beetje last
- c. Nogal veel last
- d. Zeer veel last

21. Het gevoel hebben alsof de gebeurtenissen opnieuw plaats vinden

- a. Helemaal geen last
- b. Een beetje last
- c. Nogal veel last
- d. Zeer veel last

22. Terugkerende nachtmerries

- a. Helemaal geen last
- b. Een beetje last
- c. Nogal veel last
- d. Zeer veel last

23. Je losstaand of teruggetrokken voelen van anderen

- a. Helemaal geen last
- b. Een beetje last
- c. Nogal veel last
- d. Zeer veel last

24. Niet in staat iets te voelen

- a. Helemaal geen last
- b. Een beetje last
- c. Nogal veel last

d. Zeer veel last

25. Je zenuwachtig voelen, schrikachtig zijn

- a. Helemaal geen last
- b. Een beetje last
- c. Nogal veel last
- d. Zeer veel last

26. Moeilijk kunnen concentreren

- a. Helemaal geen last
- b. Een beetje last
- c. Nogal veel last
- d. Zeer veel last

27. Moeite met slapen

- a. Helemaal geen last
- b. Een beetje last
- c. Nogal veel last
- d. Zeer veel last

28. Op je hoede zijn

- a. Helemaal geen last
- b. Een beetje last
- c. Nogal veel last
- d. Zeer veel last

29. Geïrriteerd zijn of woede-uitbarstingen hebben

- a. Helemaal geen last
- b. Een beetje last
- c. Nogal veel last
- d. Zeer veel last

30. Bezigheden vermijden die aan de pijnlijke of angstige gebeurtenissen doen herinneren

- a. Helemaal geen last
- b. Een beetje last
- c. Nogal veel last
- d. Zeer veel last

31. De pijnlijke of angstige gebeurtenissen niet volledig kunnen herinneren
- Helemaal geen last
 - Een beetje last
 - Nogal veel last
 - Zeer veel last
32. Minder interesse hebben in dagelijkse activiteiten
- Helemaal geen last
 - Een beetje last
 - Nogal veel last
 - Zeer veel last
33. Het gevoel hebben alsof je geen toekomst hebt
- Helemaal geen last
 - Een beetje last
 - Nogal veel last
 - Zeer veel last
34. Gedachten en gevoelens vermijden die doen herinneren aan de pijnlijke of angstige gebeurtenissen
- Helemaal geen last
 - Een beetje last
 - Nogal veel last
 - Zeer veel last
35. Plotselinge gevoelens of lichamelijke reacties hebben bij het herinnerd worden aan de pijnlijke of angstige gebeurtenissen
- Helemaal geen last
 - Een beetje last
 - Nogal veel last
 - Zeer veel last

Vragenlijst depressie: Edinburg postnatal depression scale (EPDS)

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 (Indien u momenteel geen psychische klachten ervaart, geldt wederom dat u zich probeert te verplaatsen in de periode waarin u wel psychische klachten ervoer en met dat gevoel de vragen in te vullen).

36. Ik heb kunnen lachen en de leuke kant van de dingen kunnen inzien

- a. Zoveel als ik altijd kon
- b. Nu niet zo veel als anders
- c. Zeker nu niet zo veel als anders
- d. Helemaal niet

37. Ik heb met plezier naar dingen uitgekeken

- a. Zoals altijd of meer
- b. Wat minder dan ik gewend was
- c. Absoluut minder dan ik gewend was
- d. Nauwelijks

38. Ik heb mijzelf onnodig verwijten gemaakt als er iets fout ging

- a. Ja, heel vaak
- b. Ja, soms
- c. Niet erg vaak
- d. Nee, nooit

39. Ik ben bang of bezorgd geweest zonder dat er een aanleiding was:

- a. Nee, helemaal niet
- b. Nauwelijks
- c. Ja, soms
- d. Ja, zeer vaak

40. Ik reageerde schrikachtig of paniekerig zonder echt goede reden:

- a. Ja, tamelijk vaak
- b. Ja, soms
- c. Nee, niet vaak
- d. Nooit

41. De dingen groeiden mij boven het hoofd
- Ja, meestal
 - Ja, soms
 - Nee, meestal kon ik het goed aan
 - Nee, ik kon alles even goed aan
42. Ik voelde mij zo ongelukkig dat ik er bijna niet van kon slapen:
- Ja, meestal
 - Ja, soms
 - Niet vaak
 - Helemaal niet
43. Ik voelde mij somber en beroerd:
- Ja, bijna steeds
 - Ja, tamelijk vaak
 - Niet erg vaak
 - Nee, helemaal niet
44. Ik was zo ongelukkig dat ik heb zitten huilen:
- Ja, heel vaak
 - Ja, tamelijk vaak
 - Niet erg vaak
 - Nee, helemaal niet
45. Ik heb er aan gedacht mijzelf iets aan te doen:
- Ja, tamelijk vaak
 - Soms
 - Nauwelijks
 - Nooit