



NIET OP EEN ROZE WOLK

Hoe wordt het risico op een postpartum depressie
gescreend?

Not on a pink cloud: How is the risk of postpartum depression screened?



Zuyd
Hogeschool **ZU
YD**

Student:	Femke Verheijen
Studentnummer:	1517511
Docentbegeleider:	Mariëlle Meijers
Stageplek:	Afdeling verloskunde, MUMC+
Werkbegeleiders:	Judith Piets en Esmee Hendrikx
Leerlingbegeleider:	Marga Botterhuis
Praktijkbegeleider:	Lisian Willemsen
Periode:	11/02/2019 – 07/06/2019
School:	Zuyd Hogeschool
Faculteit:	Gezondheidszorg, Verpleegkunde
Datum:	21 mei 2019

Samenvatting

Aanleiding: uit de literatuur blijkt dat tien tot vijftien procent van de kraamvrouwen binnen het eerste jaar na de bevalling een depressie ontwikkelen. Binnen de afdeling verloskunde van het MUMC+ worden steeds vaker patiënten opgenomen die een vergrote kans hebben op het ontwikkelen van een postpartum depressie, zoals patiënten met extreem prematuur geboren kinderen en patiënten die een psychische stoornis in het verleden hebben gehad. Zorgverleners erkennen een postpartum depressie vaak niet voldoende en klachten worden vaak niet serieus genomen. Momenteel wordt er op de afdeling verloskunde geen gebruik gemaakt van een meetinstrument om het risico op een postpartum depressie zichtbaar te maken. De doelstelling van deze bachelorthesis is gericht op het inbrengen van een meetinstrument in de praktijk om zo het risico op een postpartum depressie tijdens opname in te kunnen schatten. Om dit doel te bereiken is er een hoofdvraag opgesteld: 'Op welke wijze kan het risico op een postpartum depressie worden ingeschat bij patiënten die gedurende de kraamperiode op de afdeling verloskunde van het MUMC+ worden opgenomen na een traumatisch ervaren bevalling of eerder een depressie hebben doorgemaakt waardoor de kwaliteit van zorg verbeterd wordt?' Deze bachelorthesis is gebaseerd op de eerste vier stappen van het implementatiemodel van Wensing & Grol. Er wordt gebruikt gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden. Zo wordt er literatuur gezocht binnen verschillende databanken zoals PubMed, Springerlink en Google Scholar. Daarnaast worden er interviews afgenomen met een verpleegkundige van de PAAZ-afdeling en een klinisch verloskundige. Tevens wordt er een enquête bij de verpleegkundigen werkzaam op de afdeling verloskunde en een vragenlijst bij een unitleider van de afdeling verloskunde afgenomen.

Uit deze bachelorthesis blijkt dat er een aantal verschillen zijn tussen de wenselijke en feitelijke situatie. Zo blijkt uit de literatuur dat het belangrijk is om goed te screenen op een postpartum depressie, dit zorgt ervoor dat gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind beter zijn aangezien er tijdig passende hulp ingeschakeld kan worden. Er zijn verschillende screeningsinstrumenten die in de praktijk ingezet kunnen worden, de meest gebruikte instrumenten zijn vragenlijsten. Het is nog niet duidelijk wat de juiste frequentie is van deze screening en wanneer het juiste moment is dat hiermee gestart dient te worden. Momenteel wordt er binnen de afdeling verloskunde geen gebruik gemaakt van een screeningsinstrument. Uit de praktijk blijkt dat veel verpleegkundigen niet voldoende kennis bezitten omtrent het ziektebeeld en het gebruik van screeningsinstrumenten.

Abstract

Motive: the literature has shown that ten to fifteen percent of postpartum women develop depression within the first year after giving birth. Within the obstetrics department of the MUMC+ an increasing number of patients are being admitted who have an increased risk of developing postpartum depression, such as patients with extremely prematurely born children and patients who have had a mental disorder in the past. Healthcare providers often do not recognise postpartum depression sufficiently and complaints are often not taken seriously. Currently, the obstetrics department does not use a measuring instrument to make the risk of postpartum depression visible.

The objective of this bachelor thesis is to introduce a measuring instrument in practice in order to be able to estimate the risk of postpartum depression during admission. In order to achieve this goal, a main question has been formulated: 'How can the risk of postpartum depression be estimated in patients who are admitted to MUMC+ during the maternity period at the obstetrics department after a traumatic delivery or who have previously experienced a depression, as a result of which the quality of care is improved? This bachelor's thesis is based on the first four steps of the Wensing & Grol implementation model. Both qualitative and quantitative research methods are used. For example, literature is searched in various databases such as PubMed, Springerlink and Google Scholar. In addition, interviews are conducted with a nurse from the PAAZ department and a clinical midwife. In addition, a survey of nurses working in department D2 and a questionnaire with a unit leader in department D2 is conducted.

This bachelor's thesis shows that there are a number of differences between the desirable and actual situation. For example, the literature shows that it is important to screen well for postpartum depression, this ensures that the health outcomes for mother and child are better since appropriate help can be called in at a good time. There are various screening instruments that can be used in practice, the most commonly used instruments being questionnaires. It is not yet clear what the right frequency of this screening is and when it is the right moment to start. Currently, no screening instrument is being used within the obstetrics department. Practice has shown that many nurses do not have sufficient knowledge about the clinical picture and the use of screening instruments

Voorwoord

Momenteel zit ik in het vierde leerjaar van de opleiding HBO-Verpleegkunde binnen Zuyd Hogeschool te Heerlen. Van 11 februari tot 7 juni 2019 loop ik stage op de afdeling verloskunde van het MUMC+. Deze afdeling is onderverdeeld in een verpleegafdeling (kraamafdeling) en de verloskamers. De verpleegafdeling bestaat uit elf bedden met maximaal 10 babybedjes voor zieke zwangere, kraamvrouwen en neonaten. Daarnaast beschikt de afdeling over twee bedden voor ernstig zieke zwangere of kraamvrouwen. Naast de verpleegafdeling beschikt de afdeling over zeven verloskamers, één ante-partumkamer en twee EHBO-kamers. Patiënten die worden opgenomen zijn vrouwen en/of pasgeborene die zorg nodig hebben voor of na de bevalling. Bijvoorbeeld na een keizersnede, bij een groeivertraging van het kind, een dreigende vroeggeboorte, een te hoge bloeddruk, zwangerschapsvergiftiging etc.

Binnen deze periode wordt er een verbetertraject voorgedragen. Dit traject wordt uitgevoerd aan de hand van de stappen van Wensing en Grol (2017) en verbeterd de kwaliteit van zorg.

Mijn dankwoorden gaan uit naar mijn werkbegeleiders op de afdeling, Esmee Hendriks, Marga Botterhuis en Judith Piets, die mij tijdens deze stageperiode begeleid hebben. Verder wil ik mijn docentbegeleider Mariëlle Meijers bedanken voor het begeleiden tijdens deze bachelor thesis. Mijn peer-assessor Danique van de Wijer wil ik bedanken voor het geven van feedback op deze opdracht.

Ik wens u veel leesplezier toe,

Femke Verheijen

Echt, 21 mei 2019.

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Abstract	2
Voorwoord.....	3
Inleiding	7
Hoofdstuk 1: Analyse wenselijke situatie	9
1.1 Methodiek wenselijke situatie.....	9
1.2 Resultaten wenselijke situatie	11
1.3 Conclusie.....	13
Hoofdstuk 2: Analyse feitelijke situatie	15
2.1 Methodiek feitelijke situatie.....	15
2.2 Resultaten feitelijke situatie	16
2.3 Conclusie.....	19
2.4 Verschillen wenselijke en feitelijke situatie	19
2.5 Doelen voor verbetering.....	20
Hoofdstuk 3: Analyse doelgroep en setting	21
3.1 Methodiek doelgroep en setting.....	21
3.2 Resultaten	22
3.3 Beïnvloedbare factoren	23
3.4 Conclusie.....	24
Hoofdstuk 4: Implementatie strategieën.....	26
4.1 Het EPOC-model	26
4.2.2 Toepassing in EPOC-model.....	26
Nabeschouwing.....	30
Bijlage 1: Reflectie	32
Bijlage 2: Literatuurlijst.....	36
Bijlage 3: Zoekstrategie	41
Bijlage 4: Voorstel bachelorthesis	47
Bijlage 5: Screeningsinstrumenten	56
Bijlage 6: Topiclijst verpleegkundige PAAZ	58
Bijlage 7: Topiclijst klinisch verloskundige	60
Bijlage 8: Open codering	62
Bijlage 9: Axiale codering	67
Bijlage 10: Codeboom.....	73
Bijlage 11: Vragenlijst unitleider	78

Bijlage 12: Afgenomen enquête	80
Bijlage 13: Analyse enquête	85
Bijlage 14: Adviesbeoordeling werkbegeleider	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 15: Beoordeling peerassessor	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Inleiding

Jaarlijks worden in Nederland twintigduizend baby's geboren waarvan de moeder depressieve klachten ontwikkelt in de periode rondom de bevalling (Meulink, 2015). Bij tien tot vijftien procent van de kraamvrouwen komt een depressie voor in het eerste jaar na de bevalling (Prins, van Roosmalen, Scherjon & Smit, 2014). Een postpartum depressie is een langdurige depressie waarbij de klachten in de eerste weken tot maanden na de bevalling optreden (Meulink, 2015). Een kwart van de vrouwen gediagnosticeerd met een postpartum depressie is na één jaar nog depressief (Meulink, 2015). Risicofactoren voor het ontwikkelen van een postpartum depressie zijn nullipariteit, een leeftijd boven de veertig jaar, roken, een onduidelijke sociaaleconomische status [SES], het niet hebben van een vaste relatie en het hebben van een belast verleden met een psychische stoornis (Prins, van Roosmalen, Scherjon & Smit, 2014). Vrouwen die in de zwangerschap ernstige problemen hebben ontwikkeld en vrouwen met extreem prematuur geboren kinderen hebben een grotere kans op het ontwikkelen van een postpartum depressie (Sampaio de Carvalho & van Dijk, 2016). Daarnaast bestaan risicofactoren gerelateerd aan de bevalling zoals een traumatisch ervaren bevalling, opname op een kinderafdeling en een lage APGAR-score (score lager dan zes, die laag blijft of niet snel genoeg stijgt). De APGAR-score bestaat uit vijf onderdelen die de conditie van het pasgeboren kind in kaart brengen (Cnattingius, Norman, Granath, Petersson, Stephansson & Frisell, 2017). De grootste risicofactor is het hebben doorgemaakt van een depressie in de zwangerschap (Kennispoort Verloskunde, 2014). Een postpartum depressie verstoort de moeder-kind relatie (Kennispoort, 2010). Uit twee onderzoeken van Beck (1995) en Field (1984) is gebleken dat een postpartum depressie een significant negatief effect heeft op de ontwikkeling van het kind (Van Pelt, 2015). Uit onderzoek (Buttner, Brock & O'Hara, 2015) blijkt dat vrouwen met een postpartum depressie de eerste 10 dagen postpartum meer negatieve en minder positieve gevoelens hebben dan vrouwen zonder deze diagnose (KNOV, 2018). Vermoedens van psychosociale problemen die de ontwikkeling van het kind kunnen beïnvloeden dienen tijdig gesignaleerd te worden. Middels deze signalering kunnen kwetsbare vrouwen geïdentificeerd worden en kan indien nodig passende hulp en informatie gegeven worden (Wildschut & Boesveld, 2018).

Binnen de afdeling Verloskunde van het Maastricht Universiteit Medisch Centrum [MUMC+] worden steeds vaker patiënten opgenomen die in het verleden een depressie hebben doorgemaakt. Tevens worden er patiënten verpleegd die een moeilijke zwangerschap en/of bevalling hebben doorgemaakt. Deze patiënten hebben een vergroot risico op het ontwikkelen van een postpartum depressie. Vanuit observaties in de praktijk is gebleken dat binnen de afdeling geen gebruik wordt gemaakt van een meetinstrument, zoals bijvoorbeeld de

Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS], om een mogelijke postpartum depressie zichtbaar te maken. Het is nog onduidelijk waarom de verpleegkundigen hier geen gebruik van maken.

Het doel van deze bachelor thesis is gericht op inbrengen van een meetinstrument voor de beroepspraktijk om zo het risico op een postpartum depressie in te kunnen schatten waardoor deze eerder herkend en behandeld kan worden.

De vraagstelling die hieruit volgt luidt als volgt: 'Op welke wijze kan het risico op een postpartum depressie worden ingeschat bij patiënten die gedurende de kraamperiode op de afdeling verloskunde van het MUMC+ worden opgenomen na een traumatisch ervaren bevalling of eerder een depressie hebben doorgemaakt waardoor de kwaliteit van zorg verbeterd wordt?'

Deze bachelor thesis is gebaseerd op de vier stappen van het implementatiemodel van Wensing & Grol (2017). Om een antwoord op de hoofdvraag te kunnen formuleren vindt een literatuur- en praktijkonderzoek plaats. Voor het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van richtlijnen, artikelen en boeken met betrekking op een postpartum depressie. De gebruikte bronnen zijn afkomstig uit verschillende databanken zoals PubMed, SpringerLink, DIZ en Google Scholar. Binnen deze databanken zijn verschillende zoektermen gehanteerd, zoals 'postpartum depression', 'psychiatrie zwangerschap' en 'screening postpartum depression'. Tevens is gebruik gemaakt van booleaanse operatoren AND en OR. Een exclusiefactor binnen dit onderzoek is dat er geen bronnen gebruikt worden die ouder dan vijf jaar zijn, als deze wel gebruikt worden zal dit worden toegelicht binnen de discussie.

Leeswijzer: In het eerste hoofdstuk wordt ingegaan op de eerste stap volgens Wensing & Grol (2017), namelijk de wenselijke situatie. Binnen het tweede hoofdstuk wordt de feitelijke situatie beschreven. In het derde hoofdstuk wordt ingegaan op de doelgroep en setting. Tot slot worden in het vierde hoofdstuk de strategieën en interventies toegelicht. Hierna volgt de nabeschuiving en de bijlagen.

Hoofdstuk 1: Analyse wenselijke situatie

In dit hoofdstuk wordt de eerste stap van het implementatiemodel van Wensing & Grol (2017) behandeld. Hierbij wordt de wenselijke situatie met betrekking tot het screenen van een postpartum depressie onderzocht. De wenselijke situatie wordt middels een literatuurstudie, interviews en een enquête onderzocht. Ten eerste wordt de methodiekbeschrijving toegelicht, waarna de resultaten en de conclusie van de wenselijke situatie worden beschreven.

1.1 Methodiek wenselijke situatie

Om de wenselijke situatie te onderzoeken is gebruik gemaakt van drie onderzoeksmethoden, namelijk een literatuurstudie, twee interviews en een enquête.

1.1.1 Methodiek literatuurstudie

Allereerst wordt een literatuurstudie uitgevoerd om kennis te verzamelen omtrent een postpartum depressie en het screenen hiervan. De belangrijkste vraag die bij deze literatuurstudie naar voren komt luidt: 'Welke meetinstrumenten kunnen er worden ingezet om het risico op een postpartum depressie zichtbaar te maken?' Om deze vraag te kunnen beantwoorden wordt gebruik gemaakt van verschillende databanken, zoals Google Scholar, PubMed, SpringerLink en Cinahl. Binnen dit onderzoek worden onder andere de zoektermen 'postpartum depression', 'EPDS' en 'screening test' gehanteerd. De zoektermen worden met elkaar gecombineerd middels booleaanse operator 'AND'. De bronnen die binnen dit onderzoek gebruikt worden, zijn Nederlands- of Engelstalig waarvan de meeste bronnen recent gepubliceerd zijn (niet ouder dan vijf jaar). De gehele literatuurlijst is in bijlage 2 te vinden. Tijdens het onderzoek wordt tevens een zoekstrategie bijgehouden, welke in bijlage 3 vermeld staat.

1.1.2 Methodiek interviews

Om naast de literatuurstudie nog meer data te verzamelen worden twee semigestructureerde interviews afgenomen. Voorafgaande aan beide interviews wordt een topiclijst opgesteld. De topiclijst is een vastgestelde lijst van gespreksonderwerpen die tijdens het interview besproken zullen worden. Bij het gebruik van deze topiclijst ligt de volgorde, de formulering van de vragen en de formulering van de antwoorden niet vast (Bakker & van Buuren, 2014). Het voordeel van een semigestructureerd interview is dat informatie snel verkregen kan worden doordat er kan worden doorgevraagd op bepaalde onderwerpen (Baarda & van der Hulst, 2017). De twee topiclijsten bevatten beide zes gespreksonderwerpen (topics) om het interview sturing te geven. Er worden bij beide interviews andere topics gebruikt, aangezien zij werkzaam zijn binnen verschillende disciplines en andere werkzaamheden hebben. Binnen het interview met

een verpleegkundige werkzaam op de PAAZ zullen de topics afdeling, zorg, kind, ervaringen, kennis ten aanzien van ziektebeeld en screening worden gehanteerd. Deze topics worden gekozen aangezien uit de literatuur blijkt dat er een aantal dingen belangrijk zijn binnen de behandeling van een postpartum depressie, zoals medicatie, structuur, slaaphygiëne, optimalisering van moeder-kindinteractie en aandacht voor partner en familie (Wesseloo, Burgerhout, Koorengel & Bergink, 2015). Al deze punten komen aan bod binnen een opname op de PAAZ. Binnen het interview met een klinisch verloskundige zullen de onderwerpen voorstellen, controles, postpartum depressie, screening, ervaringen en kennis ten aanzien van ziektebeeld worden gebruikt. Uit literatuur blijkt dat de piek in het ontstaan van een postpartum depressie in de tweede maand is (de Loof, 2016), het hoofddoel van dit interview wordt dan ook gericht op het screenen tijdens de nacontrole welke in de tweede maand postpartum plaatsvindt. Beide topiclijsten worden in een tabel gezet welke in bijlages 6 en 7 te vinden zijn. Beide interviews worden middels geluidsapparatuur opgenomen, hiervoor wordt toestemming aan de respondenten gevraagd. Nadat de data verzameld is worden de interviews 'verbatim' getranscribeerd. Dit betekent dat de geluidsopname letterlijk wordt omgezet naar geschreven tekst (Bakker & van Buren, 2014). Vanuit deze transcripten kan er worden gecodeerd. Het coderen bestaat uit verschillende fasen en zorgt voor een heldere analyse van de resultaten (Bakker & van Buren, 2014). De eerste fase bestaat uit het open coderen, hierbij wordt het transcript doorgelezen en worden codes toegekend aan tekstfragmenten, de open codes van beide interviews staan in bijlage 8 vermeld. De tweede fase bestaat uit het axiaal coderen, hierbij worden de open codes samen gevoegd tot één overkoepelende code (Bakker & van Buren, 2014). De derde en laatste fase bestaat uit selectieve codering. Vanuit de axiale codering worden verbanden gelegd tussen de codes en kunnen kerncategorieën gevormd worden (Bakker & van Buren, 2014). Deze drie fases van codering zijn verwerkt in een codeboek, welke te vinden is in bijlage 10.

1.1.3 Methodiek enquête

Er wordt een enquête gemaakt om na te gaan hoe de verpleegkundigen van de afdeling verloskunde tegenover het screenen van een postpartum depressie staan. De verpleegkundigen krijgen twee weken de tijd om deze enquête in te vullen. Er is voor dit tijdsbestek gekozen zodat zij voldoende tijd hebben om deze enquête in te vullen. In totaal worden 37 enquêtes geprint en op de zusters-post neergelegd, deze enquêtes worden anoniem ingevuld. Er is voor 37 enquêtes gekozen met het oog op de verpleegkundige bezetting binnen deze twee weken. De enquêtes kunnen worden ingevuld door vaste medewerkers, flex-poolmedewerkers en stagiaires binnen de afdeling. De vragen die aan bod komen binnen deze enquête worden opgesteld na het uitvoeren van de literatuurstudie. Er is gebruik gemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve vragen. Om de enquête op te stellen

wordt gebruik gemaakt van het basisboek enquêteren (Baarda, 2015). De afgenomen enquête staat vermeld in bijlage 12.

1.2 Resultaten wenselijke situatie

De resultaten die voortvloeien uit bovenstaande onderzoeksmethoden worden in deze paragraaf beschreven.

1.2.1 Resultaten literatuurstudie

Psychische problemen rondom de zwangerschap en bevalling worden vaak niet opgemerkt (Van Damme, Van Parys, Vogels, Roelens & Lemmens, 2018). Zorgprofessionals erkennen het probleem vaak niet voldoende en klachten van deze vrouwen worden vaak niet serieus genomen waardoor zij niet de benodigde zorg krijgen (Meulink, 2015). Momenteel worden de meeste vrouwen tijdens de zwangerschap en na de bevalling niet gescreend op een mogelijke depressie (Meulink, 2015). Dat terwijl deze screening bij een goede verwijzing en therapie leidt tot betere gezondheidssuitkomsten voor moeder en kind (De Loof, 2016). Gesignaleerd is dat de patiënten die opgenomen zijn op de afdeling verloskunde van het MUMC+ eveneens niet gescreend worden op een mogelijke depressie. Dat terwijl veel patiënten die opgenomen zijn één of vaak meerdere risicofactoren hebben voor het ontwikkelen van een postpartum depressie.

De postpartum depressie

Het ontwikkelen van een postpartum depressie is de meest voorkomende complicatie rondom de zwangerschap en bevalling (Meulink, 2015). Meer dan de helft van de jonge moeders heeft in de eerste tien dagen na de bevalling last van stemmingswisselingen. Huilbuien en slaapproblemen komen hier vaak bij voor (PsyQ, 2015). Uit onderzoek (Buttner, Brock & O'Hara, 2015) blijkt dat vrouwen met een postpartum depressie de eerste 10 dagen postpartum meer negatieve en minder positieve gevoelens hebben dan vrouwen zonder deze diagnose (KNOV, 2018). Er wordt van een postpartum depressie gesproken wanneer de depressieve episodes optreden na de eerste maand tot één jaar na de bevalling (De Loof, 2016). Jaarlijks worden in Nederland twintigduizend baby's geboren waarvan de moeder depressieve klachten ontwikkelt in de periode rondom de bevalling (Meulink, 2015). Een depressie kent twee hoofdsymptomen, namelijk een sombere stemming en/of verlies van interesse (anhedonie) (Lambregtse et al., 2015). Naast deze twee hoofdsymptomen kunnen klachten optreden als concentratiestoornissen, slaapproblemen, een verstoorde eetlust en kan de moeder snel geïrriteerd, neerslachtig of verdrietig zijn. Deze klachten ontstaan in de eerste weken tot maanden na de bevalling (Prins, van Roosmalen, Scherjon & Smit, 2014). De piek in het ontstaan van een postpartum depressie valt in de tweede maand na de bevalling (De Loof, 2016). Uit onderzoek (Beck, 1995) blijkt dat de ontwikkeling van kinderen beïnvloed wordt

door een postpartum depressie bij de moeder. Zo hebben kinderen tot acht jaar oud vaker gedragsproblemen, vertonen ze sneller antisociaal gedrag en kunnen zich slechter hechten aan anderen (Van Pelt, 2015).

Er zijn een aantal risicofactoren voor het ontwikkelen van een postpartum depressie. Zo hebben moeders die de bevalling als traumatisch ervaren, een tekort aan sociale steun ervaren of extreem prematuur (24 – 27 weken zwangerschap) bevallen zijn van hun kind een verhoogde kans op het ontstaan van een postpartum depressie (Sampaio de Carvalho & van Dijk, 2016, Prins et al., 2014). De grootste risicofactor is het eerder hebben doorgemaakt van een psychiatrische stoornis. De kans op het ontwikkelen van een postpartum depressie is 27 maal groter wanneer de vrouw eerder vanwege een psychiatrische stoornis is opgenomen (De Loof, 2016).

Het screenen van een postpartum depressie

Het inzetten van de juiste screening heeft voordelen in de klinische zorg (Rojas, Guajardo, Martínez & Fritsch, 2018). Het verbeterd de vroege opsporing, bevordert het herstel van de moeder en vermindert de effecten van een depressie op de ontwikkeling van het kind (Allemon et al, 2017). Echter is het onbekend wat de optimale frequentie van deze screening is en hoe deze in de praktijk ingezet dient te worden (McKean, Caughey, Yuracko McKean, Cabana & Flaherman, 2018). Er zijn een aantal instrumenten om psychosociale problematiek tijdig te kunnen signaleren, zoals bijvoorbeeld de Rotterdam Reproductive Risk Reduction Checklist [R4U], de Mind2Care, de Antenatal Psychosocial Health Assessment Nederland [ALPHA-NL] en de zelftest voor het Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap [LKPZ] welke gebaseerd is op de EPDS (Wildschot & Boesveld, 2018). De uitleg van deze instrumenten staat beschreven in bijlage 5. Uit literatuur blijkt dat de EPDS wereldwijd het meest gebruikte screeningsinstrument is om een postpartum depressie op te sporen (van Damme, 2018, Edozien & O'Brien, 2017). De reden hiervoor is dat de EPDS een gevalideerd meetinstrument is in de meeste gebieden van de wereld en in meer dan 60 talen vertaald is (Cox, 2017). De EPDS is een zelfrapportagemiddel en wordt beschreven als een zeer nauwkeurig screeningsinstrument om een postpartum depressie op te sporen (Venkatesh, Zlotnick, Triche, Ware & Phipps, 2014, Tendais et al, 2014). Momenteel is alleen bekend dat het instrument in het buitenland in de vroege postpartum periode wordt ingezet, om op deze manier vrouwen met een hoge score tijdig op te sporen (Lambregtse et al, 2015). De EPDS is in het Nederlands vertaald waardoor het instrument goed in te zetten is. Het instrument bevat tien vragen met elk vier antwoordmogelijkheden (LKPZ, z.d.).

1.2.2 Resultaten interviews

Interview verpleegkundige PAAZ: De respondent is van mening dat het screenen op de kraamafdeling zinvol kan zijn, mits er ook vervolgstappen kunnen worden ondernomen

wanneer de score van de test (te) hoog is. Er is niet een bepaald screeningsinstrument dat de respondent aanraadt. Wel is het duidelijk dat een vragenlijst die door de patiënt zelf in kan worden gevuld makkelijk hanteerbaar is. De vragenlijst zou op de eerste of tweede dag na de bevalling aangereikt kunnen worden en later tijdens de visite besproken worden.

Interview klinisch verloskundige: Eveneens geeft de respondent aan het zinvol te vinden om tijdens de opname na de bevalling al te screenen op een mogelijke depressie. Ook zij geeft aan dat een vragenlijst die de patiënt in kan vullen makkelijk hanteerbaar is. De tijd voor het invullen van deze vragenlijst ligt vooral bij de patiënt zelf. De ingevulde vragenlijst kan de volgende dag tijdens de artsenvisite besproken worden en vanuit hier kunnen eventueel vervolgstappen genomen worden. Bij vermoedens van het ontstaan van een postpartum depressie kan dit op deze manier aan een huisarts of eventueel kraamzorg worden overgedragen. Tevens zou het zinvol zijn om een screeningsinstrument in te zetten bij de nacontrole na zes weken. Zo geeft de respondent aan dat het handig is om een vragenlijst aan de patiënt mee te geven, in te laten vullen en aan de hand hiervan de bevalling tijdens de nacontrole bespreken.

1.2.3 Resultaten enquête

In totaal zijn er 37 enquêtes uitgezet. Op vrijdag 12 april 2019 waren 31 enquêtes ingevuld door 30 verpleegkundigen en één verloskundige. De respons van deze enquête is 83,8%. Binnen deze paragraaf worden alleen de antwoorden geanalyseerd die betrekking hebben op de wenselijke situatie. Zo geven 27 (87%) respondenten aan het zinvol te vinden om tijdens opname op de afdeling verloskunde het risico op een postpartum depressie te screenen, 4 (13%) respondenten geven aan dit niet zinvol te vinden. De meest gekozen reden om dit te screenen luidt: op deze manier kan er sneller passende hulp ingeschakeld worden (22). Een vragenlijst (4) en een gesprek met de zwangere/kraamvrouw (2) hebben de grootste voorkeur binnen de screeningsinstrumenten. De kennis met betrekking tot een postpartum depressie kan vooral verhoogd worden door middel van een klinische les (20) of een scholing (7). De volledige analyse van deze vraag en de gehele enquête staat vermeld in bijlage 13. Vragen binnen de enquête die opgesteld worden met betrekking tot de feitelijke situatie worden in hoofdstuk 2 geanalyseerd.

1.3 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat het zinvol is om tijdens opname op de kraamafdeling te screenen op een mogelijke ontwikkeling van een postpartum depressie. Uit de literatuur blijkt dat er een aantal screeningsinstrumenten zijn welke in de praktijk toegepast kunnen worden. Vanuit de praktijk is het niet duidelijk welk screeningsinstrument het best gehanteerd kan worden, wel wordt een zelfscoringslijst aanbevolen.

In dit hoofdstuk is de wenselijke situatie met betrekking tot het screenen van een postpartum depressie beschreven vanuit een aantal onderzoeksmethoden, namelijk het uitvoeren van een literatuurstudie, het afnemen van twee interviews en het afnemen van een enquête. Het volgende hoofdstuk richt zich op de tweede stap van het implementatiemodel van Wensing & Grol (2017). Hierin wordt de feitelijke situatie toegelicht.

Hoofdstuk 2: Analyse feitelijke situatie

In dit hoofdstuk wordt de tweede stap van het implementatiemodel van Wensing & Grol (2017) beschreven. Dit houdt in dat de feitelijke situatie met betrekking tot het screenen van een postpartum depressie wordt onderzocht. De feitelijke situatie wordt middels interviews en een enquête onderzocht. Allereerst wordt de methodiekbeschrijving van deze verschillende onderzoeksmethoden toegelicht, waarna de resultaten en de conclusie van de feitelijke situatie worden beschreven.

2.1 Methodiek feitelijke situatie

Om de feitelijke situatie te onderzoeken wordt gebruik gemaakt van twee onderzoeksmethoden, namelijk twee interviews en een enquête.

2.1.1 Methodiek interviews

Er worden twee semigestructureerde interviews afgenomen. Voorafgaande aan beide interviews wordt een topiclijst opgesteld. De topiclijst is een vastgestelde lijst van gespreksonderwerpen die tijdens het interview besproken zullen worden. Bij het gebruik van deze topiclijst ligt de volgorde, de formulering van de vragen en de formulering van de antwoorden niet vast (Ferdie Migchelbrink Consultancy, z.d.). Het voordeel van een semigestructureerd interview is dat informatie snel verkregen kan worden en er direct door kan worden gevraagd op bepaalde onderwerpen (Baarda & van der Hulst, 2017). De twee topiclijsten bevatten beide zes gespreksonderwerpen om het interview sturing te geven. Er worden bij beide interviews andere topics gebruikt, aangezien zij werkzaam zijn binnen verschillende disciplines en andere werkzaamheden hebben. Binnen het interview met een verpleegkundige werkzaam op de PAAZ zullen de topics afdeling, zorg, kind, ervaringen, kennis ten aanzien van ziektebeeld en screening worden gehanteerd. Deze topics worden gekozen aangezien uit de literatuur blijkt dat er een aantal dingen belangrijk zijn binnen de behandeling van een postpartum depressie, zoals medicatie, structuur, slaaphygiëne, optimalisering van moeder-kindinteractie en aandacht voor partner en familie (Wesseloo, Burgerhout, Koorengevel & Bergink, 2015). Al deze punten komen aan bod binnen een opname op de PAAZ. Binnen het interview met een klinisch verloskundige zullen de onderwerpen voorstellen, controles, postpartum depressie, screening, ervaringen en kennis ten aanzien van ziektebeeld worden gebruikt. Uit literatuur blijkt dat de piek in het ontstaan van een postpartum depressie in de tweede maand is (de Loof, 2016), het hoofddoel van dit interview wordt dan ook gericht op het screenen tijdens de nacontrole welke in de tweede maand postpartum plaatsvindt. De topiclijsten worden beide in een tabel gezet welke in bijlages 6 en 7 te vinden zijn. Beide interviews worden middels geluidsapparatuur

opgenomen, hiervoor wordt toestemming aan de respondenten gevraagd. Nadat de data verzameld is worden de interviews 'verbatim' getranscribeerd. Dit betekent dat de geluidsopname letterlijk wordt omgezet naar geschreven tekst (Bakker & van Buren, 2014). Vanuit deze transcripten kan er worden gecodeerd. Het coderen bestaat uit verschillende fasen en zorgt voor een makkelijke analyse van de resultaten (Bakker & van Buren, 2014). De eerste fase bestaat uit het open coderen, hierbij wordt het transcript doorgelezen en worden codes toegekend aan tekstfragmenten, de open codes van beide interviews staan in bijlage 8 vermeld. De tweede fase bestaat uit het axiaal coderen, hierbij worden de open codes samen gevoegd tot één overkoepelende code (Bakker & van Buren, 2014). De derde en laatste fase bestaat uit selectieve codering. Vanuit de axiale codering worden verbanden gelegd tussen de codes en kunnen kerncategorieën gevormd worden (Bakker & van Buren, 2014). Deze drie fases van codering zijn verwerkt in een codeboom, welke te vinden is in bijlage 10.

2.1.2 Methodiek enquête

Om een inschatting te kunnen maken hoe de kennis van verpleegkundigen van de afdeling verloskunde is met betrekking tot het screenen van een postpartum depressie en welke voor- of nadelen zij hiervan zien, wordt er een enquête opgesteld. Er wordt gekozen om een schriftelijke enquête te laten vullen. De verpleegkundigen krijgen twee weken de tijd om deze enquête in te vullen. Er is voor dit tijdsbestek gekozen zodat zij voldoende tijd hebben om deze enquête in te vullen. In totaal worden 37 enquêtes geprint en op de zusters-post neergelegd. Er is voor 37 enquêtes gekozen met het oog op de verpleegkundige bezetting binnen deze twee weken. De enquêtes kunnen worden ingevuld door vaste medewerkers, flex-poolmedewerkers en stagiaires binnen de afdeling. De vragen die aan bod komen binnen deze enquête worden opgesteld na het uitvoeren van de literatuurstudie. Om de enquête op te stellen wordt gebruik gemaakt van het basisboek enquêteren (Baarda, 2015). De afgenomen enquête staat vermeld in bijlage 12.

2.2 Resultaten feitelijke situatie

De resultaten die voortvloeien uit bovenstaande onderzoeksmethoden worden binnen deze paragraaf beschreven.

2.2.1 Resultaten interviews

Interview verpleegkundige PAAZ: Meestal signaleren huisartsen klachten die bij een postpartum depressie kunnen optreden, zoals slaapproblemen, gevoelens van falen en het overweldigd raken door emoties. De patiënten die een postpartum depressie ontwikkelen zijn vaak gevoelig voor depressieve klachten en hebben een bepaalde kwetsbaarheid hiervoor.

Wanneer een patiënt perfectionistisch is, hoge verwachtingen heeft of structuur erg belangrijk vindt kan een postpartum depressie optreden. Met het geboren kind wordt de structuur en basis compleet anders. Patiënten die na een eerdere bevalling een postpartum depressie hebben ontwikkeld zijn vaak goed voorbereid en hebben verschillende gesprekken, dit verkleint de kans op het nogmaals ontstaan van een depressie. Jaarlijks worden één tot twee patiënten gediagnosticeerd met een postpartum depressie opgenomen op de PAAZ-afdeling. De opname duurt gemiddeld vier weken, waarbij als eerst de moeder wordt opgenomen en gemiddeld na drie weken het kind naar de afdeling komt. Bij opname worden aanvullende onderzoeken gedaan, zo worden er vragenlijsten afgenomen, wordt een psychologisch onderzoek verricht en heeft de patiënt verschillende gesprekken met een psycholoog. Aan de hand van deze onderzoeken en gesprekken worden therapieën gegeven. Een postpartum depressie wordt vaak medicamenteus behandeld. Tevens is het belangrijk om structuur te bieden, de nachtrust te bevorderen en vertrouwen te geven aan de patiënt. Om de hechting tussen moeder en kind te bevorderen is het belangrijk dat het kind zo snel mogelijk naar de afdeling komt. De zorg voor het kind wordt door de verpleegkundigen samen met moeder en vader gedaan en wordt telkens met kleine stappen opgebouwd. De verpleegkundigen hebben een observerende functie door in te schatten hoe veilig de situatie is en wat de moeder zelf aankan.

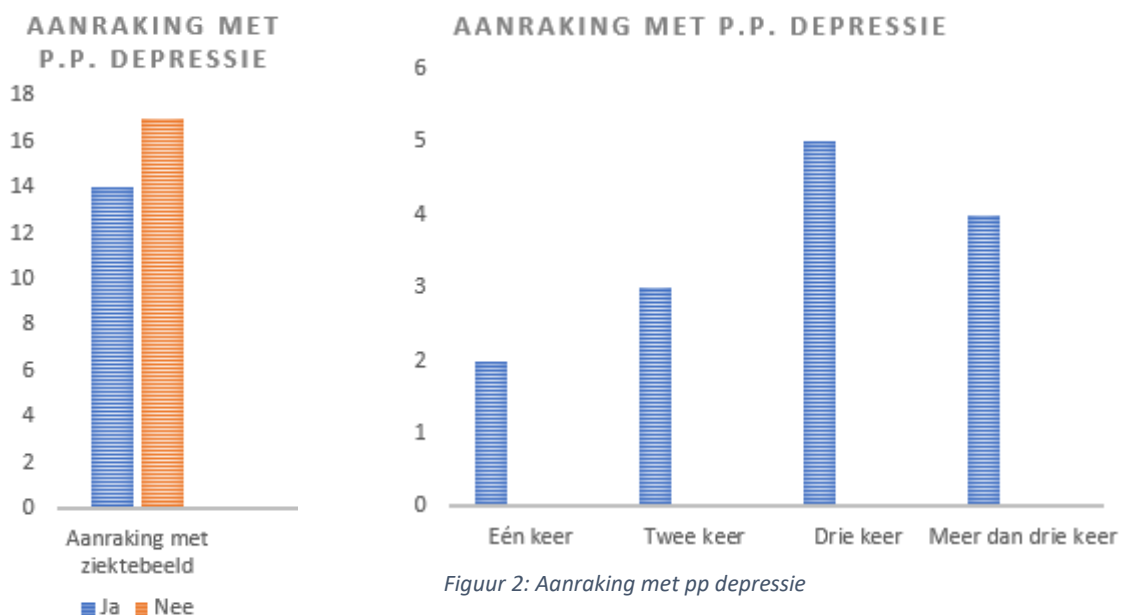
Interview klinisch verloskundige: Binnen de afdeling verloskunde wordt er momenteel geen gebruik gemaakt om het ontstaan van een postpartum depressie zichtbaar te maken. Patiënten die een postpartum depressie voor het eerst meemaken worden vaak gemist. Zes weken na de bevalling vindt de nacontrole plaats. Deze nacontrole kan gedaan worden door de hoofdbehandelaar of door diegene die bij de bevalling geweest is. De verloskundige zorg eindigt vaak na deze controle. Tijdens deze controle wordt met de patiënt geëvalueerd hoe het herstel is en hoe zij terugkijkt op de bevalling. Tevens worden een aantal klinische controles verricht zoals het meten van de tensie en pols en wordt er nagegaan hoe het bloedverlies is en hoe de hechtingen genezen zijn. Momenteel is er geen vaste structuur bij het screenen van een postpartum depressie. De verloskundigen hebben geen leidraad in welke vragen en op welke manier ze vragen dienen te stellen, er wordt summier naar depressieve klachten gevraagd. Tevens is er geen duidelijk protocol of richtlijn bij vermoedens van een postpartum depressie.

2.2.2 Resultaten enquête

In totaal zijn er 37 enquêtes uitgezet. Op vrijdag 12 april 2019 waren 31 enquêtes ingevuld door 30 verpleegkundigen (één MBO-verpleegkundige, twee HBO-verpleegkundigen, één leerling MBO-verpleegkundig, drie leerling HBO-verpleegkundige, 23 obstetrie verpleegkundigen) en één verloskundige. De respons van deze enquête is 83,8%. Allereerst

zijn een aantal algemene vragen opgenomen in de enquête. Zo blijkt de meeste verpleegkundigen tussen de 31-40 jaar oud zijn (26%) en tussen 0-5 jaar (29%) of 11-20 jaar (29%) werkzaam zijn binnen de afdeling verloskunde.

Na de algemene vragen binnen de enquête volgen vragen die betrekking hebben op een postpartum depressie. Veertien (45%) respondenten geven aan tijdens hun werk in aanraking te zijn gekomen met een postpartum depressie, zeventien (55%) respondenten geven aan hier niet mee in aanraking te zijn gekomen. De respondenten die wél in aanraking zijn gekomen met een postpartum depressie kunnen aangeven hoe veel keren zij dit hebben meegemaakt. De resultaten zijn visueel zichtbaar gemaakt in onderstaande grafieken



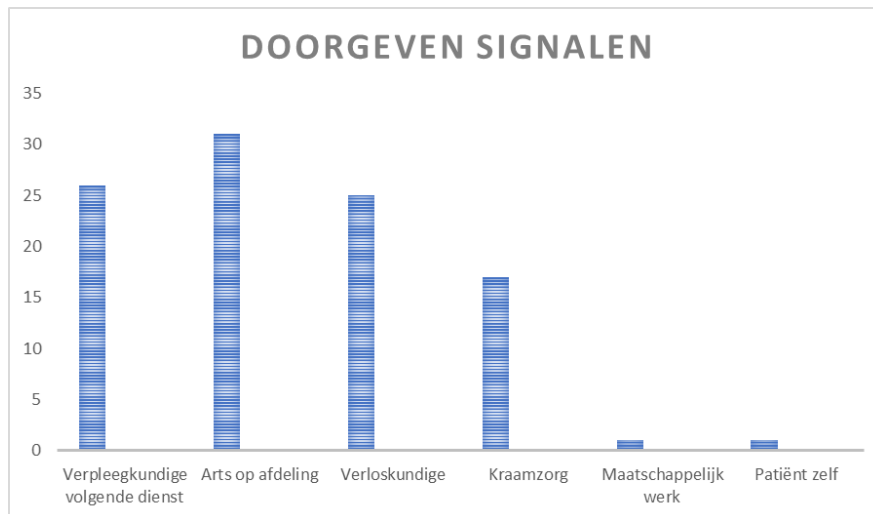
Figuur 1: Aanraking met pp depressie

Figuur 2: Aanraking met pp depressie

Vervolgens worden de respondenten gevraagd aan te geven of zij voldoende kennis hebben met betrekking tot een postpartum depressie. Vier (13%) respondenten geven aan voldoende kennis te hebben en 27 (87%) respondenten geven aan niet voldoende kennis te hebben betreffende dit ziektebeeld. 27 (87%) respondenten geven aan te weten welke klachten/signalen op kunnen treden bij een postpartum depressie, vier (13%) respondenten geven aan dit niet te weten. De drie meest genoemde voorbeelden van klachten of signalen die op kunnen treden zijn: neerslachtig voelen (13), geen of niet veel aandacht aan baby besteden (10) en (over)vermoeid zijn (6). Alle genoemde antwoorden zijn terug te vinden in bijlage 13. Eveneens geven 27 (87%) respondenten aan te weten welke gevolgen een postpartum kan hebben voor moeder en kind, vier (13%) respondenten geven aan dit niet te weten. Het meest genoemde gevolg van een postpartum depressie voor de moeder is het ontbreken van een goede hechting met het kind (20). Het meest genoemde gevolg voor het kind is eveneens een slechte binding tussen moeder en kind (17). Alle genoemde antwoorden

staan beschreven in bijlage 13. Vier (13%) respondenten geven aan te weten welke screeningsinstrumenten er toegepast kunnen worden bij een postpartum depressie, 27 (87%)

respondenten geven aan dit niet te weten. Tot slot geven 31 (100%) respondenten aan signalen passende bij een postpartum depressie door te geven aan iemand. Middels onderstaande grafiek wordt visueel duidelijk gemaakt aan wie deze klachten worden doorgegeven. De volledig geanalyseerde enquête staat vermeld in bijlage 13.



Figuur 3: Doorgeven signalen

2.3 Conclusie

Concluderend kan er worden gesteld dat binnen de afdeling verloskunde en tijdens de verloskundige nacontrole geen meetinstrument wordt gebruikt om het risico op een postpartum depressie in kaart te brengen. Binnen de PAAZ-afdeling wordt een meetinstrument gebruikt die ook buiten de postpartum-periode gebruikt kan worden. Veel verpleegkundigen van de afdeling verloskunde zijn nooit in aanraking gekomen met een patiënt met een postpartum depressie en geven aan hier niet voldoende kennis over te hebben.

2.4 Verschillen wenselijke en feitelijke situatie

In onderstaande tabel worden de verschillen tussen de feitelijke en wenselijke situatie weergegeven rondom het screenen van een postpartum depressie.

Tabel 1: Vergelijking feitelijke en wenselijke situatie	
Feitelijke situatie	Wenselijke situatie
Patiënten worden binnen de afdeling verloskunde niet gescreend op het eventueel ontstaan van een postpartum depressie.	Juiste screening verbeterd de vroege opsporing, bevordert het herstel van de moeder en vermindert de effecten van een depressie op de ontwikkeling van het kind (Allemon et al, 2017).
Er is geen duidelijke richtlijn om patiënten door te verwijzen bij een vermoeden van het ontstaan van een postpartum depressie	Een goede verwijzing en therapie leidt tot betere gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind (De Loof, 2016).
Er wordt binnen de afdeling verloskunde en de klinisch verloskundige zorg geen gebruik	Er zijn een aantal instrumenten voor psychosociale problematiek tijdig te signaleren,

gemaakt van een meetinstrument om psychosociale problematiek tijdig te signaleren.	zoals de R4U, de Mind2Care, de ALPHA-NL en de zelftest van het LKPZ (Wildschot & Boesveld, 2018).
De verpleegkundigen geven in de enquête aan te weinig kennis te hebben met betrekking tot een postpartum depressie en het screenen hiervan.	Het ontwikkelen van een postpartum depressie is de meest voorkomende complicatie rondom de zwangerschap en bevalling (Meulink, 2015). Vermoedens van psychosociale problemen dienen tijdig gesignaleerd te worden waardoor kwetsbare vrouwen geïdentificeerd worden (Wildschut & Boesveld, 2018).

2.5 Doelen voor verbetering

Vanuit de verschillende onderzoeksmethoden die gehanteerd zijn binnen de wenselijke en feitelijke situatie kunnen er een aantal doelen voor verbetering gevormd worden, namelijk:

- Het vergroten van kennis over een postpartum depressie;
- Het inbrengen van een screeningsinstrument die gebruikt kan worden binnen de afdeling verloskunde en binnen de klinisch verloskundige zorg om het risico op een postpartum depressie in te schatten;
- Het vergroten van kennis over het screenen van een postpartum depressie;
- Het maken van een richtlijn/beleid binnen het doorverwijzen van patiënten met vermoedens van een postpartum depressie.

In dit hoofdstuk is de feitelijke situatie voor het screenen van een postpartum depressie beschreven vanuit een aantal onderzoeksmethoden, namelijk het afnemen van interviews en het afnemen van een enquête binnen de verpleegkundigen op de afdeling verloskunde. Vanuit deze informatie zijn doelen voor verbetering opgesteld. Het volgende hoofdstuk richt zich op de derde stap van het implementatiemodel van Wensing & Grol (2017). Hierin worden de setting, doelgroep en beïnvloedbare factoren binnen dit onderwerp toegelicht.

Hoofdstuk 3: Analyse doelgroep en setting

In dit hoofdstuk wordt de derde stap van het implementatiemodel van Wensing & Grol (2017) beschreven. Dit houdt in dat de doelgroep, setting, belemmerende en bevorderende factoren worden onderzocht. Dit gebeurt middels een enquête en een onlinevragenlijst. Allereerst wordt de methodiekbeschrijving van deze verschillende onderzoeksmethoden toegelicht, waarna de resultaten en de conclusie worden beschreven.

3.1 Methodiek doelgroep en setting

Om de feitelijke situatie te onderzoeken wordt gebruik gemaakt van twee onderzoeksmethoden, namelijk een enquête en een vragenlijst.

3.1.1 Methodiek enquête

Binnen de enquête worden een aantal vragen op gesteld waarin de medewerkers worden aangespoord om voor- en nadelen van het screenen van een postpartum depressie te geven. Ook werd een vraag aan de hand van het adoptiemodel van Rogers (2003) gesteld om de segmentatie van het verpleegkundig personeel in kaart te brengen. Deze vraag bestaat uit vijf stellingen welke gelinkt kunnen worden aan de vijf categorieën van het adoptiemodel, namelijk:

- *Innovators*: zij lopen voorop ten aanzien van veranderingen en brengen nieuwe ontwikkelingen in (Rogers, 2003);
- *Early adopters*: zij staan open voor nieuwe ontwikkelingen en zijn bereid mee te werken (Rogers, 2003);
- *Early majority*: zij zijn voorzichtiger en willen eerst weten hoe de ontwikkeling functioneert (Rogers, 2003);
- *Late majority*: zij volgen de rest van het team en gaan mee met de keuzes die door het team worden gemaakt (Rogers, 2003);
- *Leggards*: zij vinden dat er geen ontwikkeling nodig is en zijn traditietrouw (Rogers, 2003).

De opgestelde enquête is te vinden in bijlage 12.

3.1.2 Methodiek vragenlijst

Om de segmentatie van het personeel verder in kaart te brengen is een online vragenlijst naar een van de unitleiders gestuurd. Met deze informatie wordt het eveneens duidelijk of de informatie vanuit de enquête overeenkomt met de antwoorden vanuit de unitleider. De vragenlijst met antwoorden is te vinden in bijlage 11.

3.2 Resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten vanuit de verschillende onderzoeksmethoden benoemd.

3.2.1 Beschrijving doelgroep

Binnen de afdeling verloskunde van het MUMC+ werken negen Obstetrische High Care (OHC) verpleegkundigen, 27 obstetrie verpleegkundigen en zeven algemeen verpleegkundigen, waarvan een aantal in opleiding tot obstetrie verpleegkundige. Tevens werken er een aantal plusteam medewerkers welke allemaal gediplomeerd verpleegkundigen, zij worden ingezet bij ziekte en bij problemen met de dienstlijst. De verpleegkundigen zijn gemiddeld tussen de 31-40 jaar oud en zijn gemiddeld vijftien jaar werkzaam binnen de afdeling. Tevens heeft de afdeling twee unitleiders en een afdelingshoofd. Het team werkt samen met verschillende disciplines. Zo werkt het samen met voedingsassistenten, klinisch verloskundigen en kraamverzorgenden. Binnen de afdeling wordt visite gelopen met arts assistenten vanuit de gynaecologie en kindergeneeskunde.

3.2.2 Beschrijving setting

Het MUMC+ is een universitair medisch ziekenhuis. In totaal bestaat het MUMC+ uit 715 bedden en heeft het 26.408 opnames per jaar (MUMC+, 2017). Het MUMC+ bestaat uit 22 verpleegafdelingen, waaronder de afdeling verloskunde (MUMC+, z.d.). De afdeling verloskunde bestaat uit een kraamafdeling en verloskamers. De kraamafdeling heeft elf bedden met maximaal tien babybedjes voor zieke zwangere, kraamvrouwen en neonaten. Tevens heeft de kraamafdeling zes bedden voor ernstig zieke zwangere of kraamvrouwen. De afdeling beschikt naast de kraamafdeling over zeven verloskamers, één ante-partumkamer en twee EHBO-kamers. Patiënten die opgenomen worden zijn vrouwen en/of pasgeborene die zorg nodig hebben voor of na de bevalling (MUMC+, z.d.). Een van de unitleiders omschrijft de afdeling als divers en qua werkdruk een onvoorspelbare afdeling waar vreugde en verdriet dichtbij elkaar staan.

3.2.3 Segmentatie van het verpleegkundig team

In de enquête is een vraag opgesteld om in kaart te brengen hoe de verpleegkundigen tegenover nieuwe ontwikkelingen staan. Deze stellingen zijn gemaakt aan de hand van het adoptiemodel volgens Rogers (2003). De resultaten uit de enquête staan in onderstaande tabel vermeld. Bij elke categorie van het adoptiemodel volgens Rogers (2003) wordt de stelling, welke opgenomen is in de enquête, benoemd.

<i>Tabel 2 : Segmentatie verpleegkundig team</i>	<i>N = 31</i>
--	---------------

Stelling	Categorie	
<i>"Ik ben iemand die initiatief neemt om een nieuwe ontwikkeling in te brengen"</i>	Innovators (%)	7 (23%)
<i>"Ik sta open voor nieuwe ontwikkelingen en wil hier graag aan meewerken"</i>	Early adopters (%)	20 (65%)
<i>"Ik wil weten of de nieuwe ontwikkeling functioneert voor ik het zelf probeer"</i>	Early majority (%)	3 (10%)
<i>"Ik vind het goed zoals het team beslist"</i>	Late majority (%)	1 (3%)
<i>"Ik heb geen behoefte aan verandering"</i>	Leggards (%)	0 (0%)

Zoals weergegeven in bovenstaande tabel plaatsen de meeste verpleegkundigen zich binnen de categorie early adopters. Volgens een van de unitleiders bevinden de meeste verpleegkundigen zich op dit moment echter binnen de categorie early majority, zo geeft zij het volgende aan: "De verpleegkundigen ervaren momenteel een hoge werkdruk met afname van kwalitatief personeel en een ziekere zorgvrager, waardoor zich aanpassen aan een verandering te veel kan zijn. Bij een normale werkdruk staat een groot deel van de verpleegkundigen hier wel voor open. Wanneer de verpleegkundigen gestimuleerd worden tot de nieuwe verandering zal een deel van het team deze verandering willen oppakken en invoeren". Alle antwoorden van de unitleider zijn terug te vinden in bijlage 11.

3.3 Beïnvloedbare factoren

De beïnvloedbare factoren zijn geformuleerd vanuit de afgenomen enquête en de vragenlijst.

Tabel 3: Beïnvloedbare factoren		
Inhoudelijke domeinen	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Individuele factoren Aan zorgverleners of anderen	+ De verpleegkundige wordt gestimuleerd om op signalen van een postpartum depressie te letten, zoals bijvoorbeeld een sombere stemming, concentratiestoornissen, slaapproblemen of verlies van interesse; + Middels het gebruik van een gevalideerd screeningsinstrument kan er sneller passende hulp aan de patiënt worden gegeven.	- Er is te weinig kennis omtrent een postpartum depressie en het screenen hiervan; - Het is onduidelijk wat er met klachten van de patiënten wordt gedaan, er is geen vaste structuur omtrent het inschakelen van andere hulpverleners bij klachten.
Sociale factoren	+ Bij gebruik van een gevalideerd instrument door	

Met teams en netwerken van zorgverleners	alle verpleegkundigen komt er een vaste structuur in het screenen van een postpartum depressie.	
Organisatorische factoren Zorginstellingen of eerstelijnspraktijken	+ Middels een gevalideerde vragenlijst die kan worden ingezet om het risico op een postpartum depressie in te schatten wordt het direct duidelijk hoe het mentale welbevinden is waardoor er gericht kan worden overgedragen naar een andere zorgprofessional + Er is binnen de afdeling budget beschikbaar om een screeningsinstrument zoals een vragenlijst in te zetten.	- Het screenen van een postpartum depressie kost meer tijd aangezien het instrument moet worden ingezet, de uitkomsten moeten worden besproken met andere disciplines en zo nodig passende hulp ingeschakeld moet worden; - Er moeten scholingen worden ingezet voor verpleegkundigen van de afdeling verloskunde omtrent het ziektebeeld postpartum depressie en het screenen hiervan; - Een postpartum depressie openbaart zich pas een aantal weken na de opname (gemiddeld 6 weken na bevalling).
Maatschappelijke factoren Zorgsystemen en maatschappelijke of politieke ontwikkelingen	+ Passende hulp kan beter en sneller worden ingezet na het screenen van een postpartum depressie	

3.4 Conclusie

Concluderend kan er worden gesteld dat er verschillende factoren van belang zijn bij de kwaliteitsverbetering met betrekking tot het screenen van een postpartum depressie. Het is bevorderend dat de verpleegkundigen over het algemeen open staan voor nieuwe ontwikkelingen. Tevens werkt het bevorderend dat een patiënt middels deze screening sneller en beter passende hulp krijgt. Belemmerend werkt dat veel verpleegkundigen weinig kennis hebben over een postpartum depressie en het screenen hiervan.

In dit hoofdstuk is de doelgroep en setting toegelicht. Tevens zijn beïnvloedbare factoren beschreven die uit verschillende onderzoeksmethoden naar voren zijn gekomen. Op de

beïnvloedbare factoren kunnen interventies ingezet worden. In het volgende hoofdstuk worden deze interventie theorieën toegelicht.

Hoofdstuk 4: Implementatie strategieën

Binnen dit hoofdstuk wordt de vierde stap van het implementatiemodel volgens Wensing & Grol (2017) toegelicht. Deze stap houdt in dat er implementatie strategieën worden beschreven waardoor de nieuwe ontwikkeling in de praktijk toegepast kan worden. De implementatiestrategieën van het Effective Practice and Organisation of Care [EPOC] worden binnen deze stap gebruikt.

4.1 Het EPOC-model

Interventies kunnen worden geselecteerd wanneer het duidelijk is welke beïnvloedbare factoren vastgesteld zijn en in welke fase van verandering de groep zich bevindt (Schouten, Hulscher & Dijkstra, 2014). Voor onderzoek binnen de gezondheidszorg heeft de Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) een taxonomie ontwikkeld met educatieve-, gedrags-, financiële-, regelgeving-, en organisatorische strategieën die ervoor kunnen zorgen dat de professionele praktijk en gezondheidszorg verbeterd wordt (Wolfenden et al, 2018). Binnen elk van deze domeinen heeft EPOC een aantal strategieën ontwikkeld welke toegepast kunnen worden. Zo kan er bijvoorbeeld binnen het domein 'educatieve interventie' gekozen worden uit de strategieën: educatief materiaal aanreiken, grootschalige educatieve bijeenkomsten organiseren, kleinschalige educatieve bijeenkomsten organiseren, educatieve praktijkbezoeken organiseren, e-learnings opzetten of er kan gekozen worden voor educatief overig (Wensing & Grol, 2017).

4.2.2 Toepassing in EPOC-model

In onderstaande tabel wordt per domein beschreven welke interventies toegepast kunnen worden.

Tabel 4: EPOC interventie strategieën			
EPOC domein	EPOC strategie	Bevorderende en belemmerende factoren	Interventies
Educatieve interventie	- <i>Kleinschalige educatieve bijeenkomsten</i> : deelname door hulpverleners aan trainingen buiten de praktijksetting	- Er is te weinig kennis bij verpleegkundigen van afdeling verloskunde omtrent een postpartum depressie en het screenen hiervan; + De verpleegkundige wordt gestimuleerd om	- Het inzetten van een scholing voor verpleegkundigen werkzaam binnen de afdeling verloskunde. In deze scholing wordt informatie gegeven omtrent het ziektebeeld postpartum depressie

		op signalen van een postpartum depressie te letten, zoals bijvoorbeeld een sombere stemming, concentratieproblemen, slaapproblemen of verlies van interesse.	en op welke wijze dit gescreend kan worden bij patiënten opgenomen op de afdeling.
Patiëntgerichte interventie	- <i>Aanwezigheid en functioneren van adequate mechanismen voor het omgaan met suggesties en klachten van de patiënten</i>	- Onduidelijk wat er met klachten van de patiënt gedaan wordt, er is geen vaste structuur omtrent het inschakelen van andere hulpverleners bij klachten.	- Het aanreiken van een richtlijn aan de verpleegkundigen, klinisch verloskundigen en artsen. Binnen deze richtlijn wordt beschreven welke instanties/hulpverleners ingeschakeld dienen te worden bij signalen/klachten van een postpartum depressie; - Binnen de informatiefolder (die aan de patiënt wordt meegeven bij ontslag) kort beschrijven bij welke hulpverleners zij terecht kunnen met klachten van psychosociale aard.
Financiële interventie	- <i>Beloning voor de organisatie:</i> de organisatie of groep van hulpverleners krijgt direct of indirect een financiële beloning voor goede of gepaste zorg die niet gebonden is aan bepaalde verrichtingen;	+ Er zijn financiële middelen beschikbaar om een instrument zoals een vragenlijst in te voeren.	- Het opstellen van korte termijn doelen omtrent het invoeren van een screeningsinstrument zoals een vragenlijst, hierbij wordt een richtlijn opgesteld voor diegene die deze vragenlijst afnemen.

	- <i>Boete voor de organisatie:</i> de organisatie of groep van hulpverleners krijgt direct of indirect een financiële boete voor inadequaar handelen.		Binnen deze richtlijn wordt beschreven hoe het instrument gebruikt dient te worden, hoe de antwoorden geïnterpreteerd dienen te worden en welke vervolgstappen ondernomen dienen te worden.
Organisatorische interventies	- <i>Communicatie en bespreking van casus door hulpverleners op afstand:</i> telefonisch contact tussen diverse hulpverleners op afstand - <i>Verandering van setting van zorgverlening:</i> verplaatsing van zorg van ziekenhuis naar huisartsenpraktijk.	- Op dit moment is er geen duidelijke richtlijn hoe hulpverleners binnen de afdeling moeten handelen en aan wie zij gesignaleerde klachten moeten doorgeven bij ontslag van de patiënt.	- Het aanreiken van een richtlijn aan de verpleegkundigen, klinisch verloskundigen en artsen. Binnen deze richtlijn wordt beschreven welke instanties/hulpverleners ingeschakeld dienen te worden bij signalen/klachten van een postpartum depressie; - Binnen de informatiefolder (die aan de patiënt wordt meegeven bij ontslag) kort beschrijven bij welke hulpverleners zij terecht kunnen met klachten van psychosociale aard.
Wet- en regelgeving	- <i>Accreditering</i>	- Tijdens de opleiding wordt er niet voldoende aandacht besteedt aan het ziektebeeld postpartum depressie	- Het ziektebeeld postpartum depressie voldoende opnemen binnen de algemene opleidingen voor verpleegkundigen (MBO en HBO). Tevens kan er zo nodig

			een extra scholing gegeven worden omtrent dit ziektebeeld.
--	--	--	--

Nabeschouwing

Binnen dit hoofdstuk wordt allereerst de conclusie vanuit dit onderzoek beschreven. Tevens worden verschillende punten binnen dit onderzoek ter discussie gesteld en tot slot worden er aanbevelingen voor de praktijk gedaan.

Conclusie

Vanuit de verschillende onderzoeksmethoden die binnen deze bachelorthesis toegepast zijn wordt een antwoord op de hoofdvraag 'Op welke wijze kan het risico op een postpartum depressie worden ingeschat bij patiënten die gedurende de kraamperiode op de afdeling verloskunde van het MUMC+ worden opgenomen na een traumatisch ervaren bevalling of eerder een depressie hebben doorgemaakt waardoor de kwaliteit van zorg verbeterd wordt?' gegeven. Uit de onderzoeken wordt geconcludeerd dat er verschillende manieren zijn om het risico op een postpartum depressie te screenen. De meest gebruikte screeningsinstrumenten zijn vragenlijsten, dit kunnen zelfscoringslijsten zijn of vragenlijsten die een zorgverlener met de patiënt afneemt. Wereldwijd wordt de EPDS het meest gebruikt, daar deze vertaald is naar veel verschillende talen en een gevalideerd meetinstrument is. Het is momenteel nog onduidelijk wat de optimale frequentie van screening van een postpartum depressie is. Wel is bekend dat vroege signalering leidt tot betere gezondheidssuitkomsten voor moeder en kind, daar er tijdig passende hulp kan worden geboden. Binnen de afdeling wordt niet structureel gescreend op het ontstaan van een postpartum depressie, tevens wordt dit niet gescreend tijdens de nacontrole bij de klinisch verloskundige. Ook is er geen richtlijn beschikbaar over welke zorgverleners ingeschakeld dienen te worden bij een verdenking van het ontstaan van een postpartum depressie. Uit de enquête blijkt dat veel verpleegkundigen niet voldoende kennis bezitten over het ziektebeeld en de screeningsinstrumenten die toegepast zouden kunnen worden.

Discussie

Binnen deze bachelorthesis kunnen er een aantal punten ter discussie worden gesteld. Zo is binnen de literatuurstudie gebruik gemaakt van verschillende databanken. Een aantal bronnen zijn niet recent (ouder dan vijf jaar), deze zijn desondanks toch gebruikt. Dit betreft het boek van Rogers (2003), aangezien deze op school aanbevolen wordt om de segmentatie van het verpleegkundig team in kaart te brengen is deze toch gebruikt. Andere niet-recente bronnen zijn gebruikt als achtergrond informatie, deze informatie is niet verwerkt in de hoofdtekst. Dit betreft het artikel van Frima (2012) en het tijdschriftartikel van Vink & Detmar (2012). Daarnaast is binnen deze bachelorthesis een onderzoek van Beck (1995) gebruikt, dit onderzoek wordt in het artikel van Pelt (2015) gebruikt. Hierbij is gekeken naar de

betrouwbaarheid van de bron. In Nederland is er weinig onderzoek gedaan naar de juiste meetinstrumenten die ingezet kunnen worden in de vroege postpartum periode, vanuit het buitenland is hier iets meer over bekend. De informatie vanuit het buitenland is dan ook meegenomen binnen dit onderzoek. Na het afnemen van beide interviews is een samenvatting van deze interviews via email naar de respondenten gestuurd voor de membercheck, echter hebben beide respondenten hier niet tijdig op gereageerd. Gepland was om eveneens een semigestructureerd interview bij een van de unitleiders af te nemen, echter wegens drukte op de afdeling was dit niet mogelijk. Er is gekozen om de vragen bij de opgestelde topics via email naar de unitleider te sturen om zo toch de nodige antwoorden te krijgen. Dit heeft ervoor gezorgd dat er mogelijk niet voldoende kon worden doorgevraagd op de verschillende onderwerpen. De unitleider denkt dat de verpleegkundigen terughoudend zijn op het gebied van kwaliteitsverbetering, volgens haar willen de verpleegkundigen eerst zien of een nieuwe ontwikkeling werkt voordat ze dit daadwerkelijk willen uitvoeren. Echter blijkt uit de enquête dat het merendeel van de verpleegkundigen aangeeft open te staan voor nieuwe ontwikkelingen en hier graag aan mee te werken, dit komt niet met elkaar overeen.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van deze bachelorthesis zijn een aantal aanbevelingen naar voren gekomen, namelijk:

- In Nederland verder onderzoek verrichten naar het inzetten van een screeningsinstrument in de vroege postpartum periode;
- Verder onderzoek verrichten naar welke screeningsinstrument het best gebruikt kan worden, of dat er meerdere instrumenten nodig zijn;
- Verder onderzoek verrichten naar de optimale frequentie van het screenen van een postpartum depressie;
- Het inzetten van scholingen of klinische lessen om de kennis binnen het team te vergroten;
- Het aanreiken van educatief materiaal zoals bijvoorbeeld een poster waar duidelijk op wordt aangegeven waar verpleegkundigen alert op dienen te zijn;
- Het ontwikkelen van een richtlijn die klinisch verloskundigen een leidraad geeft welke vragen zij dienen te stellen en waar zij alert op dienen te zijn tijdens een nacontrole;
- Het ontwikkelen van een richtlijn waarin duidelijk wordt aangegeven welke zorgverleners ingeschakeld dienen te worden bij vermoedens van het ontstaan van een postpartum depressie.

Bijlage 1: Reflectie

Deze reflectie wordt geschreven aan de hand van het reflectiemodel volgens Korthagen. Er wordt gereflecteerd op de vijf beroepsrollen binnen de HBO-V, namelijk de rol van zorgverlener, de rol van regisseur, de rol van ontwerper, de rol van coach en de rol van beroepsbeoefenaar.

Fase 1: Handelen (wat wilde ik bereiken? Waar wilde ik op letten? Wat wilde ik uitproberen?)

Binnen de laatste differentiatie van de opleiding HBO-Verpleegkunde van Zuyd Hogeschool wilde ik een aantal dingen bereiken. Zo wilde ik meer inzicht krijgen in het schrijven van een implementatieplan. Aan de hand hiervan wilde ik een goede bachelor thesis schrijven. Tevens wilde ik binnen het laatste jaar van de opleiding aantonen dat ik de vijf beroepsrollen bezit. Dit zou ervoor zorgen dat ik liet zien klaar te zijn om als gediplomeerd verpleegkundige te werken.

Stap 2: Terugblikken op het handelen (Wat gebeurde er concreet? Wat wilde ik? Wat deed ik? Wat dacht ik? Wat voelde ik?)

Binnen deze stap wordt gereflecteerd per beroepsrol, hierbij worden de Rubrics beroepscompetenties gebruikt.

- Rol van zorgverlener:

Binnen de rol van zorgverlener heb ik bewezen dat ik professionele zorg aan de patiënt kan bieden. Dit heb ik laten zien door mij professioneel tegenover patiënt en familie op te stellen en de juist passende zorg aan de individuele patiënt te verlenen, hierbij hou ik rekening met geldende richtlijnen en protocollen binnen de afdeling en het ziekenhuis. Om de situatie van een patiënt in kaart te brengen ben ik in staat volgens afspraak een anamnesegegesprek af te nemen en deze te verwerken binnen het patiënten-systeem. Gedurende de opleiding heb ik laten zien in staat te zijn gebruik te kunnen maken van verschillende classificatiesystemen zoals de NANDA, NOC en NIC. Middels deze classificatiesystemen heb ik verpleegplannen opgesteld voor patiënten, hierbij rekening houdend met hun normen en waarden. Ik ben in staat risico's te signaleren en oorzaak-gevolg te redeneren, dit laat ik zien door middel van het klinisch redeneren. Het klinisch redeneren heb ik tijdens alle stages geoefend door na te gaan wat bepaalde ziektebeelden precies inhouden, welke symptomen er kunnen optreden, waardoor deze symptomen dan ook optreden, welke gevolgen dit kan hebben voor de patiënten etc. Ik heb laten zien in staat te zijn mij te kunnen verplaatsen in een patiënt, dit doe ik door mij empathisch op te stellen en interesse te tonen in de situatie waarin de patiënt zich bevind. Ik kan troost en ondersteuning aan de patiënt geven, bijvoorbeeld wanneer het kind van de patiënt opgenomen op de afdeling neonatologie ligt. Ik weet welke interventies wanneer

uitgevoerd dienen te worden, zo weet ik bijvoorbeeld wanneer de tensie langer gecontroleerd dient te worden en wanneer een urinekatheter verwijderd mag worden. De interventies die uitgevoerd dienen te worden kan ik zelfstandig uitvoeren en hierop reflecteren, hiervoor stel ik mij verantwoordelijk op. Tevens ben ik in staat gesprekken met de patiënt te voeren, zoals een anamnesegeprek en een ontslaggesprek waarin adviezen voor de kraamperiode thuis gegeven worden. Ik kan de juiste vorm van preventie toepassen en beargumenteren, dit laat ik bijvoorbeeld zien bij het ondersteunen van borstvoeding (wanneer er harde/rode plekken zichtbaar zijn, voorkoming van mastitis). Ik ben in staat multidisciplinair te werken en weet wanneer ik welke discipline in dien te schakelen, dit heb ik tijdens alle stages laten zien door samen te werken en zaken terug te koppelen met artsen en arts-assistenten, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, verloskundigen etc. Binnen de opleiding heb ik de minor Science gevolgd waarin we les kregen over de verschillende vormen van onderzoek. Ook hebben we in tweetallen een mini-onderzoek moeten verrichten, dit heb ik behaald.

- Rol van regisseur:

Ik ben in staat op de juiste wijze rekening te houden met de rechten en plichten van een patiënt. Tevens kan ik op eigen handelen reflecteren, bijvoorbeeld na het uitvoeren van een interventie hierbij kan ik aangeven wat er goed en wat er minder goed ging en hoe ik dit de volgende keer anders aan zou pakken. Ik vind het lastig om taken te delegeren aan collega's aangezien ik de 'stagiaire' ben en graag alles zelf wil uitvoeren zodat ik kan laten zien dat ik het kan, hier wil ik in mijn werk als verpleegkundige verder aan werken. Ik ben in staat de communicatie omtrent de patiëntenzorg te analyseren, hierbij zorg ik ervoor dat de patiënt begrijpt hoe de zorgverlening uitgevoerd wordt door alles stap voor stap uit te leggen. Ook ga ik na of de patiënt alles begrepen heeft nadat de arts langs de patiënt is geweest voor de visite. Ik ben in staat verbeterpunten te herkennen en te beschrijven, dit heb ik laten zien tijdens het maken van het voorstel voor deze bachelor thesis. Ik beschik over een helikopterview en weet wat er gebeurd moet worden, ik kan nagaan wat er bij andere collega's gebeurd moet worden en dit terugkoppelen.

- Rol van ontwerper:

Binnen deze rol heb ik aangetoond dat ik gerichte voorstellen ter verbetering kan doen. Zo heb ik laten zien kritisch te kunnen kijken naar de patiëntenzorg binnen de afdeling, hierbij heb ik een aantal punten benoemd die naar mijn inziens verbeterd konden worden. Dit heb ik met mijn werkbegeleiders besproken waarna een van deze punten gekozen is als onderwerp van deze bachelor thesis. Hierbij heb ik laten zien in staat te zijn een implementatieplan te schrijven, deze toe te lichten en te onderbouwen. Hierbij heb ik de patiënt centraal gesteld waardoor de kwaliteit van zorg verbeterd wordt. Ik ben in staat de juiste vragen en de juiste personen in te schakelen om de noodzaak voor verbetering te peilen, dit heb ik wederom binnen de bachelorthesis laten zien door het inschakelen van een PAAZ-verpleegkundige en

een klinisch verloskundige. De vragen die ik belangrijk vond aan hen te stellen heb ik doorgestuurd naar de werkbegeleiders en op school besproken. Binnen de enquête heb ik laten zien een passende methode toe te kunnen passen om de veranderbaarheid van collega's te peilen, hierbij is een vraag opgesteld volgens het model van Rogers. Binnen het proces van het opstellen van dit verbetertraject heb ik gecommuniceerd met mijn werkbegeleiders en docentbegeleider. Zo heb ik telkens hoofdstukken doorgestuurd en mondeling hierover verteld en vragen gesteld.

- Rol van coach:

Ik kan mbo-v leerlingen instrueren in de geldende afspraken en richtlijnen binnen de afdeling, bijvoorbeeld door uitleg te geven tijdens de inwerkperiode. Tijdens de stages heb ik geen andere leerlingen begeleidt, echter heb ik wel geholpen door bijvoorbeeld uitleg te geven omtrent opdrachten en geholpen bij het uitvoeren van handelingen. Dit heb ik laten zien aan een gediplomeerd verpleegkundige, waarna ik hierop feedback heb gekregen. Ik ben bewust van mijn voorbeeldfunctie, hierbij stel ik mij professioneel op tegenover collega's, leerlingen, patiënten en familieleden. Ik kan reflecteren op eigen gedrag en hierbij aangeven wat ik een volgende keer anders kan doen om tot een beter resultaat te komen. Tijdens de coachopdracht heb ik laten zien gevoelens en waarnemingen bespreekbaar te maken bij een medestudent en hierop feedback te geven en te ontvangen, deze opdracht is opgenomen en beoordeeld met een voldoende.

- Rol van beroepsbeoefenaar:

Ik ben in staat kritisch te kijken naar de verpleegkundige zorg en draag zorg dat handelingen volgens protocol en afspraken uitgevoerd wordt, zo zorg ik dat handelingen eerst afgetoetst worden voordat ik deze zelfstandig uitvoer. Ik kan resultaten van praktijkgericht onderzoek benoemen en meenemen in de verpleegkundige zorgverlening, hierbij heb ik gerichte aanbevelingen gedaan om de zorg te verbeteren (middels deze thesis en eerdere praktijkopdracht). Ik kan mijn eigen en andermans verpleegkundig handelen analyseren en hierbij knelpunten ontdekken, bijvoorbeeld door na te gaan hoe de kennis van verpleegkundigen is met betrekking tot het ziektebeeld postpartum depressie. Hierbij kan ik literatuur gebruiken en bespreken in de praktijk, dit heb ik gedaan met verschillende verpleegkundigen door uitleg te geven over het onderzoek en de resultaten. Tevens ben ik in staat een klinische les in elkaar te zetten en te geven, dit heb ik laten zien tijdens een eerdere stage waarin ik een klinische les over het rapporteren volgens de TIME heb gegeven. Ik heb veel complimenten gekregen voor deze klinische les en deze is dan ook beoordeeld met een voldoende. Tevens ben ik in staat hoofd- en bijzaken van elkaar te onderscheiden, dat heb ik laten zien tijdens het maken van verschillende opdrachten en alleen het belangrijkste in de hoofdtekst te benoemen. In de praktijk rapporteer ik volgens afspraak volgens de SBAR.

Stap 3: Bewust worden van essentiële aspecten (Hoe hangen antwoorden op de vorige vragen met elkaar samen? Wat is daarbij de invloed van de context als geheel? Wat betekend dit nu voor mij? Wat is dus het probleem)

Ik heb alle vijf de beroepsrollen behaald waardoor ik mij zelf als volwaardig verpleegkundige zie. Ik ben klaar om te gaan werken als gediplomeerd verpleegkundige en theorie die ik vanuit de opleiding geleerd heb binnen de praktijk in te zetten. Vanuit het werken in de praktijk wil ik meer kennis en ervaring opdoen en mij zo verbeteren als verpleegkundige.

Stap 4: Formuleren van handelingsalternatieven (Welke alternatieven zie ik? Welke voor- en nadelen hebben die? Wat neem ik mee voor de volgende keer?)

In mijn werk als verpleegkundige neem ik de feedback mee die ik tijdens alle stages heb gekregen. Ook neem ik de feedback vanuit deze bachelor thesis mee voor een eventueel nieuw verbetertraject in de toekomst. Tevens wil ik in mijn werk als verpleegkundige graag nog verder leren waardoor ik mijzelf uitdaag en verbeter.

Bijlage 2: Literatuurlijst

- Allemon, H., Geerearts, F., Prinzie, P., Schepper de, J., Roelants, M., & Ortibus, E. (2017). Abstracts EUSUHM-congres 2017. *Tijdschrift jeugdgezondheidszorg*, 49(5), 122. Geraadpleegd op 17 maart 2019, van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs12452-017-0120-z.pdf>
- Baarda, B., Hulst van der, M. (2017). *Basisboek interviewen: handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Geraadpleegd op 8 april 2019, van <http://www.boekhandelkrings.nl/images/boeken/90/018/7/7/9789001877163.pdf>
- Bakker, E., Buuren van, H. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg* (2^e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Beck, C (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nursing research*, 44, 298-304
- Buttner, M., Brock, B. & O'Hara, M. (2015). Patterns of women's mood after delivery: a growth curve analysis. *Journal of affective disorders* 201(174). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.022>
- 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(6), 789-790. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0789-7>
- Cnattingius, S., Norman, M., Granath, F., Petersson, G., Stephansson, O., & Frisell, T. (2017). Apgar score components at 5 minutes: Risks and prediction of neonatal mortality. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 31(4), 328-337. <https://doi.org/10.1111/ppe.12360>
- Damme van, R., Parys van, A., Vogels, C., Roelens, K., & Lemmens, G. (2018). Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van <https://biblio.ugent.be/publication/8565787/file/8565788>

- Edozien, L. & O'Brien, P. (2017). *Biopsychosocial Factors in Obstetrics and Gynaecology*. Geraadpleegd op 7 mei 2019, van <https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=mxYuDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA228&dq=antenatal+psychosocial+health+assessment&ots=3VWYQIJRgl&sig=fXNTZjeFVeHkCDQpSqNz6z1bMS0#v=onepage&q=antenatal%20psychosocial%20health%20assessment&f=false>
- Erasmus MC (2016). *Factsheet R4U*. Geraadpleegd op 4 mei 2019, van https://www6.erasmusmc.nl/verloskunde_gynaecologie/Research/healthy-pregnancy-4all/factsheets/r4u/factsheet.pdf/?view=active&type=pdf
- Frima, R. (2012). Stress in de babytijd: de psychologie bij zwangerschap en baby in de eerste lijn. *Psychopraktijk*, 4(1), 16-20. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs13170-012-0005-4.pdf>
- Heller, H., Straten van, A., Groot de, C., & Honig, A. (2014). Online hulp voor zwangeren met stress, depressie en angst: 'mamakits'. *NTOG*, 127(10), 43. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van http://www.ntog.nl/dynamic/media/3/documents/NTOG_2014_10-web.pdf#page=43
- KNOV (2018). Multidisciplinaire richtlijn postnatale Zorg. Geraadpleegd op 20 mei 2019, van https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2882/file/Postnatale_zorg_opge_maakte_versie_door_IB_md_10_aug_2018.pdf
- Lambregtse, M., Kamp van, I. & Wennink, H. (2015). *Handboek psychiatrie en zwangerschap*. Utrecht: De Tijdstroom
- Loof de, U. (2016). *Screening bij perinatale depressie*. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/272/967/RUG01-002272967_2016_0001_AC.pdf

- McKean, M., Caughey, A., Yuracko McKean, M., Cabana, M., & Flaherman, V. (2018). Postpartum Depression: When should Health Care Providers Identify Those At Risk? *Clinical Pediatrics*, 57(6), 689-693. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1177%2F0009922817733696>
- Meulink, A. (2015). *Postpartum depressie. Depressief na een bevalling: oorzaken, gevolgen en adequate ondersteuning*. Amsterdam: Uitgeverij SWP
- MUMC+ (2017). *Jaardocument 2017*. Geraadpleegd op 30 april 2019, van https://www.mumc.nl/sites/default/files/bestuursverslag_azm_2017_def.pdf
- MUMC+ (z.d.). *Afdeling verloskunde*. Geraadpleegd op 30 april 2018, van <https://gynaecologie.mumc.nl/verloskunde>
- Pelt van, M. (2015). *Effecten van een postpartum depressie op kinderen en hun ontwikkeling*. Geraadpleegd op 25 februari 2019, van <file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/111-418-1-PB.pdf>
- Prins, M., Roosmalen van, J., Scherjon, S. & Smit, Y. (2014). *Praktische verloskunde* (13^e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Psycholoog.nl (z.d.). *Postnatale depressie*. [Foto]. Geraadpleegd op 4 mei 2019, van <https://www.psycholoog.nl/klachten/postnatale-depressie/>
- PsyQ (2015). *Zwangerschapsdepressie*. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van <https://www.psyq.nl/depressie/zwangerschap-geboorte>
- Quispel, C., Veen van, M., Zuiderhoudt, C., Steegers, E., Hoogendijk, W., Birnie, E., Bonsel, G. & Lambregtse-van den Berg, M. (2014). Patient Versus Professional Based

Psychosocial Risk Factor Screening for Adverse Pregnancy Outcomes. *Matern Child Health* (18), 2089-2907. Doi: 10.1007/s10995-014-1456-5

Rogers, E. (2003). *Diffusion of Innovations* (5^e druk). New York: Simon & Schuster

Rojas, G., Guajardo, V., Martínez, P., & Fritsch, R. (2018). [Screening and barriers for treatment of postpartum depression in Chilean public primary health care centers]. *Revista medica de Chile*, 146(9), 1001-1007. doi: 10.4067/s0034-98872018000901001

Sampaio de Carvalho, F. & Dijk van, M. (2016). *Infant Mental Health in het ziekenhuis* [SpringerLink]. Geraadpleegd op 25 februari 2019, van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs12485-016-0135-y.pdf>

Schouten, L., Hulscher, M. & Dijkstra, R. (2014). Implementatie van richtlijnen. In Everdingen, J (Red.). *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling* (pp. 215-224). Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Tendais, I., Costa, R., Conde, A., & Figueiredo, B. (2014). Screening for Depression and Anxiety Disorders from Pregnancy to Postpartum with the EPDS and STAI. *The Spanish Journal of Psychology*, 17(7). <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.7>

TNO (z.d.). *Vroeg erbij*. Geraadpleegd op 4 mei 2019, van <https://www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/gezond-leven/roadmaps/youth/vroeg-erbij/>

Venkatesh, K., Zlotnick, C., Triche, E., Ware, C., & Phipps, M. (2014). Accuracy of brief screening tools for identify postpartum depression among adolescent mothers. *Pediatrics*, 133(1), 45-53. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1542/peds.2013-1628>

Vink, R., & Detmar, S. (2012). Psychosociale risicosignalering in de zwangerschap, een overzicht van Nederlandse instrumenten. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*,

90(8), 525-532. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs12508-012-0174-x.pdf>

Vos, A., Voorst van, S., Waelput, A., Jong-Potter de, L., Bonsel, G., Steegers, E. & Denktas, S. (2015). Effectiveness of score card-based antenatal risk selection, care pathways, and multidisciplinary consultation in the Healthy Pregnancy 4 All Study (HP4ALL): study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials* 16(8). Doi:10.1186/1745-6215-16-8

Werkgroep APA (2018). *De APA-richtlijnen uitgelegd* (2^e druk). Hasselt: SMG-Groep

Wesseloo, R., Burgerhout, K., Koorengevel, K. & Bergink, V. (2015). Postpartumpsychose in de klinische praktijk: diagnostiek, behandeling en preventie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, (57), 25-33. Geraadpleegd op 4 mei 2019, van https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39432630/Postpartum_psychosis_in_clinical_practic20151026-11895-194p783.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1556970364&Signature=FmL%2BjRiS9nLt%2FkVJvC8vg%2BsAeBA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPostpartum_psychosis_in_clinical_practi.pdf

Wildschut, H. & Boesveld, I. (2018). *Integrale geboortezorg. Samen bevalt goed*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Wolfenden, L., Goldman, S., Stacey, F., Grady, A., Kingsland, M., Williams, C., Wiggers, J., Milat, A., Rissel, C., Bauman, A., Farrell, M., Légaré, F., Charif, A., Zomahoun, H., Hodder, R., Jones, J., Booth, D., Permenter, B., Regan, T. & Lin Yoong, S. (2018). Strategies to improve the implementation of workplace-based policies or practices targeting tobacco, alcohol, diet, psychical activity and obesity. *Cochrane Database of Systemic Reviews* (11). Doi: 10.1002/14651858.CD012439.pub2

Bijlage 3: Zoekstrategie

Databank	Zoek- termen	Inclusie/ Exclusie	Hits	Welke gebruikt?
Google scholar	Postpartum depressie	2014-2019	Hits: 253 2 ^e treffer 4 ^e treffer 8 ^e treffer	Pelt van, M. (2015). <i>Effecten van een postpartum depressie op kinderen en hun ontwikkeling</i>. Geraadpleegd op 25 februari 2019, van https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/303624 Heller, H., Straten van, A., Groot de, C., & Honig, A. (2014). Online hulp voor zwangeren met stress, depressie en angst: 'mamakits'. <i>NTOG</i>, 127(10), 43. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van http://www.ntog.nl/dynamic/media/3/documents/NTOG_2014_10-web.pdf#page=43 Sampaio de Carvalho, F. & Dijk van, M. (2016). <i>Infant Mental Health in het ziekenhuis</i> [SpringerLink]. Geraadpleegd op 25 februari 2019, van https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs12485-016-0135-y.pdf
Google Scholar	Postpartum depressie AND risicofactoren	2014-2019	106 hits 3 ^e treffer	Loof de, U. (2016). <i>Screening bij perinatale depressie</i>. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/272/967/RUG01-002272967_2016_0001_AC.pdf
Google Scholar	Screening AND postpart	Vanaf 2015	83 hits 1 ^e treffer	Damme van, R., Parys van, A., Vogels, C., Roelens, K., & Lemmens, G. (2018). <i>Screening en detectie van perinatale</i>

	um AND depressie			mentale stoornissen. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van https://biblio.ugent.be/publication/8565787/file/8565788
Google Scholar	Neonata I AND apgar score	Vanaf 2015	17500 hits, 1e treffer	Cnattingius, S., Norman, M., Granath, F., Petersson, G., Stephansson, O., & Frisell, T. (2017). Apgar score components at 5 minutes: Risks and prediction of neonatal mortality. <i>Paediatric and perinatal epidemiology</i> , 31(4), 328-337. doi: 10.1111/ppe.12360
Google Scholar	Behandeling AND postpartum depressieve	Vanaf 2015	89 hits, 3e treffer	Wesseloo, R., Burgerhout, K., Koorengevel, K. & Bergink, V. (2015). Postpartumpsychose in de klinische praktijk: diagnostiek, behandeling en preventie. <i>Tijdschrift voor psychiatrie</i> , (57), 25-33. Geraadpleegd op 4 mei 2019, van https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39432630/Postpartum psychosis in clinical practice20151026-11895-194p783.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1556970364&Signature=FmL%2BjRiS9nLt%2FkVJvC8vg%2BsAeBA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPostpartum psychosis in clinical practice.pdf
Google Scholar	Antenatal psychosocial health assessment	Vanaf 2015	14400 hits, 1e treffer	Edozien, L. & O'Brien, P. (2017). <i>Biopsychosocial Factors in Obstetrics and Gynaecology</i> . Geraadpleegd op 7 mei 2019, van https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=mxYuDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA228&dq=antenatal+psychosocial+health+assessment&ots=3VWyQIJRgl&sig=fXNTZjeFVe

				HkCDQpSqNz6z1bMS0#v=onepage&q=antenatal%20psychosocial%20health%20assessment&f=false
Google	Traumatische bevalling en postpartum depressie groep	-	24400 hits 2 ^e treffer	PsyQ (2015). Zwangerschapsdepressie. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van https://www.psyq.nl/depressie/zwangerschap-geboorte
Google	Aantal bedden MUMC	-	74600 hits 2 ^e treffer	MUMC+ (2017). <i>Jaardocument 2017</i> . Geraadpleegd op 30 april 2019, van https://www.mumc.nl/sites/default/files/bestuursverslag_azm_2017_def.pdf
Google	Verloskunde MUMC	-	16200 hits 2 ^e treffer	MUMC+ (z.d.). <i>Afdeling verloskunde</i> . Geraadpleegd op 30 april 2018, van https://gynaecologie.mumc.nl/verloskunde
Google	R4U	-	2500000 hits, 1 ^e treffer	Erasmus MC (2016). <i>Factsheet R4U</i> . Geraadpleegd op 4 mei 2019, van https://www6.erasmusmc.nl/verloskunde_gynaecologie/Research/healthy-pregnancy-4all/factsheets/r4u/factsheet.pdf/?view=active&type=pdf
Google	Richtlijn postnatale zorg	-	36000 hits, 1 ^e treffer	KNOV (2018). Multidisciplinaire richtlijn postnatale Zorg. Geraadpleegd op 20 mei 2019, van https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2882/file/Postnatale zorg op gemaakte versie door IB md 10 aug 2018.pdf
SpringerLink	Risicofactoren	-	47 hits 2 ^e treffer	Vink, R., & Detmar, S. (2012). Psychosociale risicosignalering in de

	AND postpartum AND depressie		3e treffer	zwangerschap, een overzicht van Nederlandse instrumenten. <i>Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen</i>, 90(8), 525-532. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs12508-012-0174-x.pdf Frima, R. (2012). Stress in de babytijd: de psychologie bij zwangerschap en baby in de eerste lijn. <i>Psychopraktijk</i>, 4(1), 16-20. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs13170-012-0005-4.pdf
SpringerLink	Diagnose AND postpartum AND depressie	2014-2019	18 hits 2e treffer	Allemon, H., Geerearts, F., Prinzie, P., Schepper de, J., Roelants, M., & Ortibus, E. (2017). Abstracts EUSUHM-congres 2017. <i>Tijdschrift jeugdgezondheidszorg</i>, 49(5), 122. Geraadpleegd op 17 maart 2019, van https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs12452-017-0120-z.pdf
SpringerLink	R4U	2014-2019	27 hits, 1e treffer 2e treffer	Quispel, C., Veen van, M., Zuijderhoudt, C., Steegers, E., Hoogendijk, W., Birnie, E., Bonsel, G. & Lambregtse-van den Berg, M. (2014). Patient Versus Professional Based Psychosocial Risk Factor Screening for Adverse Pregnancy Outcomes. <i>Matern Child Health</i> (18), 2089-2907. Doi: 10.1007/s10995-014-1456-5 Vos, A., Voorst van, S., Waelput, A., Jong-Potjer de, L., Bonsel, G., Steegers, E. &

				Denktas, S. (2015). Effectiveness of score card-based antenatal risk selection, care pathways, and multidisciplinary consultation in the Healthy Pregnancy 4 All Study (HP4ALL): study protocol for a cluster randomized controlled trial. <i>Trials</i> 16(8). Doi:10.1186/1745-6215-16-8
SpringerLink	EPOC and implementatie	2014-2019	5 hits, 1 ^e treffer	Schouten, L., Hulscher, M. & Dijkstra, R. (2014). Implementatie van richtlijnen. In Everdingen, J (Red.). <i>Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling</i> (pp. 215-224). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
SpringerLink	EPDS	2014-2019	1190 hits, 4 ^e treffer	Cox, J. (2017). Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a ten point 'survival analysis'. <i>Archives of Women's Mental Health</i> 20(6), 789-790. https://doi.org/10.1007/s00737-017-0789-7
PubMed	EPDS	5 years, free full text	5206 hits, 3 ^e treffer	Tendais, I., Costa, R., Conde, A., & Figueiredo, B. (2014). Screening for Depression and Anxiety Disorders from Pregnancy to Postpartum with the EPDS and STAI. <i>The Spanish Journal of Psychology</i> , 17(7). https://doi.org/10.1017/sjp.2014.7
PubMed	Depression, postpartum [MeSH] AND risk factors [MeSH]	5 years, free full text	142 hits, 1 ^e treffer	Rojas, G., Guajardo, V., Martínez, P., & Fritsch, R. (2018). [Screening and barriers for treatment of postpartum depression in Chilean public primary health care centers]. <i>Revista medica de Chile</i> , 146(9), 1001-1007. doi: 10.4067/s0034-98872018000901001
Cinahl	'postpartum		6 hits, 1 ^e treffer	McKean, M., Caughey, A., Yuracko McKean, M., Cabana, M., & Flaherman, V.

	depressi on' AND 'screeni ng test'		2e treffer	(2018). Postpartum Depression: When should Health Care Providers Identify Those At Risk? <i>Clinical Pediatrics</i>, 57(6), 689-693. https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1177%2F0009922817733696 Venkatesh, K., Zlotnick, C., Triche, E., Ware, C., & Phipps, M. (2014). Accuracy of brief screening tools for identify postpartum depression among adolescent mothers. <i>Pediatrics</i>, 133(1), 45-53. https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1542/peds.2013-1628
Cochrane	'EPOC' and 'implem entation'	Reviews between may 2014- may 2019	12 hits, 1 ^e treffer	Wolfenden, L., Goldman, S., Stacey, F., Grady, A., Kingsland, M., Williams, C., Wiggers, J., Milat, A., Rissel, C., Bauman, A., Farrell, M., Légaré, F., Charif, A., Zomahoun, H., Hodder, R., Jones, J., Booth, D., Permenter, B., Regan, T. & Lin Yoong, S. (2018). Strategies to improve the implementation of workplace-based policies or practices targeting tobacco, alcohol, diet, psychical activity and obesity. <i>Cochrane Database of Systemic Reviews</i> (11). Doi: 10.1002/14651858.CD012439.pub2

Bijlage 4: Voorstel bachelorthesis

Dit is het voorstel bachelor thesis om studenten op weg te helpen het verbetertraject en de thesis te structureren. In overleg met de docentbegeleider kan er, hooguit bij uitzondering en onderbouwd, van de opzet worden afgeweken.

Student: Femke Verheijen

Studentnummer: 1517511

Docentbegeleider: Mariëlle Meijers

Tweede beoordelaar: Esther van de Brekel

Onderdeel	Uitwerking student
Vorbereiding Beschrijf hier welke personen uit de praktijk kunnen ondersteunen bij de implementatie en de thesis. Motiveer ook waarom je voor deze personen kiest.	Bij het kiezen van het onderwerp is er overlegd met de werkbegeleiders en andere collega's op de afdeling. Het onderwerp van deze bachelor thesis is gericht op het inschatten van het risico op een post partum depressie. Hierbij gaat het om de patiënten die tijdens de zwangerschap wegens optredende pre-eclampsie [PE] en Hemolysis Elevated Liver enzymes and Low Platelets [HELLP] binnen de afdeling worden opgenomen, patiënten die in het verleden een depressie hebben doorgemaakt en patiënten die een keizersnede zijn ondergaan. Op de afdeling worden er steeds vaker patiënten opgenomen die in het verleden een depressie hebben doorgemaakt en hier medicatie voor gebruiken. Tevens hebben veel patiënten een moeilijke zwangerschap en/of bevalling doorgemaakt, welke als life-event gelden. Echter blijkt dat er binnen de afdeling nog niets wordt ingezet om het risico op een post partum depressie in te schatten. Betrokkenen binnen deze thesis zijn: – Werkbegeleiders Marga Botterhuis, Esmee Hendriks en Judith Piets: deze begeleiden mij in de praktijk en zullen de bachelorthesis beoordelen; – Verpleegkundig team van afdeling D2: met hen werk ik op de afdeling samen. Tevens zullen zij mij helpen bij deze thesis door enquêtes in te vullen waardoor de feitelijke situatie in kaart wordt gebracht; – Verloskundige werkzaam binnen afdeling D2: met haar kan ik een interview afnemen die voornamelijk gebruikt zal worden bij de wenselijke situatie;

Titel Zorg dat de voorlopige titel past bij de inhoud van de thesis. Eventueel titel met ondertitel. Maak ook een Engelse vertaling van de titel en ondertitel. Inleiding Beschrijft de aanleiding van het probleem en neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering. Analyseert het probleem eerst overstijgend op basis van (inter)nationale literatuur; daarna volgt de analyse van het probleem gericht op de werkplek. Neemt bij beide analyses relevante aspecten mee zoals mate waarin / manier waarop het kwaliteitsprobleem zich voordoet, gevolgen/oorzaken van het probleem voor direct betrokkenen etc. Laat de doelstelling volgen uit de inleiding; de doelstelling geeft richting aan de vraagstelling. Beschrijf de omvang en aard van het probleem bijvoorbeeld met behulp van epidemiologische cijfers. Beschrijf kort wat in de literatuur op dit moment bekend is over oplossingen van dit probleem. Beschrijf vervolgens de probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk.	– Eventueel POP polikliniek Zuyderland: bij hen kan ik een interview afnemen die voornamelijk gebruikt zal worden bij de wenselijke situatie; – Docent begeleider Mariëlle Meijers: zij begeleidt mij vanuit school, geeft de uiteindelijke beoordeling van deze thesis en hier kan ik met vragen terecht; – Tweede beoordelaar Esther van de Brekel: zij geeft eveneens een beoordeling van deze thesis; – Peerassessor Nadja Ummels: zij geeft feedback op de thesis; – Medestudenten binnen de groep: zij geven binnen de klas feedback op de thesis en hier kan ik met vragen terecht. Het risico op een post partum depressie: hoe wordt dat gescreend? The risk of postpartum depression: how can that be screened? <u>Aanleiding vanuit de literatuur:</u> In Nederland worden jaarlijks twintigduizend baby's geboren van wie de moeder in de periode rond de bevalling depressieve klachten ontwikkelt (Meulink, 2015). Tijdens de zwangerschap ontwikkelt ongeveer 20% van de vrouwen depressieve verschijnselen (Olivier, 2015). Nullipariteit, leeftijd boven de veertig jaar, roken, onduidelijke sociaal economische status [SES] en het niet hebben van een vaste relatie komen vaker voor bij vrouwen die een post partum depressie hebben. Daarnaast komen complicerende factoren gerelateerd aan zwangerschap en bevalling zoals prematuriteit, een gecompliceerde bevalling, opname op de kinderafdeling, een lage APGAR-score (score lager dan 6 die laag blijft of niet snel genoeg stijgt) vaker voor bij vrouwen die een postpartum depressie gediagnosticeerd hebben gekregen. Het hebben van een depressie in de zwangerschap is de grootste risicofactor voor het krijgen van een post partum depressie (Kennispoort Verloskunde, 2014). Een postpartum depressie vertoont dezelfde verschijnselen als een depressieve stoornis en is daarvan niet te onderscheiden (Houtman, 2002). Symptomen zijn slaapstoornissen, verminderde concentratie, gemakkelijk geïrriteerd zijn, geen plezier meer aan dingen beleven, verminderde eetlust, gevoelens van waardeloosheid en
---	---

Vervolgens formuleer je doelstelling en hoofdvraag met deelvragen. Let erop dat de hoofdvraag en deelvragen richting geven aan de bachelor thesis. Van de verschillende stappen van Grol en Wensing, zou je dan deelvragen kunnen maken die toegespitst zijn op jouw onderwerp.

schuld, piekeren en malen, sombere stemming (Heijst, Roosmalen, 2014).

Een post partum depressie verstoort moeder-kind interacties die bij het kind kunnen leiden tot problemen met hechting, ontwikkeling en sociale vaardigheden (Kennispoort Verloskunde, 2010). Screening op depressie bij de zwangere wordt daarom aanbevolen. In de praktijk blijken lange en moeilijk te scoren screeningsinstrumenten niet goed gebruikt te worden. Helaas is het in de praktijk ook zo dat hoe korter het instrument, hoe minder goed het differentieert en indiceert (Mitchell, Coyne, 2009).

Aanleiding vanuit de praktijk:

Binnen de afdeling verloskunde van het Maastricht Universitair Medisch Centrum [MUMC+] worden er steeds vaker patiënten opgenomen die in het verleden een depressie hebben doorgemaakt. Deze patiënten hebben een vergroot risico op het ontwikkelen van een post partum depressie. Tevens worden er patiënten verpleegd die een moeilijke zwangerschap of bevalling hebben doorgemaakt, welke eveneens een vergroot risico op een post partum depressie met zich meebrengt. Vanuit observaties in de praktijk is gebleken dat er binnen de afdeling geen gebruik wordt gemaakt van een meetinstrument om het risico op een post partum depressie zichtbaar te maken. Het is nog onduidelijk waarom de verpleegkundigen hier geen gebruik van maken. Redenen kunnen bijvoorbeeld drukte op de afdeling of een tekort aan kennis zijn (Keukens, 2008).

Doel:

Het doel van deze bachelorthesis is onderzoeken op welke wijze verpleegkundigen binnen afdeling D2 van het MUMC+ het risico op een post partum depressie kunnen inschatten en hoe hier vorm aan gegeven kan worden waardoor de kwaliteit van zorg wordt verbeterd.

Vraagstelling:

Op welke wijze kan het risico op een post partum depressie worden ingeschat bij patiënten die gedurende de zwangerschap en/of kraamperiode op afdeling D2 van het MUMC+ worden opgenomen met optredende PE, HELLP, eerder een depressie hebben doorgemaakt of een keizersnede hebben ondergaan?

Deelvragen:

- Wat houdt een post partum depressie in?
- Wat zijn risico- en uitlokkende factoren?

Wenselijke situatie Beschrijft de oplossing voor een kwaliteitsprobleem. De wenselijke situatie wordt beschreven op basis van (inter)nationale literatuur. Nieuwe ontwikkelingen, richtlijnen en gegevens uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek worden hierbij gebruikt. Daarnaast wordt minimaal een andere kwalitatieve of kwantitatieve methode toegepast voor het in kaart brengen van de wenselijke situatie (bv interviews). De methodes worden adequaat beschreven. Methode Beschrijf hoe je de wenselijke situatie in kaart gaat brengen en onderbouw deze keuze (methode). bv. middels een literatuurstudie, werkbezoeken, interviews.	- Hoe wordt een post partum depressie behandeld? - Wat kan er worden ingezet om het risico op een post partum depressie zichtbaar te maken? - Op welke wijze kunnen verpleegkundigen binnen afdeling D2 gebruik maken van deze interventie? - Op welke wijze kunnen verpleegkundigen na het gebruik van deze interventie verder actie ondernemen? - Welke disciplines houden zicht op het risico van een post partum depressie? De wenselijke situatie zal allereerst in kaart worden gebracht door middel van een literatuuronderzoek. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van (inter)nationale bronnen vanuit verschillende databanken. Daarnaast zal er een interview plaatsvinden met een verloskundige binnen afdeling D2. Er wordt gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview. Het voordeel hiervan is dat er vrij snel informatie wordt verkregen over veel onderwerpen en dat er meteen kan worden doorgevraagd als daar aanleiding toe is (Baarda, B., Hulst van der, M., 2017). Het interview wordt geanalyseerd door het na afloop te transcriberen, te coderen en hierna een conclusie te trekken. De data die verzameld is middels dit interview wordt binnen het hoofdstuk verwerkt en vergeleken met de data vanuit de literatuur. Er wordt gezocht naar literatuur gericht op een post partum depressie, en de meetinstrumenten die hierbij gebruikt kunnen worden. Er wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van evidence based bronnen zoals artikels, richtlijnen en boeken. De literatuur zal worden gezocht in verschillende databanken, als PubMed, SpringerLink, Google Scholar, DIZ, Cinahl etc. Er zullen verschillende zoektermen gehanteerd worden. Tevens zal er gebruik worden gemaakt van booleaanse operatoren 'AND' en 'OR', en zal er gebruik worden gemaakt van inclusie- en exclusie factoren. De gevonden literatuur wordt beoordeeld op validiteit en betrouwbaarheid. Dit kan bijvoorbeeld worden gedaan middels het AGREE instrument. Naast de literatuurstudie worden er binnen de wenselijke situatie een interview afgenomen. Dit zal gebeuren met een verloskundige werkzaam binnen afdeling D2 van het MUMC+.
---	---

Analyse feitelijke zorg Het eigen vakgebied wordt kritisch beschouwd; knelpunten in de zorg worden geëxpliciteerd. Hiervoor kunnen kwalitatieve (bv observaties, interviews) of kwantitatieve methodes (bv vragenlijsten) worden ingezet. Deze methodes worden adequaat beschreven. Methode Beschrijf hoe je de huidige zorg/feitelijke zorg in kaart gaat brengen (methode). Kwalitatieve methoden bv. interviews (zie ook wenselijke situatie) of eventueel ook kwantitatieve methoden bv. meten van indicatoren en/of vragenlijsten.	De feitelijke situatie zal in kaart worden gebracht middels een enquête die wordt afgenomen bij de verpleegkundigen binnen afdeling D2. Het doel van een enquête is het verzamelen van informatie uit mededelingen van de ondervraagde personen, ter beantwoording van een vooraf geformuleerde onderzoeksvraag (Baarda, Goede de, Kalmijn, 2010). Binnen de enquête wordt er onderzocht hoe de kennis bij de verpleegkundigen is omtrent het risico op een post partum depressie en hoe deze herkend kan worden. De enquête wordt door de student opgesteld en bestaat uit open- en gesloten vragen. De enquête wordt binnen Google Formulieren ingevuld waardoor er meteen diagrammen worden gemaakt en vanuit daar conclusies getrokken kunnen worden. Om gegevens te verzamelen wordt er een enquête afgenomen bij de verpleegkundigen en stagiaires binnen afdeling D2 van het MUMC+. Een enquête wordt gebruikt als een grote groep mensen bereikt moet worden (Baarda, Goede de, Kalmijn, 2010). In deze enquête zal er gebruik worden gemaakt van zowel open als gesloten vragen. Het gebruik van open en gesloten vragen zorgt ervoor dat de kans op invalide antwoorden wordt verkleind (Baarda, Goede de, Kalmijn, 2010). De enquête wordt digitaal middels Google Formulieren ingevuld door de verpleegkundigen. Er wordt voor een digitale enquête gekozen daar de resultaten direct geanalyseerd worden en in diagrammen verwerkt worden. Tevens kunnen er digitaal reminders worden gestuurd naar de verpleegkundigen. De opgezette enquête wordt vooraf aan het invullen met de werkbegeleiders besproken en beoordeeld.
Probleemanalyse doelgroep en setting Er wordt gewerkt vanuit een doelgroepen aanpak. Op basis van een probleemanalyse van de doelgroep en setting kan inzicht worden verkregen in de kenmerken van de doelgroep. Belemmerende en bevorderende factoren (tav implementatie van het voorstel voor verbetering) worden in kaart gebracht. De probleemanalyse doelgroep en setting kan in kaart worden gebracht met kwalitatieve (bv interviews) of kwantitatieve	De doelgroep en setting wordt in kaart gebracht middels het innovatie- en adoptiemodel van Rogers (2003). Deze wordt gebruikt om na te gaan in welke categorie iemand valt t.a.v. veranderingen. Rogers onderscheidt vijf categorieën die binnen de thesis aan bod zullen komen. In de enquête zullen vragen aan bod komen die binnen de doelgroep en setting geanalyseerd zullen worden. Daarnaast wordt er een interview afgenomen met een teamleider waarin de doelgroep en setting wordt ondervraagd en waaruit belemmerende en bevorderende factoren voortvloeien. Door het interview met de teamleider af te nemen kan er worden nagegaan

(vragenlijsten) methodes welke adequaat worden beschreven. Methode Beschrijf en onderbouw hier hoe je dit in kaart gaat brengen (methode). Kijk hierbij naar de indeling die Grol en Wensing hanteert voor bevorderende en belemmerende factoren: individuele factoren, sociale factoren, -organisatorische factoren en maatschappelijke factoren. Het is een handig raamwerk dat inhoudelijk wordt toegelicht in Grol en Wensing (2011) en op basis waarvan bv. interviewtopics gemaakt kunnen worden en ook een raamwerk op basis waarvan de resultaten uitgewerkt kunnen worden.	of deze het team hetzelfde ziet als hoe zichzelf ziet, door de ingevulde vragen binnen de enquête. De belemmerende en bevorderende factoren worden in verschillende categorieën verdeeld, namelijk: individuele, sociale, organisatorische en maatschappelijke factoren. Er wordt gebruikt gemaakt van het innovatiemodel van Rogers. Daarnaast wordt er in de enquête gevraagd naar leeftijd, geslacht, afgeronde specialisatie en het aantal jaren werkzaam binnen de afdeling of binnen de specialisatie. Rogers maakt binnen het innovatiemodel onderscheid in vijf categorieën, namelijk de innovators, early adopters, early majority, late majority en leggards (Rogers, E., 2003). Binnen de enquête zullen de verpleegkundigen zelf een indeling maken door zich in een groep te verdelen. Tevens zal er in het interview een indeling worden gemaakt vanuit een ander oogpunt. Tot slot wordt er onderzoek gedaan naar de belemmerende en bevorderende factoren. Dit zal eveneens terugkomen binnen de enquête en het interview. Deze factoren worden onderverdeeld in verschillende categorieën, namelijk individuele-, sociale-, organisatorische-, en maatschappelijke factoren.
Strategieën en interventies Maakt een koppeling tussen de analyse van de doelgroep en setting en de keuze voor strategieën en interventies. Deze keuze wordt op basis van kwalitatieve of kwantitatieve methodes in kaart gebracht. De methode wordt adequaat beschreven.	Wanneer de doelgroep, setting en belemmerende en bevorderende factoren in kaart is gebracht zal er een strategie worden opgezet die hier bij aansluit. Zo kan er worden gedacht aan een educatie strategie welke onder de fasen inzicht, acceptatie en verandering valt. De strategie gebruikt activiteiten als kennis- en vaardigheidstrainingen. De educatieve theorie richt zich op de motivatie van het individu om te leren en te veranderen (Huisman, M., Heuvel van den, A., 2016) (Grol & Wensing, 2011).
Methode Beschrijf in de methode hoe je tot de strategieën en interventies komt (bijv. gesprekken met begeleiders een expert en/of leidinggevenden). Gebruik een model om de strategieën te beschrijven (bijv. EPOC uit Grol en Wensing, 2011). Onderbouw de keuzes en indelingen.	Vooraf aan het starten met interventies worden alle resultaten geanalyseerd. Deze analyse zal met de werkbegeleiders besproken worden. Binnen de educatieve strategie kan er een kleinschalige klinische les opgezet worden, indien het mogelijk is kan een expert aansluiten om meer informatie te verstrekken. Deze klinische les zou kunnen ingaan op de al bestaande kennis van de verpleegkundigen en vanuit

Literatuurlijst en bronnen
Volg de APA regels.

hier meer informatie verstrekken. Wanneer blijkt dat er een meetinstrument kan worden ingezet om het risico op een post partum depressie te signaleren, kan deze tijdens de klinische les in de praktijk geïntroduceerd worden. Tevens kan er binnen de afdeling educatief materiaal beschikbaar worden gesteld. Dit kan bijvoorbeeld door een korte brochure of digitale informatie die naar alle verpleegkundigen zal worden gestuurd.

Tijdens een team- vergadering of overleg kan worden besproken hoe het gaat met de voortgang.

Baarda, B., Goede de, M., Kalmijn, M. (2010). *Basisboek enquêteren: handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes* (derde druk). Geraadpleegd op 31 oktober 2018, van <http://www.boekhandelkrings.nl/images/boeken/90/018/4/2/9789001842642.pdf>

Baarda, B., Hulst van der, M. (2017). *Basisboek interviewen: handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Geraadpleegd op 31 oktober 2018, van <http://www.boekhandelkrings.nl/images/boeken/90/018/7/7/9789001877163.pdf>

Bergink, V., Kooistra, L., Wijnen, H., Bunevicius, R., e.a. (2011). *Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy*. Geraadpleegd op 31 oktober 2018, van [https://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(10\)00283-7/fulltext](https://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(10)00283-7/fulltext)

Cox, J. (2017). *Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a ten point 'survival analysis'*. Geraadpleegd op 31 oktober 2018, van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs00737-017-0789-7.pdf>

Cox, J., Holden, J., Sagovsky, R., Wisner, K., e.a. (2002). *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. Geraadpleegd op 31 oktober 2018, van <https://www.fresno.ucsf.edu/pediatrics/downloads/edinburghscale.pdf>

Heijst, M., Roosmalen, J. (2014). *Verloskunde*. Geraadpleegd op 31 oktober 2018, van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs00737-017-0789-7.pdf>

com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2F978-90-368-0610-7_22.pdf

Houtman, R. (2002). *Depressie, hoe een behandeling het levensplezier weer terug kan brengen*. Geraadpleegd op 31 oktober 2018, van

<https://books.google.nl/books?id=Gyarw-Kj19wC&pg=PA46&dq=postpartum+depressie&hl=nl&sa=X&ved=0ahUKEwi995artLDeAhVKsqQKHagJDZcQ6AEIMzAC#v=onepage&q=postpartum%20depressie&f=false>

Huisman, M., Heuvel van den, A. (2016). *Project Zorgverbetering 'werken aan zorgverbetering', implementatieplan*. Geraadpleegd op 31 oktober 2018, van

[http://www.fcic.nl/files/2114/5614/2795/Implementatieplan Anne Rose van den Heuvel en Martijn Huisman - definitieve versie.pdf](http://www.fcic.nl/files/2114/5614/2795/Implementatieplan%20Anne%20Rose%20van%20den%20Heuvel%20en%20Martiijn%20Huisman%20-%20definitieve%20versie.pdf)

Kennispoort Verloskunde (2014). *Postpartum depressie, een analyse*. Geraadpleegd op 31 oktober 2018, van

<https://www.kennispoort-verloskunde.nl/postpartum-depressie-een-analyse/>

Kennispoort Verloskunde (2010). *Prevalentie en risicofactoren voor postnatale depressie bij vrouwen met premature en SGA kinderen*. Geraadpleegd op 31 oktober 2018, van

<https://www.kennispoort-verloskunde.nl/prevalentie-en-risicofactoren-voor-postnatale-depressie-bij-vrouwen-met-premature-en-sga-kinderen/>

Meulink, A. (2015). *Post-partum depressie: depressief na een bevalling: oorzaken, gevolgen en adequate ondersteuning*. Amsterdam: Uitgeverij SWP

Mitchell, A., Coyne, J. (2009). *Screening for postnatal depression: barriers to success*. Geraadpleegd op 31 oktober 2018, van

<http://www.labmeeting.com/paper/28577634/mitchell-coyne-2009-screening-for-postnatal-depression-barriers-to-success>

Olivier, J. (2015). *De impact van maternale depressie en antidepressiva tijdens de zwangerschap op de nakomelingen*. Geraadpleegd op 31 oktober 2018, van

<https://link.springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2F978-90-015-0079-y.pdf>

Rogers, E. (2003). *Diffusion of Innovations* (5^e druk). New York: Simon & Schuster

Vink, R., Detmar, S. (2012). *Psychosociale risicosignalering in de zwangerschap, een overzicht van Nederlandse instrumenten*. Geraadpleegd op 31 oktober 2018, van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs12508-012-0174-x.pdf>

	Feedback
Peerassessor (Nadja Ummels)	Netjes uitgewerkt, ik heb wat feedback bijgevoegd. Hopelijk kun je hier iets mee. Verder vroeg ik mij voornamelijk af waar je kwaliteitsverbetering gaat toepassen en hoe dit terugkomt. Ik kan dit niet uit dit voorstel halen. Dit zou ik nog bijvoegen en uitwerken. Uitgebreid voorstel.

Bijlage 5: Screeningsinstrumenten

R4U (Rotterdam Reproductive Risk Reduction checklist)

Dit instrument screent op zes domeinen namelijk sociale, psychische, zorg- en leefstijlgerelateerde, medische en verloskundige risicofactoren (Wildschot & Boesveld, 2018). Binnen elk domein zijn meerdere risicofactoren opgenomen die kunnen leiden tot ongunstige zwangerschapsuitkomsten, in het bijzonder vroeggeboorte en groeiretardatie (Quispel et al, 2014). Tevens is er een postpartum R4U welke preventie kan bieden voor groei- en ontwikkelingsproblemen en gedragsproblemen (Erasmus MC, 2016). Het gebruik van dit instrument werd onderzocht in het onderzoek Healthy Pregnancy 4 All-2 (Vos et al, 2015). De zorgverlener neemt in gesprek met de patiënt de R4U af (Erasmus MC, 2016). Uit onderzoek blijkt dat gebruik van deze vragenlijst binnen verloskundigen en gynaecologen haalbaar is (Van Veen et al, 2015).

Mind2Care

Mind2Care is een gevalideerde zelfrapportage ontwikkeld voor screening en toewijzing van latere behandeling voor psychosociale problemen, psychopathologie en middelengebruik (Quispel et al, 2014). De Mind2Care kan een zorgaanbod op maat geven en geeft de patiënt een behandeladvies die zij met haar zorgverlener bespreekt (Erasmus, 2016, Wildschut & Boesveld, 2018). De uitslag van de Mind2Care is in te zien door de zorgprofessional en valt onder medisch beroepsgeheim (Wildschut & Boesveld, 2018).

ALPHA-NL (Antenatal Psychosocial Health Assessment)

Dit meetinstrument is een vragenlijst en signaleert tijdig op risicofactoren voor kindermishandeling, partnergeweld en postpartum depressie (Erasmus, 2016). Het is belangrijk dat de juiste opvolg hulp beschikbaar is wanneer de vragenlijst gebruikt wordt door verloskundigen (TNO, z.d.). De ALPHA-NL en de R4U vullen elkaar aan. De R4U heeft een brede focus terwijl de ALPHA-NL gedetailleerd op een aantal specifieke risicofactoren voor sociale problematiek scoort (Wildschut & Boesveld, 2018).

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

De EPDS is wereldwijd het meest gebruikte screeningsinstrument om een postpartum depressie op te sporen. De EPDS is in de meeste gebieden van de wereld gevalideerd en is in meer dan 60 talen vertaald (Cox, 2017). De EPDS is een zelfrapportagemiddel en wordt beschreven als een zeer nauwkeurig screeningsinstrument om een postpartum depressie op te sporen (Venkatesh, Zlotnick, Triche, Ware & Phipps, 2014, Tendais et al, 2014). Momenteel wordt vooral in het buitenland veel gebruik gemaakt van dit instrument in de

vroege postpartum periode, om op deze manier vrouwen met een hoge score (en dus een verhoogd risico) tijdig op te sporen (Lambregtse et al, 2015). De EPDS bevat tien vragen met elk vier antwoordmogelijkheden (LKPZ, z.d.).

Bijlage 6: Topiclijst verpleegkundige PAAZ

Topic	Sub-topics
Afdeling	- Afdeling algemeen - Disciplines - Ziektebeelden
Zorg	- Prevalentie - Opname op afdeling - Behandeling - Begeleiding en ondersteuning van familie en patiënt
Kind	- Zorg voor kind - Gevolgen postpartum depressie voor het kind
Ervaringen	- Meegemaakte ervaringen met postpartum depressie - Voorbeeld casus
Kennis ten aanzien van ziektebeeld	- Up to date blijven - Klinische lessen - Literatuur
Screening p.p. depressie	- Mogelijkheden screening binnen de afdeling verloskunde - Voor- en nadelen hiervan

Inleiding interview

- Dankwoord
- Reden interview
- Inhoud interview
- Anonimiteit
- Opname mogelijkheid
- Tijdsduur

Introductie interview

- Voorstellen respondent;
- Opleiding;
- Hoe lang werkzaam

Openingsvragen vragen.

Topic: de afdeling

- Kunt u de afdeling kort omschrijven?

Topic: zorg

Welke zorg komt er kijken bij deze groep patiënten?

Topic: kind

Hoe ziet de zorg voor het kind eruit?

Topic: ervaringen

Wat zijn uw ervaringen met deze groep patiënten?

Topic: kennis ten aanzien van het ziektebeeld

Hoe wordt de kennis ten aanzien van een postpartum depressie vergroot?

Afronding

- Bedanken voor tijd
- Vragen

Bijlage 7: Topiclijst klinisch verloskundige

Topic	Sub-topics
Voorstellen	- Werkomgeving; - Opleiding; - Hoe lang werkzaam
Controles	- Postpartum controles (aantal, wat houden deze controles in); - Veel patiënten die zich voor deze controles afmelden?
Pp depressie	- Prevalentie; - Hoe inschatten psychische welbevinden patiënt; - Eventueel gebruik screeningsinstrumenten (welke); - Doorverwijzen en wanneer doorverwijzen?
Screening p.p. depressie	- Mogelijkheden screening binnen de afdeling verloskunde - Voor- en nadelen hiervan
Ervaringen	- Meegemaakte ervaringen met postpartum depressie?
Kennis ten aanzien van ziektebeeld	- Up to date blijven - Klinische lessen - Literatuur

Inleiding interview

- Dankwoord
- Reden interview
- Inhoud interview
- Anonimiteit
- Opname mogelijkheid
- Tijdsduur

Introductie interview

- Voorstellen respondent;
- Opleiding;
- Hoe lang werkzaam

Openingsvragen vragen.

Topic: controles

- Hoe vaak komen patiënten na de bevalling op controle?

Topic: postpartum depressie

Zien jullie als verloskundigen patiënten met een postpartum depressie of een vermoeden hiervan?

Topic: screening

Denkt u dat het voordelen heeft om tijdens de opname op de afdeling verloskunde al te screenen op een postpartum depressie?

Topic: ervaringen

Wat zijn uw ervaringen met deze groep patiënten?

Topic: kennis ten aanzien van het ziektebeeld

Hoe wordt de kennis ten aanzien van een postpartum depressie vergroot?

Afronding

- Bedanken voor tijd
- Vragen

Bijlage 8: Open codering

Open codering interview 1 (verpleegkundige PAAZ)

- HBO-V
- Duaal richting GGZ
- 8 jaar werkzaam in MUMC+
- PAAZ
- Verschillende soorten patiëntengroepen
- Moeder-kind unit
- Aantal faciliteiten voor de baby
- Kind en moeder aparte kamer
- Nachtrust bevorderen
- Opbouwen van het hele gebeuren
- 's nachts moet moeder slapen
- Verwijzing via huisarts of andere instanties
- Moeder wordt eerst opgenomen
- Wennen op afdeling
- Dagprogramma krijgen
- Structuur brengen
- Zorgen dat moeder stabiel is
- Kind komt als situatie veilig is
- Verpleegkundigen doen alle zorg van baby samen met moeder
- Afhankelijk wat moeder aankan en wat niet
- Aftasten van mogelijkheden
- Taken van moeder verleggen
- Duur van opname gemiddeld vier weken
- Na ongeveer 3 weken komt de baby
- Soms komt baby direct mee
- Stapje voor stapje opbouwen
- Hoe gaat moeder met de baby om
- Veilige situatie
- Vader erbij betrekken
- Huisartsen signaleren vaak
- Vraag vanuit ander ziekenhuis voor opname
- Zorg is heftig
- Bepaalde kwetsbaarheid in je hebben
- Gevoelig zijn voor depressieve klachten

- Met een baby wordt de structuur en de basis anders
- Postpartum depressie hoeft zich niet automatisch te herhalen bij een volgende zwangerschap
- Gevoelens van falen
- Hormonale disbalans
- Heel erg gestructureerd in het leven
- Compleet hun basis kwijt raken
- Lat hoog leggen
- Perfectionistisch zijn
- Hoge verwachtingen hebben
- Niet altijd wat iemand zich had voorgesteld
- Disbalans door niet slapen
- Kinderen van drie maanden
- Kinderen van drie weken
- Meestal krijgen ze de fles
- 1 à 2 opnames met postpartum depressie per jaar
- Meestal in het voorjaar
- Soms komt iemand om te bevallen waarna het kind daarna weggaat
- Niet iedereen wordt opgenomen
- Vaak behandeling via andere kanalen
- Huisarts observeert
- FACT-team
- Verpleegkundige wordt gekoppeld aan moeder
- Dagprogramma
- Zorgen voor activering
- Moeder bij zorg betrekken
- Kijken hoe het gaat
- Moeders willen hun kind niks aandoen
- Worden overweldigd door emoties
- Structuur bieden
- Vertrouwen geven
- Vaak medicamenteus
- Duurt vaak lang voordat medicatie werkt
- Slapen is belangrijk
- Papa erbij betrekken
- Na opname dagbehandeling
- Als dagbehandeling niet te realiseren is opvolging via FACT-team

- Hechting moeder en kind
- Belangrijk dat kind zo snel mogelijk komt
- Vaak heel liefdevol
- Overweldigd door alles
- Psychologisch onderzoek
- Type persoon
- Goede punten en valkuilen
- Diagnose vaak al gesteld door huisarts
- Therapie afstemmen op type persoon
- Persoonlijkheidsonderzoek
- Medisch psychologisch diagnostische medewerkers
- Vragenlijsten
- Persoonlijksdiagnose
- Stemming in kaart brengen
- Gesprek met psycholoog
- IDS
- Dezelfde vragen als bij andere stemmingsstoornissen
- Depressieve symptomen
- Slapen
- Suïcidale gedachten
- QIDS
- Zichzelf scoren
- Proberen dezelfde vragen te stellen
- Objectieve dingen zien
- Symptomen dezelfde als stemmingsstoornissen algemeen
- Traumatisch ervaren bevalling luxerende factor
- Kleine moeite om vragenlijst in te vullen
- Zorg van huisarts, wijkverpleegkundige, kraamzorg en verloskundige
- Wel gunstig om te screenen op kraamafdeling
- Score doorgeven aan huisarts
- Soort preventie
- Doorgeven om het in de gaten te houden
- Zelfscoringslijst is maar vijf minuten werk
- Allemaal eigen aandachtspunten
- Scholingen of symposia zelf uitkiezen
- Niet veel aanbod in postpartum depressie
- POP-poli

- Signaleringsfunctie

Open codering interview 2 (klinisch verloskundige)

- Klinisch verloskundige
- Verloskamers
- Ziekenhuis Maastricht
- Drie jaar werkzaam
- Verschillende settingen
- Nacontrole na 6 weken
- Nacontrole bij hoofdbehandelaar
- Nacontrole bij diegene die bevalling gedaan heeft
- Niet veel kraamvrouwen zien op afdeling
- Vooral werken op verloskamers bij bevallingen
- In het weekend visites op de kraamafdeling
- Nacontrole vaak afsluitend
- Verdere controles hangen af van indicatie
- Bij noodzaak meerdere controles gaat dit via ander straatje lopen
- Na 6 weken eindigt verloskundige zorg in het ziekenhuis
- Nacontrole is hetzelfde als in eerste lijn
- Evalueren hoe het herstel is
- Klinische controles
- Bloeddruk
- Pols
- Bloedverlies
- Ongesteld geweest
- Hechtingen genezen en klachten hiervan
- Hoe kijkt de patiënt terug op de bevalling
- Verloskundige bij bevalling geeft duur van nacontrole aan (kwartier of halfuur)
- Geen vragenlijst voor screenen postpartum depressie
- Geen vaste structuur bij screenen postpartum depressie
- Summier vragen stellen hoe het gaat
- Hoe heeft de patiënt de bevalling ervaren
- Wel zinvol om screeningsinstrument te gebruiken
- Iedereen doet het screenen op zijn eigen manier
- Geen leidraad welke vragen en hoe ze gesteld moeten worden
- Wel nodig om screeningsinstrument te gebruiken
- Moeilijk tastbaar te maken hoe iemand op bevalling terugkijkt
- Handig om van te voren een lijst mee te geven en in te laten vullen

- Aan de hand van vragenlijst de bevalling bespreken
- Zeker zinvol om vragenlijst op kraamafdeling al in te laten vullen
- Moeilijk zoiets te implementeren
- Grote groep personeel
- Duurt lang voor zoiets ingewerkt is
- Probleem met tijd
- Vragenlijst bijvoorbeeld bij het bloedprikken aan patiënt geven
- Vragenlijst tijdens visite bespreken
- Wel haalbaar
- Tijd ligt vooral bij patiënt die het invult
- Postpartum depressie niet/nauwelijks zien
- Belaste casus
- Via huisarts opvolgen
- Doorgeven aan eerstelijns verloskundige
- Begeleiding Sonar
- Geen duidelijk programma bij vermoedens ontstaan postpartum depressie
- Patiënten met postpartum depressie in anamnese vaak goed voorbereid
- Patiënten met postpartum depressie krijgen begeleiding van psycholoog
- Postpartum depressie openbaart zich nog niet in 1^e week
- Patiënten met 1^e keer een postpartum depressie worden vaak gemist
- Kennis ziektebeelden vanuit opleiding
- Kennis ziektebeelden vanuit werkvloer
- Bijscholing zelf uitkiezen
- Niet verplicht één keer in de vijf jaar naar psychische bijscholing

Bijlage 9: Axiale codering

De axiale codering betreft beide interviews.

Kenmerken respondenten

- PAAZ
- 8 jaar werkzaam in MUMC+
- HBO-V
- Duaal richting GGZ
- Klinisch verloskundige
- Verloskamers
- Ziekenhuis in Maastricht
- Drie jaar werkzaam
- Verschillende settingen gewerkt

Werkzaamheden verloskundige

- Door de week werken op verloskamers bij bevallingen
- Niet veel kraamvrouwen zien op afdeling
- In het weekend visites op kraamafdeling

Screening

- QIDS
- Dezelfde vragen stellen als bij andere stemmingsstoornissen
- IDS
- Zichzelf scoren
- Proberen dezelfde vragen te stellen
- Soort preventie

Wenselijke screening op kraamafdeling

- Tijd ligt vooral bij patiënt die het invult
- Wel haalbaar
- Zeker zinvol om vragenlijst op kraamafdeling in te laten vullen
- Wel nodig om screeningsinstrumenten te gebruiken
- Wel zinvol om screeningsinstrument te gebruiken
- Moeilijk tastbaar hoe iemand op de bevalling terugkijkt
- Zelfscorelijst is maar vijf minuten werk
- Wel gunstig om te screenen
- Kleine moeite om de vragenlijst in te vullen

- Vragenlijst bij bloedprikken aan patiënt geven
- Vragenlijst tijdens visite bespreken

Belemmerende factoren screening op kraamafdeling

- Probleem met tijd
- Duurt lang voor zoiets ingewerkt is
- Grote groep personeel
- Moeilijk zoiets te implementeren

Nacontrole na 6 wkn

- Verloskundige bij bevalling geeft duur aan van nacontrole (kwartier of halfuur)
- Nacontrole hetzelfde als in eerste lijn
- Na 6 weken eindigt de verloskundige zorg in het ziekenhuis
- Nacontrole na 6 weken
- Nacontrole bij hoofdbehandelaar
- Nacontrole bij diegene die bevalling gedaan heeft
- Nacontrole is vaak afsluitend

Onderdelen nacontrole na 6 wkn

- Hoe heeft de patiënt de bevalling ervaren
- Hoe kijkt de patiënt terug op de bevalling
- Hechtingen genezen en klachten hiervan
- Pols
- Ongesteld geweest
- Bloedverlies
- Bloeddruk
- Klinische controles
- Evalueren hoe het herstel is

Volgende controles

- Bij noodzaak meerdere controles gaat dit via een ander straatje lopen
- Verdere controles hangen af van indicatie

Feitelijke screening postpartum depressie tijdens nacontrole

- Iedereen doet het screenen op zijn eigen manier
- Geen vaste structuur bij screenen postpartum depressie
- Geen leidraad welke vragen en hoe ze gesteld moeten worden

- Geen vragenlijst voor screenen postpartum depressie
- Summier naar depressieve klachten vragen

Wenselijke screening postpartum depressie tijdens nacontrole

- Handig om van te voren een lijst mee te geven en in te laten vullen
- Aan de hand van de vragenlijst bevalling bespreken

Belastende factoren ontstaan postpartum depressie:

- Disbalans door niet slapen
- Hoge verwachtingen
- Perfectionistisch
- Met kind wordt de structuur en basis anders
- Het is niet altijd wat iemand zich voorgesteld heeft
- Lat hoog leggen
- Heel erg gestructureerd in het leven zijn
- Hormonale disbalans
- Overweldigd door alles
- Traumatisch ervaren bevalling luxerende factor
- Gevoelig zijn voor depressieve klachten
- Bepaalde kwetsbaarheid in je hebben

Missen van een postpartum depressie:

- Openbaart zich nog niet in de eerste week
- Mensen die een postpartum depressie de eerste keer krijgen worden vaak gemist
- Niet vaak zien van postpartum depressie

Verwijzing

- Diagnose vaak al door huisarts gesteld
- Verwijzing via huisarts of andere instanties
- Huisartsen signaleren vaak
- Vraag vanuit ander ziekenhuis voor opname

Volgende zwangerschap na een postpartum depressie

- Postpartum depressie hoeft zich niet automatisch te herhalen bij volgende zwangerschap
- Vaak zijn patiënten al met psycholoog in gesprek
- Patiënten met postpartum depressie in anamnese zijn vaak goed voorbereid

Uiting postpartum depressie

- Suïcidale gedachten
- Objectieve dingen zien
- Symptomen hetzelfde als stemmingsstoornissen algemeen
- Slaapproblemen
- Depressie symptomen
- Vaak heel liefdevol
- Worden overweldigd door emoties
- Moeders willen hun kind niets aandoen
- Gevoelens van falen
- Compleet de basis kwijt zijn

Opname algemeen

- Duur opname gemiddeld vier weken
- Moeder wordt eerst opgenomen
- Kinderen van drie maanden
- Kinderen van drie weken
- Na ongeveer drie weken opname komt het kindje
- Soms komt iemand om te bevallen en gaat het kind daarna weg
- Meestal opname in het voorjaar
- Niet iedereen wordt opgenomen
- 1 à 2 opnames per jaar

Aanvullende testen bij opname

- Vragenlijsten
- Medisch psychologisch diagnostische medewerkers
- Persoonlijkheidsonderzoeken
- Therapie afstemmen op type persoon
- Goede punten en valkuilen
- Type persoon
- Psychologisch onderzoek
- Gesprek met psycholoog
- Persoonlijheidsdiagnose

Behandeling moeder

- Dagprogramma

- Verpleegkundige gekoppeld aan moeder
- Structuur bieden
- Zorgen voor activering
- Slapen is belangrijk
- Stemming in kaart brengen
- Vertrouwen geven
- Wennen op afdeling
- Aftasten van mogelijkheden
- Zorgen dat moeder stabiel is
- Structuur brengen
- Dagprogramma krijgen
- 's nachts moet moeder slapen
- Nachtrust bevorderen
- Zorg is heftig
- Duurt lang voordat medicatie werkt
- Vaak medicamenteus

Zorg kind bij opname

- Belangrijk dat het kind zo snel mogelijk komt
- Hechting moeder en kind
- Aantal faciliteiten voor de baby
- Kind en moeder hebben aparte kamers
- Moeder en kind unit
- Stapje voor stapje opbouwen
- Hoe gaat moeder met het kind om
- Veilige situatie
- Vader erbij betrekken
- Baby krijgt meestal de fles
- Kijken hoe het gaat
- Papa erbij betrekken
- Mama bij de zorg betrekken
- Opbouwen van het hele gebeuren
- Verpleegkundige doen alle zorg met moeder samen
- Afhankelijk van wat moeder aankan en wat niet
- Taken van moeder verleggen
- Soms komt het kind direct mee
- Kind komt als situatie veilig is

Opvolging

- Geen duidelijk programma bij vermoedens postpartum depressie
- Eerstelijns verloskundige doorgeven
- Via huisarts opvolgen
- Doorgeven om het in de gaten te houden
- Doorgeven aan huisarts
- Zorg van huisarts, wijk verpleegkundige, kraamzorg en verloskundige
- Als dagbehandeling niet te realiseren is opvolging via FACT team
- Na opname dagbehandeling
- Huisarts observeert

Andere disciplines

- FACT team
- Vaak behandeling via andere kanalen
- POP poli → signaleringsfunctie

Kennis

- Kennis vanuit werkvloer
- Kennis vanuit opleiding

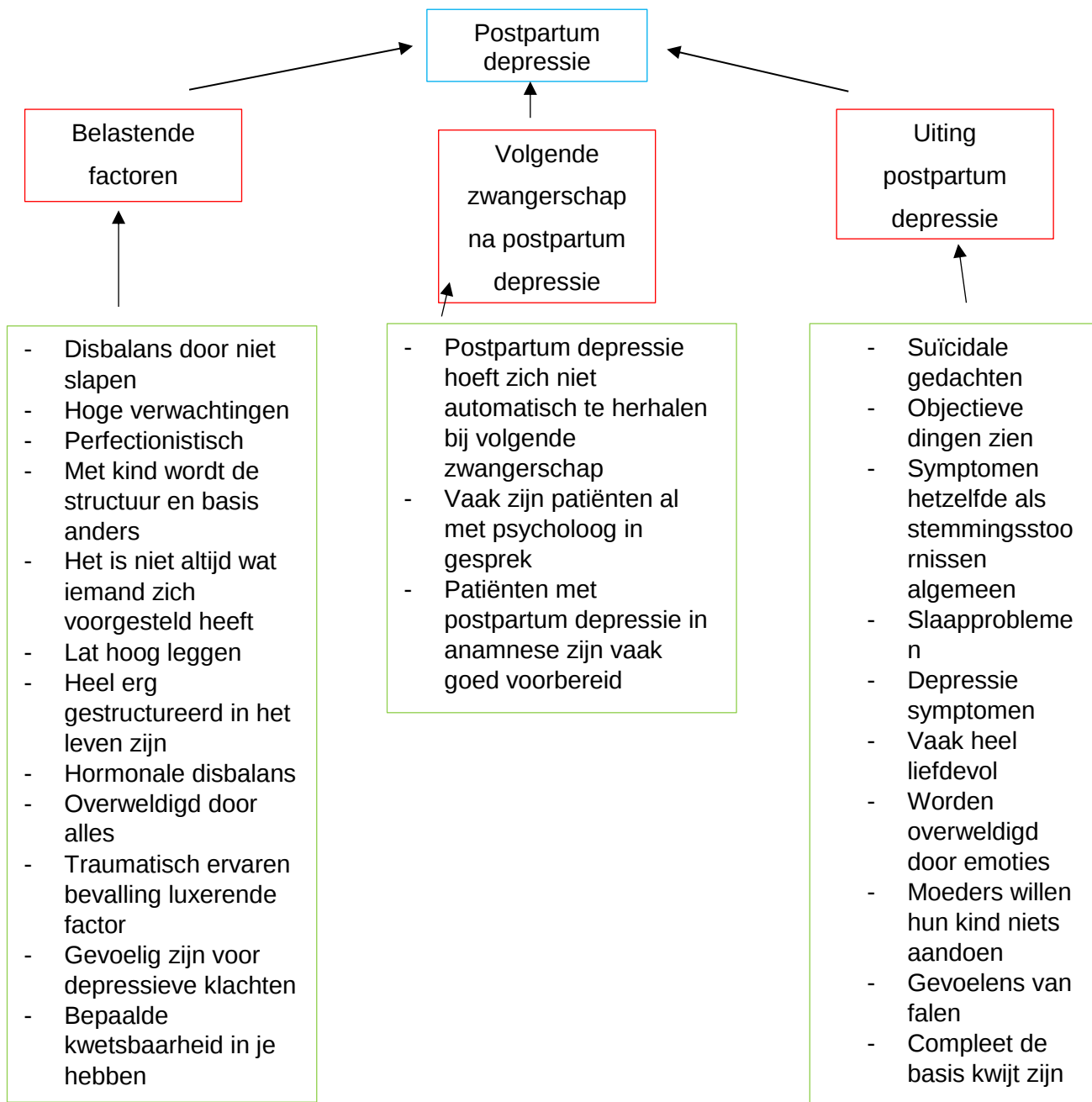
Bijscholing

- Niet verplicht eenmaal in de vijf jaar een psychische bijscholing
- Bijscholing zelf uitkiezen
- Niet veel aanbod in postpartum depressie
- Scholing of symposia zelf uitkiezen

Losse codes welke worden weggelaten binnen dit onderzoek:

- Begeleiding Xonar
- Allemaal eigen aandachtsgebieden
- Verschillende soorten patiëntengroepen
- Belaste casus

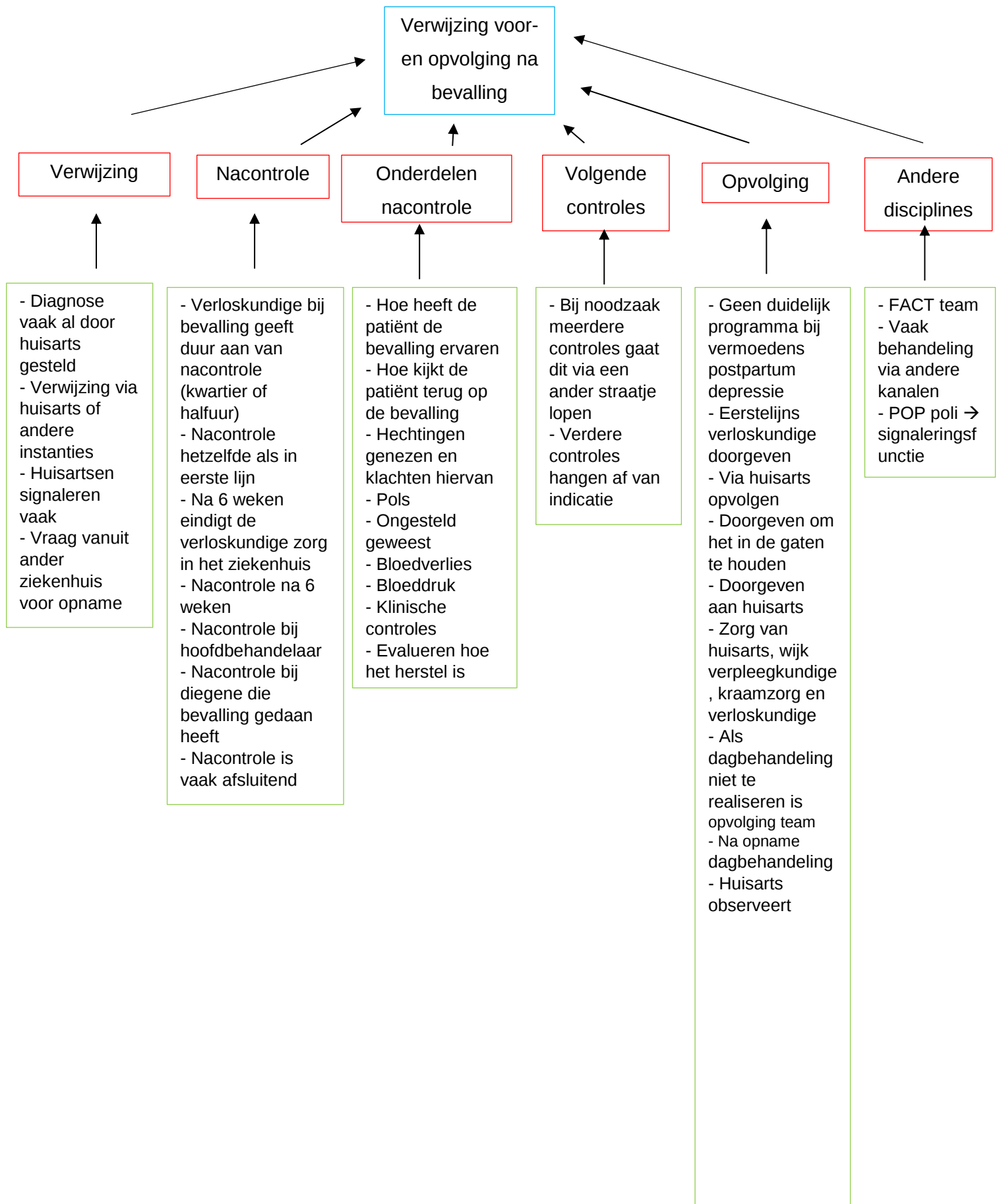
Bijlage 10: Codeboom



Blauw = hoofdcategorie.

Rood = categorie.

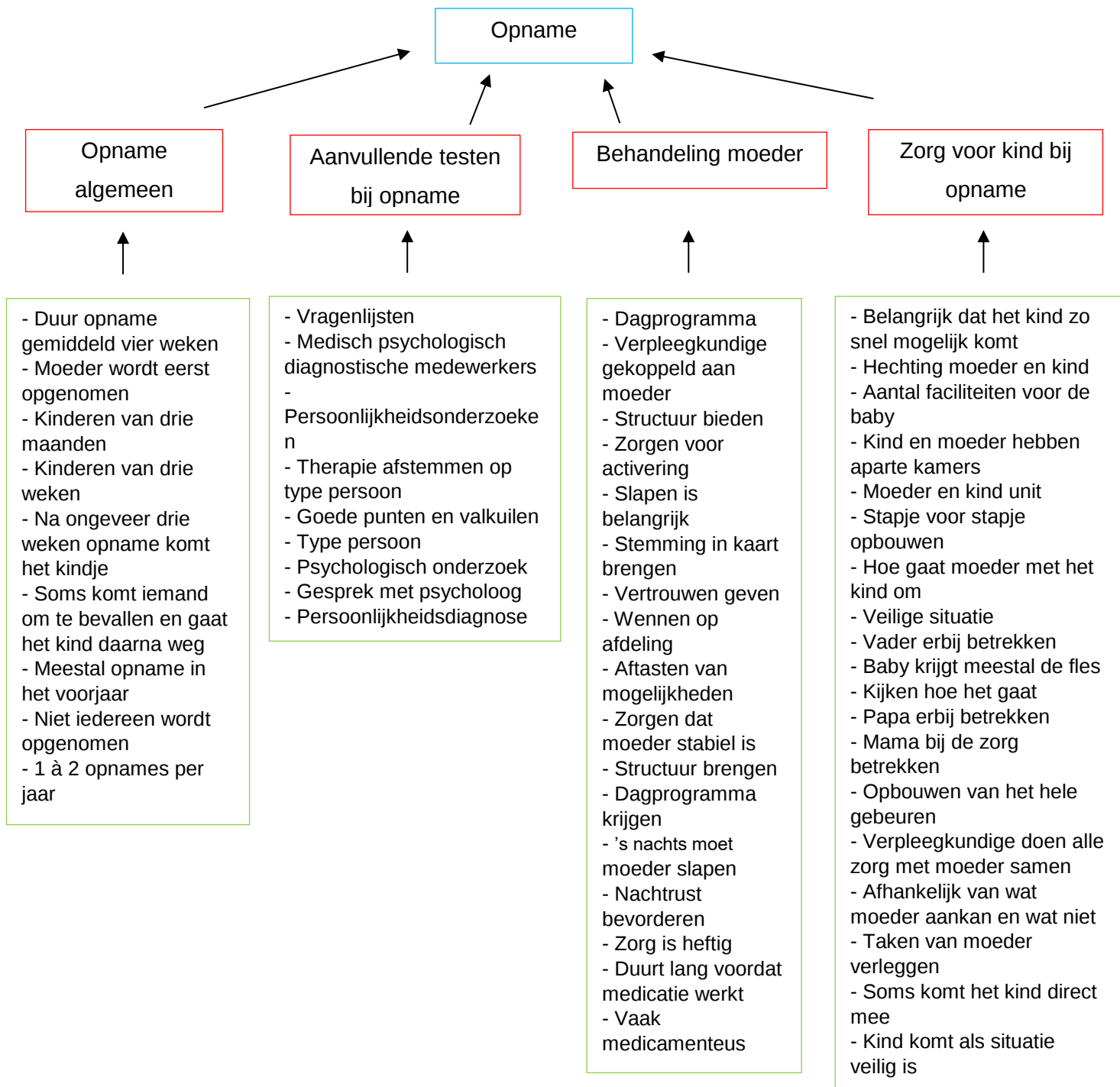
Groen = codes

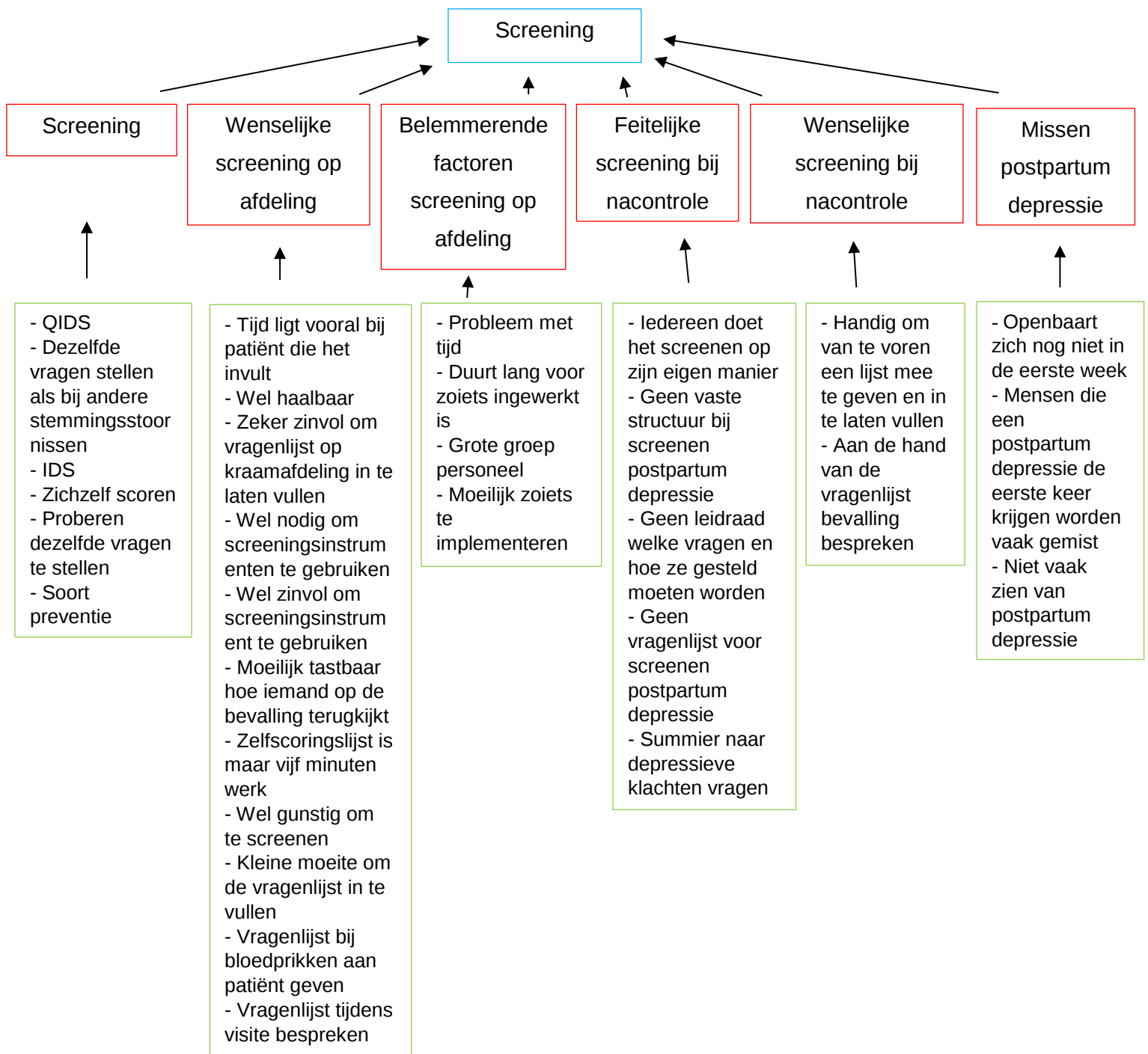


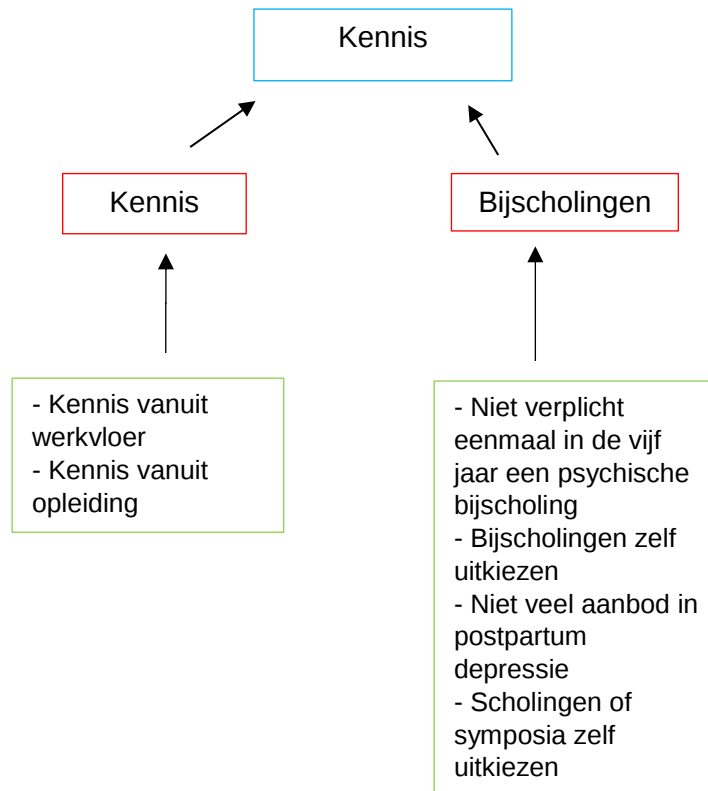
Blauw = hoofdcategorie.

Rood = categorie.

Groen = codes







Bijlage 11: Vragenlijst unitleider

1. Kun je de afdeling kort omschrijven?

Diverse en qua werkdruk een onvoorspelbare afdeling waar vreugde en verdriet dichtbij elkaar staan. Zieke zwangeren, barenden, Kraamvrouwen met of zonder kindje bij zich en de neonaat

2. Hoeveel verpleegkundigen zijn er in totaal werkzaam binnen de afdeling?

- 9 ohc verpleegkundigen
- 27 obstetrie verpleegkundigen
- 7 algemene verpleegkundigen (al dan niet reeds in opleiding tot obstetrie vpk)
- 2 leerlingen
- 2 stagiaires
- Inzet bij zieken of dienstlijstproblemen > plusteam vpk

3. Wat is de (ongeveer) gemiddelde leeftijd van deze verpleegkundigen?

Tussen de 35 en 40 (vast team eerder 40)

4. Hoe lang zijn de verpleegkundigen (ongeveer) gemiddeld werkzaam?

-15 jaar

5. Hoe zou je de dynamiek beschrijven binnen het verpleegkundig team?

Dynamisch team,. gebeurd veel, in beweging, oud gedienden, verse nieuwe jonge garde, kleinere middengroep

6. Zijn er veel veranderingen binnen de afdeling (bijv. verbetertrajecten etc)?

Ja, continue veranderingen top down en bottom op, omde verandere vraag en beschikbaarheid van personeel en middelen en kennis te optimaliseren. Organisatie breed en afdelingsspecifiek zelfs een reorganisatie traject

7. Hoe gaan de verpleegkundigen met deze veranderingen om?

Verpleegkundigen ervaren hoge werkdruk, afname kwalitatief personeel, ziekere zorgvrager, waardoor verandering vaak voelt als: "moeten we dat ook nog"

8. Staan de verpleegkundigen open voor nieuwe ontwikkelingen binnen de afdeling?

Bij een normale werkdruk staat een deel heir zeker voor open. Wel vaak moeilijk om verandering na de implementatiefase te borgen (iedereen geeft eigen invulling eraan)

9. Binnen welk van onderstaande stellingen zou je het team indelen, is het team verdeeld over alle groepen of zitten de meeste verpleegkundigen binnen één groep?

- (1) De verpleegkundigen nemen initiatief om nieuwe ontwikkelingen in te brengen;
- (2) De verpleegkundigen staan open voor nieuwe ontwikkelingen en werken hieraan mee;

(3) De verpleegkundigen willen weten of de nieuwe ontwikkeling functioneert voordat zij hier zelf mee aan de slag gaan;

(4) De verpleegkundigen vinden het goed zoals het team beslist;

(5) De verpleegkundigen hebben geen behoefte aan verandering.

De meeste verpleegkundigen zou ik voor nu willen indelen in de derde categorie: eerst zien dan geloven. Bij stimulatie en vraag wel zeker een deel van het team dat ook zelf veranderingen wilt oppakken/ invoeren.

Ik ben momenteel bezig met de thesis met het onderwerp het screenen van een postpartum depressie. De volgende vragen hebben betrekking op het onderwerp:

10. Zit er nog wet- of regelgeving binnen de afdeling/ziekenhuis als een meetinstrument wordt ingebracht (zoals bijv. een vragenlijst)? Zal denkkelijk op Odin geplaatst moeten worden (daar zit een procedure van goedkeuring aan vast

11. Zijn er binnen de afdeling/ziekenhuis financiële middelen beschikbaar om meetinstrumenten te implementeren en in te zetten?

Dat zul je verder moeten toelichten: wat verwacht je? Een voorgedrukte vragenlijst of een bestand dat kan worden geprint wanneer er zich een casus aandient? Voor beide zijn er wel mogelijkheden binnen het bestaande afdelingsbudget

Bijlage 12: Afgenomen enquête

Enquête postpartum depressie signaleren

Mijn naam is Femke Verheijen en ik zit momenteel in het vierde leerjaar van de HBO-V van Zuyd Hogeschool. Deze enquête heb ik opgesteld met betrekking op de thesis die ik tijdens deze stage uit ga voeren. Voor deze opdracht ga ik onderzoeken hoe het risico op een postpartum depressie gesignaleerd kan worden bij patiënten opgenomen op de afdeling verloskunde.

Jaarlijks worden in Nederland 20.000 baby's geboren waarvan de moeder depressieve klachten ontwikkelt in de periode rondom de bevalling (Meulink, 2015). Een postpartum depressie is een langdurige depressie waarbij de klachten in de eerste weken tot maanden na de bevalling optreden (Meulink, 2015). Uit twee onderzoeken is gebleken dat een postpartum depressie een negatief effect heeft op de ontwikkeling van het kind (Van Pelt, 2015). Middels het tijdig signaleren van psychosociale klachten kunnen kwetsbare vrouwen opgespoord worden en kan indien nodig passende hulp en informatie gegeven worden (Wildschut & Boesveld, 2018).

De enquête neem ik af bij alle verpleegkundigen van de afdeling verloskunde. Dit betreft vaste medewerkers, stagiaires en flexpool-medewerkers. De enquête bestaat uit 12 vragen en zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen. De enquête kan anoniem ingevuld worden. De ingevulde enquêtes kunnen op de zusterspost in het daarvoor bestemde mapje worden ingeleverd.

De resultaten van deze enquête zullen worden meegenomen in de thesis, indien u benieuwd bent naar de resultaten van deze enquête kunt u mailen naar: 1517511verheijen@zuyd.nl

De enquêtes kunnen ingevuld en ingeleverd worden tot vrijdag 12 april 2019.

Alvast bedankt voor het invullen.

Met vriendelijke groet,

Femke Verheijen

Voorbeeldvraag: Bent u werkzaam op de afdeling verloskunde?

- ☐ Ja
☒ Nee

Indien u een vraag verkeerd ingevuld heeft kunt u een kruis door het verkeerde antwoord zetten en vervolgens het juiste antwoord kiezen.

1. Wat is uw leeftijd? *(Kies één antwoord)*

- ☐ < 20 jaar;
- ☐ 20-25 jaar;
- ☐ 26-30 jaar;
- ☐ 31-40 jaar;
- ☐ 41-50 jaar;
- ☐ 51-60 jaar;
- ☐ > 60 jaar

2. Wat is uw functie binnen de afdeling verloskunde? *(Kies één antwoord)*

- ☐ Verpleegkundige MBO
- ☐ Verpleegkundige HBO
- ☐ Leerling verpleegkundige MBO, leerjaar
- ☐ Leerling verpleegkundige HBO, leerjaar
- ☐ Obstetrie verpleegkundige

3. Hoe lang bent u werkzaam binnen de afdeling verloskunde? *(Kies één antwoord)*

- ☐ 0 – 5 jaar;
- ☐ 6 – 10 jaar;
- ☐ 11 – 20 jaar;
- ☐ 21 – 30 jaar;
- ☐ > 30 jaar

4 A. Bent u tijdens uw werk in aanmerking gekomen met een patiënt met een postpartum depressie? *(Kies één antwoord)*

- ☐ Ja, ga verder naar vraag 4B
- ☐ Nee, ga verder naar vraag 5

4 B. Hoe vaak bent u hiermee in aanmerking gekomen? (Kies één antwoord)

- ☐ 1 keer
- ☐ 2 keer
- ☐ 3 keer
- ☐ Vaker dan 3 keer

5 A. Vind u het zinvol om tijdens de opname het risico op een postpartum depressie te screenen? (Kies één antwoord)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

5 B. Waarom vindt u dit wel of niet zinvol? (Kies één of meerdere antwoorden)

- ☐ Op deze manier kan er sneller passende hulp ingeschakeld worden;
- ☐ Middels deze screening wordt het direct duidelijk hoe het mentale welbevinden is van deze patiënt;
- ☐ Een postpartum depressie openbaart zich pas later, het heeft dus geen zin om dit tijdens opname al te screenen;
- ☐ De tijd die hieraan besteedt zou worden kan beter ergens anders aan besteedt worden;
- ☐ Er is te weinig kennis over een postpartum depressie en de screening hiervan;
- ☐ Anders:

.....

.....

De volgende vragen hebben betrekking op de kennis rondom een postpartum depressie

6. Vind u dat u genoeg kennis heeft met betrekking tot een postpartum depressie? (Kies één antwoord)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

7 A. Weet u welke klachten/signalen op kunnen treden bij een postpartum depressie? (Kies één antwoord)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

7 B. Kunt u drie voorbeelden noemen van klachten/signalen bij een postpartum depressie? *(Dit is een open antwoord)*

.....

.....

.....

.....

8 A. Weet u welke gevolgen een postpartum depressie kan hebben voor moeder en kind? *(Kies één antwoord)*

- ☐ Ja
- ☐ Nee

8 B. Kunt u een gevolg van een postpartum depressie voor moeder benoemen? *(Dit is een open antwoord)*

.....

.....

.....

8 C. Kunt u een gevolg van een postpartum depressie voor het kind benoemen? *(Dit is een open antwoord)*

.....

.....

.....

9 A. Weet u welke screeningsinstrumenten er toe kunnen worden gepast bij een postpartum depressie? *(Kies één antwoord)*

- ☐ Ja
- ☐ Nee

9 B. Welk screeningsinstrument heeft uw voorkeur en waarom? *(Dit is een open antwoord)*

.....

.....

.....

.....

.....

10. Hoe zou volgens u deze kennis verhoogd kunnen worden? (Dit is een open antwoord)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11 A. Geeft u de gesignaleerde klachten door aan iemand? (Kies één antwoord)

- ☐ Ja, ga door naar vraag 11B
- ☐ Nee, Ga door naar vraag 12

11 B. Aan wie geeft u deze klachten door? (Meerdere antwoorden kunnen gekozen worden)

- ☐ Verpleegkundige volgende dienst;
- ☐ Arts op afdeling;
- ☐ Verloskundige;
- ☐ Kraamzorg

12. Welke van onderstaande stellingen past het best bij u? (Kies één antwoord)

- ☐ Ik ben iemand die initiatief neemt om een nieuwe ontwikkeling in te brengen
- ☐ Ik sta open voor nieuwe ontwikkelingen en wil hier graag aan meewerken
- ☐ Ik wil weten of de nieuwe ontwikkeling functioneert voor ik het zelf probeer
- ☐ Ik vind het goed zoals het team beslist
- ☐ Ik heb geen behoefte aan verandering

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze enquête! Indien u nog iets kwijt wilt of feedback heeft over deze enquête kunt u dat hieronder vermelden.

.....

.....

.....

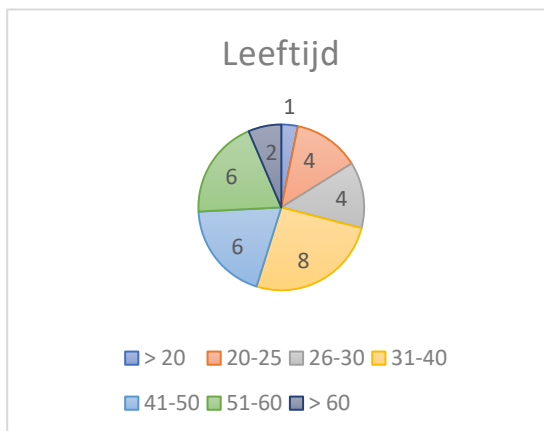
.....

Bijlage 13: Analyse enquête

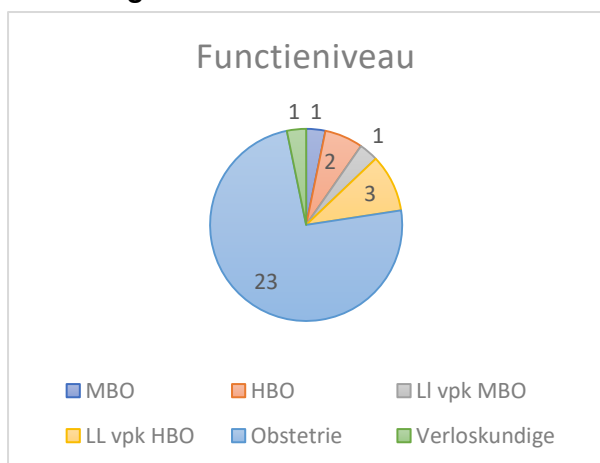
In totaal zijn er 31 enquêtes afgenomen dus N = 31.

Vraag 1 Wat is uw leeftijd?

<20	1 (3%)
20-25	4 (13%)
26-30	4 (13%)
31-40	8 (26%)
41-50	6 (19%)
51-60	6 (19%)
>60	2 (6%)



Vraag 2 Wat is uw functie?



Verpleegkundige MBO	1 (3%)
Verpleegkundige HBO	2 (6%)
Leerling vpk MBO	1 (3%)
Leerling vpk HBO	3 (10%)
Obstetrie vpk	23 (74%)
Verloskundige	1 (3%)

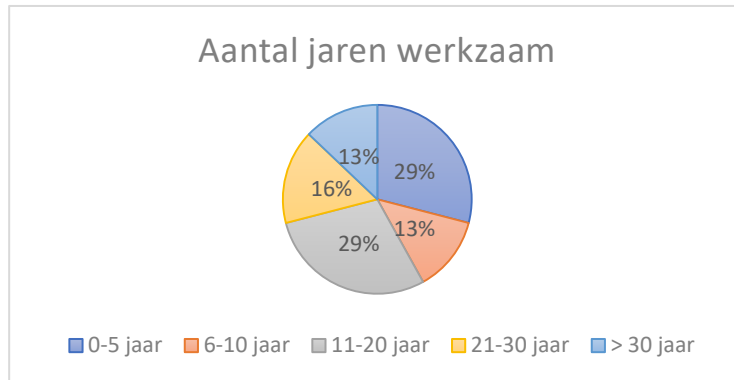
Opmerking:

- + OHC

- In opleiding
- + HBO
- Verloskundige (1)

Vraag 3 Hoe lang werkzaam

0-5 jaar	9 (29%)
6-10 jaar	4 (13%)
11-20 jaar	9 (29%)
21-30 jaar	5 (16%)
>30 jaar	4 (13%)



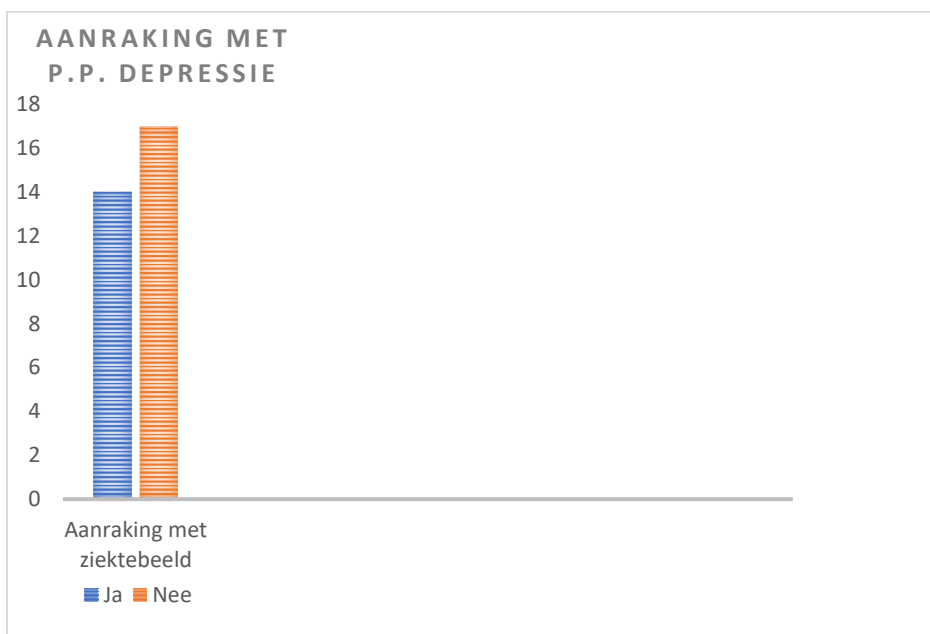
Vraag 4A bent u in aanmerking gekomen pp dep?

Ja	14 (45%)
Nee	17 (55%)

met

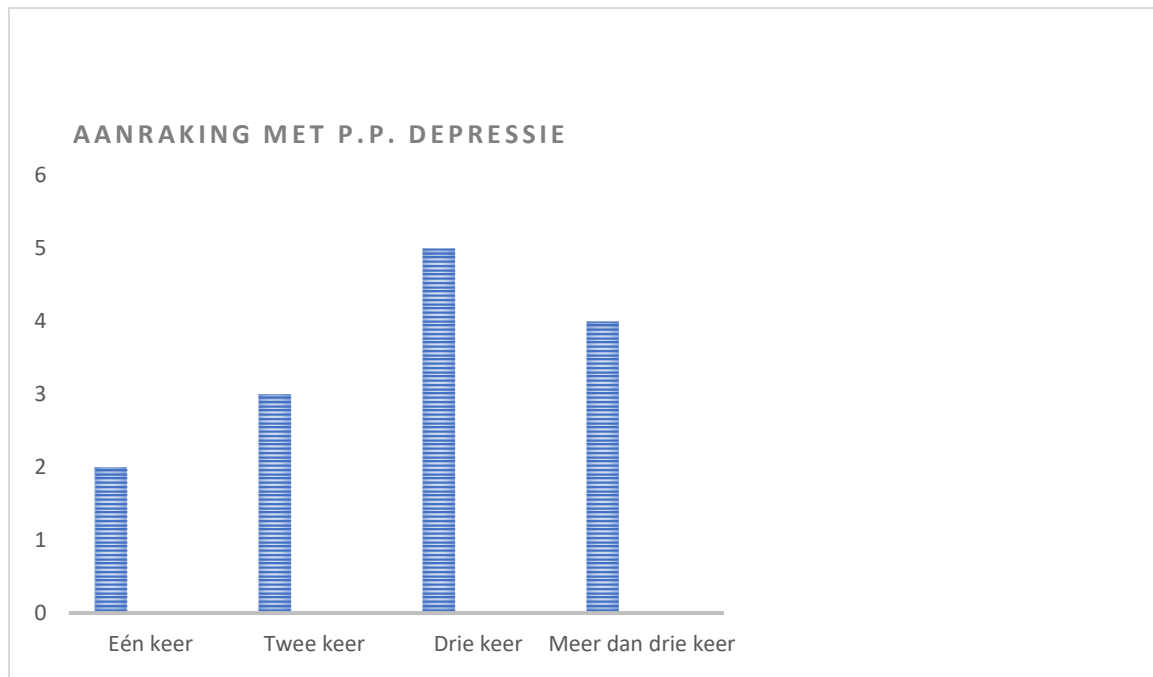
Opmerkingen:

- Niet diagnosticeert, wel hoog risico om te ontwikkelen



Vraag 4B hoe vaak?

1 keer	2 (14%)
2 keer	3 (21%)
3 keer	5 (36%)
Vaker dan 3 keer	4 (29%)



Vraag 5A: Vind u het zinvol om tijdens de opname het risico op een postpartum depressie te screenen?

Ja	27 (87%)
Nee	4 (13%)

Vraag 5B: Waarom vindt u dit wel of niet zinvol?

Op deze manier kan er sneller passende hulp ingeschakeld worden	22
Middels deze screening wordt het direct duidelijk hoe het mentale welbevinden is van deze patiënt	17
Een postpartum depressie openbaart zich pas later, het heeft dus geen zin om dit tijdens opname al te screenen	3
De tijd die hieraan besteed zou worden kan beter ergens anders aan besteed worden	1
Er is te weinig kennis over een postpartum depressie en de screening hiervan	5
Anders..	9
- Vaak weet je welke bevallingsrisico's een depressie triggert; - Zeker de risicopatiënten lijkt me goed om te screenen;	

- Bij depressies in de voorgeschiedenis of bij miskramen, IUVD's, vroeggeboortes etc. of een borstvoeding ie niet lukt geeft een verhoogde kans;
- Ik denk dat 'n extra screening niet nodig is. Ik denk dat je dit altijd 'screent' tijdens je verzorging/observatie;
- Mensen met een depressie in anamnese en/of medicatie tegen depressie kun je beter in de gaten houden, passende hulp aanbieden;
- Algemeen welbevinden en volgen lijkt me zinvol;
- Tijdens opname gebeurt er al te veel, ik denk dat risicofactoren al goed tijdens de zwangerschap in kaart gebracht kunnen worden, aangevuld met evt. traumatische gecompliceerde partus;
- Ik weet niet of dit tijdens de opname gescreent kan worden, en of dit dekkend is;
- In kaart brengen van risicopatiënt.

Vraag 6: Vind u dat u genoeg kennis heeft met betrekking tot een postpartum depressie?

Ja	4 (13%)
Nee	27 (87%)

Vraag 7A: Weet u welke klachten/signalen op kunnen treden bij een postpartum depressie?

Ja	27 (87%)
Nee	4 (13%)

Opmerkingen:

- Niet genoeg kennis

Vraag 7B: Kunt u drie voorbeelden noemen van klachten/signalen bij een postpartum depressie?

(Over)vermoeid	6
Pijn	1
Geen/niet veel aandacht aan baby besteden	10
Schuldgevoel t.o.v. het kind	4
Weinig emotie naar het kind/geen liefde voelen	4
Veel huilen	4
Nergens zin in hebben	1
Emotioneel onstabiel	4

Geen binding met kind willen/durven	5
Veel slapen	1
Neerslachtig voelen	13
Traumatische partus	1
Stress in zwangerschap	1
Slechte relatie	1
Psychische problemen in anamnese	1
Geen waak/slaapritme	1
Snel overprikkeld zijn	4
Slechte zorg voor het eigen lichaam	1
Angst	2
Paniek	2
Geen levenslust	1
De zorg voor het kind niet kunnen dragen	2
Negatieve gedachtes	2
Geen vreugde uitstralen	1
In zichzelf gekeerd zijn	1
Geen vaste dagindeling hebben	1
Gevoel van falen	2
Verminderde eetlust	1
Onrust	2
Stemmingswisselingen	1
Vermijdingsdrang	1
Activiteiten op de dag/het huishouden niet geregeld krijgen	1
Extreme onzekerheid	1
Onderschatten van de toekomst	1
Zorg niet willen loslaten aan anderen, alles zelf willen doen	1
Baby iets willen aandoen	2
Slapeloosheid	3
Wanhopig	1
Laag moeder instinct	

8A: Weet u welke gevolgen een postpartum depressie kan hebben voor moeder en kind?

Ja	27 (87%)
----	----------

Nee	4 (13%)
-----	---------

Opmerkingen:

- Echter niet voldoende, ik zou graag meer aanvullende kennis krijgen;
- Weet wel enkele gevolgen maar niet echt heel uitgebreid;
- Vast niet allemaal.

8B: Kunt u een gevolg van een postpartum depressie voor moeder benoemen?

Geen goede hechting/band met het kind	20
Angst voor een nieuwe zwangerschap	1
Niet blij zijn met het kind	1
Rusteloos	1
Suicide	1
Schuldgevoel	8
Gevoel van falen	2
Kans op depressie	3
Verminderd zelfvertrouwen	2
Somberheid	1
Geen moederinstinct ontwikkelen	1

Vraag 8C: Kunt u een gevolg van een postpartum depressie voor het kind benoemen?

Hechtings- stoornis/problemen latere leeftijd	7
Slechte binding tussen moeder en kind	17
Huilbaby	1
Afstandelijk zijn	1
Onrustig	2
Verwaarlozing	6
Niet welkom voelen	1
Niet de juiste zorg krijgen	1
Liefdeloze opvoeding	1

Vraag 9A: Weet u welke screeningsinstrumenten er toe kunnen worden gepast bij een postpartum depressie?

Ja	4 (13%)
Nee	27 (87%)

Opmerkingen:

- Ken alleen vragenlijst

Vraag 9B: Welk screeningsinstrument heeft uw voorkeur en waarom?

Vragenlijst	4
Gesprek met zwangere/kraamvrouw, hierdoor kan goed doorggevraagd worden. Wel gestandaardiseerde vragen (evidence based)	2
Weet niet welke opties er zijn	2
Vaste psycholoog bij het team	1
Scholing op het gebied van psycho-educatie, voor verpleging en ook een psychiater	1
In Nederland is wel een angst score maar is de vraag of dit de lading dekt. Het afnemen van de Lastmeter of spinnenweb model van Martha Huber, lijkt me zinvoller. Daar de patiënt daar zelf actief mee aan de slag kan	1

Vraag 10: Hoe zou volgens u deze kennis verhoogd kunnen worden?

Klinische lessen	20
Scholing	7
Uitleg symptomen	1
Basiskennis oke, weet niet of het relevant is om alle ins en outs hiervan te weten tijdens kraambed	1
Handzame vragenlijst	1
Protocol	2
Richtlijn	1
Cursus	1
In ieder geval: let hier op... waar wij de signalen al vroeg kunnen herkennen	1
Voorlichting door professional	1
Handvaten/checklist	1
Informatiefolder	1

Vraag 11A: Geeft u de gesignaleerde klachten door aan iemand?

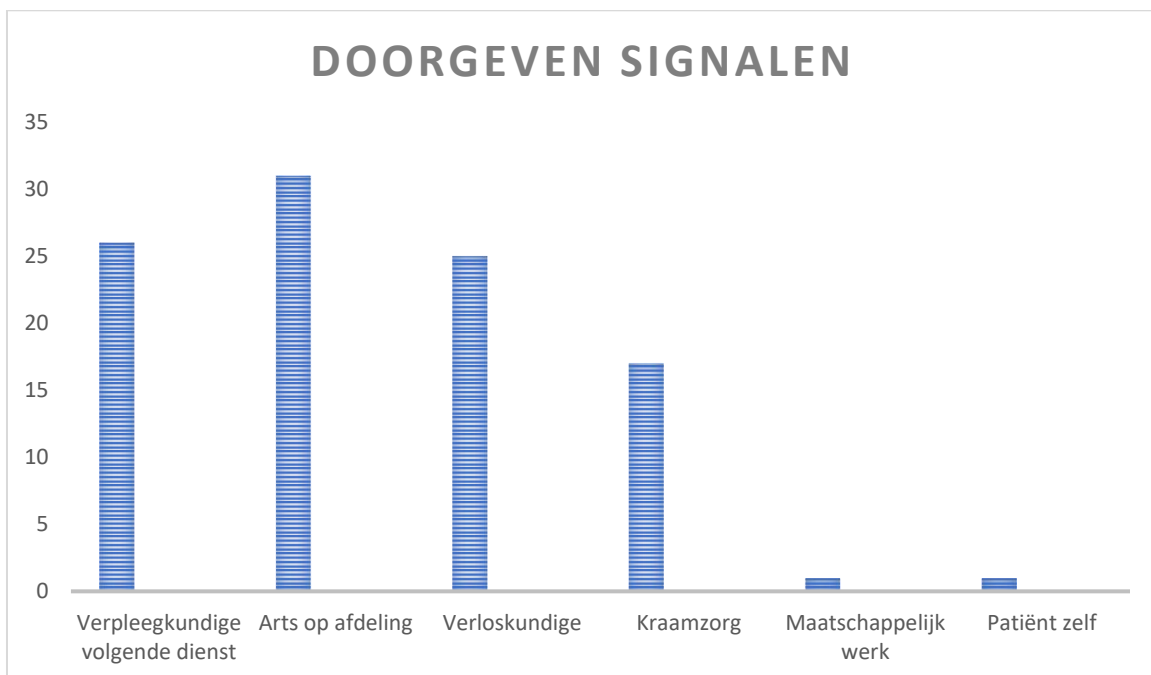
Ja	31 (100%)
Nee	0 (0%)

Vraag 11B: Aan wie geeft u deze klachten door?

Verpleegkundige volgende dienst	26
Arts op afdeling	31
Verloskundige	25
Kraamzorg	17

Opmerkingen:

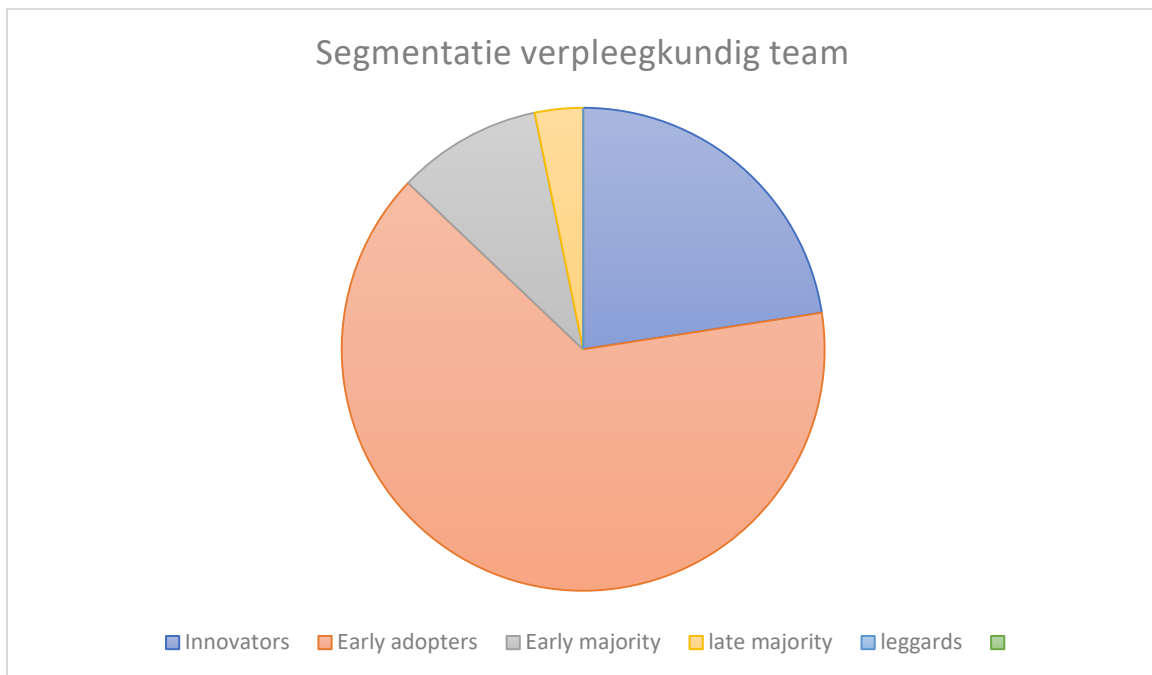
- Patiënt zelf: alert zijn naar HA te gaan als klachten lang aanhouden;
- Maatschappelijk werk



Vraag 12: Welke van onderstaande stellingen past bij u?

Ik ben iemand die initiatief neemt om een nieuwe ontwikkeling in te brengen	7
Ik sta open voor nieuwe ontwikkelingen en wil hier graag aan meewerken	20
Ik wil weten of de nieuwe ontwikkeling functioneert voor ik het zelf probeer	3

Ik vind het goed zoals het team beslist	1
Ik heb geen behoefte aan verandering	0



Feedback:

- Succes!
- Ben erg benieuwd naar de uitslag;
- Heel veel succes met je onderzoek;
- Goed initiatief;
- You go Femke!
- Kun je me de literatuur sturen waar je je stellingen uit hebt? (mailadres bijgevoegd)