

Een inventariserend onderzoek naar het gebruik van een screeningslijst voor postpartum depressie in de JGZ 0-4 jaar in Twente.



Carlijn Olde Reuver of Briel
S1029924
Gezondheidswetenschappen

1 ^e begeleider:	Dr. M.M. Boere-Boonekamp
2 ^e begeleider:	Dr. K. Douw
Externe begeleider:	Dr. R. Haasnoot

Voorwoord

Dit verslag beschrijft het onderzoek dat ik heb uitgevoerd voor de Jeugdgezondheidszorg in Twente. Met dit onderzoek sluit ik mijn bachelor gezondheidswetenschappen aan de Universiteit van Twente af. Dit onderzoek beschrijft het huidige gebruik van de EPDS-vragenlijst en de mening van de JGZ-medewerkers over factoren van het gebruik.

Graag maak ik van de gelegenheid gebruik om nog een aantal mensen te bedanken. Allereerst wil ik mijn eerste begeleider Magda Boere-Boonekamp bedanken voor de opbouwende kritiek die zij altijd heeft gegeven. Dit heeft er voor gezorgd dat ik altijd met veel enthousiasme aan de bacheloropdracht heb gewerkt. Ook ben ik een dankwoord verschuldigd aan Karla Douw voor het geven van feedback op mijn verslag.

Ook zijn mijn externe begeleiders Riet Haasnoot en Angarath van de Berg, van de JGZ in Twente, erg belangrijk voor mij geweest. Zij hebben altijd de tijd en moeite genomen om mij te begeleiden gedurende het onderzoek.

Tot slot wil ik de JGZ-medewerkers die deel hebben genomen aan het onderzoek bedanken. Zonder hen was het onderzoek immers niet mogelijk.

Enschede, 30 September 2011

Carlijn Olde Reuver of Briel

Samenvatting

Een postpartum depressie is een depressie die kan ontstaan bij vrouwen na de geboorte van een kind.

13% van de vrouwen ontwikkelt een postpartum depressie. In 2008 is de jeugdgezondheidszorg in Twente begonnen met het screenen op vrouwen met een postpartum depressie. Het screenen wordt gedaan met behulp van de EPDS-vragenlijst.

In opdracht van de Universiteit Twente is bij de jeugdgezondheidszorg een onderzoek uitgevoerd naar het huidige gebruik van de EPDS-vragenlijst en de mening van de JGZ-medewerkers over factoren van het gebruik. De hoofdvraag luidde als volgt:

In welke mate en op welke wijze wordt de EPDS-vragenlijst gebruikt als instrument voor het opsporen van vrouwen met een postpartum depressie op het consultatiebureau van 0 tot 4 jaar in de regio Twente?

Om deze vraag te beantwoorden is een beschrijvend cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd. Er is gebruik gemaakt van elektronische vragenlijsten die verstuurd zijn aan 38 jeugdartsen, 38 jeugdverpleegkundigen en 10 consultatiebureauassistenten. De respons van de jeugdartsen was 53%. De respons van de jeugdverpleegkundigen 32% en van de consultatiebureauassistenten 33%. De vragenlijst bestond uit drie onderdelen, namelijk: achtergrondkenmerken, het huidige gebruik en determinanten van het gebruik. Deze drie componenten zijn aan de hand van stellingen, gesloten vragen en open vragen gesteld. De vragen over het huidige gebruik zijn opgesteld aan de hand van de handleiding. Deze handleiding beschrijft hoe het gebruik van de EPDS-vragenlijst vormgegeven kan worden. Uit de 50 determinanten die Fleuren et al. (2002) geïdentificeerd hebben, is een selectie gemaakt om de mening over de factoren van het gebruik van de EPDS-vragenlijst te meten.

De resultaten van het onderzoek geven weer dat de EPDS-vragenlijst vaak besproken wordt met een jeugdverpleegkundige en met een moeder. Wanneer een moeder een afwijkende EPDS-score heeft dan wordt deze vaak doorverwezen naar de huisarts. Het doorverwijzen van een moeder naar de GGZ gebeurt echter weinig bij een verhoogde of afwijkende score.

Er wordt niet altijd uitleg wordt gegeven door een jeugdverpleegkundige over de EPDS-vragenlijst bij het zuigelingenbezoek. Gemiddeld genomen worden er zes huisbezoeken per jeugdverpleegkundige per jaar gebracht (met een spreiding van nul tot twaalf).

De EPDS-vragenlijst wordt in bijna alle gevallen uitgedeeld tijdens de consulten door de consultatiebureauassistenten.

Iets minder dan de helft van de jeugdartsen heeft in gevallen waarin zij verwezen terugrapportage ontvangen van de huisarts en andere instanties. De EPDS-vragenlijst werd niet vaak of bijna nooit besproken bij een ICT (Inter Collegiale Toetsing).

De mening van de JGZ-medewerkers over het gebruik van de EPDS-vragenlijst, is redelijk positief. Wel vinden sommige medewerkers dat zij extra tijd nodig hebben om te werken met de EPDS. Ook meldt ongeveer een kwart van de jeugdverpleegkundigen behoefte te hebben aan (aanvullende) informatie en een deskundige om vragen aan te stellen over het werken met de EPDS-vragenlijst.

Wel melden sommige jeugdartsen dat ze denken dat het invullen van de EPDS-vragenlijst in de wachtkamer onbetrouwbare resultaten oplevert. De jeugdartsen denken ook dat het belastend kan zijn voor sommige moeders om de EPDS-vragenlijst in de wachtkamer in te moeten vullen.

Voor vervolgonderzoek zou het goed zijn om te achterhalen waarom er zoveel spreiding zit in het aantal huisbezoeken. Verder zou het goed zijn te onderzoeken of er namens de moeder meer behoefte is aan privacy tijdens het invullen van de vragenlijst. Ook kan worden onderzocht in hoeverre de moeders de vragenlijst eerlijk invullen in de wachtkamer en of zij behoefte hebben aan schriftelijke informatie over het werken met de EPDS-vragenlijst. Er zou een scholing voor jeugdverpleegkundigen kunnen worden georganiseerd met als een van de doelen de jeugdverpleegkundigen te scholen in hoe zij ouders kunnen informeren over de screening op PPD met de EPDS-vragenlijst in de JGZ. Tot slot is het belangrijk dat de EPDS-vragenlijst bespreekbaar wordt gemaakt tijdens het werkoverleg.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding.....	6
1.2 Relevantie.....	7
2. Vraagstelling	8
3. Theoretisch kader	9
3.1 Postpartum depressie	9
3.2 Edinburgh Postnatal Depression Scale	10
3.3 Criteria voor screening	11
3.4 Screening op PPD in Twente.....	13
3.5 Model van implementatie	14
3.5.1 Sociaal-politieke kenmerken	15
3.5.2 Organisatorische kenmerken	15
3.5.3 Kenmerken van de individuele gebruiker	15
3.5.4 Kenmerken van de vernieuwing	15
3.6 Voorwaarden voor implementatie	16
4. Methode.....	17
4.1 Design.....	17
4.2. Doelgroep.....	17
4.3. Meetinstrument	17
4.3.1. Achtergrondkenmerken	19
4.3.2 Huidig gebruik	19
4.4 Determinanten van het gebruik van de EPDS.....	21
4.4.1 Kenmerken van de vernieuwing	21
4.4.2. Organisatorische kenmerken	21
4.4.3. Kenmerken sociaal-politieke omgeving	22
4.4.4. Kenmerken gebruiker	22
4.5 Dataverzameling.....	24
5. Resultaten	26
5.1 Achtergrondkenmerken	26
5.2 Huidig gebruik	27
5.2.1. Jeugdartsen	27
5.2.2 Jeugdverpleegkundigen	30
5.2.3. Consultatiebureauassistenten	32
5.3 Determinantenanalyse	33
5.3.1. Kenmerken innovatie	33
5.3.2 Kenmerken organisaties	34
5.3.3. Kenmerken gebruikers	35
5.3.4. Kenmerken sociaal-politieke omgeving	38
5.4 Problemen, suggesties en opmerkingen	38
5.4.1. Problemen bij het werken met de EPDS vragenlijst	39
5.4.2. Suggesties en opmerkingen	39
6. Discussie.....	41
6.1 Beantwoorden van de deelvragen	41

6.1.1. <i>Huidige manier van werken</i>	41
6.1.2. <i>Determinanten analyse</i>	42
6.2 Sterke en zwakke punten	43
6.3 Interpretatie resultaten.....	44
6.4 Aanbevelingen.....	46
6.4.1. <i>Aanbevelingen over mogelijkheden ter verbetering van het huidige gebruik</i>	47
6.4.2. <i>Aanbevelingen per kenmerk</i>	47
7. Conclusie	49
8. Literatuur	50
Bijlage 1: EPDS-vragenlijst	52
Bijlage 2: Handleiding EPDS	54
Bijlage 3: Determinanten	56
Bijlage 4: Vragenlijst jeugdarts	60
Bijlage 5: Vragenlijst jeugdverpleegkundige.....	68
Bijlage 6: Consulatiebureauassistente.....	73
Bijlage 7: opmerkingen of suggesties	76

1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal eerst de aanleiding van het onderzoek worden beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek.

1.1 Aanleiding

Een postpartum depressie (PPD, ook wel postnatale depressie genoemd) is een depressie die bij mannen en vrouwen kan ontstaan na de geboorte van een kind. Bij vrouwen komt een depressie vaker voor. Maar liefst 13% van de pas bevallen vrouwen ontwikkelt een postpartum depressie (Gale & Harlow, 2003). Bij een postpartum depressie ervaart een moeder een voortdurend, intens gevoel van verdriet en ongelukkigheid. Deze depressie kan maanden of zelfs jaren duren. In een extreem geval kan een moeder zelfs volledig het contact met de werkelijkheid verliezen (Feldman, 2005). Een postpartum depressie is een van de risicofactoren voor een verstoorde ontwikkeling van een pasgeboren kind. Lang niet altijd wordt deze depressie tijdig onderkend en behandeld (Postma, 2008).

Een manier om vrouwen met een postpartum depressie op te sporen is het gebruiken van de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Dit is de meest gebruikte vragenlijst om personen met een postpartum depressie op te sporen. Deze vragenlijst bevat tien vragen waarin wordt gevraagd hoe de vrouwen zich hebben gevoeld in de laatste zeven dagen. Bij elke vraag kan men nul tot drie punten scoren. Bij een score van vijftien of meer is er waarschijnlijk sprake van een postpartum depressie (Gibson, Gray, McKenzie-McHarg, Shakespeare & Price, 2009). Bij een score van negen of meer wordt er in Twente een vervolgetraject ingezet.

In 2008 is er in Twente geleidelijk begonnen met het gebruiken van de EPDS voor screening op PPD op consultatiebureaus. Er is voor gekozen om de moeders de EPDS-vragenlijsten in te laten vullen één, drie en zes maand(en) na de bevalling.

In het kader van de Academische Werkplaats Jeugd Twente wordt een promotieonderzoek gedaan naar de screening op postpartum depressie. De doelstelling van dit onderzoek is om de opbrengst van de screening op PPD in de jeugdgezondheidszorg te meten en te optimaliseren. Vanuit de praktijk kwam naar voren dat er voorafgaand aan dit onderzoek behoefte was naar meer inzicht in het huidige gebruik van de EPDS-vragenlijst door JGZ-medewerkers in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) in Twente.

1.2 Relevantie

De maatschappelijke relevantie van een onderzoek is het nut van een onderzoek voor een opdrachtgever en voor de maatschappij als geheel (Geurts, 1999). Met de uitkomsten van dit onderzoek zal de jeugdgezondheidszorg Twente inzicht krijgen in de huidige manier van werken, van de JGZ-medewerkers, met de EPDS-vragenlijst. Vervolgens wordt gekeken naar de determinanten die hierop van invloed zijn. Met deze gegevens kan de JGZ het beleid aanpassen en waar nodig aanpassingen doorvoeren, zodat de EPDS optimaal ingezet kan worden. Op deze manier kunnen op een effectieve wijze vrouwen met een postpartum depressie worden opgespoord en kunnen waar nodig de nadelige gevolgen voor zowel een moeder als het kind tegen worden gegaan.

De wetenschappelijke relevantie van een onderzoek is het nut van de resultaten van een onderzoek voor de wetenschap (Geurts, 1999). Uit voorgaand wetenschappelijk onderzoek werd aanbevolen na te gaan hoe de screening met behulp van de EPDS-vragenlijst vorm gegeven kan worden; tevens bleek er behoefte aan onderzoek naar het huidige gebruik van de EPDS in de JGZ (Postma, 2008). Dit onderzoek richt zijn vizier op het laatste. Ook zullen de resultaten van dit onderzoek worden meegenomen in een promotieonderzoek. Er wordt ook bijgedragen aan het implementatieonderzoek. Uit onderzoek van Fleuren et al. (2002) kwam namelijk naar voren dat er in de gezondheidszorg nog weinig Implementatieonderzoek is uitgevoerd.

2. Vraagstelling

Dit onderzoek heeft als doel om vast te stellen in welke mate de EPDS-vragenlijst wordt gebruikt door JGZ-medewerkers in Twente. Ook zal worden getracht om de meningen van JGZ-medewerkers over de factoren van het gebruik van de EPDS-vragenlijst in kaart te brengen.

Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek kunnen er aanpassingen worden doorgevoerd om het werken met de EPDS te bevorderen.

De vraagstelling van het onderzoek is daarom:

In welke mate en op welke wijze wordt de EPDS-vragenlijst gebruikt als instrument voor het opsporen van vrouwen met een postpartum depressie op het consultatiebureau van 0 tot 4 jaar in de regio Twente?

Aan de hand van de volgende deelvragen zal de vraagstelling worden beantwoord:

1. Wat is de huidige manier van werken met de EPDS door jeugdartsen?
2. Wat is de huidige manier van werken met de EPDS door jeugdverpleegkundigen?
3. Wat is de huidige manier van werken met de EPDS door consultatiebureauassistenten?
4. Wat is de mening van JGZ-medewerkers over de verschillende determinanten die van invloed kunnen zijn op het gebruik van de EPDS?

3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt het theoretisch kader beschreven. Als eerste zal er uitleg worden gegeven over de aandoening 'postpartum depressie', vervolgens wordt er ingegaan op de EPDS-vragenlijst, dan wordt beschreven hoe de screening met de EPDS-vragenlijst in Twente vormgegeven is, de criteria voor screening worden beschreven, verder wordt een implementatiemodel nader toegelicht en tot slot worden de voorwaarden voor het implementeren van vernieuwingen besproken.

3.1 Postpartum depressie

Letterlijk betekent postpartum depressie, "een depressie ontstaan na (post) de bevalling (partum)": Een persoon met een PPD heeft dezelfde symptomen als een persoon met een 'gewone' depressie: slapeloosheid, lusteloosheid en neerslachtigheid. Maar liefst 50 tot 80% van de vrouwen heeft na een bevalling last van zogenaamde baby blues ("kraamtranen"); ze zien het even niet meer zitten, zijn moe, huilen om alles en zijn snel boos en geïrriteerd (Vuik, 2003). Een PPD komt echter bij 13% van de pas bevallen vrouwen voor (Gale & Harlow, 2003).

Er zijn meerdere factoren die meespelen in het ontstaan van een PPD. Er kan onderscheid worden gemaakt in lichamelijke factoren (hormonale verandering, verstoorde schildklier werking, tekort aan vitaminen en mineralen en ontregeling van de bloedsuiker), psychische factoren (onverwerkt verdriet, moeilijke zwangerschap en hoge verwachtingen van het moederschap), en psychosociale factoren (ernstige veranderingen en stress) (Vuik, 2003). Robertson, Grace, Wallington & Stewart (2004) hebben in hun onderzoek vastgesteld dat een aantal factoren een risicofactor vormen voor het krijgen van PPD. Het gaat om, angst, gebeurtenissen in het leven van de moeder, sociale steun en een verleden van depressies. Verder blijkt dat een ongewilde eerste zwangerschap op zich geen risicofactor is, maar dat wel kan worden in combinatie met een lage opleiding, een laag inkomen en een groot gezin (Schmiege & Russo, 2005).

Een PPD ontstaat geleidelijk, in de helft van de gevallen start de depressie in de eerste twee weken na de bevalling. Ook heeft een PPD bepaalde korte - en langere termijn gevolgen voor de moeder en het kind.

Depressieve gevoelens leiden op korte termijn tot inadequaat en inconsistent gedrag naar de baby. Moeders vallen sneller uit naar de baby en hebben veel minder geduld in het zorgproces. Deze aspecten zorgen ervoor dat er zes maanden na de geboorte in 70% van de gevallen geen band is gecreëerd met de baby. Geen band zorgt tot op latere leeftijd in een groot aantal van de gevallen voor een slechte hechting tussen moeder en kind dat op zijn beurt kan leiden tot een lager IQ en slechter functioneren op school (Doesum, 2005).

3.2 Edinburgh Postnatal Depression Scale

Een manier om vroege opsporing van PPD te verbeteren is door het gebruik maken van de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). De EPDS-vragenlijst is in 1987 ontwikkeld door Cox et al. en is de meest gebruikte vragenlijst om personen met een postpartum depressie op te sporen. Deze vragenlijst bevat tien vragen waarin wordt gesteld hoe de vrouwen zich hebben gevoeld in de laatste 7 dagen. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 5 vijfminuten. Bij elke vraag kan men nul tot drie punten scoren. Het eerste afkappunt is bij een score van negen. Bij deze score is er misschien sprake van een postpartum depressie. Het tweede afkappunt is bij twaalf. Hierbij is waarschijnlijk sprake van een postpartum depressie (Gibson et al., 2009).

De sensitiviteit van een onderzoek zegt iets over de gevoeligheid van een instrument voor het herkennen van een bepaalde ziekte, in dit geval postpartum depressie. Als alle zieke mensen als 'ziek' worden geïdentificeerd met een bepaald instrument dan is de sensitiviteit 100%. De specificiteit van een instrument geeft aan welk percentage van een groep personen zonder ziekte als niet-ziek worden geclassificeerd. Dus als alle niet-zieke mensen allemaal als 'niet ziek' worden geclassificeerd is de specificiteit 100% (Juttmann, Klazinga, Mackenbach & Plochg, 2007).

Verschillende onderzoeken laten een wisselende sensitiviteit (34 tot 100 %) en specificiteit (44 tot 100%) zien voor de EPDS-vragenlijst en hebben gesignaleerd dat deze bovendien context afhankelijk zijn (Gibson et al., 2009). Dit betekent dus dat de sensitiviteit en specificiteit kunnen verschillen in verschillende contexten. De betrouwbaarheid van de Nederlandse EPDS-vragenlijst is goed en heeft een alpha van 0.82 (Pop, Komproe & Van Son, 1992). Bij een cronbach alpha van 0.70 of hoger wordt een vragenlijst doorgaans als 'betrouwbaar' bestempeld. De items van de EPDS-vragenlijst zijn dus betrouwbaar. Echter is een dialoog met een jeugdarts belangrijk om een PPD definitief te constateren (Mason & Poole, 2008). In een onderzoek naar de perspectieven van moeders en zorgverleners op de EPDS-vragenlijst, kwam naar voren dat het belangrijk is dat moeders alleen op PPD gescreend worden met de EPDS-

mits zij de tijd en de mogelijkheid ervoor hebben. Ook is het belangrijk dat een zorgverlener de moeder inlicht dat er van hen verwacht wordt dat zij de EPDS-vragenlijsten invullen (bij één, drie en zes maanden) en dat dit routine gebruik is. Er werd aanbevolen dat de EPDS-vragenlijst in een vertrouwde omgeving moet worden ingevuld. Het beste is bij de moeder thuis. Ook is het belangrijk dat er een redelijk tijdsverschil zit tussen het invullen van de EPDS-vragenlijsten. Tijdens de screening is het van belang dat moeders vragen kunnen stellen of hun antwoorden kunnen discussiëren met een zorgverlener. Na een screening is het van belang dat de zorgverleners feedback geven over de vragenlijst (Mason & Poole, 2008).

3.3 Criteria voor screening

Bij het invoeren van een screeningsprogramma is het belangrijk om de voor- en nadelen van dit programma af te wegen. Een mogelijkheid om dit te doen is door gebruik te maken van criteria. In 1968 hebben Wilson en Jungner in opdracht van de World Health Organisation (WHO) criteria geformuleerd waaraan een screeningsprogramma op populatieniveau moet voldoen. In deze paragraaf zal worden besproken aan welke criteria het screenen met PPD op vrouwen in Twente wel voldoet en aan welke niet. Wilson en Jungner hebben de volgende criteria geformuleerd:

1. Het moet gaan om een ernstig en vaak voorkomend gezondheidsprobleem.
2. Een algemeen aanvaarde behandeling voor opgespoorde gevallen dient het beloop gunstig te beïnvloeden.
3. Er moeten voldoende voorzieningen beschikbaar zijn voor screeningonderzoeken en eventuele behandeling.
4. Het natuurlijk beloop van de aandoening moet bekend zijn.
5. Er moet een herkenbaar latent stadium zijn.
6. Er moet een algemeen geaccepteerde definitie beschikbaar zijn van wie men zal behandelen.
7. Er moet een kwalitatief goede opsporingsmethode beschikbaar zijn.
8. De test moet aanvaardbaar zijn voor brede groepen in de bevolking.
9. De kosten moeten acceptabel zijn tegen de achtergrond van de baten en de middelen die voor de gezondheidszorg beschikbaar zijn.
10. Er moet een zekere mate van continuïteit van het programma voorzien kunnen worden.

Het gaat om een redelijk vaak voorkomend gezondheidsprobleem (prevalentie 13%) (Gale & Harlow, 2003). Een postpartum depressie kan nadelige gevolgen hebben voor het hele gezin. Moeders raken hun zelfvertrouwen kwijt, krijgen problemen met partner en kinderen, en kunnen niet meer werken. Ook is er een laag maar significant risico op zelfmoord aan de gevolgen van PPD (Buist et al., 2002).

Voor de ontwikkeling van het pasgeboren kind heeft het ook nadelige gevolgen. Een PPD (bij de moeder) kan ook de ontwikkeling van het kind verstoren (Postma, 2008). Een algemeen aanvaarde behandeling voor opgespoorde gevallen dient het beloop gunstig te beïnvloeden en er moeten voldoende voorzieningen beschikbaar zijn voor screening onderzoeken en eventuele behandeling. Vrouwen die gediagnosticeerd zijn met PPD worden behandeld door de GGZ of de huisarts. Over de effectiviteit hiervan is veel onderzoek verricht. De resultaten van deze onderzoeken geven weer dat zowel psychologische als biologische interventies effectief zijn (Buist, Bryanne & Barnett et al., 2002)..

Ook kunnen vrouwen die gediagnosticeerd zijn met PPD zich aanmelden bij een KOPP project. KOPP staat voor 'kinderen van ouders met psychiatrische problemen'. Binnen het KOPP traject is er een 'moeder-baby' interventie, namelijk 'contact met je baby'. De effectiviteit van dit project is echter nog niet bewezen. Er zijn dus voldoende voorziening voor eventuele behandeling beschikbaar en is effectiviteit van psychologische als biologische interventies bewezen. Echter is niet bekend of er voldoende voorzieningen beschikbaar zijn voor screening.

Het natuurlijke beloop van PPD is bekend. Onder het natuurlijk beloop van een aandoening verstaan we het verloop van de klachten in de tijd, zonder dat er van buitenaf wordt ingegrepen door bijvoorbeeld de behandeling van een therapeut (Bouter & Dongen, 2000). Een PPD ontstaat geleidelijk. In de helft van de gevallen start de depressie in de eerste twee weken na de bevalling. Bij 40% van de moeders ontstaat het tussen de 4^{de} week en de 6^{de} maand na de bevalling en bij de overige 10% begint de PPD na 6 maanden. De duur van de PPD wijkt niet af van andere depressies en spontane remissie treedt na 2 tot 6 maanden op bij de meeste moeders. Toch heeft een derde van de vrouwen met een PPD een chronische vorm, waarin gedurende het eerste jaar na de geboorte van het kind de depressies aanhouden (Murray & Cooper, 1997).

De overgang van zogenaamde 'kraamtranen' naar postpartum depressie is geleidelijk en in de tijd kan er verergering van het beeld ontstaan. Er zijn verschillende afkappunten voor de EPDS-vragenlijst geïdentificeerd, waardoor zowel lichtere als zwaardere depressies kunnen worden geïdentificeerd (Hewitt et al., 2009).

Uit een systematische review kwam naar voren dat de combinatie van sensitiviteit en specificiteit van de

EPDS-vragenlijst het hoogst was bij een afkappunt van 10 voor een lichte of ernstige depressie, 12 voor alleen een ernstige depressie en 9 voor el soort van psychiatrische aandoening (Hewitt et al., 2009). Er is dus een herkenbaar latent stadium.

Er moet een algemeen geaccepteerde definitie beschikbaar zijn van wie men zal behandelen. Uit de literatuur blijkt dat er geen eenduidige algemeen geaccepteerde definitie beschikbaar is.

Er moet een betrouwbaar screeningsinstrument beschikbaar zijn. Zoals in een vorige paragraaf is beschreven is de betrouwbaarheid van de EPDS-vragenlijst getest. Hieruit kwam naar voren dat de EPDS-vragenlijst betrouwbaar is. Wel is de vraag of de EPDS-vragenlijst valide is als deze wordt ingevuld in de wachtkamer. De validiteit hangt namelijk af van de context waarin de vragenlijst wordt afgenomen.

Uit een systematische review komt dat de test wel wordt geaccepteerd door een brede groep (moeders) uit de bevolking (Hewitt et al., 2009). Echter werd benadrukt dat de moeders het acceptabel vonden als de EPDS-vragenlijst thuis werd afgenomen onder begeleiding van een zorgverlener. Bij de JGZ in Twente wordt dit niet gedaan.

De kosteneffectiviteit van een screeningsprogramma met de EPDS-vragenlijst is nog niet bekend (Hewitt et al., 2009).

Er moet een zekere mate van continuïteit van het programma voorzien kunnen worden. In Twente wordt het werken met de EPDS-vragenlijst al een aantal jaren uitgevoerd. Er zou kunnen worden voorzien in continuïteit. Aan het vervolgtraject bij een positieve screening nog onvoldoende aandacht besteed.

Aan een aantal criteria wordt dus voldaan. Maar onderzoek is nog nodig naar criteria 3,6,8,9 en 10.

3.4 Screening op PPD in Twente

In 2008 is er in Twente geleidelijk gestart met het gebruik van de EPDS-vragenlijst voor screening op postpartum depressie op de consultatiebureaus. Aanleiding hiervoor was een Intercollegiale toetsing (ICT) waarin de jeugdartsen naar voren brachten behoefte te hebben aan een screening op PPD en waarin zij het werken met de EPDS-vragenlijst in de praktijk hebben uitgetoetst.

Een ICT is een vorm van deskundigheidsbevordering waarbij met specialisten uit het eigen specialisme of andere professionals met wie in multidisciplinair verband aan hetzelfde proces wordt samengewerkt, wordt gereflecteerd op het eigen handelen (CBG, 2008).

Naar aanleiding van deze Intercollegiale toetsing is door de staf JGZ van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Regio Twente een korte handleiding (zie bijlage 2) uitgewerkt voor het gebruik van de EPDS op alle consultatiebureaus in Twente.

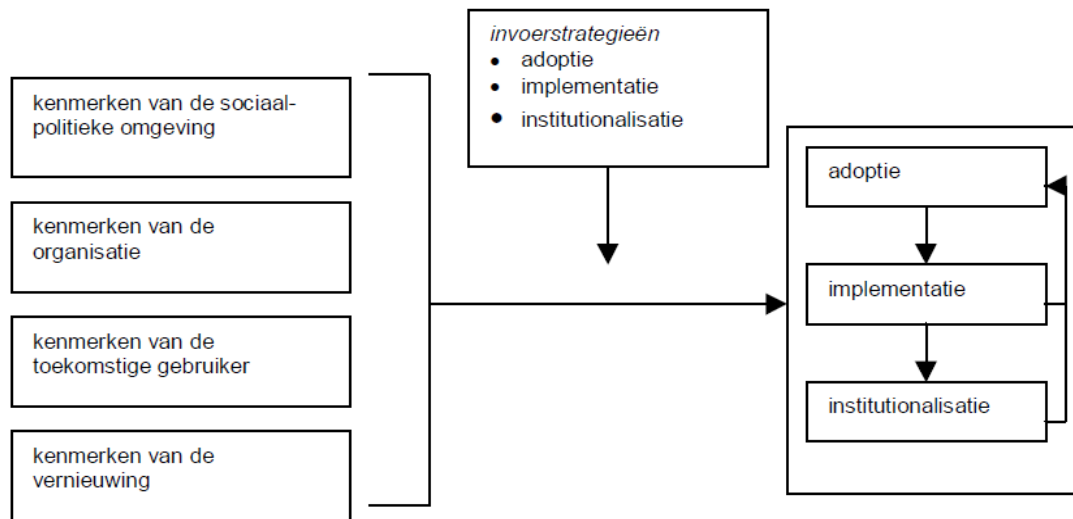
Volgens de handleiding informeert de jeugdverpleegkundige ouders tijdens het eerste postnatale huisbezoek over het werken met de EPDS door de JGZ en wanneer en waarom dit wordt gedaan. Vervolgens deelt de consultatiebureauassistente de EPDS-vragenlijst uit aan moeders voorafgaand aan de consulten bij één, drie en zes maanden. De moeders vullen de EPDS-vragenlijst in de wachtkamer in. De jeugdarts bespreekt de ingevulde vragenlijst met de ouders en noteert de score in het digitaal dossier onder het kopje 'hoe gaat het met ouder(s)'. De jeugdarts bespreekt tijdens een nabespreking met de jeugdverpleegkundige welke actie er ondernomen is of dient ondernomen te worden. De ingevulde vragenlijsten worden vernietigd.

Volgens de handleiding dient er eventueel een huisbezoek gebracht te worden door de jeugdverpleegkundige bij een afkappunt van 9-12. Bij deze score is er waarschijnlijk sprake van aanpassingsproblemen aan het leven met een baby. Bij een score van 13 of 14 wordt een huisbezoek gebracht door de jeugdverpleegkundige en vindt indien nodig een verwijzing plaats. Bij een score van 15 en overeenstemming met de klinische indruk wordt de moeder doorverwezen naar de huisarts of GGZ. De opbrengst van het werken met een nieuw screeningsmethode hangt niet alleen af van de waarde van die methode (sensitiviteit en specificiteit) maar ook van de manier waarop die wordt toegepast. De manier waarop de vernieuwing is geïmplementeerd, is daarom van groot belang. Met implementatiemodellen tracht men de verschillende factoren die van belang zijn, bij elkaar te brengen met als doel een effectieve implementatie. Een voorbeeld van een implementatiemodel is het model van Fleuren. Dit model wordt vaak in de JGZ gebruikt en zal in de volgende paragraaf worden besproken.

3.5 Model van implementatie

Een innovatieproces bestaat uit vier fasen: verspreiding, adoptie, implementatie en institutionalisatie. In de fase van verspreiding wordt de beoogde gebruiker op de hoogte van het bestaan van de vernieuwing gesteld. Daarna zal de beoogde gebruiker de vernieuwing bekijken en een positieve of negatieve intentie tot gebruik ontwikkelen. Dit is de adoptiefase. Vervolgens vindt er implementatie plaats en probeert de gebruiker met de vernieuwing te werken en gaat ervaren wat deze in de praktijk voor hem/haar betekent. Ten slotte is het de bedoeling dat er continuering van het gebruik van de vernieuwing ontstaat zodat dit een onderdeel wordt van de dagelijkse routine van de gebruiker zodat institutionalisatie kan plaatsvinden. Volgens Fleuren et al. (2002) wordt de mate van adoptie, implementatie en institutionalisatie bepaald door vier categorieën kenmerken.

Model van Fleuren et al. (2002).



3.5.1 Sociaal-politieke kernmerken

Kenmerken uit de sociaal-politieke omgeving van de organisatie, zoals regels en wetten, financiering en patiënten kunnen van invloed zijn op de mate van adoptie, implementatie en institutionalisatie. Een voorbeeld van een determinant uit deze categorie is de bereidheid van een patiënt om mee te werken (Fleuren et al., 2002).

3.5.2. Organisatorische kenmerken

Kenmerken van de organisatie zelf kunnen ook van invloed zijn op de mate van adoptie, implementatie en institutionalisatie. Structuur, cultuur en voorzieningen spelen hierbij een rol. De tijd die is ingezet om te werken aan de vernieuwing is hierbij een voorbeeld (Fleuren et al., 2002).

3.5.3. Kenmerken van de individuele gebruiker

Ook kenmerken van de individuele gebruiker kunnen van invloed zijn op de adoptie, implementatie en institutionalisatie van vernieuwingen. Met kenmerken van de individuele gebruiker wordt bedoeld ervaren steun, verwachtingen ten aanzien van de vernieuwing en eigenschappen van de gebruiker zelf. Een voorbeeld van een determinant hierbij is de zelf-effectiviteit ten aanzien van het werken met de vernieuwing (Fleuren et al., 2002).

3.5.4. Kenmerken van de vernieuwing

Met kenmerken van de vernieuwing worden bedoeld de praktische bruikbaarheid en het voordeel voor de gebruiker. Bijvoorbeeld de mate waarin een vernieuwing aansluit bij de bestaande werkwijze (congruentie) (Fleuren et al., 2002).

3.6 Voorwaarden voor implementatie

Bij het implementeren van een vernieuwing is het van belang dat er een juiste invoerstrategie wordt gekozen. In het algemeen kan er het beste gebruik worden gemaakt van een combinatie tussen een top-down en bottom-up benadering. Zodat er een groot draagvlak kan worden gecreëerd. Om een juiste invoerstrategie te ontwikkelen is het van belang dat een organisatie eerst een determinantenanalyse uitvoert. Aan de hand van deze determinantenanalyse kan er een juiste invoerstrategie worden bedacht zodat de vernieuwing op een juiste en effectieve wijze kan worden geïmplementeerd (Fleuren et al., 2002). Nadat een vernieuwing is geïntroduceerd kan monitoring en evaluatieonderzoek duidelijk maken of het resultaat van het invoeringsproces uiteindelijk voldoet aan de verwachtingen. Wanneer de effecten van een vernieuwing niet overeen komen met de verwachting kan een vernieuwing niet effectief zijn geweest of kan er sprake zijn geweest van een verkeerde invoerstrategie.

Een van de determinanten van organisatie die Fleuren et al. (2002) hebben geïdentificeerd (Zie Bijlage 2: nummer 26) is de plaats waar de besluitvorming over invoering van de vernieuwing plaatsvindt: centraal (topmanagement) of decentraal (professionals) van invloed op de implementatie van vernieuwingen.

Het is belangrijk dat de besluitvorming zowel centraal als decentraal plaatsvindt. Bij alleen centrale besluitvorming is er kans dat er geen draagvlak is onder de gebruikers, in dit geval de zorgverleners. Bij alleen decentrale besluitvorming is er wel draagvlak maar dreigen randvoorwaarden en/of faciliteiten afwezig te zijn (Fleuren et al., 2002). Zoals eerder vermeld is de EPDS-vragenlijst geïntroduceerd door de jeugdartsen tijdens een intercollegiale toetsing. Hierna is de EPDS-vragenlijst formeel geïntroduceerd in de JGZ in de regio Twente. Dit is een bevorderende factor voor implementatie.

Echter is er voorafgaand aan de invoering van de EPDS-vragenlijst geen determinantenanalyse uitgevoerd, hierdoor kan het zijn dat bepaalde aspecten (bijv. sociaal-politieke factoren) die relevant zijn voor een effectieve implementatie over het hoofd zijn gezien. Ook kan het zijn dat er op deze manier een implementatiestrategie wordt ingezet voor een niet-relevante determinant. Een voorbeeld hierbij is als er bijvoorbeeld een implementatiestrategie is ingezet om de eigen-effectiviteitsverwachting (ten opzichte van het gebruiken van de vernieuwing) te verbeteren, terwijl de gebruikers al een hoge eigen-effectiviteitsverwachting hebben. Eigen-effectiviteitsverwachting is de mate waarin de zorgverlener zich in staat voelt de vernieuwing uit te voeren (Fleuren et al., 2002).

4. Methode

Om de vraagstelling te beantwoorden is gebruik gemaakt van een zelfontwikkelde vragenlijst waarin het huidige gebruik van de EPDS-vragenlijst en de mening van de JGZ-medewerkers over de determinanten worden gemeten.

4.1 Design

Er is een beschrijvend cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd naar de huidige werkwijze met de EPDS en de determinanten van de werkwijze.

4.2. Doelgroep

De doelgroep van het onderzoek bestond uit de jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en consultatiebureauassistenten werkzaam in de JGZ 0-4 jaar in Twente. De vragenlijsten zijn verstuurd via e-mail naar alle 38 jeugdartsen, naar een steekproef van 38 jeugdverpleegkundigen en een steekproef van 10 consultatiebureauassistenten.

De e-mailadressen van de jeugdverpleegkundigen en consultatiebureauassistenten zijn random geselecteerd uit bestanden van de JGZ. Op basis van een onderzoek bij een soortgelijke doelgroep werd een respons van 50% verwacht. (Scheppink, 2011).

4.3. Meetinstrument

Er is gebruik gemaakt van drie vragenlijsten. Met deze vragenlijsten zijn achtergrondkenmerken, het huidige gebruik en de mogelijk relevante determinanten die van invloed zijn op het gebruiken van de EPDS gemeten.

Omdat er nog geen gevalideerde vragenlijst bestaat die men kan gebruiken om determinanten en het gebruik van de EPDS-vragenlijst in de JGZ te meten is er een vragenlijst ontwikkeld voor elk van de drie groepen professionals. De vragen zijn opgesteld door een student gezondheidswetenschappen en twee medewerkers van de JGZ. Na de ontwikkeling van de vragenlijsten zijn deze getest door een aantal proefpersonen. De vragenlijst van de jeugdarts is getest door een medewerker van de JGZ, een jeugdarts en door een aantal medestudenten (gezondheidswetenschappen). De andere twee vragenlijsten zijn

getest door medewerkers van de JGZ en door een aantal studenten ‘gezondheidswetenschappen’ aan de Universiteit van Twente. Vervolgens zijn de vragenlijsten weer aangepast tot definitieve versies.

De vragenlijst is aangepast aan het type zorgverlener en alleen de determinanten en de vragen over het huidige gebruik die van toepassing kunnen zijn op deze zorgverlener zijn onderzocht.

Het invullen van de vragenlijsten duurde ongeveer 5-10 minuten voor consultatiebureauassistenten en 10-15 minuten voor jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen.

De vragenlijst is semi-gestructureerd. Dit betekent dat er zowel open als gesloten vragen zijn gesteld. Een voorbeeld van een open vraag is:

“Heeft u zelf nog andere opmerkingen of suggesties over het werken met de EPDS?”

Een voorbeeld van een gesloten vraag is:

“Hoeveel van de moeders verwijst u direct door naar de GGZ bij een afwijkende score (13 of hoger) tijdens een consult (zonder huisbezoek)?”

- ☐ (bijna) Geen enkele moeder
- ☐ Een minderheid
- ☐ Een meerderheid
- ☐ (bijna) Alle moeders

Ook is er gebruik gemaakt van een aantal stellingen. Een voorbeeld van een stelling is:

“Het werken met de EPDS-vragenlijst past in mijn werkzaamheden op het consultatiebureau.”

Om de attitudes en het huidige gebruik van de zorgverleners te meten werd gebruik gemaakt van de 4-punts Likert-schaal. Deze schaal dwingt de zorgverleners om zich in een impliciet positieve of negatieve uitspraak uit te drukken (Booij, Lewis & Saunders, 2011).

Op de gesloten en open vragen moest de respondent ‘verplicht’ een antwoord mogelijkheid kiezen om de volgende vraag te kunnen beantwoorden. Dit is gedaan om de respons per vraag zo optimaal mogelijk te krijgen. Bij de stellingen was een antwoord geven niet ‘verplicht’. Dit komt omdat dit niet mogelijk was om deze antwoordcategorieën ‘verplicht’ te maken in thesistools. Een antwoord geven op

de vraag “Heeft u zelf nog andere opmerkingen of suggesties over het werken met de EPDS?” was ook niet ‘verplicht’.

De vragenlijst bestond uit vragen over drie onderdelen namelijk: achtergrondkenmerken van de respondenten, huidige gebruik van de EPDS-vragenlijst en determinanten van het gebruik van de EPDS-vragenlijst. Deze onderdelen zullen één voor één nader worden toegelicht:

4.3.1. Achtergrondkenmerken

Er zijn verschillende achtergrondkenmerken gemeten. Als eerste is de leeftijd van de respondenten gevraagd. Vervolgens is er gevraagd uit welke regio de respondenten kwamen en of zij voor of na 2008 werkzaam waren bij de JGZ in Twente. Aan de jeugdverpleegkundige is nog gevraagd hoeveel uren zij werkzaam waren in de JGZ in Twente. Deze vraag is gesteld omdat dit invloed kan hebben op het antwoord op de vraag ‘Hoe vaak heeft de jeugdarts een verhoogde of afwijkende score (9 of hoger) met u besproken in de afgelopen 3 maanden?’ Ook is het van invloed op de vraag hoeveel huisbezoeken de jeugdverpleegkundige heeft gebracht i.v.m. een verhoogde of afwijkende score.

4.3.2 Huidig gebruik

Het gebruik werd gemeten aan de hand van 27 vragen voor de jeugdarts, 7 voor de jeugdverpleegkundige en 5 voor de consultatiebureauassistenten. Deze vragen zijn opgesteld aan de hand van de handleiding die beschrijft hoe het gebruik van de EPDS-vragenlijst vormgegeven dient te worden. In de handleiding staat bijvoorbeeld: ‘De verpleegkundige JGZ informeert ouders tijdens het postnatale huisbezoek dat de JGZ werkt met de EPDS, wanneer en waarom we dit doen’. Om te meten of de jeugdverpleegkundigen dit daadwerkelijk doen is de vraag gesteld ‘Hoe vaak geeft u bij het postnatale huisbezoek uitleg over de EPDS?’

Ook hebben twee medewerkers van de JGZ meegewerkt aan het formuleren van de vragen over het gebruik m.b.t. de terugrapportage en het doorverwijsbeleid. Ook zijn vragen gesteld over de continuering en monitoring van de EPDS-vragenlijst deze zijn overgenomen van een soortgelijk onderzoek naar implementaties van Fleuren et al. (2004).

4.3.2.1. Jeugdartsen

Om het gebruik van de EPDS-vragenlijst door de jeugdartsen te meten zijn vragen gesteld over het bespreken van de vragenlijst met een moeder tijdens een consult en met de jeugdverpleegkundige na afloop van een consult. Deze vragen zijn gesteld voor verschillende scores op de EPDS-vragenlijst: een normale score (score van minder dan 9), een verhoogde score (een score van 9-12) en een afwijkende score (een score van 13 of hoger). Deze vragen zijn gesteld voor het consult van één, drie en zes maand(en). In totaal zijn er dus achttien vragen gesteld.

Ook zijn vragen gesteld over de monitoring van het gebruik van de EPDS-vragenlijst. Hierbij is gevraagd of de EPDS-vragenlijst is besproken bij een ICT in de afgelopen drie maanden.

Verder is er gevraagd naar de gebruikelijke wijze van het doorverwijzen en naar het aantal moeders dat aan de hand van een verhoogde of afwijkende score wordt doorverwezen naar de huisarts of GGZ.

Als laatste is gevraagd hoe vaak er terugrapportage is ontvangen van de instanties waar de jeugdarts een moeder naar had doorverwezen.

4.3.2.2. Jeugdverpleegkundige

Om het gebruik van de EPDS-vragenlijst door de jeugdverpleegkundigen te meten is gevraagd naar het aantal huisbezoeken in de voorafgaande periode van drie maanden. Ook is gevraagd hoe vaak de jeugdverpleegkundige uitleg geeft over de EPDS-vragenlijst tijdens het postnatale huisbezoek. Verder is gevraagd hoe vaak een jeugdarts een verhoogde of afwijkende score heeft besproken met de jeugdverpleegkundige in de afgelopen drie maanden. Net zoals bij de jeugdartsen is er ook aan de jeugdverpleegkundigen gevraagd of de EPDS-vragenlijst besproken is tijdens een ICT.

Verder is aan de jeugdverpleegkundigen gevraagd of er duidelijke afspraken zijn gemaakt over het werken met de EPDS-vragenlijst en hoeverre deze afspraken nageleefd worden.

Als laatste is er gevraagd naar de werkwijze van de jeugdverpleegkundige bij het doorverwijzen.

4.3.2.3. Consultatiebureauassistent

Om het gebruik van de EPDS-vragenlijst door de consultatiebureauassistenten te meten is gevraagd hoe vaak zij de EPDS-vragenlijsten uitdelen aan moeders in de wachtkamer tijdens de consulten van één, drie en zes maanden. Als laatste is een vraag gesteld over het bespreken van de EPDS-vragenlijst tijdens een werkoverleg in de afgelopen drie maanden.

4.4 Determinanten van het gebruik van de EPDS

Het model van Fleuren et al.(2002) is gebruikt bij het maken van de vragenlijst. Voor dit model is gekozen omdat het vaak in de JGZ wordt gebruikt.

Uit de 50 determinanten die Fleuren et al.(2002) geïdentificeerd hebben, is een selectie gemaakt door een student gezondheidswetenschappen twee medewerkers van de JGZ. De determinanten die staan beschreven in onderstaande tabel zijn gemeten. Overige determinanten worden buiten beschouwing gelaten omdat deze niet van toepassing zijn op dit onderzoek of omdat deze onbelangrijk zijn in relatie tot de lengte van de vragenlijst.

4.4.1 Kenmerken van de vernieuwing

Om de mening van de zorgverleners over de kenmerken van de EPDS-vragenlijst te meten zijn vier determinanten geselecteerd. De kenmerken van de vernieuwing zijn alleen gevraagd aan jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen omdat deze het meest op hen van toepassing waren. Om de kenmerken van de vernieuwing te identificeren zijn stellingen geformuleerd en is er één vraag gesteld.

Als eerste is er gevraagd of de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen bekend zijn met de handleiding van de EPDS en vervolgens is er met een stelling gevraagd in hoeverre zij deze handleiding duidelijk vinden. Deze stelling is gesteld om de 'mate waarin de vernieuwing in heldere stappen wordt beschreven' te bepalen. Ook is er een vraag gesteld over de congruentie van de EPDS-vragenlijst d.m.v. een stelling. Met congruentie wordt bedoeld in hoeverre een innovatie passend is bij de bestaande werkzaamheden. Vervolgens is er aan de hand van een stelling gevraagd of de jeugdarts en jeugdverpleegkundige de EPDS-vragenlijst gebruiksvriendelijk vonden. Om de zichtbaarheid van de uitkomsten te bepalen zijn de stellingen 'De EPDS-vragenlijst draagt bij aan het opsporen van vrouwen met een postpartum depressie' en 'Een moeder die de EPDS-vragenlijst invult kan hier profijt van hebben' gesteld. De stellingen zijn aan de hand Likert-schaal gesteld met antwoordcategorieën die varieerden van '1= helemaal me oneens' tot '4=helemaal mee eens'

4.4.2. Organisatorische kenmerken

De mening van de JGZ-medewerkers over de organisatorische kenmerken m.b.t. de EPDS-vragenlijst is d.m.v. stellingen gevraagd. Er is gevraagd in hoeverre de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen behoefte hadden aan extra tijd, een deskundige om vragen aan te stellen en (aanvullende) informatie.

Aan de consultatiebureauassistenten is alleen gevraagd in hoeverre zij behoefte hadden aan (aanvullende) informatie. De vragen zijn gesteld aan de hand van een 4-punts Likert schaal. n varieerden van antwoordcategorieën '1= zeer weinig' tot '4=zeer veel'.

4.4.3. Kenmerken sociaal-politieke omgeving

De mening van de JGZ-medewerkers over de sociaal-politieke determinanten is gevraagd aan de hand van drie vragen voor de jeugdarts en twee aan de consultatiebureauassistenten. Er is aan jeugdartsen gevraagd hoeveel moeders bereid waren om de EPDS-vragenlijst in te vullen, ook is er gevraagd hoeveel moeders het nut inzagen van het invullen van de vragenlijst en hoeveel moeders het belastend vonden om de vragenlijst in de wachtkamer in te vullen. Aan de consultatiebureauassistenten is gevraagd hoeveel moeders het belastend vonden om de EPDS-vragenlijst in de wachtkamer in te vullen en hoeveel moeders daadwerkelijk bereid waren om de vragenlijst in te vullen. Deze vragen zijn gesteld aan de hand van gesloten vragen waarin de respondenten konden kiezen uit vier antwoord mogelijkheden: '(bijna) geen enkele moeder', 'een minderheid', 'een meerderheid' en '(bijna) alle moeders'.

4.4.4. Kenmerken gebruiker

Er is een aantal stellingen geformuleerd om de kenmerken van de gebruiker, de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen, te identificeren. De mate waarin de zorgverlener vindt dat hij/zij de vaardigheden beschikt die nodig zijn om met de EPDS-vragenlijst te werken en de mate waarin de zorgverlener vindt dat de EPDS-vragenlijst past bij de taakopvatting van die zorgverlener is aan de hand van deze stellingen gevraagd. Weer kon de respondent op een 4-punts Likert-schaal aangeven of hij of zij het met de stelling eens was.

Om de subjectieve norm, t.o.v. werken met de EPDS-vragenlijst te meten, is er gevraagd in hoeverre collega-artsen, collega-jeugdverpleegkundigen, direct leidinggevenden, de beroepsvereniging en ouders dachten dat zij met de EPDS-vragenlijst werkten. Ook is er gevraagd hoeveel zij zich aantrekken van de mening van de verschillende groepen personen. Ook hier konden de respondenten aangeven of zij het met de stellingen eens waren via een 4-punts Likert- schaal met antwoordcategorieën die varieerden van '1= zeker wel' tot '4= zeker niet' en '1= zeer weinig' tot '4=zeer veel'

Tabel 1: Determinanten per categorie en per JGZ-medewerker



	Jeugdarts	Jeugdverpleegkundige	Consultatiebureau-assistente
Kenmerken van de vernieuwing	- Mate waarin de vernieuwing in heldere stappen is beschreven. - Congruentie - Zichtbaarheid van de uitkomsten - Gebruiksvriendelijkheid EPDS	- Mate waarin de vernieuwing in heldere stappen is beschreven. - Congruentie - Zichtbaarheid van de uitkomsten - Gebruiksvriendelijkheid EPDS	x
Organisatorische kenmerken	- Hoeveelheid tijd die beschikbaar is om met de vernieuwing te werken - Mate waarin een deskundige aanwezig is voor het stellen van vragen - Mate waarin informatiebehoefte van de gebruiker over de vernieuwing is vervuld	- Hoeveelheid tijd die beschikbaar is om met de vernieuwing te werken - Mate waarin een deskundige aanwezig is voor het stellen van vragen - Mate waarin informatiebehoefte van de gebruiker over de vernieuwing is vervuld	- Mate waarin informatiebehoefte van de gebruiker over de vernieuwing is vervuld
Kenmerken sociaal-politieke omgeving	- Bereidheid van moeder s om de vragenlijst in te vullen	x	- Bereidheid van moeder s om de vragenlijst

(vervolg tabel 1)	Jeugdarts	Jeugdverpleegkundige	Consultatiebureau-assistente
	- Mate waarin de moeder op de hoogte is van de gezondheidsvoordelen van de EPDS - Extra mentale belasting voor moeder		in te vullen - Extra mentale belasting voor moeder
Kenmerken gebruiker	- Mate waarin de zorgverlener de vaardigheden heeft die nodig zijn om de vernieuwing uit te voeren - Mate waarin de vernieuwing past bij de taakopvatting die de zorgverlener heeft - Subjectieve norm	- Mate waarin de zorgverlener de vaardigheden heeft die nodig zijn om de vernieuwing uit te voeren - Mate waarin de vernieuwing past bij de taakopvatting die de zorgverlener heeft - Subjectieve norm	x

4.5 Dataverzameling

In week 28 zijn de geretourneerde vragenlijsten verwerkt. De vragenlijsten die na week 27 zijn geretourneerd zijn buiten beschouwing gelaten.

De antwoorden van de vragenlijsten zijn gecodeerd zodat deze verwerkt konden worden met behulp van het programma Statistical Package for the Social Science (SPSS). Omdat het onderzoek klein van omvang was zijn de antwoordcategorieën van de vragen over de determinanten samengevoegd. De vragen over de determinanten van de sociaal-politieke omgeving zijn niet samengevoegd omdat het relevant was deze te onderscheiden (het is bijvoorbeeld belangrijk om te weten of 'een minderheid' van de moeders het belastend vindt om de EPDS-vragenlijst in te vullen of 'een meerderheid'). De antwoordcategorieën over het huidige gebruik zijn niet samengevoegd omdat het relevant was om deze

te onderscheiden (bijvoorbeeld is het belangrijk om te weten of de jeugdverpleegkundigen 'soms' uitleg geven over de EPDS-vragenlijst of 'vaak')

(met uitzondering van de vraag over het bespreken van de vragenlijst met een moeder tijdens/ met een jeugdverpleegkundige na afloop van een consult, dit is gedaan om de resultaten overzichtelijk te maken).

De antwoordcategorie '(bijna) nooit' en 'soms' zijn samengevoegd. De antwoordcategorie '(bijna) altijd' en 'vaak' zijn ook samengevoegd. De antwoordcategorieën die zijn gekozen bij de stellingen zijn ook samengevoegd: '(helemaal) mee eens' / 'mee eens' en 'helemaal mee oneens' / 'mee oneens'. De antwoordcategorieën van de vragen over de sociale norm zijn ook samengevoegd: 'zeer veel' met 'veel', 'zeer weinig' met 'weinig', 'zeker wel' met 'waarschijnlijk' en 'zeker niet' met 'waarschijnlijk niet'.

De resultaten zijn verwerkt in tabellen. Er zijn tabellen gemaakt voor de achtergrondkenmerken van de onderzoeksgroep, de verschillende determinanten en het gebruik.

Om te meten of er een significant verschil is tussen het bespreken van de EPDS-vragenlijst met een moeder en een jeugdverpleegkundige bij verschillende score's van de EPDS-vragenlijst is een chi-kwadraat toets uitgevoerd.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek worden besproken. Eerst worden de achtergrondkenmerken van de onderzoeksgroep weergegeven. Vervolgens worden de resultaten van het huidige gebruik van de JGZ-medewerkers en van de determinantenanalyse weergegeven.

5.1 Achtergrondkenmerken

De algemene gegevens van de onderzoeksgroep zijn weergegeven in tabel 2.

De respons van de artsen was 53% (N= 20/38). De respons van de jeugdverpleegkundigen was 32% (N=12/38) en de respons van de consultatiebureauassistenten was 33% (N= 3/10).

Tabel 2 : Algemene gegevens van de onderzoekspopulatie

	Jeugdarsten (N = 20)	Jeugdverpleegkundigen (N=12)	consultatiebureauassistenten (N=3)
Leeftijd			
25-35	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)
36-45	3 (15%)	1 (8%)	0 (0%)
46-55	8 (40%)	8 (67%)	2 (67%)
Ouder dan 55	9 (45%)	2 (17%)	1 (33%)
Regio			
Almelo	9 (45%)	3 25%)	2 (67%)
Hengelo	6 (30%)	4 (33%)	1 (33%)
Enschede	5 (25%)	4 (42%)	0 (0%)
Werkzaam voor 2008			
Ja	17 (85%)	12 (100%)	3 (100%)
Nee	3 (15%)	0 (0%)	0 (0%)

Aan de jeugdverpleegkundigen is ook nog gevraagd hoeveel uren zij werkzaam waren in de JGZ in Twente. De helft van de jeugdverpleegkundigen (6/12) werkt minder dan 20 uur. De andere helft werkt meer dan 20 uur.

5.2 Huidig gebruik

In deze paragraaf wordt het huidige gebruik van de EPDS- vragenlijst besproken per type JGZ- medewerker.

5.2.1. Jeugdartsen

Hieronder wordt het huidige gebruik van de EPDS- vragenlijst door jeugdartsen beschreven.

5.2.1.1. Bespreken resultaat EPDS, jeugdarts met de moeder en jeugdarts met de jeugdverpleegkundige.

In tabel 3 en 4 is weergegeven hoe vaak de EPDS-vragenlijst door de jeugdarts wordt besproken met achtereenvolgens de moeder en met de jeugdverpleegkundige.

Tabel 3. Aantal en percentage van de jeugdartsen dat de resultaten van de ingevulde vragenlijst met de moeder bespreekt, weergegeven voor de verschillende scores en voor de verschillende leeftijden..

	Normale score	Verhoogde score	Afwijkende score
1 maand (N=18)			
(bijna) Nooit/ soms	6 (33%)	1 (6%)	1 (6%)
Vaak/ (bijna) altijd	12 (67%)	17 (94%)	17 (94%)
3 maand (N=16)			
(bijna) Nooit/ soms	7 (44%)	1 (6%)	1 (6%)
Vaak/ (bijna) altijd	9 (66%)	15 (94%)	15 (94%)
6 maand (N=10)			
(bijna) Nooit/ soms	7 (70%)	1 (10%)	1 (10%)
Vaak/ (bijna) altijd	3 (30%)	9 (90%)	9 (90%)

Er is een chi-kwadraat toets uitgevoerd om te kijken of er een verband bestaat tussen de mate waarin de jeugdarts de EPDS-vragenlijst bespreekt, en de hoogte van de EPDS- score (normaal, verhoogd of afwijkend), na het consult van één, drie en zes maand(en) met de moeder.

Er is geen verband zichtbaar tussen de hoogte van de EPDS- score en de mate van het bespreken van de EPDS- vragenlijst met een moeder, tijdens het consult van één maand (normaal vs. verhoogd: $\chi^2= 2.2$; $P=.146$ en normaal vs. afwijkend: $\chi^2= 2.2$; $P=.146$).

Er bestaat ook geen verband tussen de mate waarin de jeugdarts de EPDS- vragenlijst bespreekt tijdens het consult van drie maand, en de hoogte van de EPDS score (normaal vs. verhoogd: $\chi^2= 2.6$; $P=.110$ en normaal vs. afwijkend: $\chi^2= 2.6$; $P=.110$), met een moeder.

Ook is er geen verband tussen de hoogte van de EPDS-score en de mate van het bespreken van de EPDS- vragenlijst met een moeder bij het consult van zes maand (normaal vs. verhoogd: $\chi^2= .917$; $P= .338$ en normaal vs. afwijkend: $\chi^2=.917$; $P=.338$).

Tabel 4. Aantal en percentage van de jeugdartsen dat de resultaten van de ingevulde vragenlijst met de moeder bespreekt, weergegeven voor de verschillende scores en voor de verschillende leeftijden.

	Normale score	Verhoogde score	Afwijkende score
1 maand (N=18)			
(bijna) Nooit/ soms	6 (33%)	1 (6%)	1 (6%)
Vaak/ (bijna) altijd	12 (67%)	17 (94%)	17 (94%)
3 maand (N=16)			
(bijna) Nooit/ soms	16 (100%)	1 (6%)	1 (6%)
Vaak/ (bijna) altijd	0 (0%)	15 (94%)	15 (94%)
6 maand (N=10)			
(bijna) Nooit/ soms	9 (90%)	2 (20%)	1 (10%)
Vaak/ (bijna) altijd	1 (10%)	8 (80%)	9 (90%)

Er is een chi-kwadraat toets uitgevoerd om te kijken of er een verband bestaat tussen de mate waarin een jeugdarts een EPDS-vragenlijst bespreekt met een jeugdverpleegkundige, en de EPDS-score na afloop van het consult van één, drie en zes maand(en).

Er is geen verband zichtbaar tussen de mate van het bespreken van de EPDS- vragenlijst door een jeugdarts met een jeugdverpleegkundige, en de hoogte van de EPDS score na het consult van één maand (normaal vs. verhoogd: $\chi^2=.41$; $P=.707$ verhoogd vs. afwijkend: $\chi^2=.41$; $P=.707$).

Wel bestaat er een significant verband tussen het de mate van het bespreken van de EPDS-vragenlijst door een jeugdarts met een jeugdverpleegkundige, en de EPDS score, na het consult van drie maand (normaal vs. verhoogd: $\chi^2= 19$; $p=.000$ en normaal vs. verhoogd: $\chi^2= 19$; $p=.000$).

Er bestaat geen verband tussen de mate waarin de jeugdarts de EPDS- vragenlijst bespreekt na het consult van zes maand, en de hoogte van de EPDS score (normaal vs. verhoogd: $\chi^2= 2.93$; $P=.087$ en normaal vs. afwijkend: $\chi^2= .244$; $P=.621$).

5.2.1.2. Huisbezoek bij verhoogde of afwijkende score

Bij de vraag 'Hoe vaak wordt er bij een verhoogde of afwijkende score (9 of hoger) een huisbezoek gebracht door een jeugdverpleegkundige', gaf 47% van de jeugdartsen aan dat er 'vaak' een huisbezoek werd gebracht, 33% van de deelnemers koos het antwoord 'soms'

5.2.1.3. Verwijzing naar de huisarts

Op de vraag "Hoeveel van de moeders verwijst u direct door naar de huisarts naar aanleiding van een verhoogde score (9-12)?" antwoordde 33% van de respondenten (5/15) dat '(bijna) geen enkele moeder' direct werd doorverwezen naar de GGZ bij een verhoogde score. Verder koos 53% voor de antwoordcategorie 'een minderheid' en 13% van de respondenten stuurt 'een meerderheid' van de moeders door naar een huisarts bij een verhoogde score.

Bij een afwijkende score verwijst 7% (1/20) van de jeugdartsen de moeder niet door naar de huisarts. 20% van de jeugdartsen verwijst een 'minderheid' van de moeders bij een afwijkende score door naar de huisarts. Iets meer dan de helft (53%) van de jeugdartsen verwijst 'een meerderheid' van de moeders door bij een afwijkende score en 20% van de jeugdartsen verwijst '(bijna) alle moeders door' naar de huisarts bij een afwijkende score.

5.2.1.4. Verwijzing naar GGZ

Op de vraag "Hoeveel van de moeders verwijst u direct door naar de GGZ naar aanleiding van een verhoogde score (9-12)?" antwoordde 67% van de respondenten dat '(bijna) geen enkele moeder' direct werd doorverwezen naar de GGZ bij een verhoogde score. 27% koos de antwoordcategorie 'een minderheid'.

Bij de vraag over het doorverwijzen van een moeder bij een afwijkende score koos 40% van de jeugdartsen voor het antwoord '(bijna) geen enkele moeder'. Nog eens 40% koos voor het antwoord 'een minderheid'. De overigen kozen 'een meerderheid'. 15 jeugdartsen hebben geantwoord op deze vraag.

5.2.1.5. Werkwijze bij doorverwijzing

Bij de vraag “Wat is uw gebruikelijke werkwijze bij het doorverwijzen?” konden de jeugdartsen meerdere antwoorden kiezen. Er waren 13 jeugdartsen die samen 29 antwoorden hebben gekozen op deze vraag. Er werd door 62% gekozen voor een ‘schriftelijke verwijsbrief’ als gebruikelijke werkwijze. Ook antwoordde 62% van de deelnemers dat ‘telefonisch contact’ met de huisarts ook gebruikelijk was. Een meerderheid koos voor het antwoord ‘mondeling advies aan moeder’ namelijk 77%. 23% koos voor ‘anders namelijk’: niet van toepassing, vaak via verpleegkundigen, soms telefonisch en huisbezoek verpleegkundige.

5.2.1.6. Terugrapportage

Ook is er gevraagd naar de terugrapportage. 33% (5/15) van de jeugdartsen gaf aan dat men ‘soms’ bericht terug heeft ontvangen van de huisarts naar wie men een moeder had doorverwezen. 27 % van de jeugdartsen gaven aan dat ze ‘vaak’ bericht terug ontvangen van de huisarts, terwijl ook 27% van de jeugdartsen antwoordde dat ze ‘bijna nooit’ een reactie terugkregen van de jeugdarts. Maar 13% zei dat ze ‘altijd’ bericht terug ontvangen.

53% (8/15) van de jeugdartsen antwoordde dat ze ‘(bijna) nooit’ bericht hadden terug ontvangen van andere instanties naar waar zij hadden doorverwezen. Verder gaven 33% van de jeugdartsen aan dat ze ‘soms’ bericht terug ontvangen van andere instanties en de overige 14% ontvangen in ‘bijna alle gevallen’ bericht terug van de overige instanties naar waar zij hadden doorverwezen.

5.2.1.7. Monitoring

Om te meten of er activiteiten plaatsvinden ter monitoring van het gebruik van de EPDS-vragenlijst is gevraagd of de EPDS-vragenlijst als onderwerp is gebruikt bij een Intercollegiale Toetsing (ICT).

16% van de jeugdartsen koos het antwoord ‘ja’ en 21% koos voor het antwoord ‘weet ik niet’. De rest antwoordde dat de EPDS-vragenlijst niet als onderwerp is gebruikt bij een Intercollegiale Toetsing (ICT).

5.2.2 Jeugdverpleegkundigen

In deze paragraaf wordt het huidige gebruik van de EPDS- vragenlijst door de jeugdverpleegkundigen weergegeven.

5.2.2.1. Uitleg over EPDS- vragenlijst bij het postnatale huisbezoek.

Op de vraag “Hoe vaak geeft u bij het postnatale huisbezoek uitleg over de EPDS” antwoordde 30% van de jeugdverpleegkundigen (3/10) het antwoord ‘vaak’. 50% koos het antwoord ‘(bijna) altijd’.

5.2.2.2. Aantal huisbezoeken

Op de vraag 'Hoeveel huisbezoeken heeft u het afgelopen jaar in verband met een verhoogde of afwijkende score gebracht' antwoordden de jeugdverpleegkundigen erg divers. In totaal werden er 35 huisbezoeken gebracht door 10 jeugdverpleegkundigen. Het aantal huisbezoeken per jeugdverpleegkundige varieerde van 0 tot 12.

5.2.2.3. Bespreken verhoogde of afwijkende score met een jeugdarts

Bij de vraag "Hoe vaak heeft de jeugdarts een verhoogde of afwijkende score (9 of hoger) met u besproken in de afgelopen 3 maanden?" gaf 50% aan (5/10) dat dit 5 keer of minder gebeurde. De antwoorden 'nooit' en '6-10 keer' werden beide twee keer gekozen.

5.2.2.4. Doorverwijzen

Er zijn twee vragen gesteld m.b.t. het doorverwijzen. De antwoorden op deze vragen staan in de tabellen 5 en 6 beschreven.

Tabel 5. Doorverwijsbeleid van de jeugdverpleegkundige (n=10) n.a.v. een huisbezoek

*Als u een moeder n.a.v. het huisbezoek
wilt doorverwijzen, wat is dan
uw gebruikelijke werkwijze?
(meerdere antwoorden mogelijk)*

*aantal keer (%)**

1. Moeder mondeling adviseren	9 (90%)
2. Telefonisch contact opnemen met de huisarts	6 (60%)
3. Contact opnemen met de jeugdarts	7 (70%)
4. Een verwijsbrief schrijven voor de huisarts	2 (20%)
5. N.v.t.	0 (0%)
6. Anders, namelijk:	0 (0%)

** Er is in totaal 24 keer geantwoord.*

5.2.2.5. Continuering

Aan de jeugdverpleegkundigen is gevraagd of er in het team concrete afspraken zijn gemaakt m.b.t. het werken met de EPDS- vragenlijst. Daarop kozen elf van de twaalf respondenten het antwoord 'ja', één respondent koos voor, 'weet ik niet'. Van de elf jeugdverpleegkundigen die 'ja' hadden gekozen zeiden tien dat deze afspraken '(bijna) altijd' werden nageleefd. De andere jeugdverpleegkundige koos het antwoord 'vaak'.

5.2.2.6. Monitoring

Negen van de twaalf jeugdverpleegkundigen antwoordden dat de EPDS- vragenlijst niet als onderwerp is gebruikt bij een ICT. Twee kozen 'ja' en er werd een keer 'weet ik niet' gekozen.

5.2.3. Consultatiebureauassistenten

Om het huidige gebruik van de EPDS- vragenlijst door de consultatiebureauassistenten te meten is gevraagd hoe vaak de consultatiebureauassistenten de EPDS- vragenlijsten uitdeelden na één, drie en zes maanden. Alle drie de assistenten kozen het antwoord '(bijna) altijd' bij één en drie maanden. Twee assistenten kozen het antwoord '(bijna) altijd' bij het consult van zes maanden en één consultatiebureauassistente koos voor het antwoord 'vaak'. Aan de consultatiebureauassistenten is een verder een vraag gesteld over de continuering, namelijk: "Is het werken met de EPDS- vragenlijst als onderwerp gebruikt bij een werkoverleg?". Twee van de drie consultatiebureauassistenten antwoorden met, 'ja' en de andere antwoordde 'nee'.

5.3 Determinantenanalyse

In deze paragraaf worden de resultaten weergegeven per kenmerk.

5.3.1. Kenmerken innovatie

In deze paragraaf worden de kenmerken besproken van de innovatie.

5.3.1.1. Jeugdartsen

In tabel 6 staan de resultaten op de stellingen, naar de mening van de jeugdartsen over de determinanten van de innovatie beschreven.

Er komt uit de stellingen naar voren dat de jeugdartsen de handleiding van de EPDS- vragenlijst duidelijk vinden (94%), dat de EPDS- vragenlijst gebruiksvriendelijk is voor artsen (80%) en ook is 90% van de jeugdartsen is van mening dat een moeder die de EPDS- vragenlijst invult hier profijt van kan hebben.

Tabel 6. Mening van jeugdartsen over de determinanten van de innovatie

<i>Kunt u aangeven in welke mate u het eens bent met de volgende stellingen:</i>		
	<i>(helemaal) mee eens</i>	<i>(helemaal) mee oneens</i>
1. De handleiding van de EPDS-vragenlijst is duidelijk (n=17)	16 (94%)	1 (6%)
2. Het werken met de EPDS-vragenlijst past in mijn werkzaamheden op het consultatiebureau (n=20)	16 (80%)	4 (20%)
3. De EPDS-vragenlijst is gebruiksvriendelijk voor artsen (n=20)	18 (90%)	2 (10%)
4. De EPDS-vragenlijst draagt bij aan het opsporen van vrouwen met een postpartum depressie (n=20)	17 (85%)	3 (15%)
5. Een moeder die de EPDS- vragenlijst invult, kan hier profijt van hebben (n=20)	18 (90%)	2 (10%)

5.3.1.2 Jeugdverpleegkundigen

Bij de stelling “het werken met de EPDS- vragenlijst past in mijn jeugdgezondheidszorg werkzaamheden”, antwoordde 44% het hier ‘(helemaal) mee eens’ te zijn. Twee respondenten antwoordden het hier ‘helemaal mee oneens’ te zijn. Op de stelling “Een moeder die de EPDS- vragenlijst invult, kan hier profijt van hebben” antwoordden alle jeugdverpleegkundigen het hier ‘helemaal mee eens’ te zijn.

5.3.2 Kenmerken organisaties

In deze paragraaf worden de kenmerken van de organisatie besproken.

5.3.2.1. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

In tabel 7 volgt de mening van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen over organisatorische determinanten. Er is gevraagd of de respondenten behoeften hadden aan extra tijd, om aan iemand vragen te stellen en (aanvullende) informatie. Ook is gevraagd hoeveel tijd (in minuten) het werken met de EPDS- vragenlijst in beslag neemt.

Tabel 7 : Determinanten van organisatie

<i>Kunt u aangeven in welke mate u behoefte heeft aan de volgende aspecten</i>	<i>Jeugdartsen (zeer) veel (N=19)</i>	<i>Jeugdverpleegkundigen (zeer) veel (N=12*)</i>
Extra tijd	11 (63%)	3 (27%)
Iemand om vragen aan te stellen	3 (15%)	2 (17%)
(aanvullende) Informatie	2 (11%)	4 (33%)

*M.u.v. ‘extra tijd’. Hierbij was de respons van de jeugdverpleegkundigen 11

Meer dan de helft van de jeugdartsen gaf aan extra tijd nodig te hebben voor het werken met de EPDS- vragenlijst. Bij de vraag hoeveel tijd het werken met de EPDS- vragenlijst hen kostte was het gemiddelde ongeveer 10 minuten. Antwoorden varieerden van 2 tot 15 minuten.

De jeugdartsen gaven aan weinig behoefte aan een deskundige te hebben om vragen aan te stellen. Aan ‘(aanvullende) informatie’ over het werken met de EPDS- vragenlijst had maar 11 % van de respondenten behoefte.

Bij de vragen over de organisatorische kenmerken gaf maar 27% van de verpleegkundigen aan ‘(zeer) veel’

behoefte te hebben aan extra tijd voor het werken met de EPDS. Twee van de twaalf jeugdverpleegkundigen gaven aan behoefte te hebben aan 'iemand om vragen aan te stellen' en vier van de twaalf jeugdverpleegkundigen hadden behoefte aan '(aanvullende) informatie' over het werken met de EPDS.

5.3.2.2. Consultatiebureauassistenten

Op de vraag "In hoeverre heeft u behoefte aan (extra) informatie over het werken met de EPDS-vragenlijst?" waren de meningen verdeeld. 66% van de consultatiebureauassistenten gaven aan hier '(zeer) weinig' behoefte aan te hebben en de overige 33% gaf aan hier wel 'veel' behoefte aan te hebben.

5.3.3. Kenmerken gebruikers

In deze paragraaf worden de kenmerken van de gebruiker (JGZ-medewerker) besproken.

5.3.3.1. Jeugdarts

Om kenmerken van de gebruiker te identificeren zijn vragen gesteld over de vaardigheden van de jeugdartsen m.b.t. het werken met de EPDS. Verder is er gevraagd of de jeugdartsen het werken met de EPDS-vragenlijst passend vonden bij hun taakopvatting.

Bij de stelling of het opsporen van PPD met de EPDS-vragenlijst past bij de taken van een jeugdarts, geeft 85% van de jeugdartsen aan het hier '(helemaal) mee eens' te zijn. De overige 15% van de respondenten zijn het hier '(helemaal) mee oneens'.

95% van de respondenten is het '(helemaal) eens', dat men over de vaardigheden beschikt om te werken met de EPDS. Maar 5% van de respondenten zegt het hiermee 'oneens' te zijn. Ook zijn er vragen gesteld over de sociale norm. De resultaten van deze vragen staan weergegeven in tabel 10 en 11. Opvallend is dat 10% van de jeugdartsen meldt dat de direct leidinggevende '(zeker) niet verwacht dat hij of zij met de EPDS-vragenlijst werkt. Ook geeft 55% van de respondenten aan dat de ouders niet verwachten dat er met de EPDS-vragenlijst wordt gewerkt.

De resultaten in tabel 8 geven weer dat bijna alle jeugdartsen de mening van andere jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en direct leidinggevenden belangrijk vinden. Het merendeel vindt de mening van de beroepsvereniging en ouders belangrijk.

Tabel 8. Mate waarin de jeugdartsen denken dat anderen verwachten dat men werkt met de EPDS-vragenlijst.

<i>In hoeverre verwachten de volgende personen dat men met de EPDS-vragenlijst werkt?</i>	<i>zeker wel/waarschijnlijk</i>	<i>weet ik niet</i>
Collega-artsen (N=20)	20 (100%)	0 (0%)
Collega-verpleegkundigen (N=19)	18 (95%)	1 (5%)
Direct leidinggevend (N=20)	18 (90%)	0 (0%)
Ouders (N=20)	10 (50%)	5 (25%)
Beroepsvereniging (N=20)	11 (55%)	8 (40%)

Tabel 9. Mate waarin de jeugdartsen zich iets aantrekken van de mening van anderen

<i>Hoeveel trekt men zich aan van de mening van deze personen?</i>	<i>zeker wel/waarschijnlijk</i>
Collega-artsen (N=20)	19 (95%)
Collega-verpleegkundigen (N=19)	18 (95%)
Direct leidinggevend (N=20)	19 (95%)
Ouders (N=20)	16 (80%)
Beroepsvereniging (N=18)	15 (83%)

5.3.3.2. Jeugdverpleegkundige

Over de stelling “Ik beschik over de vaardigheden om te werken met de EPDS- vragenlijst” waren de meningen verdeeld. Zo koos 50% van de jeugdverpleegkundigen (6/12) het antwoord ‘(helemaal) mee oneens’ en de overige 50% van de jeugdverpleegkundigen (6/12) kozen het antwoord ‘(helemaal) mee eens’.

Bij de stelling “Het zo nodig actie ondernemen, naar aanleiding van de EPDS- vragenlijst, past bij de taken van een jeugdverpleegkundige” was 100 % het hier ‘(helemaal) mee eens’.

Er zijn ook vragen gesteld m.b.t. de sociale norm. Hieronder staan de resultaten weergegeven.

Opvallend is dat minder dan de helft van de jeugdverpleegkundigen aangaven, dat de ouders verwachten dat men met de EPDS-vragenlijst werkt. De jeugdverpleegkundigen trekken zich wel veel aan van de mening van de verschillende personen. 70 % trekt zich wat aan van de 'beroepsvereniging'.

Tabel 10. Mate waarin de jeugdverpleegkundigen denken dat anderen verwachten dat men werkt met de EPDS-vragenlijst.

<i>In hoeverre verwachten de volgende personen dat men met de EPDS-vragenlijst werkt? (N=12)</i>	zeker wel/waarschijnlijk	weet ik niet
Collega-artsen	9 (75%)	1 (8%)
Collega-verpleegkundigen	8 (67%)	2 (17%)
Directleidinggevenden	9 (75%)	1 (8%)
Ouders	5 (42%)	2 (17%)
Beroepsvereniging	4 (33%)	6 (50%)

Tabel 11. Mate waarin de jeugdverpleegkundigen zich iets aantrekken van de mening van anderen

<i>Hoeveel trekt men zich aan van de mening van deze personen? (n=10)</i>	zeker wel/waarschijnlijk
Collega-artsen	10 (100%)
Collega-verpleegkundigen	9 (90%)
Direct leidinggevenden	10 (100%)
Ouders	10 (100%)
Beroepsvereniging	7 (70%)

5.3.4. Kenmerken sociaal-politieke omgeving

In deze paragraaf worden de kenmerken van de sociaal-politieke omgeving besproken per type JGZ-medewerker.

5.3.4.1. Jeugdartsen

Om de sociaal-politieke determinanten te onderzoeken zijn vragen gesteld over de mening van de jeugdartsen over de mate van belasting voor moeders om de vragenlijst in te vullen en over het belang dat moeders hechten aan de EPDS- vragenlijst. Ook werd er gevraagd naar de bereidheid van moeders om de EPDS- vragenlijst in te vullen.

Maar 6% van de jeugdartsen dacht dat het belastend voor ‘een meerderheid’ van de moeders was om de EPDS-vragenlijst in te vullen. 67 % dacht dat ‘een minderheid’ van de moeders dit belastend vond en 28 % dacht dat (bijna) geen enkele moeder dit belastend zou vinden.

72% van de jeugdverpleegkundigen dacht dat ‘een meerderheid’ van de moeders het belang van het invullen van de EPDS-vragenlijst inzag. 17 % zei dat dit ‘een minderheid’ van de moeders was. De antwoorden: ‘helemaal mee eens’ en ‘helemaal mee oneens’ werden beide één keer genoemd.

78 % meende dat ‘(bijna) alle moeders’ bereid waren om de EPDS-vragenlijst in te vullen. De rest antwoordde ‘een meerderheid’

5.3.4.1 Consultatiebureauassistenten

Er zijn twee vragen gesteld die betrekking hadden op de kenmerken van de sociaal-politieke omgeving. Op de eerste vraag “hoeveel moeders vullen de EPDS-vragenlijst meteen in de wachtkamer in?” antwoordden twee consultatiebureauassistenten het antwoord “(bijna) alle moeders” en werd het antwoord “een minderheid” ook een keer gekozen.

Bij de vraag “hoeveel moeders vinden het belastend om in de wachtkamer de EPDS-vragenlijst in te vullen?” werd het antwoord “een minderheid” twee keer genoemd. Ook werd het antwoord “(bijna) geen enkele moeder” een keer gekozen..

5.4 Problemen, suggesties en opmerkingen

In deze paragraaf worden de problemen en suggesties beschreven die de JGZ-medewerkers ervaren tijdens het werken met de EPDS-vragenlijst.

5.4.1. Problemen bij het werken met de EPDS vragenlijst

Er zijn een aantal open vragen gesteld om de problemen die de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen ondervonden te identificeren. In de onderstaande tabel staan deze problemen weergegeven en onderscheiden naar type determinant.

Elk antwoord is een keer gegeven met uitzondering van 'De antwoorden op de vragenlijst zijn niet betrouwbaar'. Dit probleem is drie keer genoemd. Er is een consultatiebureauassistent die als probleem ervaart dat de moeders het invullen van de EPDS- vragenlijst niet nodig vinden.

Tabel 12: problemen die jeugdartsen ervaren m.b.t. het werken met de EPDS-vragenlijst

Probleem	Type belemmerende factor
Moeders vinden het belastend om de EPDS in de wachtkamer in te vullen.	Sociaal-politieke omgeving
Te weinig tijd om te werken met de EPDS	Organisatie
De CB-assistent vergeet om de EPDS-vragenlijst uit te delen	Gebruiker
Werkt niet bij niet Nederlands sprekende moeders	Innovatie
Antwoorden op EPDS-vragenlijst niet betrouwbaar	Innovatie

Tabel 13: problemen die jeugdverpleegkundigen ervaren m.b.t. het werken met de EPDS-vragenlijst

probleem	Type belemmerende factor
Moeders vinden het vervelend om de EPDS in de boxenkamer (wachtkamer) in te vullen.	Sociaal-politieke omgeving
Te weinig tijd om te werken met de EPDS	Organisatie
Te weinig ingewerkt	Organisatie

5.4.2. Suggesties en opmerkingen

Op de vraag "Heeft u zelf nog andere opmerkingen of suggesties over het werken met de EPDS?" kwam nuttige informatie. De lijst met suggesties en opmerkingen staat in de bijlage 6.

De jeugdartsen gaven nog als opmerking dat de EPDS-vragenlijst niet wordt besproken bij een ICT maar is geïntroduceerd via een ICT. De rest van de opmerkingen en suggesties die artsen noemen waren problemen die de jeugdartsen ervaren tijdens het werken met de EPDS-vragenlijst. Deze staan in de tabel hierboven.

De jeugdverpleegkundigen gaven als opmerking dat enkele vragen (9, 10 en 11; zie bijlage5) niet echt van toepassing zijn voor een jeugdverpleegkundige, omdat de EPDS-vragenlijst tijdens de consulten wordt uitgedeeld en beoordeeld. Deze vragen gaan over de sociale norm en de determinanten van innovatie en gebruik. Ook vond een jeugdverpleegkundige dat ze weinig met de EPDS-vragenlijst te maken had als een arts niet naar haar verwees.

Als suggestie noemde een jeugdverpleegkundige dat het misschien handig was om een informatieblad bij het zuigelingenhuishuisbezoek te geven, zodat de ouders de informatie over het werken met de EPDS-vragenlijst nog na kunnen lezen.

De consultatiebureauassistenten gaven geen suggesties of opmerkingen.

6. Discussie

In dit hoofdstuk worden de antwoorden op de deelvragen besproken. Ook zullen de sterke en zwakke punten van het onderzoek worden benoemd en zal een interpretatie van de resultaten weergegeven. Als laatste zullen er aanbevelingen worden gegeven.

6.1 Beantwoorden van de deelvragen

In deze paragraaf zullen de antwoorden op de deelvragen over het huidige gebruik per medewerker worden beschreven.

6.1.1. Huidige manier van werken

De resultaten geven weer dat er een verband (maar geen significant verband) is in het bespreken van de EPDS-vragenlijst door jeugdartsen (met een moeder tijdens een consult en met een jeugdverpleegkundige na afloop van een consult), en de hoogte van de EPDS-score. Bij een verhoogde score bespreken bijna alle jeugdartsen het resultaat met de moeder en ook met de jeugdverpleegkundige na afloop van een consult. Er is geen duidelijk verschil te zien tussen de verschillende maanden (één, drie en zes maanden) met uitzondering van het bespreken van de EPDS-vragenlijst met een jeugdverpleegkundige bij het consult van drie maanden. Hier is wel een significant verband te zien tussen het toenemen van de EPDS-score en de mate van het bespreken van de EPDS-score.

Een moeder met een verhoogde score wordt bijna niet naar een huisarts doorverwezen. Bij een afwijkende score werd ongeveer driekwart van de moeders 'vaak' of '(bijna) altijd' doorverwezen naar een huisarts.

Weinig moeders worden doorverwezen naar de GGZ bij een verhoogde score.

Bijna alle artsen geven 'mondeling advies aan een moeder' over het willen doorverwijzen. Tweederde schrijft hiervoor een verwijsbrief naar de huisarts en ook neemt ongeveer tweederde van de jeugdartsen telefonisch contact op met de huisarts van de moeder. Ook blijkt dat jeugdartsen de jeugdverpleegkundigen laten verwijzen. Dit is echter niet de bedoeling.

Iets minder dan de helft van de jeugdartsen heeft in gevallen waarin zij verwezen terugrapportage ontvangen van de huisarts en andere instanties.

Uit de resultaten blijkt dat er weinig activiteiten wat betreft monitoring plaatsvinden. Meer dan de helft van alle jeugdartsen meldt dat het werken met de EPDS-vragenlijst niet tijdens een ICT ter sprake kwam.

Een derde van de jeugdverpleegkundigen geven vaak uitleg over de EPDS-vragenlijst. Ongeveer een vijfde zegt dit soms te doen. Dit betekent dus dat de vragenlijst niet door alle jeugdverpleegkundigen altijd besproken wordt terwijl dit wel de bedoeling is volgens de handleiding.

De vijf jeugdverpleegkundigen die gemiddeld minder dan 20 uur werken brengen gemiddeld één

huisbezoek per jaar per persoon vanwege een verhoogde of afwijkende score (spreiding 0 tot 3). De overige vijf jeugdverpleegkundigen brengen gemiddeld zes huisbezoeken per persoon per jaar (spreiding van 0 tot 12). Ook melden sommige jeugdverpleegkundigen (net als de jeugdartsen) dat zij een moeder doorverwijzen. Dit is niet de bedoeling. Wat betreft de activiteiten ter continuering zijn wel duidelijk afspraken gemaakt over het werken met de EPDS-vragenlijst en worden deze bijna altijd nageleefd.

De EPDS-vragenlijst wordt bijna altijd door de consultatiebureauassistenten uitgedeeld bij de consulten.

6.1.2. Determinanten analyse

De resultaten op de vraag “Wat is de mening van JGZ-medewerkers over de verschillende determinanten die van invloed kunnen zijn het gebruik van de EPDS?” zullen per categorie worden beantwoord.

6.1.2.1. Kenmerken innovatie

Over de kenmerken van innovatie waren de jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen erg positief. Meer dan de helft van de jeugdartsen vond dat de handleiding voor het werken met de EPDS-vragenlijst duidelijk was, dat het werken met de EPDS-vragenlijst passend was bij de werkzaamheden op het consultatiebureau, dat de EPDS-vragenlijst gebruiksvriendelijk was voor artsen en dat de EPDS-vragenlijst bijdraagt aan het opsporen van vrouwen met een postpartum depressie. Ook dachten de jeugdartsen dat een moeder profijt heeft van het invullen van de EPDS-vragenlijst.

De meerderheid van de jeugdverpleegkundigen dachten dat de moeder profijt had van het invullen van de vragenlijst en ook vonden zij dat het werken met de EPDS-vragenlijst passend was bij de werkzaamheden op het consultatiebureau.

6.1.2.2. Kenmerken organisatie

Het merendeel van de jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen gaf aan dat zij behoefte hadden aan extra tijd om te werken met de EPDS-vragenlijst. Een kwart van de jeugdverpleegkundigen heeft behoefte aan (aanvullende) informatie.

Een kwart van de jeugdverpleegkundigen had behoefte aan een deskundige om vragen aan te stellen.

Van de drie consultatiebureauassistenten zei één dat ze veel behoefte had aan aanvullende informatie over het werken met de EPDS-vragenlijst.

6.1.2.3 Kenmerken sociaal-politieke omgeving

Bijna alle artsen waren van mening dat het invullen van de EPDS-vragenlijst belastend is voor een minderheid van de moeders. Wel dachten veel jeugdartsen dat de moeders het belang inzagen van de EPDS-vragenlijst en dachten zij dat de moeders bereid waren om de EPDS-vragenlijst in te vullen.

De consultatiebureauassistenten gaven aan dat (bijna) alle moeders de vragenlijsten meteen in de wachtkamer invulden. Ook dachten zij dat slechts een minderheid van de moeders het belastend vindt om de EPDS-vragenlijst in de wachtkamer in te vullen.

6.1.2.4. Kenmerken gebruiker

Bijna alle jeugdartsen waren van mening dat zij over de vaardigheden beschikken om met de EPDS-vragenlijst te werken. Ook waren zij van mening dat het opsporen van vrouwen met PPD door het gebruiken van de EPDS-vragenlijst passend is bij de functie van een jeugdarts.

Het merendeel van de jeugdartsen gaf aan dat collega-artsen, collega-verpleegkundigen en direct leidinggevenden verwachten dat zij met de EPDS-vragenlijst werken. Echter ongeveer de helft van de jeugdartsen dacht dat de ouders van de pasgeborene en de beroepsvereniging dachten dat zij met de EPDS-vragenlijst werkten. Bijna alle jeugdartsen vinden de mening van collega-artsen, collega-verpleegkundigen en direct leidinggevenden belangrijk. Het merendeel trok zich wat aan van de mening van de ouders en de beroepsvereniging.

De helft van de jeugdverpleegkundigen vond dat zij niet over de vaardigheden beschikten om met de EPDS-vragenlijst te werken. Wel vonden zij dat het werken met de EPDS-vragenlijst past bij de taken van een jeugdverpleegkundige. Bij de vragen over de sociale norm was het merendeel van de jeugdartsen erover eens dat collega-artsen, collega-verpleegkundigen en direct leidinggevenden verwachten dat zij met de EPDS-vragenlijst werkten. Een minderheid dacht dat de ouders en beroepsverenigingen dit verwachten.

6.2 Sterke en zwakke punten

Dit onderzoek kent enkele sterke en zwakke punten. Één van de sterke punten is de redelijke respons van de artsen (52%). Hierdoor kan het onderzoek representatief voor artsen 0-4 jaar in Twente zijn.

Een ander sterk punt aan het onderzoek is dat bij de constructie van de vragenlijst meerdere mensen is betrokken zijn geweest. Ook hebben meerdere personen een eerste versie van de vragenlijst getest.

Een zwak punt aan dit onderzoek is de respons van de jeugdverpleegkundigen en vooral van de consultatiebureauassistenten. De respons van deze beide groepen is laag en daarom zijn de resultaten mogelijk niet representatief voor alle jeugdverpleegkundigen en consultatiebureauassistenten in Twente. De resultaten moeten daarom met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De lage respons komt waarschijnlijk doordat de vragenlijsten vlak voor en aan het begin van de vakantieperiode ingevuld moesten worden.

Op sommige vragen verschilt de hoogte van de respons van de artsen. Daarom zullen sommige resultaten voor wat betreft deze vragen mogelijk niet representatief zijn voor de jeugdartsen in Twente.

De constructie van de vragenlijst is voornamelijk gedaan door een student gezondheidswetenschappen die nog niet zoveel ervaring heeft met het maken van vragenlijsten hierdoor zouden vragen en/of antwoordcategorieën verkeerd geformuleerd of gekozen kunnen zijn

De determinantenanalyse, gebaseerd op het model van Fleuren et al.(2002), wordt bij voorkeur voorafgaand aan de invoering van een vernieuwing uitgevoerd, zodat de resultaten kunnen worden gebruikt om een op maat invoerstrategie te ontwikkelen. Echter is de analyse in dit onderzoek uitgevoerd toen de EPDS-vragenlijst al was ingevoerd. Hierdoor konden bepaalde determinanten niet meer worden gemeten. Wel konden daardoor determinanten geïdentificeerd worden die mogelijk van invloed zijn op het huidige gebruik van de EPDS-vragenlijst door JGZ-medewerkers in Twente.

Sociaal-wenselijke antwoorden kunnen niet uitgesloten worden. Van de JGZ-medewerkers in Twente wordt namelijk verwacht dat zij werken met de EPDS-vragenlijst.

6.3 Interpretatie resultaten

De EPDS-vragenlijst is al redelijk geïmplementeerd in de JGZ 0 tot 4 jaar in Twente. Het gebruik van de EPDS-vragenlijst door jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en consultatiebureauassistenten komt redelijk overeen met de handleiding. Er is maar één jeugdarts die de EPDS-vragenlijst helemaal niet gebruikt.

Uit het literatuuronderzoek kwam naar voren dat het van belang was dat de EPDS-vragenlijst alleen gebruikt wordt mits zorgverleners daar de mogelijkheden en tijd voor hebben (Mason & Poole, 2008). Toch zijn de meeste jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen van mening dat ze meer tijd nodig hebben om met de EPDS-vragenlijst te werken.

De helft van de jeugdartsen denkt dat de ouders verwachten dat de JGZ werkt met de EPDS-vragenlijst in Twente. Dit kan komen doordat de jeugdverpleegkundigen de ouders niet inlichten tijdens het zuigelingenhuisbezoek. De jeugdverpleegkundigen melden behoefte te hebben aan (aanvullende) informatie over het werken met de EPDS-vragenlijst. Het kan zijn dat er een verband is met het informatie geven aan ouders tijdens het zuigelingenhuisbezoek en de behoefte aan (aanvullende) informatie over het werken met de EPDS-vragenlijst.

Ook denkt de meerderheid van de artsen dat de beroepsvereniging niet verwacht dat zij met de EPDS-

vragenlijst werken. Dit komt omdat de EPDS-vragenlijst nog niet landelijk geïmplementeerd is.

Zoals in het theoretisch kader naar voren is gekomen is het initiatief om te gaan werken met de EPDS-vragenlijst vanuit de jeugdartsen zelf gekomen. Volgens Fleuren et al. (2002), heeft dit een positieve invloed op de mate van implementatie. Wel kunnen door deze benadering verschillende zaken over het hoofd zijn gezien. Hierdoor kan bijvoorbeeld niet gedacht zijn aan de context voor het invullen van de EPDS-vragenlijst. Het invullen van de EPDS-vragenlijst in de wachtkamer zou onbetrouwbare resultaten kunnen opleveren (Mason & Poole, 2008). Drie jeugdartsen melden dit ook als probleem.

De jeugdartsen dachten dat een minderheid van de moeders het invullen van de EPDS-vragenlijst belastend vond. Ook noemde een jeugdarts als probleem dat het voor moeders belastend is om de

EPDS-vragenlijst in de wachtkamer in te vullen. De consultatiebureauassistenten dachten dat een minderheid van de moeders dit belastend vond. Mason & Poole.(2008) geven aan dat de EPDS-vragenlijst het beste bij de moeder thuis kan worden ingevuld. Hier voelen moeders zich ook het fijnst bij. Ook is het van belang dat tijdens het screenen de moeders vragen kunnen stellen of hun antwoorden kunnen discussiëren met een jeugdverpleegkundige (Mason & Poole, 2008).

Het aantal gebrachte huisbezoeken van jeugdverpleegkundigen is erg wisselend. Er worden door sommige jeugdverpleegkundigen relatief veel huisbezoeken gebracht i.v.m. een verhoogde of afwijkende score en door sommige jeugdverpleegkundigen erg weinig. De prevalentie van PPD is 13%. Er komen ongeveer 80 nieuwe moeders per jaar met hun pasgeborene bij één jeugdverpleegkundige (in een fulltime-dienstverband). Dat betekent dat gemiddeld ongeveer tien moeders daarvan een PPD hebben en dus een verhoogde of afwijkende score op de EPDS-vragenlijst. De jeugdverpleegkundigen die dan tussen de 20 en 30 uur werken zouden dan in ieder geval vijf huisbezoeken moeten brengen per jaar vanwege een verhoogde of afwijkende score. Er worden gemiddeld zes huisbezoeken gebracht dus deze bevinding klopt redelijk. Echter melden twee jeugdverpleegkundigen dat ze tien of twaalf huisbezoeken hebben gebracht waardoor het gemiddelde omhoog gaat. De groep die minder dan 20 uur werkt zou dan naar verwachting in ieder geval gemiddeld twee á drie huisbezoeken moeten brengen per jaar per jeugdverpleegkundige. Zij doen er gemiddeld één per jaar.

Er is echter geen verband tussen het aantal huisbezoeken dat een jeugdverpleegkundige brengt en het bespreken van de EPDS-score van een jeugdarts met een jeugdverpleegkundige.

Drie jeugdartsen zijn van mening dat het invullen van de antwoorden die de moeders op de EPDS-

vragenlijst geven onbetrouwbaar zijn. Uit de systematische review van Gibson et al. (2009) komt naar voren dat de sensitiviteit en de specificiteit van de EPDS-vragenlijst context afhankelijk is. De vraag is of het invullen van de vragenlijst in een wachtkamer betrouwbare antwoorden oplevert.

Het is van belang dat een zorgverlener feedback nadat een EPDS-vragenlijst ingevuld is. Echter gebeurt dit niet altijd. De EPDS-vragenlijst wordt wel vaak besproken bij een verhoogde en afwijkende score maar niet bij een normale score. Volgens de handleiding moet dit wel gebeuren.

Uit de resultaten komt naar voren dat er een grote verscheidenheid is in het doorverwijsbeleid. Sommige jeugdartsen laten zelfs de jeugdverpleegkundigen de moeders doorverwijzen (dit is niet de bedoeling). Net iets meer dan de helft verwees een moeder schriftelijk door, en ook iets meer dan de helft van de jeugdartsen verwees een moeder na telefonisch contact met een huisarts door. Het kan zijn dat er geen eenduidige richtlijn voor het doorverwijzen bestaat. Verontrustend is dat er nauwelijks terugrapportage is van de huisarts en andere instanties. Eén van de criteria van Wilson en Jungner was dat er een algemeen aanvaarde behandeling is voor opgespoorde gevallen (Wilson & Jungner, 1968). De vraag is of de behandeling wel algemeen wordt aanvaard. Het wordt immers niet goed nagevolgd. Ook is één van de criteria dat er een behandeling beschikbaar moet zijn. De vraag is of deze er is aangezien er geen terugrapportage is. Volgens Wilson en Jungner is het ook belangrijk dat er een algemeen geaccepteerde definitie beschikbaar is van wie men zal behandelen. Aangezien er een groot verschil is in het doorverwijsbeleid van de jeugdarts naar de huisarts of de GGZ van moeders met een verhoogde of afwijkende score lijkt het erop dat er geen eenduidige definitie is voor vrouwen met een PPD.

6.4 Aanbevelingen

Het is aan te bevelen om dit onderzoek naar het huidige gebruik, en de determinanten daarvan, van de EPDS-vragenlijst door jeugdverpleegkundigen en consultatiebureauassistenten op een grotere schaal te verrichten.

In de volgende twee (sub)paragrafen worden er aanbevelingen gedaan die betrekking hebben op het gebruik van de EPDS-vragenlijst. Vervolgens zullen er aanbevelingen worden weergegeven die zijn voortgekomen uit de determinantenanalyse.

6.4.1. Aanbevelingen over mogelijkheden ter verbetering van het huidige gebruik

Het is aan te bevelen duidelijke afspraken te maken tussen de JGZ 0-4 jaar in Twente en de huisartsen en tussen de JGZ en andere instanties (GGZ etc.) betreffende de terugrapportage. Eventueel zou er hierover een Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) kunnen worden gemaakt. Een LESA geeft aanbevelingen en suggesties voor werkafspraken tussen eerstelijns samenwerking met als doel dat patiënten de juiste hulp krijgen op het juiste moment met behoud van de continuïteit in de zorg (Klein - Ikkink et al., 2010).

Ook over het doorverwijsbeleid onder jeugdartsen zijn nog wat onduidelijkheden. Deze kunnen verder worden onderzocht en eventueel zou de handleiding uitgebreid kunnen worden zodat er duidelijkheid is over het vervolgbeleid. Ook kan in de handleiding duidelijk worden gemaakt dat het niet de bedoeling is dat jeugdverpleegkundigen een moeder doorverwijzen.

In de handleiding zou het bespreken van een EPDS-score (ook bij een normale score) met een moeder kunnen worden benadrukt.

Eventueel zou kunnen worden onderzocht waarom er zoveel spreiding zit in het aantal huisbezoeken per jeugdverpleegkundige per jaar.

De organisatie zou het gebruik van de EPDS-vragenlijst moeten monitoren bijvoorbeeld aan de hand van indicatoren zoals het aantal verwijzingen vanwege verhoogde EPDS-vragenlijst. Ook kan monitoring plaatsvinden door de EPDS-vragenlijst bespreekbaar te maken bij tijdens reguliere overleggen of Intercollegiale Toetsing.

6.4.2. Aanbevelingen per kenmerk

Mogelijkheden om de moeders meer privacy te geven tijdens het invullen van de EPDS-vragenlijst kunnen worden onderzocht. Ook zou kunnen worden onderzocht in hoeverre moeders behoefte hebben aan schriftelijke informatie bij het zuigelingenhuisbezoek. Dit zou vormgegeven kunnen worden door een vragenlijst onderzoek. Er zou ook onderzocht kunnen worden in hoeverre moeders de EPDS-vragenlijst eerlijk invullen.

Overwogen kan worden om de EPDS-vragenlijst in verschillende talen beschikbaar te stellen zodat niet-Nederlands sprekende moeders de vragenlijst ook zelf kunnen invullen.

Er kan gekeken worden naar mogelijkheden om de JGZ- medewerkers extra tijd te geven voor het werken met de EPDS-vragenlijst. Omdat een derde van de jeugdverpleegkundigen behoefte hebben aan (aanvullende) informatie zou er voorlichting kunnen worden gegeven aan jeugdverpleegkundigen.

De helft van de jeugdartsen denkt dat de ouders niet op de hoogte zijn dat de JGZ in Twente werkt met de EPDS-vragenlijst. Dit kan komen doordat de jeugdverpleegkundige de ouders niet heeft geïnformeerd tijdens het zuigelingenbezoek. Er zou een scholing voor jeugdverpleegkundigen kunnen worden georganiseerd met als een van de doelen de jeugdverpleegkundigen te scholen in hoe zij ouders kunnen informeren over de screening op PPD met de EPDS-vragenlijst in de JGZ.

7. Conclusie

Dit onderzoek had als doel om vast te stellen in welke mate de Edinburgh Postnatal Depression Scale wordt gebruikt door JGZ-medewerkers voor de screening op postpartum depressie in Twente en wat hun mening hierover is.

De vraagstelling van het onderzoek was: *“In welke mate en op welke wijze wordt de EPDS-vragenlijst gebruikt als instrument voor het opsporen van vrouwen met een postpartum depressie op het consultatiebureau van 0 tot 4 jaar in de regio Twente?”*

Bijna alle jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en consultatiebureauassistenten gebruiken de vragenlijst. Ook zijn de meeste JGZ-medewerkers positief over de verschillende aspecten van de EPDS-vragenlijst. Wel melden de meeste medewerkers te weinig tijd te hebben voor het werken met de EPDS-vragenlijst.

Er is sprake van weinig terugrapportage door verschillende instanties. Ook is er geen eenduidige richtlijn voor het doorverwijzen van moeders.

Bijna alle jeugdartsen bespreken de EPDS-vragenlijst met een moeder n.a.v. een verhoogde of afwijkende score, tijdens een consult. Bij een normale score gebeurt dit nauwelijks. Dit zelfde geldt voor het bespreken van een EPDS-vragenlijst met een jeugdverpleegkundige na afloop van een consult.

Er zijn jeugdverpleegkundigen die zelf een moeder doorverwijzen. Volgens de handleiding is dit niet de bedoeling, maar verwijzen zij de moeder voor een consult door de jeugdarts. Er zit een flinke spreiding in het aantal huisbezoeken dat een jeugdverpleegkundige brengt i.v.m. een verhoogde of afwijkende score per jaar.

Niet alle JGZ-medewerkers denken dat de EPDS-vragenlijst altijd eerlijk wordt ingevuld. Ook denken sommige JGZ-medewerkers dat het belastend voor moeders is om de EPDS-vragenlijst te moeten invullen in de wachtkamer.

Een aantal jeugdverpleegkundigen heeft nog behoefte aan informatie over het werken met de EPDS-vragenlijst. De jeugdverpleegkundigen geven aan dat zij niet altijd voorlichting over de EPDS-vragenlijst geven tijdens het zuigelingenbezoek.

8. Literatuur

Beck, C. T. (2006). Postpartum Depression: It isn't just the blues. *American Journal of nursing*, 106, 5, 40-50.

Bouter, L.,M. & Dongen, M.,C.,M (2000). Epidemiologisch onderzoek. Opzet en interpretatie. Bohn Stafleu van Loghum, Houten (Antwerpen).

Buist A.E., Bryanne E. W.,Milgrom J., Pope S., Condon J.D., Ellwood D.A., Boyce B., Austin M. & Hayes B.A. (2002) to screen or not to screen – that's the perinatal question. *Preventing depression*, 177, 101-105.

CBG (2008) jaarverslag 2007. Verkregen op 15 September, 2011, via <http://www.cbg-meb.nl/NR/rdonlyres/54CC78BE-164D-4E53-9382-C9FF090B2269/0/jrvrslg07>

Cooper, P.J. & Murray, L. (1998). Postnatal depression. Clinical review. Article. *BMJ*, 316: 1884.

Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the shortand long-term effect of Psychological treatment of post-partum depression. *British journal of Psychiatr*, 182,122-132

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

Doesum, K. T. M., van (2005). A Model-Based Intervention for Depressed Mothers and their Infants. *Infant Mental Health Journal*, 26, 157-17

Fleuren, M.A.H., Nauta, S.M., (2006). Vragenlijst Implementatie JGZ-standaard Vroegtijdige Opsporing Aangeboren Hartafwijkingen. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 53 (4), 122- 131.

Geurts P. (1999), Van probleem naar onderzoek. Coutinho: Bussum. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1836032&blobtype=pdf>

Gibson K., Gray R., McKenzie-Mcharg K., Shakespeare J., & Price J.,(2009) A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (2009) Volume: 119, Issue: 5, Pages: 350-364.

Gale S. & Harlow B.L. (2003). Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *Obstetrics and Gynecology Epidemiology Center, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, USA* Vol. 24, No. 4 , Pages 257-266

Klompshouwer J.L. Psychiatrische stoornissen in het kraambed: een overzicht. *Tijdschr Psychiat* 1996;38:788-800

Fleuren, M.A.H., Wiefferink, C.H., Paulussen, T.G.W.M., (2002). Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.

Hewitt C.E., Gilbody S.M., Brealey S., Paulden M., Palmer S., Mann R., Green J., Morell J., Barkham M., Light K. & Richerds D. (2009). Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health technology assessment*:13, 36-42

Klein Ikkink A.J., Boere-Boonekamp M.M., Bont M., Boer M., Haasnoot R., Lo Fo Wong S., Sachse H., Vervaart-Schelfhout L., Vriezen J.A. & Westerveld M.C. (2010). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Kindermishandeling. Huisarts en wetenschap. Booij M., Lewis P., Saunders M., Thornhill

Plochg T., Juttman R.E., Klazinga N.S. & Mackenbach J.P. (2007). Handboek gezondheidszorgonderzoek. Houten; Bohn Stafleu van Loghum.

Pop, V. J., Komproe, I. H., & Son, M. J. van (1992). Characteristics of the Edinburgh Post Natal Depression Scale in The Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 26, 101-110.

Postma S. (2008) JGZ-richtlijn vroegsignalering van psychosociale problemen. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, 2008

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289–295.

Scheppink M. (2011). Effectiviteit opsporing van aangeboren hartafwijkingen bij kinderen tussen de 0-4 jaar. *Jeugdgezondheidszorg*, 18 (2), 34-41.

Vuick, P.J. (2003). Influence depression mother for elementary schoolchildren. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 47 (9), 891-901.

Wilson J.M.G., Jungner G.. (1968). Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers nr 34. Geneva: WHO, 1968.

Bijlage 1: EPDS-vragenlijst

De volgende vragen hebben betrekking op hoe jij je de afgelopen week hebt gevoeld. Vertel welk antwoord het best aangeeft hoe jij je voelde. Let op: deze vragen gaan over de afgelopen week.

1. Ik heb **kunnen lachen** en de zonnige kant van de dingen kunnen inzien (één antwoord mogelijk).
 - a. Zoveel als ik altijd kon
 - b. Niet zoveel nu als anders
 - c. Zeker niet zoveel nu als anders
 - d. Helemaal niet
2. Ik heb met **plezier** naar dingen uitgekeken (één antwoord mogelijk).
 - a. Zoals altijd of meer
 - b. Wat minder dan ik gewend was
 - c. Absoluut minder dan ik gewend was
 - d. Nauwelijks
3. Ik heb mijzelf **onnodig verwijten** gemaakt als er iets fout ging (één antwoord mogelijk).
 - a. Ja, heel vaak
 - b. Ja, soms
 - c. Niet erg vaak
 - d. Nee, nooit
4. Ik ben **bang of bezorgd** geweest zonder dat er een aanleiding was (één antwoord mogelijk).
 - a. Nee, helemaal niet
 - b. Nauwelijks
 - c. Ja, soms
 - d. Ja, zeer vaak
5. Ik reageerde **schrikachtig of paniekerig** zonder echt goede reden (één antwoord mogelijk).
 - a. Ja, tamelijk vaak
 - b. Ja, soms
 - c. Nee, niet vaak
 - d. Nooit
6. De dingen groeiden me **boven het hoofd** (één antwoord mogelijk).
 - a. Ja, meestal was ik er niet tegen opgewassen
 - b. Ja, soms was ik minder goed tegen dingen opgewassen dan anders
 - c. Nee, meestal kon ik de dingen erg goed aan
 - d. Nee, ik kon alles even goed aan als anders
7. Ik voelde me zo **ongelukkig** dat ik er bijna niet van kon slapen (één antwoord mogelijk).
 - a. Ja, meestal
 - b. Ja, soms
 - c. Niet vaak
 - d. Helemaal niet

8. Ik voelde me **somber en beroerd** (één antwoord mogelijk).
- a. Ja, bijna steeds
 - b. Ja, tamelijk vaak
 - c. Niet erg vaak
 - d. Nee, helemaal niet
9. Ik was zo ongelukkig dat ik heb zitten **huilen** (één antwoord mogelijk).
- a. Ja, heel vaak
 - b. Ja, tamelijk vaak
 - c. Alleen af en toe
 - d. Nee, nooit
10. Ik heb er aan gedacht om mezelf **iets aan te doen** (één antwoord mogelijk).
- a. Ja, tamelijk vaak
 - b. Soms
 - c. Nauwelijks
 - d. Nooit

Bijlage 2: Handleiding EPDS

Handleiding Edingburgh Postpartum Depression Scale; EPDS

Het gevalideerde EPDS-screeningsinstrument wordt gebruikt tijdens de artsconsulten van 1, 3 en 6 maanden.

Werkwijze

1. De verpleegkundige JGZ informeert ouders tijdens het postnatale huisbezoek dat de JGZ werkt met de EPDS, wanneer en waarom we dit doen.
2. De CB-assistente JGZ deelt de vragenlijst, behorend bij de EPDS, uit aan ouders die komen voorafgaand aan het consult van 1, 3 en 6 maand.
3. De arts JGZ bespreekt de vragenlijst met de ouders en noteert de score in het digitaal dossier onder het kopje 'Hoe gaat het met ouder(s)'
4. De arts JGZ bespreekt tijdens de nabespreking CB met de verpleegkundige JGZ welke actie er ondernomen is of dient te worden.
5. De ingevulde vragenlijst wordt vernietigd.

Afhankelijk van de score kunnen de volgende **acties** plaats vinden:

- 0-8 punten : geen of vrijwel geen aanwijzing dat er een PPD aanwezig is
- 9-12 punten : waarschijnlijk wat aanpassingsproblemen aan een leven met baby. Eventueel huisbezoek door verpleegkundige JGZ
- 13-14 punten : er zijn signalen die lijken op PPD. Verpleegkundige JGZ brengt huisbezoek en er vindt indient nodig een verwijzing plaats.
- 15 + punten : PPD is waarschijnlijk. Indien overeenstemming met klinische indruk, verwijzen naar huisarts of de GGZ.

Verwijzing

Moeders, bij wie de diagnose PPD is gesteld, door de huisarts of de GGZ, kunnen zich aanmelden bij een KOPP project. De aanmelding kan ook plaats vinden door de arts JGZ of de verpleegkundige JGZ.

KOPP staat voor 'Kinderen van ouders met psychiatrische problematiek'.

Binnen het KOPP-project zijn tal van activiteiten ontwikkeld, die ouders ondersteunen in hun rol als opvoeder.

Voor ouders met baby's is er de 'moeder-baby' interventie, namelijk 'Contact met je baby'.

Informatie voor ouder(s)/ verzorger(s) over 'Contact met je baby'

Extra steun voor ouders psychische problemen en een baby tot 12 maanden.

Voor mensen met psychische problemen en hun partners bieden Mediant en Dimence 'Contact met je baby'. In maximaal 10 huisbezoeken is er aandacht en tijd voor vragen over opvoeding, verzorging en de omgang tussen jou en je baby. Doel is telkens het verbeteren van het contact met je baby. Hierdoor zal niet alleen jouw zelfvertrouwen groeien, ook je baby zal zich steeds beter ontwikkelen.

Een moeder: 'Na de bevalling was ik zo moe. Ik moest herstellen. Ik kon mijn kind er eenvoudig niet bij hebben...'

Een vader: 'Voor vaders is het anders, dacht ik altijd. Maar dat is dus niet waar.'

Een moeder: 'ik was opeens zelf moeder en ik kon alleen maar denken aan wat ik zelf als kind allemaal gemist had.'

Je hebt een kindje gekregen. Misschien kort geleden, misschien kennen jullie elkaar al weer een poosje. En, hoe is dat? Heeft het je leven erg veranderd? Had je je hierop voorbereid? Of is het allemaal anders dan je verwachtte. Is die roze wolk in geen velden of wegen te bekennen en vraag je je soms wel eens af hoe het verder moet?

Ondersteuning

Zelf zorgen voor je baby. Het leren begrijpen en er een band mee opbouwen. Voelen dat je het kunt! Allemaal zaken die belangrijk zijn voor de ontwikkeling van je kindje en de ontwikkeling van je gevoel als ouder.

Wat kun je doen als dat niet lukt? Als je het gevoel hebt dat je tekort schiet? Als je al zenuwachtig wordt bij de gedachte dat je baby straks weer gaat huilen. De afdelingen van **Mediant en Dimence** hebben oog voor jou en je baby. Zij bieden ondersteuning, geen therapie, in de eerste 12 maanden van jouw nieuwe leven samen met je baby.

Meer informatie te vinden: www.mediant.nl

Bijlage 3: Determinanten

Kenmerken vernieuwing

1. Mate waarin de vernieuwing in heldere stappen/ procedures is beschreven.
2. Congruentie: mate waarin de vernieuwing aansluit bij de bestaande werkwijze.
3. Mate waarin het mogelijk is de vernieuwing aan de eigen situatie aan te passen zonder dat de effectiviteit ervan verloren gaat.
4. Mate waarin de vernieuwing relatief voordeel heeft voor de zorgverlener, bijvoorbeeld gemak, professionele ontwikkeling, tijdwinst, verhoging werkplezier.
5. Zichtbaarheid van de uitkomsten voor de zorgverlener, bijv. is effect behandeling zichtbaar?
6. Mate van aantrekkelijkheid van de vormgeving van de vernieuwing. Geldt als materiaal aanwezig is zoals een richtlijn of lespakket.
7. Mate waarin uit onderzoek is gebleken dat de vernieuwing in de praktijk een meerwaarde heeft voor de cliënt t.o.v. de oude situatie.
8. Mate waarin de kans op nadelige gevolgen van de vernieuwing voor cliënten toeneemt in vergelijking met de oude situatie, bijv. bijwerkingen van medicijnen.
9. Mate van voorkomen van handeling; hoe vaak de vernieuwing daadwerkelijk in praktijk kan worden toegepast.
10. Zorgverleners betrekken bij de ontwikkeling van de vernieuwing.

Kenmerken gebruiker

11. Steun (emotioneel en/of instrumenteel) die de zorgverlener ervaart van collega's (zelfde beroepsgroep) m.b.t. de uitvoering van de vernieuwing.
12. Steun die de zorgverlener ervaart van andere zorgverleners waar (men mee samenwerkt) (andere beroepsgroep). Deze hoeven niet direct betrokkene zijn bij de uitvoering van de vernieuwing.
13. Steun die de zorgverlener ervaart van de directe leidinggevende met betrekking tot de uitvoering van de vernieuwing.
14. Steun die de zorgverlener ervaart van het hoger management met betrekking tot de uitvoering van de vernieuwing.
15. Waargenomen gedrag van collega's (zelfde beroepsgroep): mate waarin collega's werken met de vernieuwing.
16. Mate waarin de zorgverlener vaardigheden heeft die nodig zijn om de vernieuwing uit te voeren.
17. Mate waarin de zorgverlener kennis heeft die nodig is om de vernieuwing uit te voeren.
18. Eigen-effectiviteitsverwachting: mate waarin de zorgverlener zich in staat voelt de vernieuwing uit te voeren.
19. Ownership: mate van betrokkenheid bij de vernieuwing. Het gaat niet om de letterlijke betrokkenheid bij de ontwikkeling maar of de zorgverlener zich professioneel dan wel persoonlijk betrokken voelt.
20. Mate waarin de vernieuwing past bij de taakopvatting die de zorgverlener heeft over zijn / haar werk.

21. Mate waarin de zorgverlener verwacht dat de cliënt meewerkt aan de vernieuwing. Het gaat niet om daadwerkelijke medewerking, maar om de verwachting van de zorgverlener op voorhand.
22. Mate waarin de zorgverlener verwacht dat de cliënt tevreden is over de vernieuwing. Het gaat niet om daadwerkelijke tevredenheid, maar om de verwachting van de zorgverlener op voorhand.
23. Overbelasting: mate waarin de zorgverlener lijdt aan werkgerelateerde stress. Het gaat om bestaande stress, dus niet veroorzaakt door de vernieuwing.
24. Mate waarin zorgverlener tegengestelde doelen hebben m.b.t. de vernieuwing. Geldt alleen als verschillende beroepsgroepen / afdelingen /organisaties betrokken zijn bij de vernieuwing.
25. Ethische problemen die de zorgverlener ervaart m.b.t. de vernieuwing.

Kenmerken organisatie

26. Plaats waar besluitvorming over invoering van de vernieuwing plaatsvindt: centraal (topmanagement) of decentraal (professionals). Besluitvorming moet zowel centraal als decentraal plaatsvinden. Bij alleen centrale besluitvorming dreigt gevaar dat er geen draagvlak is onder de (toekomstige) gebruikers. Bij alleen decentrale besluitvorming is er wel draagvlak, maar dreigen randvoorwaarden/faciliteiten afwezig te zijn.
27. Besluitvormingsstructuur: lengte van de beslislijnen waarover de communicatie over de vernieuwing verloopt. Korte lijnen: de beslissing verloopt sneller en er is weinig verlies van informatie mede door de bijsturingmogelijkheden. Lange lijnen: vertragend. Mogelijk gevolg is demotivatie, verzanden en mislukken vanwege communicatiestoringen in de verschillende schakels.
28. Formele bekrachtiging van de vernieuwing door het management, bijv. door vernieuwing in beleid op te nemen. Bekrachtiging: geeft een legitimering/inbedding en werkt ondersteunend. Biedt ook mogelijkheden voor realiseren van randvoorwaarden en geeft meer controlemogelijkheden. Geen bekrachtiging: omgekeerde redenering.
29. Grootte organisatie: aantal mensen in de organisatie. Grootte: nauwelijks van invloed omdat andere determinanten belangrijker zijn.
30. Structuur: functioneel (gericht op deeltaak) versus outputgericht (gericht op eindproduct), bijv. het kantelen van de zorg. Functioneel: omdat men met deeltaak bezig is, is er minder zicht op het nut van de vernieuwing voor het hele zorgproces. Kan leiden tot behoudzucht en minder draagvlak. Geldt vooral als vernieuwingen op het hele zorgproces zijn gericht en niet afdelingspecifiek zijn. Outputgericht: vooral bevorderend als vernieuwingen op het hele zorgproces zijn gericht. Omdat men meer bezig is met het eindproduct, is er meer oog voor verbeteringen wat kan leiden tot meer betrokkenheid.
31. Relaties met andere afdelingen /organisaties: mate waarin een organisatie in algemene zin gericht is op samenwerking: naar buiten gericht (outreaching) versus naar binnen gericht. Consensus dat determinant van invloed is, maar geen consensus over richting van invloed.
32. Samenwerking tussen afdelingen die bij de vernieuwing betrokken zijn. Goede samenwerking: men komt makkelijker op een lijn. Slechte samenwerking: omgekeerde redenering.
33. Mate van personeelsverloop. Hoog verloop: hierdoor ontstaat onrust, vloeit kennis weg wat slecht is voor de continuïteit. Matig verloop: geeft impulsen voor vernieuwing terwijl er toch nog voldoende mensen overblijven voor kennisoverdracht en continuïteit. Laag verloop: geen consensus.

34. Capaciteitbezettingsgraad: personeelsbezetting op afdeling of in organisatie waar met de vernieuwing gewerkt gaat worden. Volledige bezetting: er is dan ruimte (capaciteit en mentaal) en die is nodig want veranderen kost tijd en energie. Onvolledige bezetting: alle energie is nodig om het primaire proces draaiende te houden. Soms is een stressvolle situatie juist reden voor verandering of biedt de vernieuwing een oplossing voor het probleem.
35. Aanwezige expertise op afdeling- en/of organisatieniveau m.b.t. het onderwerp van de vernieuwing. Bedoeld wordt expertise in algemene zin: er moet een kritische massa zijn. Veel expertise: kan onzekerheid en beginnersfouten voorkomen en vanwege de expertise gaat de invoering sneller. Weinig expertise: omgekeerde redenering.
36. Logistieke procedures rondom de vernieuwing, bijv. route die cliënt doorloopt of wachttijden. Goede geregelde logistiek: er is meer tijd voor gedragsverandering en invoeringsactiviteiten waardoor de invoering sneller/soepeler verloopt. Slechte geregelde logistiek: veel tijd gaat verloren aan procedures met als mogelijk gevolg demotivatie.
37. Aantal mensen dat betrokken is in de organisatie dat wil zeggen met de vernieuwing gaat werken. Weinig mensen: vergemakkelijkt directe en persoonlijke communicatie, er is een nauwere samenwerking en mensen zijn meer betrokken. Veel mensen: geen consensus.
38. Hoeveelheid geld die voor het uitvoeren van de vernieuwing beschikbaar is. Veel geld: veranderen betekent investeren in scholing, tijd en materialen. Weinig geld: omgekeerde redenering.
39. Financiële vergoeding voor zorgverleners c.q. organisatie als tegemoetkoming aan extra inspanningen die gepleegd moeten worden bij het werken met de vernieuwing. Extra vergoeding: vernieuwen kost tijd en geld. Een tegemoetkoming is motiverend en geeft financiële armslag om extra middelen en mensen in te zetten. Geen extra vergoeding: omgekeerde redenering. Leidt tot extra werkdruk bij degenen die de vernieuwing moeten toepassen.
40. Aanwezigheid materiële voorzieningen voor de uitvoering van de vernieuwing, bijv. apparatuur, materialen of ruimte. Veel voorzieningen: veranderen betekent investeren in scholing, geld en materialen. Weinig voorzieningen: omgekeerde redenering.
41. Aanwezigheid administratieve ondersteuning voor de zorgverlener om de vernieuwing uit te kunnen voeren. Veel ondersteuning: er is dan tijd voor de 'kerntaken', dat wil zeggen het werk dat men wordt geacht uit te voeren in het kader van de vernieuwing. Weinig ondersteuning: er zijn dan teveel andere 'belastende' zaken om tijd te kunnen vrijmaken.
42. Hoeveelheid tijd die beschikbaar is om met de vernieuwingen gaan werken. Veel tijd: creëert ruimte (fysiek en mentaal). Weinig tijd: omgekeerde redenering.
43. Coördinator/projectgroep: -één of meerdere personen die belast zijn met het coördineren van de invoering binnen de organisatie. Coördinator aanwezig: er is een duidelijk aanspreekpunt. Coördinator afwezig: omgekeerde redenering.
44. Opinieleider: collega die door zijn/haar gezag de mening m.b.t. het gebruik van de vernieuwing positief beïnvloedt (dus niet coördinator of projectleider). Opinieleider aanwezig: deze kan de weerstand tegen de vernieuwing in positieve zin doen doorslaan. Daarnaast is het belangrijk dat er een trekker van de vernieuwing is. Opinieleider afwezig: belemmerend als er weerstand is tegen de vernieuwing, anders nauwelijks van invloed.

Kenmerken sociaal-politieke omgeving

45. Bereidheid van cliënt om mee te werken aan de uitvoering van de vernieuwing. Medewerking: vooral bevorderend als vernieuwing invloed heeft op de cliënt. Geen medewerking: kost veel tijd en energie in het overtuigen van de cliënt en kan leiden tot weerstand bij de zorgverlener.
46. Mate waarin cliënt op de hoogte is van de (gezondheids)voordelen voor zichzelf als gevolg van de vernieuwing. Goed op de hoogte: bevordert motivatie en medewerking. Slecht op de hoogte: geen consensus.
47. Twijfel van cliënt aan deskundigheid van de zorgverlener met betrekking tot de uitvoering van de vernieuwing. Geen twijfel: nauwelijks van invloed omdat cliënt er op voorhand vanuit gaat dat de zorgverlener het goed doet, tenzij het tegendeel blijkt. Twijfel: leidt tot weerstand. Cliënt zal mogelijk een ander alternatief zoeken. Daarnaast moet de zorgverlener meer tijd stoppen in het overtuigen van de cliënt.
48. Extra kosten die cliënt moet maken als met de vernieuwing gewerkt wordt, bijvoorbeeld extra reiskosten. (i,c)Geen extra kosten: nauwelijks van invloed omdat cliënt dit al verwacht. Is geen verandering ten opzichte van de bestaande situatie. Extra kosten: kan leiden tot minder enthousiasme, een drempel, weerstand.
49. Extra mentale of fysieke belasting die cliënt ondervindt als met de vernieuwing gewerkt wordt. Geen extra belasting: nauwelijks van invloed omdat cliënt dit al verwacht. Is geen verandering ten opzichte van de bestaande situatie. Extra belasting: kan leiden tot minder enthousiasme, weerstand. Als het belang voor de cliënt toeneemt, zal de belasting mogelijk als minder ervaren worden.
50. Mate waarin vernieuwing past binnen bestaande wet- en regelgeving die door de politiek of beleidsinstanties zijn opgesteld. Passend: de kans is groot dat middelen vrijkomen om de vernieuwing in te voeren. Niet passend: houdt mensen tegen om verder te gaan. Waarschijnlijk komen geen middelen vrij voor de invoering.

Bijlage 4: Vragenlijst jeugdarts

Beste jeugdarts,

In 2008 is er op consultatiebureaus in Twente geleidelijk begonnen met het gebruiken van de EPDS-10 (Edinburgh Postnatal Depression Scale-10) voor screening op Postpartum Depressie (PPD). Moeders vullen voorafgaand aan de consulten bij 1, 3 en 6 maanden de vragenlijst in. Deze EPDS bevat 10 vragen die betrekking hebben op hoe de vrouwen zich hebben gevoeld in de laatste 7 dagen. Bij elke vraag kan men 0 tot 3 punten scoren.

Afhankelijk van de totaalscore kunnen de volgende acties plaatsvinden:

- Normaal 0-8 punten: geen of vrijwel geen aanwijzing dat er een PPD aanwezig is
- Verhoogd 9-12 punten: waarschijnlijk wat aanpassingsproblemen aan een leven met een baby. Eventueel huisbezoek door verpleegkundige JGZ.
- Afwijkend

* 13-14 punten: er zijn signalen die lijken op PPD. Een JGZ- verpleegkundige brengt een huisbezoek en er vindt indien nodig een verwijzing plaats.

* 15 + punten: PPD is waarschijnlijk. Indien overeenstemming met klinische indruk, verwijzen naar huisarts of de GGZ.

Met deze vragenlijst wordt getracht om een inventarisatie te maken in hoeverre de EPDS is geïmplementeerd en wordt gebruikt.

Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. Uw gegevens zullen anoniem worden verwerkt.

Wilt u de vragenlijst zo zorgvuldig mogelijk invullen? Als u twijfelt tussen antwoordcategorieën kies dan het antwoord dat het meest voor u van toepassing is.

1. Tot welke leeftijdscategorie behoort u?

- ☐ 25-35
- ☐ 36-45
- ☐ 46-55
- ☐ ouder dan 55

2. In welke regio bent u grotendeels werkzaam?

- ☐ regio Enschede
- ☐ regio Hengelo
- ☐ regio Almelo

3. Was u voor de invoering van de EPDS-vragenlijst in 2008 al werkzaam in de jeugdgezondheidszorg in Twente ? *

- ☐ ja
- ☐ nee

De volgende vragen hebben betrekking op uw visie op de EPDS-vragenlijst en het werken met de EPDS-vragenlijst.

4. Bent u bekend met de handleiding van de EPDS-vragenlijst?

- ☐ ja
- ☐ nee (ga verder met vraag 6)

5. Geef aan in welke mate u het eens bent met de volgende stelling:

	helemaal mee oneens		helemaal mee eens	
De handleiding van de EPDS-vragenlijst is duidelijk	☐	☐	☐	☐

6. Geef aan in welke mate u het eens bent met de volgende stellingen:

	helemaal mee oneens		helemaal mee eens	
Het opsporen van PPD met de EPDS-vragenlijst past bij de taken van een jeugdarts	☐	☐	☐	☐
Het werken met de EPDS-vragenlijst past in mijn werkzaamheden op het consultatiebureau	☐	☐	☐	☐
De EPDS-vragenlijst is gebruiksvriendelijk voor artsen	☐	☐	☐	☐
De EPDS-vragenlijst draagt bij aan het opsporen van vrouwen met een postpartum depressie	☐	☐	☐	☐
Ik beschik over de vaardigheden om te werken met de EPDS-vragenlijst	☐	☐	☐	☐
Een moeder die de EPDS-vragenlijst invult, kan hier profijt van hebben	☐	☐	☐	☐

7. In hoeverre verwachten de volgende personen dat u met de EPDS-vragenlijst werkt?

	zeker niet			zeker wel		weet ik niet	
Collega jeugdartsen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Collega-verpleegkundigen binnen uw organisatie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Uw direct leidinggevende	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
De ouders	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
De beroepsvereniging	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

8. Hoeveel trekt u zich aan van de mening van deze personen?

	zeer weinig			zeer veel
Collega jeugdartsen	☐	☐	☐	☐
Collega-verpleegkundigen binnen uw organisatie	☐	☐	☐	☐
Uw direct leidinggevende	☐	☐	☐	☐
De ouders	☐	☐	☐	☐
De beroepsvereniging	☐	☐	☐	☐

De volgende vragen hebben betrekking op de organisatorische aspecten rondom het gebruik van de EPDS-vragenlijst.

9. Hoeveel minuten kost het werken met de EPDS-vragenlijst gemiddeld tijdens een consult als een moeder een verhoogde of afwijkende score (score van 9 of hoger) heeft? *

10. Kunt u aangeven in welke mate u behoefte heeft aan de volgende aspecten:

	zeer weinig			zeer veel
Extra tijd om te werken met de EPDS-vragenlijst	☐	☐	☐	☐
Een deskundige waaraan u vragen kunt stellen over het werken met de EPDS-vragenlijst	☐	☐	☐	☐
(Aanvullende) informatie over het werken met de EPDS-vragenlijst	☐	☐	☐	☐

11. Is het werken met de EPDS-vragenlijst als onderwerp gebruikt bij een ICT (intercollegiale toetsing) of inhoudelijk overleg in het afgelopen jaar? *

- ☐ ja
- ☐ nee
- ☐ weet ik niet

De volgende vragen hebben betrekking op de moeders die de EPDS-vragenlijsten invullen bij de consulten van 1,3, en 6 maand.

12. Hoeveel moeders zijn bereid om de EPDS-vragenlijst in te vullen?

- ☐ (bijna) geen enkele moeder
- ☐ een minderheid
- ☐ een meerderheid
- ☐ (bijna) alle moeders

13. Hoeveel moeders vinden het invullen van de EPDS-vragenlijst belastend, denkt u?

- ☐ (bijna) geen enkele moeder
- ☐ een minderheid
- ☐ een meerderheid
- ☐ (bijna) alle moeders

14. Hoeveel moeders zien het belang in van het invullen van de EPDS-vragenlijst, denkt u?

- ☐ (bijna) geen enkele moeder
- ☐ een minderheid
- ☐ een meerderheid
- ☐ (bijna) alle moeders

Nu volgen een aantal vragen over uw handelswijze bij het consult van 1 maand. Probeer daarbij dit consult voor de geest te halen om de vragen zo nauwkeurig mogelijk in te vullen.

15. Kunt u hieronder aangeven hoe vaak u de EPDS-vragenlijst met een moeder bespreekt (per score)?

	(bijna) nooit			(bijna) altijd
Als een moeder een normale score (8 of minder) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐
Als een moeder een verhoogde score (9-12) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐
Als een moeder een afwijkende score (13 of hoger) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐

16. Kunt u hieronder aangeven hoe vaak u de EPDS-vragenlijst met de jeugdverpleegkundige bespreekt na afloop van het consult (per score)?

	(bijna) nooit				(bijna) altijd
Als een moeder een normale score (8 of minder) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐	☐
Als een moeder een verhoogde score (9-12) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐	☐
Als een moeder een afwijkende score (13 of hoger) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐	☐

Nu volgen een aantal vragen over uw handelswijze bij het consult van 3 maand. Probeer daarbij dit consult voor de geest te halen om de vragen zo nauwkeurig mogelijk in te vullen.

17. Kunt u hieronder aangeven hoe vaak u de EPDS-vragenlijst met een moeder bespreekt (per score)?

	(bijna) nooit				(bijna) altijd
Als een moeder een normale score (8 of minder) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐	☐
Als een moeder een verhoogde score (9-12) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐	☐
Als een moeder een afwijkende score (13 of hoger) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐	☐

18. Kunt u hieronder aangeven hoe vaak u de EPDS-vragenlijst met de jeugdverpleegkundige bespreekt na afloop van het consult (per score)?

	(bijna) nooit				(bijna) altijd
Als een moeder een normale score (8 of minder) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐	☐
Als een moeder een verhoogde score (9-12) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐	☐
Als een moeder een afwijkende score (13 of hoger) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐	☐

Nu volgen een aantal vragen over uw handelswijze bij het consult van 6 maand. Probeer daarbij dit consult voor de geest te halen om de vragen zo nauwkeurig mogelijk in te vullen.

19. Kunt u hieronder aangeven hoe vaak u de EPDS-vragenlijst met een moeder bespreekt (per score)?

	(bijna) nooit				(bijna) altijd
Als een moeder een normale score (8 of minder) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐	☐
Als een moeder een verhoogde score (9-12) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐	☐
Als een moeder een afwijkende score (13 of hoger) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐	☐

20. Kunt u hieronder aangeven hoe vaak u de EPDS-vragenlijst met de jeugdverpleegkundige bespreekt (per score) na afloop van het consult?

	(bijna) nooit				(bijna) altijd
Als een moeder een normale score (8 of minder) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐	☐
Als een moeder een verhoogde score (9-12) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐	☐
Als een moeder een afwijkende score (13 of hoger) heeft dan bespreek ik dit:	☐	☐	☐	☐	☐

De volgende vragen hebben betrekking op de actie bij een verhoogde of afwijkende score op de EPDS-vragenlijst

21. Hoe vaak wordt er naar aanleiding van een verhoogde of afwijkende score (9 of hoger) een huisbezoek gebracht door de jeugdverpleegkundige?

- ☐ (bijna) nooit
- ☐ soms
- ☐ vaak
- ☐ (bijna) altijd

22. Hoeveel van de moeders met een verhoogde score (9-12) verwijst u direct door naar de huisarts tijdens een consult (zonder huisbezoek)?

- ☐ (bijna) geen enkele moeder
- ☐ Een minderheid
- ☐ Een meerderheid
- ☐ (bijna) alle moeders

23. Hoeveel van de moeders met een afwijkende score (13 of hoger) verwijst u direct door naar de huisarts tijdens een consult (zonder huisbezoek)?

- ☐ (bijna) geen enkele moeder
- ☐ een minderheid
- ☐ een meerderheid
- ☐ (bijna) alle moeders

24. Hoeveel van de moeders verwijst u direct door naar de GGZ bij een verhoogde score (9-12) tijdens een consult (zonder huisbezoek)?

- ☐ (bijna) geen enkele moeder
- ☐ een minderheid
- ☐ een meerderheid
- ☐ (bijna) alle moeders

25. Hoeveel van de moeders verwijst u direct door naar de GGZ bij een afwijkende score (13 of hoger) tijdens een consult (zonder huisbezoek)?

- ☐ (bijna) geen enkele moeder
- ☐ een minderheid
- ☐ een meerderheid
- ☐ (bijna) alle moeders

26. Wat is uw gebruikelijke werkwijze bij het doorverwijzen? U kunt meerdere antwoorden kiezen

- ☐ schriftelijke verwijsbrief
- ☐ telefonisch contact met de huisarts
- ☐ mondeling advies aan moeder
- ☐ anders namelijk:

27. Hoe vaak heeft u bericht terug ontvangen van de huisarts naar wie u een moeder had doorverwezen?

- ☐ (bijna) altijd
- ☐ soms
- ☐ vaak
- ☐ (bijna) nooit

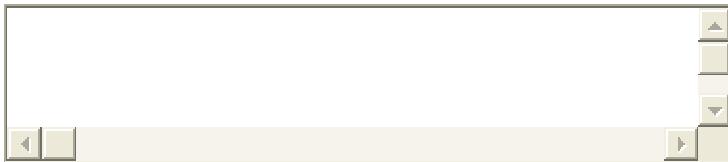
28. Hoe vaak heeft u bericht terug ontvangen van andere instanties naar waar u had doorverwezen?

- ☐ (bijna) nooit
- ☐ soms
- ☐ vaak
- ☐ (bijna) altijd

29. Ervaart u problemen met het werken met de EPDS- vragenlijst?

- ☐ Ja, namelijk:
- ☐ nee

30. Heeft u zelf nog andere opmerkingen over, of suggesties t.a.v. het werken met de EPDS?



Dit is het einde van de vragenlijst, hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Carlijn Olde Reuver of Briel

Bijlage 5: Vragenlijst jeugdverpleegkundige

Beste jeugdverpleegkundige,

In 2008 is er op consultatiebureaus in Twente geleidelijk begonnen met het gebruiken van de EPDS-10 (Edinburgh Postnatal Depression Scale-10) voor screening op Postpartum Depressie (PPD). Moeders vullen voorafgaand aan de consulten bij 1, 3 en 6 maanden de vragenlijst in. Deze EPDS bevat 10 vragen die betrekking hebben op hoe de vrouwen zich hebben gevoeld in de laatste 7 dagen. Bij elke vraag kan men 0 tot 3 punten scoren.

Afhankelijk van de score kunnen de volgende acties plaatsvinden:

- Normaal 0-8 punten: geen of vrijwel geen aanwijzing dat er een PPD aanwezig is
- Verhoogd 9-12 punten: waarschijnlijk wat aanpassingsproblemen aan een leven met een baby. Eventueel huisbezoek door een JGZ-verpleegkundige.
- Afwijkend

* 13-14 punten: er zijn signalen die lijken op PPD. Een JGZ-verpleegkundige brengt een huisbezoek en er vindt indien nodig een verwijzing plaats.

* 15 + punten: PPD is waarschijnlijk. Indien overeenstemming met klinische indruk, verwijzen naar huisarts of de GGZ.

Met deze vragenlijst wordt getracht om een inventarisatie te maken in hoeverre de EPDS is geïmplementeerd en wordt gebruikt.

Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. Uw gegevens zullen anoniem worden verwerkt.

Wilt u de vragenlijst zo zorgvuldig mogelijk invullen? Als u twijfelt tussen antwoordcategorieën kies dan het antwoord dat het meest voor u van toepassing is.

1. Tot welke leeftijdscategorie behoort u? *

- ☐ jonger dan 25
- ☐ 25-35
- ☐ 36-45
- ☐ 46-55
- ☐ ouder dan 55

2. In welke regio bent u grotendeels werkzaam?

- ☐ regio Enschede
- ☐ regio Hengelo
- ☐ regio Almelo

3. Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week als jeugdverpleegkundige? *

- ☐ 20 uur of minder
- ☐ 21-30 uur
- ☐ 31-40 uur

4. Was u voor de invoering van EPDS-vragenlijst in 2008 al werkzaam in de jeugdgezondheidszorg in Twente? *

- ☐ ja
- ☐ nee

De volgende vragen hebben betrekking op de organisatorische aspecten rondom het gebruik van de EPDS-vragenlijst.

5. Zijn er concrete afspraken gemaakt over het werken met de EPDS-vragenlijst in uw team?

- ☐ ja
- ☐ nee (ga verder met vraag 7)
- ☐ weet ik niet (ga verder met vraag 7)

6. In hoeverre worden deze afspraken nageleefd?

- ☐ (bijna) nooit
- ☐ soms
- ☐ vaak
- ☐ (bijna) altijd

7. Kunt u aangeven in welke mate u behoefte heeft aan de volgende aspecten?

	zeer weinig			zeer veel
Extra tijd voor het werken met de EPDS-vragenlijst	☐	☐	☐	☐
Iemand om vragen te stellen over de EPDS-vragenlijst	☐	☐	☐	☐
(Aanvullende) informatie over het werken met de EPDS-vragenlijst	☐	☐	☐	☐

8. Is het werken met de EPDS-vragenlijst als onderwerp gebruikt bij een ICT (intercollegiale toetsing) of inhoudelijk overleg in het afgelopen jaar?

- ☐ ja
- ☐ nee
- ☐ weet ik niet

De volgende vragen hebben betrekking op uw visie op het werken met de EPDS-vragenlijst.

9. Kunt u aangeven in welke mate u het eens bent met de volgende stellingen:

	helemaal mee oneens		helemaal mee eens	
Ik beschik over de vaardigheden om te werken met de EPDS-vragenlijst	☐	☐	☐	☐
Het werken met de EPDS-vragenlijst past in mijn jeugdgezondheidszorg werkzaamheden	☐	☐	☐	☐
Het zonodig actie ondernemen naar aanleiding van de EPDS-vragenlijst past bij de taken van een jeugdverpleegkundige	☐	☐	☐	☐
Een moeder die de EPDS-vragenlijst invult, kan hier profijt van hebben	☐	☐	☐	☐

10. In hoeverre verwachten de volgende personen dat u met de EPDS-vragenlijst werkt?

	zeker niet			zeker wel		weet ik niet
Collega jeugdartsen:	☐	☐	☐	☐	☐	
Collega-verpleegkundigen:	☐	☐	☐	☐	☐	
Uw direct-leidinggevende	☐	☐	☐	☐	☐	
De ouders:	☐	☐	☐	☐	☐	
De beroepsvereniging:	☐	☐	☐	☐	☐	

11. Hoeveel trekt u zich aan van de mening van deze personen?

	zeer weinig		zeer veel	
Collega jeugdartsen	☐	☐	☐	☐
Collega verpleegkundigen binnen uw organisatie	☐	☐	☐	☐
Uw direct leidinggevende	☐	☐	☐	☐
De ouders	☐	☐	☐	☐
De beroepsvereniging	☐	☐	☐	☐

Nu volgen een aantal vragen over het postnatale huisbezoek van de jeugdverpleegkundige aan de moeders. Probeer zo goed mogelijk voor de geest te halen hoe deze procedures zijn verlopen.

12. Hoe vaak geeft u bij het postnatale huisbezoek uitleg over de EPDS?

- ☐ (bijna) nooit
- ☐ soms
- ☐ vaak
- ☐ (bijna) altijd

13. Hoe vaak heeft de jeugdarts een verhoogde of afwijkende score (9 of hoger) met u besproken in de afgelopen 3 maanden?

- ☐ nooit
- ☐ 5 keer of minder
- ☐ 6-10 keer
- ☐ 11-20 keer
- ☐ meer dan 20 keer

14. Hoeveel huisbezoeken heeft u het afgelopen jaar gebracht in verband met een verhoogde of afwijkende EPDS-score (9 of hoger)?

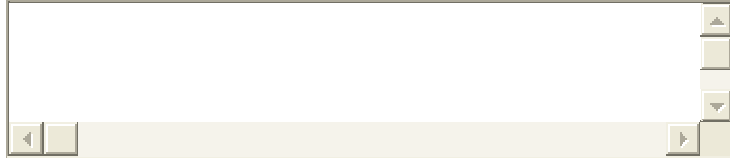
15. Als u een moeder n.a.v. het huisbezoek wilt doorverwijzen, wat is dan uw gebruikelijke werkwijze? *u kunt meerdere antwoorden kiezen.*

- ☐ moeder mondeling adviseren
- ☐ telefonisch contact opnemen met de huisarts
- ☐ contact opnemen met jeugdarts
- ☐ een verwijsbrief schrijven voor de huisarts
- ☐ n.v.t.
- ☐ anders namelijk:

16. Ervaart u problemen met het werken met de EPDS-vragenlijst?

- ☐ ja namelijk:
- ☐ nee

17. Heeft u zelf nog andere opmerkingen of suggesties over het werken met de EPDS?



Verder

Dit is het einde van de vragenlijst, hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Carlijn Olde Reuver of Briel

Bijlage 6: Consultatiebureauassistent

Beste consultatiebureauassistent,

In 2008 is er op consultatiebureaus in Twente geleidelijk begonnen met het gebruiken van de EPDS-10 (Edinburgh Postnatal Depression Scale-10) voor screening op Postpartum Depressie (PPD). Moeders vullen voorafgaand aan de consulten bij 1, 3 en 6 maanden de vragenlijst in. Deze EPDS bevat 10 vragen waarin wordt gesteld hoe de vrouwen zich hebben gevoeld in de laatste 7 dagen. Bij elke vraag kan men 0 tot 3 punten scoren. Bij een score van 9 of hoger vinden er vervolgacties plaats. Bij een score van 15 punten of hoger is er waarschijnlijk sprake van een postpartum depressie.

Met deze vragenlijst zal worden onderzocht in hoeverre de EPDS-vragenlijst gebruikt wordt.

Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 5 minuten van uw tijd in beslag nemen. Uw gegevens zullen anoniem worden verwerkt.

Wilt u de vragenlijst zo volledig mogelijk invullen? Als u twijfelt tussen antwoordcategorieën kies dan het antwoord dat het meest voor u van toepassing is.

1. Tot welke leeftijdscategorie behoort u?

- ☐ jonger dan 25
- ☐ 25-35
- ☐ 36-45
- ☐ 46-55
- ☐ ouder dan 55

2. In welke regio bent u grotendeels werkzaam?

- ☐ regio Enschede
- ☐ regio Hengelo
- ☐ regio Almelo

3. Was u voor de invoering van de EPDS-vragenlijst in 2008 al werkzaam in de jeugdgezondheidszorg in Twente?

- ☐ ja
- ☐ nee

4.

	zeer weinig				zeer veel
In hoeverre heeft u behoefte aan (extra) informatie over het werken met de EPDS-vragenlijst?	☐	☐	☐	☐	

5. Is het werken met de EPDS-vragenlijst als onderwerp gebruikt bij een werkoverleg in het afgelopen jaar?

- ☐ ja
- ☐ nee
- ☐ weet ik niet

6. Hoeveel moeders vullen de EPDS-vragenlijst meteen in de wachtkamer in?

- ☐ (bijna) geen enkele moeder
- ☐ een minderheid
- ☐ een meerderheid
- ☐ (bijna) alle moeders

7. Hoeveel moeders vinden het belastend om in de wachtkamer de EPDS-vragenlijst in te vullen, denkt u?

- ☐ (bijna) geen enkele moeder
- ☐ een minderheid
- ☐ een meerderheid
- ☐ (bijna) alle moeders
- ☐ weet ik niet

8. Hoe vaak deelt u, voorafgaand aan het consult van 1 maand, de EPDS-vragenlijst uit?

- ☐ (bijna) nooit
- ☐ soms
- ☐ vaak
- ☐ (bijna) altijd

9. Hoe vaak deelt u, voorafgaand aan het consult van 3 maand, de EPDS-vragenlijst uit?

- ☐ (bijna) nooit
- ☐ soms
- ☐ vaak
- ☐ (bijna) altijd

10. Hoe vaak deelt u, voorafgaand aan het consult van 6 maand, de EPDS-vragenlijst uit?

- ☐ (bijna) nooit
- ☐ soms
- ☐ vaak

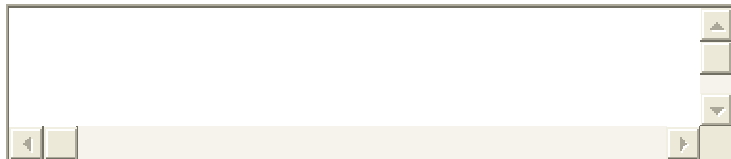
☐ (bijna) altijd

11. Ervaart u problemen met het werken met de EPDS-vragenlijst?

☐ ja namelijk:

☐ nee

12. Heeft u zelf nog andere opmerkingen of suggesties over het werken met de EPDS?



Dit is het einde van de vragenlijst, hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Carlijn Olde Reuver of Briel

Bijlage 7: opmerkingen of suggesties

Opmerkingen jeugdverpleegkundigen

- De arts werkt vnl met de lijsten en als die niet iemand naar ons verwijst hebben wij er weinig mee te doen
- Informatieblad om bij zuigelingenhuisbezoek te geven. Wij vertellen zoveel, dan kunnen ze het nog eens nalezen
- Vraag 9,10 en 11 zijn niet echt van toepassing voor een verpleegkundige, omdat het tijdens de artsen consulten wordt uitgedeeld en beoordeeld
- Ik vind het een nuttig instrument

Opmerkingen jeugdartsen

- Het afgelopen jaar was het geen ICT onderwerp, meer een jaar of 6 geleden wel. Naar aanleiding van deze ICT zijn we gaan werken met de EPDS
- Heel goed instrument om juist in korte tijd PND op te sporen. Als je in Twente aan de ouders vraagt hoe het gaat, gaat het bijna altijd goed. De lijst wordt volgens mij altijd heel eerlijk ingevuld en dan krijg je een heel ander beeld
- weinig toegevoegde waarde, vaak sociaal wenselijke antwoorden, hoe iemand overkomt zegt vaak meer. Mensen zijn vaak wat "formulierenmoe".
- sommige CB assistenten vergeten de lijst aan de moeders te geven; ook zijn er CB assistentes die het te belastend voor de moeder vinden dit in de wachtruimte in te vullen; buitenlandse ouders begrijpen de vragen vaak niet; als vaders meekomen en erbij zijn wordt het dan samen ingevuld; niet altijd betrouwbare antwoorden mijns inziens
- deze vragenlijst kan je niet goed invullen , onbetrouwbaar !! Ik ben cb arts en huisarts , betrouwbaarheid score in volle wachtruimte onvoldoende ! Kwestie van aanvoelen, communiceren. Voor mij heeft EPDS geen zin.