

## In blijde verwachting....?!!

Psychologische hulpverlening in verloskundigenpraktijken Gelderse Vallei  
Pilotstudie



**Colofon**

Dit is een publicatie van Stichting OOGG. Het onderzoek is verricht in samenwerking met de verloskundigenkring Gelderse Vallei.

**Auteurs:**

Brigitte Tebbe, verloskundige, student master verloskunde

Carry Munnikhof, verloskundige

Franka Cadee, verloskundige

Drs. Cisca Zwiép, eerstelijnspsycholoog

Dr. Jantien Heideman, adviseur

Lienden, januari 2010

Het rapport is op te vragen bij:

Stichting OOGG

Voorstraat 8

4033 AD Lienden

0344-609911

[info@oogg.nl](mailto:info@oogg.nl)

[www.oogg.nl](http://www.oogg.nl)

## Voorwoord

Het onderzoek is ten einde maar het project gaat door! Dit zeiden de projectleiders en deelnemers na afloop van het onderzoek van het project: "Psychologische hulpverlening in verloskundigenpraktijken Gelderse Vallei". Wat kun je nog meer wensen... Een project dat begon als pilot en dat door zowel de verloskundigen en de psychologen als door de cliënten als zeer positief werd ervaren. Zo positief dat de nieuwe vorm van hulpverlening die in dit rapport beschreven wordt als vanzelf is gecontinueerd nadat de projectperiode ten einde was. Hieraan is het succes van deze nauwe samenwerking tussen verloskundigen en eerstelijnspsychologen af te lezen.

In dit project is veel inzet geleverd door het veld. Zowel door de twee verloskundigen (Franka Cadee en Carry Munnikhof) die zich als opeenvolgende projectleiders zeer hard hebben ingespannen voor dit project als door de eerstelijnspsycholoog (Ciska Zwiep) die in de projectgroep betrokken was. Uiteraard moeten we de verloskundigen en de eerstelijnspsychologen van de deelnemende praktijken op deze plek ook bedanken. Zonder hen was de hulpverlening niet tot stand gekomen. Brigitte Tebbe heeft als student van de Masteropleiding Verloskunde (UVA) de data van dit onderzoek geanalyseerd en dit rapport geschreven.

Als adviseur bij Stichting OOGG heb ik dit project vanaf het begin mogen begeleiden. Na een lange weg mag het resultaat er zijn. Een hele verloskundigenkring die actief de psychosociale hulpverlening heeft aangepakt. Psychologen die zich hebben open gesteld voor hulpverlening aan een specifieke groep cliënten. Een samenwerking die zich heeft verdiept door het houden van intervisiebijeenkomsten waarin men elkaar heeft bijgeschoold op elkaars vakgebied. Een vanzelfsprekende samenwerking die een voorbeeld is voor afstemming en wederzijds respect.

Persoonlijk ben ik trots op wat de hulpverleners in de Gelderse Vallei tot stand hebben gebracht. Het is dan ook vermeldenswaardig dat het project vervolgd wordt. Niet alleen in de dagelijkse praktijk middels de voortgang van de geïnitieerde samenwerking, maar ook in de vorm van een praktische richtlijn. Deze wordt op dit moment door de verloskundigenkring in samenspraak met de psychologen ontwikkeld. De richtlijn kan door iedereen worden gebruikt met plannen voor psychologische hulpverlening in de verloskundigenpraktijk.

De positieve conclusies van het onderzoek naar deze nieuwe vorm van hulpverlening kunt u vinden in hoofdstuk 8 op pagina 30. Ik wens u, mede namens Brigitte Tebbe en de overige auteurs, veel plezier bij het lezen van dit rapport.

Dr. Jantien Heideman, adviseur Stichting OOGG  
Voorstraat 8  
40 33 AD Lienden  
[www.oogg.nl](http://www.oogg.nl)



## Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	7
2. Onderzoeksvragen.....	8
3. Participanten .....	8
4. Interventie .....	9
5. Onderzoeksdesign en methoden .....	9
5.1 Algemeen.....	9
5.2 Voormeting .....	9
5.3 Procesregistratie.....	10
5.4 Cliëntenevaluatie .....	11
5.5 Analyse .....	11
6. Resultaten.....	11
6.1 Voormeting .....	12
6.1.1 Inventarisatie psychische klachten / verwachtingen omtrent impact klachten .....	12
6.1.2. Voorkeur voor steun of begeleiding van de klachten .....	14
6.1.3. Ervaringen ontvangen hulpverlening.....	16
6.2 Procesregistratie.....	17
6.2.1 Inventarisatie problemen en klachten tijdens de zwangerschap.....	18
6.2.2 Verwachte problemen n.a.v. ervaren klachten.....	19
6.2.3. Overleg.....	20
6.2.4. Diagnose .....	21
6.2.5. Begeleiding / behandeling.....	21
6.2.6. Adviezen voor verdere begeleiding.....	22
6.2.7. Tijdsverloop en feedback .....	22
6.3 Cliëntenevaluatie .....	24
6.3.1. Beoordeling Informatievoorziening.....	24
6.3.2 Cliëntenwaardering samenwerking en organisatie .....	24
6.3.3. Evaluatie effecten en organisatie hulpverlening.....	25
7. Discussie.....	28
8. Conclusie .....	30
9. Aanbevelingen .....	30
Referenties .....	33
Bijlage 1: Verzekeringen deelnemers.....	35
Bijlage 2: Evaluatie van de samenwerking verloskundigen en ELP zoals naar voren kwam tijdens intervisiebijeenkomsten.....	36
Bijlage 3: Focusgroepinterview .....	38



# 1. Inleiding

*Psychische en psychosociale klachten komen veelvuldig voor onder cliënten van verloskundige praktijken. In de algemene bevolking meldt tussen de 10 en 30 procent van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd hier last van te hebben. (CBS/JGZ, [www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl)). De verloskundige kring Gelderse Vallei is samen met een groep eerstelijnspsychologen uit de regio een samenwerkingsverband aangegaan voor de behandeling van psychische klachten van cliënten in de eerstelijns verloskundigenpraktijk. De hier beschreven studie geeft inzicht in de uitgevoerde hulpverlening en beschrijft de wenselijkheid van, de effectiviteit en de ervaringen met deze nieuwe vorm van hulpverlening binnen het samenwerkingsverband van verloskundigen en eerstelijnspsychologen.*

De prevalentie van psychische klachten in een eerstelijns zwangerenpopulatie is in Nederland niet precies bekend. Binnen het Generation R onderzoek is onder zwangere vrouwen gemeten hoe vaak depressie en angstklachten voorkwamen. In deze –vooral eerstelijns- populatie deden deze klachten zich bij ruim 16 procent van de vrouwen voor (Van den Berg, 2009).

Zwangerschap verhoogt het risico voor het krijgen van psychische klachten door biologische en sociale factoren (Wewerinke, 2006; Parry, 2001; Burt, 2002). Zo werd dit ook ervaren door sommige vrouwen die aan deze studie meededen: “Zwangerschap zet je leven op zijn kop”. In de praktijk is er een forse toename aan psychiatrische opnamen in de periode rond de zwangerschap (Cadee, 2006).

Detectie en behandeling van psychische klachten in de zwangerschap zijn van belang, omdat onbehandelde klachten kunnen leiden tot vermindering van de maternale kwaliteit van leven en ook de ontwikkeling van het kind negatief kunnen beïnvloeden (Wewerinke, 2006). Opvallend is het verband van psychische klachten tijdens de zwangerschap met het ontstaan van postnatale depressie (Söderquist, 2009)(Lee, 2007), chronische psychiatrische klachten (Wijnen, 2005), pijnbestrijding (en sectio caesarea (Saunders, 2006), excessief huilen door de baby (Van der Wal, 2007), verstoord ouder-kindcontact (Orhon, 2007), (Brockington, 2004), cognitieve en emotionele ontwikkelingsstoornissen bij het kind (Murray & Cooper, 1997 en Ross, 2006). Er lijkt een verband te bestaan tussen psychische klachten en obstetrische uitkomsten, maar de resultaten van onderzoek zijn heterogeen en risicoschattingen lopen uiteen.

Psychische klachten bij zwangere vrouwen vergen een professionele reactie en interventie van verloskundigen. Vanuit het oogpunt van de volksgezondheid biedt perinatale zorg een unieke kans om ongedetecteerde psychische problematiek te identificeren, vooropgesteld dat zorgverleners daarvoor adequaat zijn opgeleid (Priest, 2008). De zoektocht naar een definitie van de rol van de verloskundige bij psychische problematiek in de zwangerschap en postpartum is in volle gang. Niet alleen in de Nederlandse verloskundigenpraktijk, maar ook elders wordt hier momenteel onderzoek naar gedaan (ICM congres 2008).

## 2. Onderzoeksvragen

Dit rapport beschrijft de resultaten van het onderzoek *Psychologische hulpverlening in verloskundigenpraktijken Gelderse Vallei* aan de hand van de volgende algemene onderzoeksvragen:

### Voormeting

- Met welke psychische dan wel psychosociale problematiek hebben zwangere vrouwen tijdens de zwangerschap te maken?
- Welke hulpvraag hebben zwangere vrouwen?
- Hoe ervaren zwangere vrouwen de bestaande hulpverlening?

### Procesregistratie

- Welke psychische dan wel psychosociale problematiek speelt er bij zwangere vrouwen die in het project participeren?
- Wat is de verwachte impact van de problematiek op de zwangerschap, de bevalling en het kraambed?
- Hoe ziet het proces van de hulpverlening in het project *Psychologische hulpverlening in verloskundigenpraktijken Gelderse Vallei* er uit?

### Cliëntenevaluatie

- Hoe beoordeelt men de informatievoorziening rondom het project?
- Welke voor- en nadelen ziet men van de samenwerking tussen verloskundigen en eerstelijnspsychologen?
- Hoe effectief wordt de hulpverlening door de verloskundige en de eerstelijnspsycholoog beoordeeld?.
- Hoe tevreden is men over de organisatie van het project?
- Hoe tevreden is men over de werkwijze van de eerstelijnspsycholoog?

## 3. Participanten

De participanten in het project zijn de cliënten van de volgende verloskundigenpraktijken:

- Verloskundigen Praktijk De Bakermat Wageningen
- Verloskundigenpraktijk EVA Ede
- SIFRA Verloskundigen Ede
- Maatschap Verloskundigen Veenendaal
- Verloskundigen Praktijk Barneveld

Deelnemende psychologen(praktijken):

- PCC Wageningen: Nienke Kuipers, Beatrix Kunz
- Psychologen Centrum Wageningen: Jorine Nederlof
- Spectrum Praktijk voor Eerstelijnspsychologie: Cisca Zwiep
- Psychologiepraktijk Jolande Zewuster
- Psychologen Praktijk Brouwer: Mathilde Noordzij

Verloskundigen en psychologen van de Gelderse vallei werken in de plaatsen Wageningen, Ede, Veenendaal, Barneveld en omstreken. Dit gebied beslaat het zuidelijk deel van de geografische Gelderse Vallei. Ede is de grootste plaats met meer dan 100.000 inwoners. Daarna volgen Veenendaal (>60.000) Wageningen (>35.000) en Barneveld (30.000). Kenmerkend voor de bevolking is het grote aantal protestants-christelijke inwoners (uitzondering is studentenstad Wageningen). Aantal bevallingen in de eerstelijns verloskundigenpraktijken in deze regio is circa 2240 per jaar.

## 4. Interventie

De interventie van psychologische hulpverlening in het project bestond uit twee varianten:

- begeleiding van de zwangere vrouw door de verloskundige met de mogelijkheid om advies te vragen aan de eerstelijnspsycholoog
- behandeling door de eerstelijnspsycholoog zelf.

Voor instroom in het traject van psychologische hulpverlening kwamen cliënten met milde psychische klachten in aanmerking. Cliënten met zwaardere problematiek werden op de gebruikelijke wijze verwezen naar de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Om praktische redenen was het niet altijd mogelijk de psychologen spreekkamerruimte in de verloskundigenpraktijken aan te bieden. De cliënten werden daarom in een aantal gevallen in de praktijken van de psychologen van het samenwerkingsverband behandeld.

## 5. Onderzoeksdesign en methoden

### 5.1 Algemeen

Het onderzoek werd uitgevoerd in de periode van najaar 2006 tot en met maart 2009. Het onderzoek bestond uit een:

- voormeting
- procesregistratie
- cliëntenevaluatie

Data werden verzameld met behulp van procesregistratieformulieren en vragenlijsten voor voormeting en cliëntenevaluatie. De vragenlijsten en registratieformulieren werden ontwikkeld door Stichting OOGG. Ze bevatten zowel open als gesloten vragen. Voor de samenstelling van de cliëntenevaluatie werd gebruik gemaakt van de gevalideerde vragenlijst *Chronische Patiënten Evalueren de Huisartsenpraktijk* (CEP).

Deelname van cliënten gebeurde op vrijwillige basis. Zij ontvingen informatie over het project in de verloskundigenpraktijken. Hiervoor werd projectspecifieke patiënteninformatie ontwikkeld, in de vorm van posters en een folder. Vóór deelname doorliepen cliënten de vereiste *informed consent* procedure, inclusief ondertekening van een toestemmingsformulier.

### 5.2 Voormeting

De voormeting vond plaats vlak voordat het samenwerkingsverband met de psychologen was geëffectueerd (najaar 2006). De groep vrouwen (N=62) die hieraan deelnam, fungeerde als controlegroep voor de groep vrouwen die instroomde in het pilotproject. Beide groepen vulden dezelfde vragenlijst in, waarmee de invloed van de geboden hulp op het psychisch welbevinden en eventueel noodzakelijke verwijzingen naar de tweedelijns GGZ kon worden gepeild.

De vragenlijst van de voormeting bestond uit de volgende 3 concepten:

- *Inventarisatie van het soort psychische of psychosociale problematiek*, of die voor of tijdens de zwangerschap al dan niet aanwezig was en in hoeverre die invloed had op zwangerschap, bevalling en kraambed (15 items).
- *Inventariseren hulpvraag*, in verleden/ heden/ toekomst, formeel of informeel (2 items)
- *Effectiviteit van hulpverlening door verloskundigen, eerstelijnspsycholoog en andere hulpverleners* (11 items; 7 puntsschaal die aangeeft in hoeverre hulpverlening invloed had op klachten, zorgen of problemen)

De overige 5 items zijn voor registratie van algemene gegevens.

De deelnemende verloskundigenpraktijken deelden gedurende één maand de vragenlijsten aan alle cliënten uit. Alle cliënten kwamen hiervoor in aanmerking, ook degenen zonder

tekenen van psychische problematiek. Deelname geschiedde op basis van vrijwilligheid.

### 5.3 Procesregistratie

Met de procesregistratie werd het hulpverleningstraject van verloskundigen en psychologen opgetekend. Hiervoor kwamen alle cliënten in aanmerking die zich met psychische klachten presenteerden en (een deel van) het stroomschema op pagina 17 hebben doorlopen.

De procesregistratie bestaat uit algemene gegevens van de cliënten en vijf concepten:

- Ervaren problematiek (stap 1a stroomschema). Dit formulier werd door zowel de verloskundige als de eerstelijnspsycholoog ingevuld. Het formulier bevatte 51 items over het soort klachten of problemen, verdeeld in negen categorieën:
  - zakelijk en werk/opleidingsproblemen
  - problemen met de gezondheid of door de obstetrische voorgeschiedenis
  - relationele problemen
  - identiteits- en zingevingsvraagstukken
  - stoornissen van cognities en gedrag
  - spannings- en angstklachten
  - stemmings- en waarnemingsklachten
  - persoonlijkheidskenmerken

Hier zijn 2 items aan toegevoegd:

- welke klacht is het belangrijkste volgens respectievelijk de verloskundige en de eerstelijnspsycholoog
- is behandeling ingezet en zo ja, door wie

Tot slot geven respectievelijk de zwangere vrouw, de verloskundige en de eerstelijnspsycholoog aan op een 6-puntsschaal welke impact zij verwachten van de problemen tijdens de zwangerschap, de bevalling en het kraambed. Zowel formulier 1 als 2 werden ingevuld zodra cliënte in aanmerking kwam voor instroom in één of meerdere stappen in het hulpverleningstraject.

- Overleg verloskundige en zwangere met betrekking tot de gesignaleerde problemen (stap 1b stroomschema). Hierbij komt de inhoud van het overleg aan de orde: uitleg over de mogelijkheid van begeleiding door de eerstelijnspsycholoog, welke hulpverlening de zwangere vrouw wenst en de toestemming van de zwangere voor informatieoverdracht en ondertekening van het informed consentformulier (2 items).
- Overleg tussen verloskundige en eerstelijnspsycholoog voorafgaand aan instroom van zwangere vrouw in het hulpverleningstraject (stap 2 stroomschema). Hierbij komen aan de orde: over welke onderwerpen werd gesproken, de vorm van het overleg, tot welke interventie is besloten en of er een verwijfsbrief van de huisarts is gevraagd (5 items).
- Consultatie van eerstelijnspsycholoog door verloskundige, zonder dat de eerstelijnspsycholoog de zwangere vrouw ziet (stap 3a stroomschema). Het formulier bevat: 2 items over de inhoud en de vorm van het overleg tussen verloskundige en eerstelijnspsycholoog en 2 items voor de wijzigingen in het behandeltraject en de reden daarvoor.
- Hulpverleningstraject eerstelijnspsycholoog. Dit werd ingevuld na afloop van de behandeling/begeleiding van de eerstelijnspsycholoog (stap 3b t/m 6 stroomschema). Met dit formulier worden het aantal behandelcontacten, de plaats en datum van behandeling geregistreerd, het diagnostisch proces, feedback naar de verloskundige, het begeleidingsproces/behandelproces, eventuele verwijzing naar de tweedelijns psychologische hulpverlening en feedback naar de huisarts (21 items).

## 5.4 Cliëntenevaluatie

Voor de cliëntenevaluatie werd een vragenlijst uitgedeeld aan alle cliënten die in het project betrokken zijn geweest. Dat gebeurde tijdens het kraambed. De formulieren werden weer ingenomen bij de nacontrole (circa 6 weken postpartum). De cliëntenevaluatie had 8 concepten:

- Informatievoorziening: hoe geïnformeerd, wanneer, welke informatie, beoordeling kwaliteit informatievoorziening (4 items)
- Beoordeling voor- en nadelen van de samenwerking tussen eerstelijnspsycholoog en verloskundigenpraktijk (1 open vraag)
- Ervaren effectiviteit van de hulpverlening van verloskundige (5 items; 7-puntsschaal)
- Ervaren effectiviteit van de hulpverlening van eerstelijnspsycholoog (5 items; 7-puntsschaal)
- Satisfactie met betrekking tot de organisatie van het project (7 items; 7-puntsschaal en 1 open vraag)
- Satisfactie met betrekking tot de werkwijze van de eerstelijnspsycholoog binnen het project (23 items; 7-puntsschaal en 1 open vraag)

## 5.5 Analyse

De data zijn ingevoerd in SPSS 17.0 door medewerkers van Stichting OOGG, door een verloskundige coördinator en door B. Tebbe. Data-analyse en rapportage zijn uitgevoerd door B. Tebbe onder begeleiding van Stichting OOGG.

De resultaten zijn beschrijvend van aard (percentages en mediaan). Om een betere interpretatie van de data mogelijk te maken zijn een aantal variabelen gedichotomiseerd. Voor een vergelijking tussen de verwachtingen van eerstelijnspsychologen en verloskundigen over de impact van de problemen op zwangerschap, kraambed en bevalling werd een Spearman's Rank Toets gebruikt. De consistentie van beoordeling van het aantal consulten voor behandeling en diagnostiek door verloskundige en psycholoog werd gemeten met Cohen's kappa.

Bij een aantal onderdelen van de procesmeting is sprake van een aanzienlijke non-respons. De non-respons is gelijk verdeeld over de groepen behandelde en niet-behandelde cliënten. Voor de interpretatie van de resultaten is gekozen voor gecorrigeerde percentages, waar de loss-to-follow-up geen invloed had op de resultaten. Bij de vaststelling van het aantal behandelingen werden de ongecorrigeerde cijfers voor de afzonderlijke groepen gebruikt.

Ook bij de cliëntenevaluatie is sprake van een grote uitval; de reden van de non-respons heeft hier wel te maken met de behandelstatus. Het zijn hoofdzakelijk niet-behandelde personen (of elders behandelde, maar niet geregistreerde personen), waarvan geen evaluatie is ontvangen. Omdat de vragen vooral terugsloegen op de effecten van behandeling, is ook hier gebruik gemaakt van gecorrigeerde cijfers.

## 6. Resultaten

## 6.1 Voormeting

De voormeting vond plaats in de periode voordat het samenwerkingsproject begon (najaar 2006). Aan de voormeting deden 62 vrouwen mee. Alle vrouwen van de deelnemende praktijken konden in principe meedoen, er werd niet geselecteerd op de aan- of afwezigheid van psychische klachten. De vragenlijst werd gemiddeld vijf dagen na hun bevalling ingevuld (spreiding 1-11 dagen postpartum) .

De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 30 jaar (spreiding 20-41 jaar; SD 4,8). Van deze vrouwen was 24.2% verzekerd bij Menzis, 9.7% bij VGZ, bij IZA/Univé 8.1% en 6.5 % bij het ZilverenKruis. Eén vrouw bleek onverzekerd (voor een volledig overzicht zie bijlage I).

In deze paragraaf komen achtereenvolgens aan de orde:

- Inventarisatie van het soort klachten dat zich had voorgedaan tijdens de zwangerschap (6.1.1)
- Verwachtingen omtrent de impact van de klachten (6.1.1)
- Voorkeur voor steun of begeleiding van de klachten (6.1.2)
- Ervaringen met de ontvangen hulpverlening (6.1.3)

### 6.1.1 Inventarisatie psychische klachten / verwachtingen omtrent impact klachten

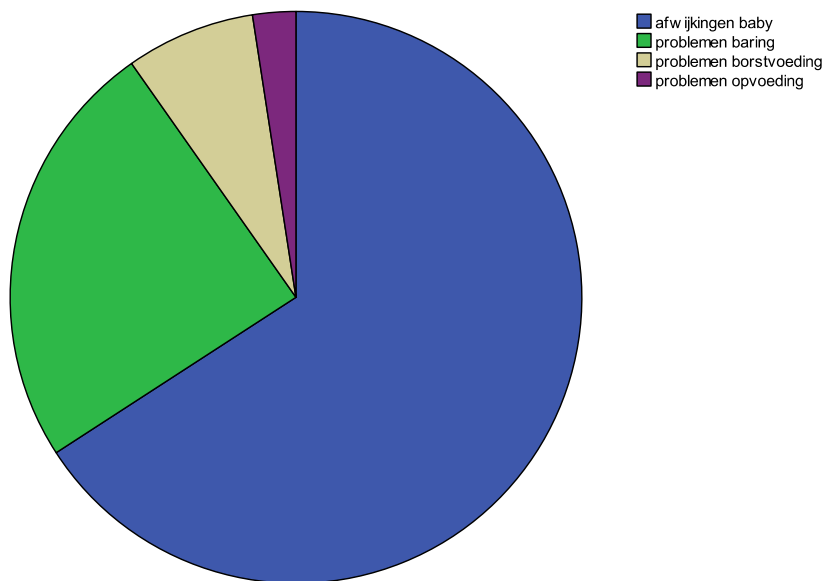
Tabel 6.1: Ervaren problemen tijdens de zwangerschap (n = 62)

Geïntervieweerd probleem	Ja % (n)	In zwangerschap ontstaan / verergerd % (n)*	Invloed van probleem op: % (mediaan)**		
			Zwangerschap	Beval-ling	Kraam-bed
Zorgen door eerder meegemaakte dingen	40.3 (25)	96 (24)	100 (3)	44 (1)	28 (1)
Aanpassing levensstijl	9.7 (6)	50 (3)	83.3 (3)	16.7 (1)	50 (1-2)
Aspecten zwangerschap of moederschap	66.1 (41)	68.3 (28)	73.1 (2)	56.1 (2)	21.9 (1)
Combi werk/ zwangerschap /moeder-schap en relaties	17.7 (11)	72.7 (8)	90.9 (2)	18.2 (1)	36.4 (1)
Psychische of somatische klachten	21 (13)	76.9 (10)	92.3 (3)	38.5 (1)	53.8 (2)

\*Onder invloed van de zwangerschap ontstonden de problemen of kwamen zij vaker voor

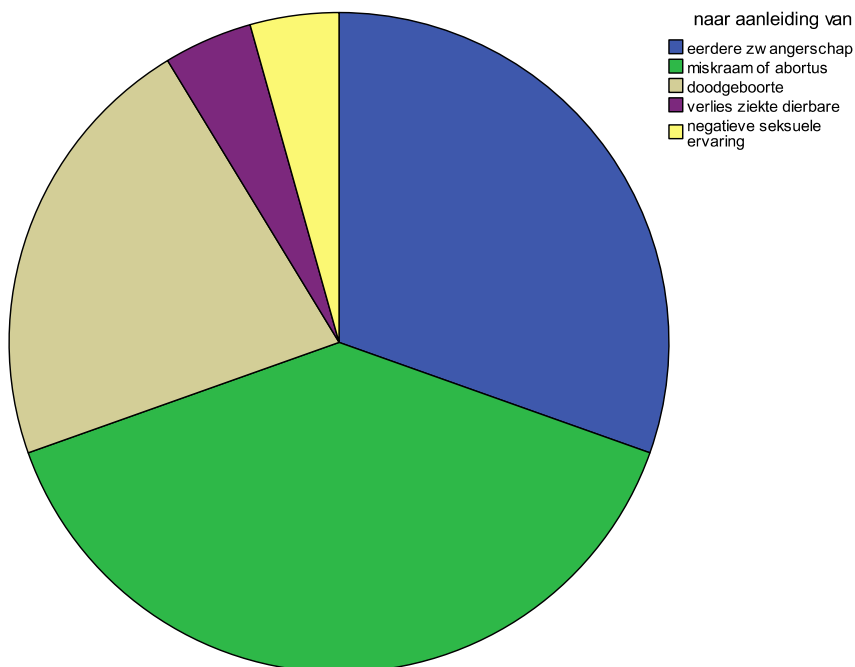
\*\*mediaan is een maat voor ordinale getallen. De mediaan is de middelste score van alle gemeten scores die op volgorde zijn gerangschikt. De scores bij deze meting :1= helemaal niet, 2=een beetje, 3=nogal, 4= tamelijk veel, 5= heel erg.

Tweederde van de vrouwen had zorgen omtrent specifieke aspecten van de zwangerschap of het moederschap gehad. Aanleiding daarvoor vormden meestal gedachten over mogelijke afwijkingen bij de baby (65.9%), mogelijke complicaties bij de baring (24.4%). In mindere mate maakten zij zich zorgen om eventuele problemen met de borstvoeding (24.4%) of de opvoeding van de kinderen (2.4%). Bijna de helft van de vrouwen had dergelijke zorgen ook al voor de zwangerschap (31.7%). Zowel de zwangerschap als de bevalling werden erdoor beïnvloed.



**Figuur 6.1. Zorgen omtrent specifieke aspecten van zwanger- of moederschap**

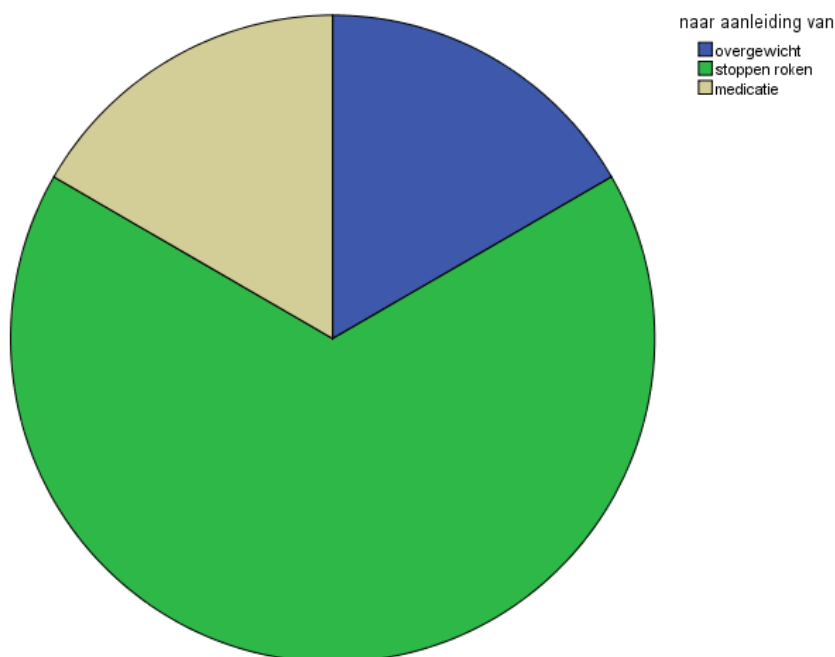
Veertig procent van de vrouwen gaf aan dat zij zich zorgen had gemaakt tijdens de zwangerschap door eerdere ervaringen. Meestal was dit naar aanleiding van eerdere obstetrische problemen: een miskraam of abortus (39.1%); een eerdere zwangerschap (30.4%) of een doodgeboorte (21.7%). Eén vrouw vanwege een negatieve seksuele ervaring en één vanwege het verlies van een dierbare. Bijna alle vrouwen vonden dat de zorgen door ervaringen uit het verleden tijdens de zwangerschap verergerden. In mindere mate hadden ze invloed op de bevalling en het kraambed



**Figuur 6.2. Zorgen door eerdere ervaringen**

Psychische klachten, zoals psychosomatische klachten, laag zelfbeeld en labiliteit kwamen voor bij 21 % van de vrouwen. Bij driekwart van deze vrouwen ontstonden de klachten tijdens de zwangerschap. Bijna alle vrouwen meldden dat ze daarop nogal veel impact hadden. Kraambed en bevalling werden minder beïnvloed.

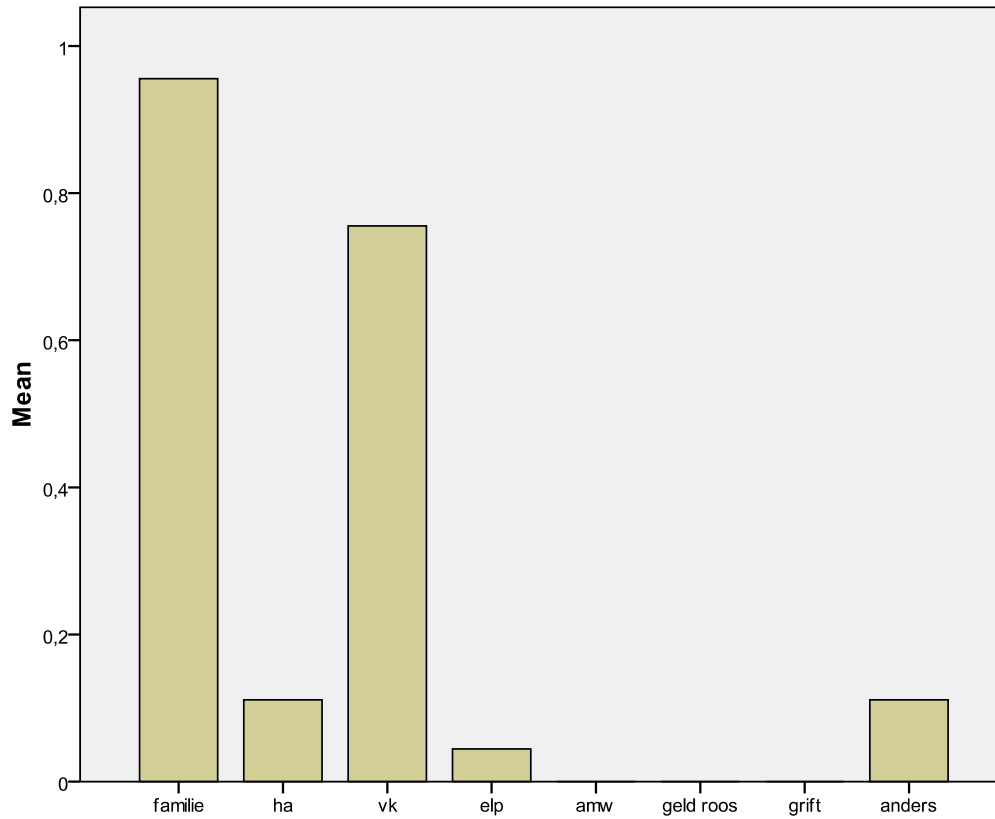
Problemen met de combinatie werk/zwangerschap/moederschap of verwachtingen of problemen met familie/vrienden of omgeving (waaronder agressief gedrag ) werden in totaal door 17.7% van alle vrouwen ervaren. De combinatie werk/zwangerschap/moederschap vormde het grootste probleem. Verwachtingen van familie of omgeving of problemen in de relatie met partner of directe familie waren een minder groot obstakel. Bij driekwart van de vrouwen verergerden of ontstonden deze problemen tijdens de zwangerschap. Ze hadden de grootste invloed op de zwangerschap. Eén op de tien vrouwen van de onderzoeksgroep had aanpassingsproblemen door veranderingen van de levensstijl. Het afbouwen of stoppen met roken was het lastigst (66%, n=4), letten op overgewicht en het afbouwen of stoppen met medicatie in mindere mate (17%). De helft van de vrouwen had ook voor de zwangerschap last van dergelijke aanpassingsproblemen. Deze problemen beïnvloedden de zwangerschap het meest.



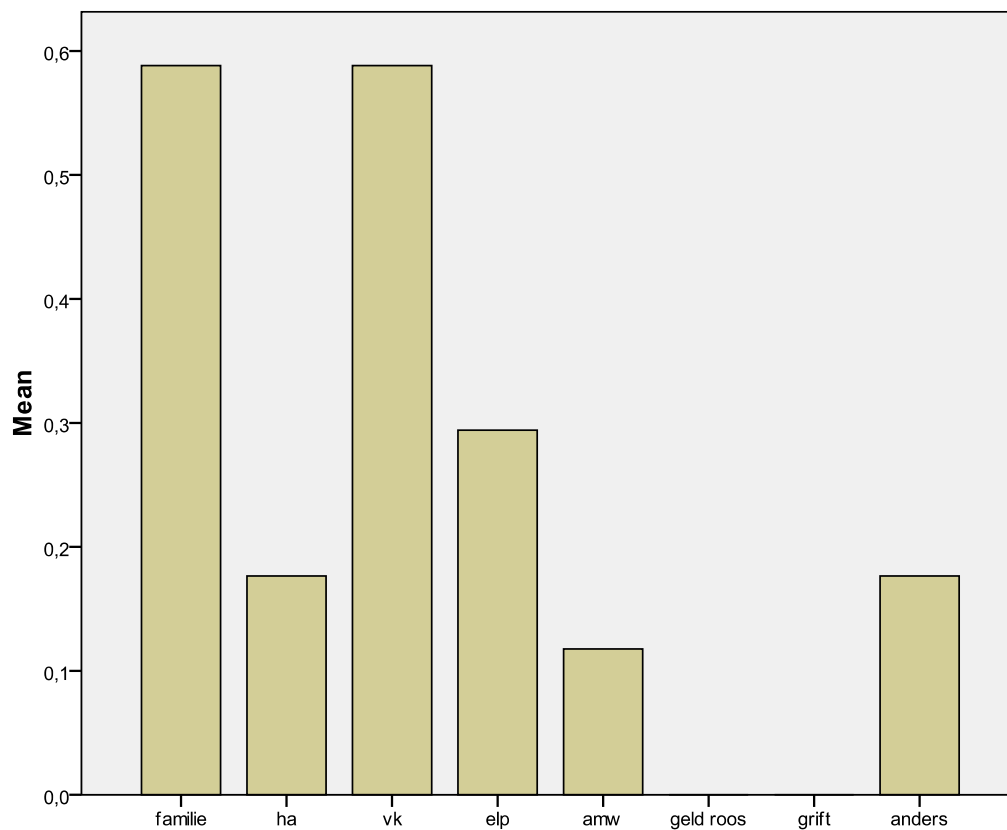
**Figuur 6.3. Aanpassingsproblemen door verandering leefstijl**

### 6.1.2. Voorkeur voor steun of begeleiding van de klachten

72.6% van de vrouwen die problemen, klachten of zorgen in de zwangerschap had, maakte dit bespreekbaar. Problemen werden meestal besproken in familieverband (95.6%) of tijdens een consult bij de verloskundige (75.6%). Iets meer dan een kwart van de vrouwen gaf aan extra begeleiding op prijs te stellen (27.4%). Steun door de familie werd zeer gewaardeerd, daarnaast is een belangrijke rol weggelegd voor begeleiding door de verloskundige (beide 58.8%). Ook begeleiding door een eerstelijnspsycholoog is een goede mogelijkheid(29.4%),



**Figuur 6.4. Personen, hulpverleners of instellingen waarmee problemen werden besproken**



**Figuur 6.5. Personen, hulpverleners of instellingen waarvan extra begeleiding werd gewenst**

### 6.1.3. Ervaringen ontvangen hulpverlening

Tabel 6.2. Invloed behandeling verloskundige op klachten volgens cliënten

Invloed behandeling verloskundige op klachten N=62	'Goed / zeer goed'	'voldoende' / 'ruim voldoende'	'Onvoldoende' / 'twijfelachtig'	'Geen mening' / 'niet van toepassing'	Mediane Score*
Vermindering psychische of psychosociale klachten	39.6%	27.6%	3.4%	29.3%	Goed
Prettig voelen gedurende langer tijd door behandeling	52.6%	22.1%	3.4%	22.0%	Goed
Klachten minder van invloed op zwangerschap	28.4%	28.4%	6.7%	36.7%	Ruim voldoende
Klachten minder van invloed op bevalling	33.9%	25.5%	3.4%	37.3%	Goed
Klachten minder van invloed op kraamperiode	34%	28.3%	1.7%	35.0%	Goed

\*Hierbij is de categorie 'geen mening/nvt' buiten beschouwing gelaten.

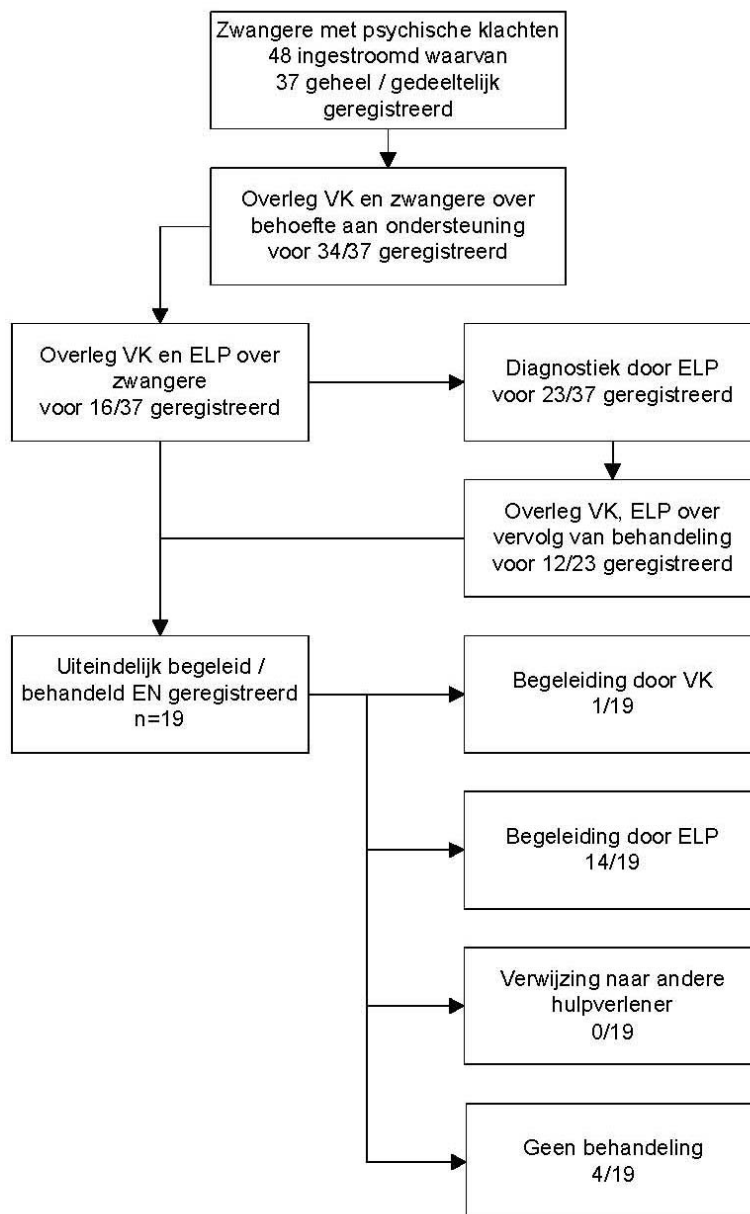
Ongeveer een derde van de vrouwen gaf aan geen mening te hebben of de behandeling of begeleiding van de verloskundige effect had op hun welbevinden, of zij vonden het gevraagde niet van toepassing. Tweederde van de vrouwen die er wel een mening over had, vond dat de behandeling of begeleiding door de verloskundige ervoor zorgde dat zij zich gedurende langere tijd prettig voelden. Ongeveer de helft van hen gaf aan dat de hulp van de verloskundige de psychische of psychosociale klachten verminderde, en dat de klachten daardoor zowel de zwangerschap, de bevalling en het kraambed minder beïnvloedden.

Over de effecten van de hulp door andere personen, hulpverleners of instellingen had ongeveer een kwart van de deelnemers een oordeel (zie tabel 6.3). Een kleine groep vond dat de behandeling van deze –meestal informele- hulpverlener de psychische klachten deed verminderen en dat zij minder invloed hadden op de zwangerschap, bevalling en kraambed.

Tabel 6.3. Invloed behandeling andere hulpverlener op klachten

Invloed behandeling andere hulpverlener op klachten N=62	'Goed / Zeer goed'	'Voldoende' / 'Ruim voldoende'	'Onvoldoende' / 'Twijfelachtig'	'Geen mening' / 'Niet van toepassing'
Vermindering psychische of psychosociale klachten	18.3%	4%	6.1	71.4%
Prettig voelen gedurende langer tijd door behandeling	16.3%	8.2%	4.0%	71.4%
Klachten minder van invloed op zwangerschap	12.2%	8.1%	2.0%	77.6%
Klachten minder van invloed op bevalling	8.2%	4%	6.1%	81.6%
Klachten minder van invloed op kraamperiode	14.6%	6.3%	4.2%	75.0%
Niet meer medicatie dan noodzakelijk	8.4%	4.2%	-	87.5%

## 6.2 Procesregistratie



In totaal zijn 48 vrouwen ingestroomd in het project. Dit was in de periode van september 2007 tot juli 2008. Dit zijn vrouwen, die zich tijdens de zwangerschap of het kraambed presenteerden op het spreekuur van de verloskundige met klachten die duiden op psychische of psychosociale problemen. Hun gemiddelde leeftijd was 30 jaar (SD 5.01; range 18-38 jaar). Uiteindelijk is voor 37 vrouwen een procesregistratieformulier ingevuld (respons=77%). Van deze 37 vrouwen bezaten de meesten de Nederlandse nationaliteit (89.2%), één vrouw was van Aziatische afkomst, één vrouw van Kaukasische afkomst. Ongeveer een derde van de deelnemers was verzekerd bij Menzis.

In deze paragraaf komen achtereenvolgens aan de orde:

- Inventarisatie aanwezige psychische klachten (6.2.1)
- Verwachte impact van de klachten voor zwangerschap, kraambed en bevalling (6.2.2)
- Overlegmomenten tussen cliënten, verloskundigen en eerstelijnspsychologen (6.2.3)
- Diagnose (6.2.4)

- Begeleiding / behandeling (6.2.5)
- Adviezen en wensen voor verdere begeleiding (6.2.6)
- Tijdsverloop en feedback (6.2.7)

### 6.2.1 Inventarisatie problemen en klachten tijdens de zwangerschap

De meest voorkomende psychische klachten die verloskundigen en eerstelijnspsychologen signaleerden bij deze 37 cliënten vallen onder de categorieën:

- spannings- en angstklachten
- stemmings- en waarnemingsklachten
- identiteits- en zingevingsvraagstukken
- relatieproblemen
- problemen met de obstetrische voorgeschiedenis

De deelnemers uit de procesregistratie meldden gemiddeld 6-7 problemen of klachten tegelijk (modus 7, range 3-20) (zie tabel 6.4)

Meer dan de helft van de vrouwen rapporteerden angstklachten (59.4%, n=22), 14 vrouwen hadden last van paniek (37.8%) en 11 vrouwen van stress/overspanningsklachten (29.7%). Depressie kwam ook bij meer dan de helft van de vrouwen voor (51.3%, n=19).

Vijftien van de vrouwen uit de onderzoeksgroep kampten met een laag zelfbeeld: 40.5%.

Verwerkingsproblematiek kwam bij 13 vrouwen voor (35.1%).

De meest voorkomende relationele problemen zijn problemen met ouders of kinderen bij 12 vrouwen (32.4%) en problemen met de partner bij 8 vrouwen (21.6%)

Ook de obstetrische voorgeschiedenis blijkt een aanzienlijke bron van zorgen: 8-22% van de vrouwen hadden problemen die hiermee te maken hadden. De ervaring van vorige bevallingen heeft de grootste impact.

Het totaal aantal gerapporteerde klachten is 215, waarvan 101 alleen door de verloskundige werden gesignaleerd (46.9%) en 38 alleen door de eerstelijnspsycholoog (17.6%). In 35.3% van de gevallen signaleerden beide disciplines hetzelfde probleem.

De klachten waar men tijdens de zwangerschap last van had, bleken vaak al voor de zwangerschap aanwezig te zijn. Dit constateerden zowel de eerstelijnspsychologen als de verloskundigen (resp. 48.7% en 38,5%) Tijdens de zwangerschap ontstonden nog nieuwe klachten; 30.7% volgens de verloskundigen en 20.5% volgens de eerstelijnspsychologen. Weinig tot geen klachten ontstonden tijdens het kraambed: 2.5%.

**Tabel 6.4. Inventarisatie problemen en klachten tijdens de zwangerschap**

Omschrijving probleem (%/n)	Verloskundige	Eerstelijns psycholoog	Beiden	Totaal
Zakelijk of werk/opleidingsproblemen	2.7/1	-	13.5/5	16.2/6
<b>Problemen met gezondheids(zorg)</b>				
Probleem acceptatie somatische ziekte	-	2.7/1	-	2.7/1
Verslaving	2.7/1	-	5.4/2	8.1/3
Lichamelijk/seksueel misbruik in verleden	-	-	8.1/3	8.1/3
Ziekte in gezin of familie	13.5/5	2.7/1	8.1/3	24.3/9
Overerfbare ziekten	-	-	-	-
Schadelijke medicijnen voor zwangerschap	2.7/1	-	-	2.7/1
Overige gezondheidsproblemen	10.8/4	8.1/3	5.4/2	24.3/9

Omschrijving probleem (%/n)	Verloskundige	Eerstelijns psycholoog	Beiden	Totaal
<b>Problemen met obstetrische voorgeschiedenis</b>				
Miskraam/dodgeboorte	5.4/2	2.7/1	-	8.1/3
Complicaties zwangerschap	2.7/1	2.7/1	5.4/2	10.8/4
Complicaties bevalling	5.4/2	-	16.2/6	21.6/8
Complicaties postpartum	2.7/1	2.7/1	8.1/3	13.5/5
Overige problemen eerdere zwangerschappen	8.1/3	-	2.7/1	10.8/4
<b>Relationele problemen</b>				
Huwelijks-partnerrelatieproblemen	8.1/3	5.4/2	8.1/3	21.6/8
Echtscheiding/verlating	2.7/1	-	5.4/2	8.1/3
Problemen met ouders/kinderen	13.5/5	10.8/4	8.1/3	32.4/12
Problemen met familie/kennissen/buren	10.8/4	-	2.7/1	13.5/5
Overige relatieproblemen	10.8/4	-	2.7/1	13.5/5
<b>Identiteits- en zingevingsvraagstukken</b>				
Gevoel van eigenwaarde	13.5/5	2.7/1	24.3/9	40.5/15
Verwerkingsproblematiek	13.5/5	8.1/3	13.5/5	35.1/13
Emotioneel misbruik	10.8/4	2.7/1	-	13.5/5
Religieus probleem	2.7/1	2.7/1	-	5.4/2
Overige	10.8/4	-	2.7/1	13.5/5
<b>Stoornissen cognities en gedrag</b>				
Seksuele problemen	5.4/2	-	-	5.4/2
Eetproblemen	-	-	-	-
Alcoholmisbruik/verslaving	8.1/3	-	2.7/1	10.8/4
Drugsmisbruik	-	-	-	-
Verslaving medicatie	-	-	-	-
Overige	-	-	-	-
<b>Spannings- en angstklachten</b>				
Stress- of overspanningsklachten	10.8/4	5.4/2	13.5/5	29.7/11
Posttraumatische stressklachten	2.7/1	-	2.7/1	5.4/2
Angstklachten	27/10	10.8/4	21.6/8	59.4/22
Panieklachten	18.9/7	-	18.9/7	37.8/14
Fobische klachten	5.4/2	2.7/1	5.4/2	10.8/4
Dwanggedachten/handelingen	2.7/1	-	2.7/1	5.4/2
Overige	10.8/4	5.4/2	-	16.2/6
<b>Stemmings- en waarnemingsklachten</b>				
Depressieve klachten	24.3/9	5.4/2	21.6/8	51.3/19
Psychotische klachten	-	-	-	-
Overige	-	2.7/1	-	2.7/1
<b>Persoonlijkheidskenmerken</b>				
Dwangmatige trekken	5.4/2	5.4/2	2.7/1	13.5/5
Afhankelijke trekken	10.8/4	5.4/2	2.7/1	18.9/7
Vermijdende trekken	8.1/3	2.7/1	-	10.8/4
Overige	5.4/2	2.7/1	-	8.1/3

### 6.2.2 Verwachte problemen n.a.v. ervaren klachten

Cliënten, verloskundigen en eerstelijnspsychologen hebben over de hele linie dezelfde verwachtingen over de ernst van de problemen tijdens zwangerschap, bevalling of postpartum. (Spearman's  $\rho > .50$ ;  $p < .05$ ). De meeste en meest ernstige problemen worden tijdens de zwangerschap en na de bevalling verwacht door zowel cliënten, verloskundigen als eerstelijnspsychologen. Eerstelijnspsychologen schatten de ernst van de problemen over de hele linie wat lager in.

**Tabel 6.5 Verwachte problemen n.a.v. ervaren klachten**

<b>Verwachte problemen tijdens zwangerschap*</b>			
	<b>geen-minimaal %</b>	<b>licht-matig %</b>	<b>ernstig-zeer ernstig %</b>
Zwangere vrouw	12	44	44
Verloskundige	10.3	41.3	48.3
Eerstelijns psycholoog	3.7	59.2	37

<b>Verwachte problemen tijdens bevalling</b>			
	<b>geen-minimaal %</b>	<b>licht-matig %</b>	<b>ernstig-zeer ernstig %</b>
Zwangere vrouw	23	50	27
Verloskundige	21.4	53.6	25
Eerstelijns psycholoog	14.8	70.3	14.8

<b>Verwachte problemen na bevalling</b>			
	<b>geen-minimaal %</b>	<b>licht-matig %</b>	<b>ernstig-zeer ernstig %</b>
Zwangere vrouw	16	28	56
Verloskundige	13.7	34.4	51.7
Eerstelijns psycholoog	11.1	48.1	40.7

\*De percentages zijn gecorrigeerd voor missende waarden

### 6.2.3. Overleg

#### **Overleg tussen verloskundige en cliënt**

Na inventarisatie van de problemen hadden verloskundige en cliënt een gesprek over het signaleerde probleem en de wensen en mogelijkheden over verdere begeleiding in het samenwerkingsproject (respons 92%, n=34). In driekwart van de gevallen werd tijdens dit gesprek uitleg gegeven over de mogelijkheid van begeleiding door de eerstelijnspsycholoog. Ook werd in de helft van de gevallen de wensen van de zwangere vrouw ten aanzien van verdere begeleiding gepeild. De voorkeur ging hierbij uit naar (meerdere mogelijkheden werden per persoon aangekruist):

- Begeleiding door de eerstelijnspsycholoog: 81.1%
- Begeleiding uitsluitend door de verloskundige: 16.2%
- Begeleiding door de verloskundige met de mogelijkheid voor consult bij de eerstelijnspsycholoog: 8.1%
- Begeleiding door familie of kennissen: 5,4%

#### **Overleg tussen eerstelijnspsycholoog en verloskundige**

Het overleg tussen eerstelijnspsycholoog en verloskundige voorafgaand aan de instroom in het behandeltraject is geregistreerd voor 16 van de 37 deelnemers (43%). Het overleg was geen verplicht onderdeel van het traject. Het overleg tussen verloskundige en eerstelijnspsycholoog werd het meest gebruikt voor bespreking van de gewenste of benodigde begeleiding of behandeling. Ook diende het om de problematiek of diagnose te verhelderen.

**Tabel 6.6. Inhoud overleg verloskundige en eerstelijnspsycholoog**

<b>Inhoud overleg VK en ELP %* (n=16)</b>	
Verheldering problematiek	62.5%
Gewenste/benodigde begeleiding of behandeling	81.3%
Bejegening	6.3%
Voorlichting over ziekte	-
Overleg over medicatie	-
Anders	12.5%

\*de hier weergegeven percentages zijn gecorrigeerd voor missende waarden

Dit overleg tussen verloskundige en eerstelijnspsycholoog werd meestal telefonisch gevoerd. Na dit overleg werd meestal overgegaan tot diagnostiek en begeleiding door de eerstelijnspsycholoog.

#### 6.2.4. Diagnose

Zowel de cliënt, verloskundige als eerstelijnspsycholoog maakten al in een eerder stadium een inschatting van de problemen (zie 6.2.1). Bij 23 deelnemers stelde de eerstelijnspsycholoog een definitieve diagnose. Hiervan zijn de hoofdcategorieën in onderstaande tabel weergegeven:

**Tabel 6.7. Definitieve diagnose door eerstelijnspsycholoog**

Diagnose %/n	
Aanpassingsproblematiek	13/3
Angststoornissen	30/7
Depressie	17.3/4
Laag zelfbeeld	8.6/2
Stress	8.6/2
PTSS	4.3/1
Relatieproblemen	4.3/1
Verwerkingsproblemen	8.6/2
Combinatie van klachten	4.3/1

Na de diagnose werd feedback aan de verloskundige over het adviesgesprek van de eerstelijnspsycholoog met de cliënt gegeven. Uit het kleine aantal registraties (n=13) valt te lezen dat de eerstelijnspsychologen vooral feedback gaven over de voorgestelde begeleiding. Ook belangrijke feedback was de diagnose en de door de zwangere gewenste begeleiding. In een enkel geval werd feedback gegeven over een behandelplan.

#### 6.2.5. Begeleiding / behandeling

##### ***Begeleiding / behandeling ingezet***

Van de vrouwen waarbij een diagnose werd gesteld (n=23), kreeg uiteindelijk bijna 80% extra begeleiding of een behandeling (19/23). Ruim 70% (14/23) van de vrouwen werd behandeld door de eerstelijnspsycholoog, conform het advies. Begeleiding en behandeling door de verloskundige werd aan 17 procent van de vrouwen geadviseerd, slechts 5 procent (1/19) kreeg die ook. De overige cliënten kregen geen extra begeleiding (4/19). (zie tabel 6.8). In de groep waarvan het registratieformulier niet werd ingevuld, was het aantal behandelingen lager, waardoor het aantal behandelingen in de hele groep op circa 60% komt.

**Tabel 6.8 Behandeling en begeleiding**

Discipline	Advies elp tav verdere begeleiding %*	Wensen zwangere tav begeleiding %*	Uiteindelijk ingezette begeleiding %*
Eerstelijns psycholoog	82.6	72.7	73.7
Verloskundige	17.4	18.2	5.3
Geen begeleiding	-	9.1	21.1

\*Alle percentages zijn gecorrigeerd voor missende waarden. Ruim 50% van de casussen werd geregistreerd

##### ***Inhoud van begeleiding / behandeling***

Bij ruim de helft van de deelnemers is door de eerstelijnspsycholoog geregistreerd of er een behandeling is ingezet (51%;n=19). De meeste behandelingen door de eerstelijnspsycholoog vonden plaats in de psychologen praktijk. De psychologen kozen relatief weinig voor de

verloskundigenpraktijk als lokatie voor voor diagnostiek (37%) en behandeling (5%).

**Tabel 6.9. Gemiddeld aantal contacten**

<b>Gemiddeld aantal contacten; SD/min-max</b>	
Ten behoeve van diagnostiek	1.29; SD 0.7 / 0-3
Tbv diagnostiek in verloskundigenpraktijk	0.48; SD 0.8 / 0-3
Tbv behandeling	2.92;SD 2.7 / 0-9
Tbv behandeling in verloskundigenpraktijk	0.17;SD 0.4 / 0-2

De registratie van het aantal behandelingen door verloskundigen en eerstelijnspsychologen vertoonde redelijke en significante overeenkomst (kappa 0.53).

### ***Uitgevoerde begeleiding / behandeling***

Er werd hoofdzakelijk cognitieve gedragstherapie als behandeling gegeven door de eerstelijnspsychologen. De consulten werden ook vaak gebruikt voor psycho-educatie en ondersteunende gesprekken. Alle behandelingen werden volgens plan uitgevoerd. Bij driekwart van de behandelingen deden zich daarbij geen problemen. In de overige gevallen ontstonden problemen met de uitvoering van de behandeling doordat de cliënt om verschillende redenen niet op de afspraak kwam, sneller geholpen wilde worden of ging bevallen.

### ***Effect begeleiding / behandeling***

Na behandeling verwachtten de eerstelijnspsychologen over het geheel genomen minder problemen tijdens de zwangerschap, de bevalling en het kraambed (tabel 6.10). Er is een duidelijke verschuiving van ernstiger naar mildere problematiek te zien (zie ook tabel 6.5). Ten opzichte van de situatie voor behandeling is het aantal ernstige klachten afgenomen; in de zwangerschap van 37% naar 16,7%, tijdens de bevalling van 14.8% naar 5% en postpartum van 40.7% naar 5%.

**Tabel 6.10. Verwachte problemen na behandeling door eerstelijnspsycholoog**

<b>Verwachte problemen tijdens</b>	<b>geen-minimaal %*</b>	<b>licht-matig %*</b>	<b>ernstig %*</b>
zwangerschap	16.7	66.6	16.7
bevalling	20	75	5
kraambed	25	70	5

\*Alle percentages zijn gecorrigeerd voor missende waarden

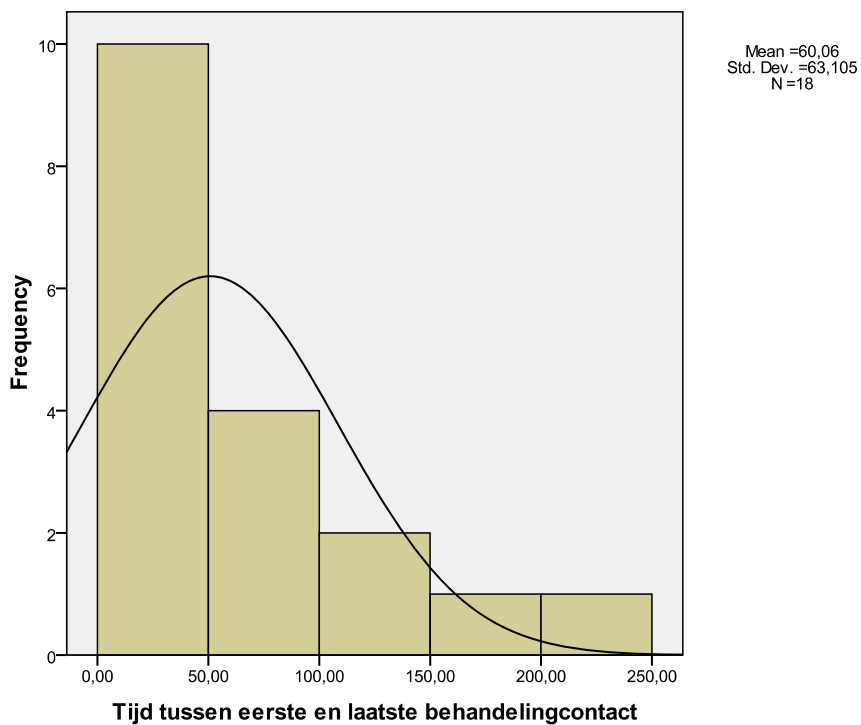
### **6.2.6. Adviezen voor verdere begeleiding**

Na de afronding van de initiële behandeling adviseerde de eerstelijnspsycholoog in het grootste deel van de gevallen een voortzetting van de ingezette begeleiding. In 40% van de gevallen werd geadviseerd om deze begeleiding te laten uitvoeren door de eerstelijnspsycholoog en in 15% door de verloskundige. In enkele gevallen werd verdere begeleiding geadviseerd door de tweedelijns GGZ of door gezinszorg. Driekwart van de cliënten wenste na de initiële behandeling aanvullende behandeling. Hiervan wenste 10% begeleid te worden door de eerstelijnspsycholoog en 15% door de verloskundige.

### **6.2.7. Tijdsverloop en feedback**

Tussen het eerste en het laatste behandelcontact, geregistreerd door de eerstelijnspsycholoog, zat gemiddeld 60 dagen (SD 63.1; min-max: 12-226 dagen), met een mediaan\* van 40 dagen. Van tweederde van de behandelingen door de eerstelijnspsycholoog is feedback aan de huisarts gegeven.

\*De mediaan geeft hier een beter beeld dan het gemiddelde in verband met de scheve verdeling en de aanwezigheid van een klein aantal sterk afwijkende waarden



**Figuur 6.6. Tijd tussen eerste en laatste behandelcontact**

Tussen het gesprek van de verloskundige met de cliënt over de geïsignaleerde problematiek en het overleg van verloskundige en eerstelijnspsycholoog zat gemiddeld 15,6 dagen (SD 20,6; min-max 0-47 dagen), met een mediaan van 11 dagen. Tussen het gesprek van de verloskundige met de cliënt over de geïsignaleerde problemen en het eerste behandelcontact zat gemiddeld 17 dagen (SD 14,6; min-max 1-43 dagen), met een mediaan van 19,5 dagen.

## 6.3 Cliëntenevaluatie

De evaluatie werd ingevuld door 25 cliënten, dat is 68% van de cliënten die aan de procesmeting hebben meegedaan.

In dit hoofdstuk komt de beoordeling van de volgende onderdelen van de pilot aan de orde:

- Informatievoorziening: communicatiemiddelen, tijdstip, onderwerpen (6.3.1.)
- Samenwerking en organisatie algemeen (6.3.2)
- Organisatie en effecten hulpverlening (6.3.3)

### 6.3.1. Beoordeling Informatievoorziening

#### **Communicatiemiddelen**

Alle deelnemers werden door de verloskundige over het project geïnformeerd. Meestal gebeurde dat mondeling (96%). Daarnaast werd de praktijkfolder van de verloskundigenpraktijk als communicatiemedium gebruikt (32%), in een aantal gevallen was dat een speciale praktijkfolder over de dienstverlening van de eerstelijnspsychologen (8 %). Praktijkwebsites of speciale mailings werden niet ingezet als communicatiemiddel voor het project.

#### **Tijdstip**

In de meeste gevallen gaf de verloskundige pas voorlichting over het project als er klachten bij de cliënt werden gesignaleerd, die een indicatie vormden voor doorverwijzing naar de eerstelijns psycholoog (92%). De voorlichting over het project maakte meestal geen deel uit van de algemene praktijkinformatie.

#### **Onderwerpen**

Het vaakst werd bij de voorlichting uitleg gegeven over de begeleiding door de eerstelijnspsycholoog of over de begeleiding door de verloskundige met ondersteuning van de eerstelijnspsycholoog. Ook werd het overleg tussen de verloskundige en de eerstelijnspsycholoog besproken. Andere belangrijke punten van voorlichting waren de financiering van de psychische hulpverlening en de informatieoverdracht naar andere hulpverleners.

**Tabel 6.11. Voorlichting over het project**

Soort informatie	
uitleg over overleg tussen vk en elp	68%
uitleg over begeleiding door vk ondersteund door elp	52%
uitleg over begeleiding door elp	80%
uitleg over noodzaak verwijsbrief	20%
uitleg over financiering hulpverlening elp	32%
uitleg over informatie uitwisseling met andere hulpverleners	36%

Alle cliënten gaven de ontvangen informatie over het samenwerkingsproject een voldoende. Van hen vond 44% de informatie 'goed/zeer goed' en 56% vond het 'ruim voldoende/voldoende'.

### 6.3.2 Cliëntenwaardering samenwerking en organisatie

#### **Voordelen**

In antwoord op de vraag wat de voordelen van samenwerking binnen het project zijn, noemden de cliënten vooral de laagdrempeligheid. De eerstelijns psychologische hulpverlening was goed toegankelijk, ook al omdat er geen verwijzing van de huisarts voor

nodig was. Eenderde van de vrouwen gaf aan de stap voor het zoeken naar hulp zo minder groot te vinden.

Een ander voordeel vonden de vrouwen de samenwerking tussen de beide disciplines, omschreven als 'een fijn teamgevoel', 'korte lijnen', 'weten beide van probleem'.

Ook meenden zij dat problemen zo efficiënter konden worden aangepakt. Vooral de snelle behandeling wordt daarbij gewaardeerd, omschreven als: 'vroegtijdig onderkennen van problemen', 'snel ingrijpen', 'meer tijd voor psychische problematiek', 'betere aanpak', 'praktische handvatten'.

### **Nadelen**

De meeste vrouwen zagen geen nadelen in het samenwerkingsverband tussen psychologen en verloskundigen.

Als verbeterpunten werden genoemd:

- de psychologische hulpverlening aanbieden binnen de muren van de verloskundigenpraktijk
- dat verloskundigen ook de financiële kant van de hulpverlening kennen
- duidelijke afbakening van en communicatie over de respectieve rollen en deskundigheid van verloskundige en eerstelijnspsycholoog naar cliënten toe
- duidelijkheid over het interdisciplinair overleg, het omgaan met medische informatie en privacy
- zorg binnen project was gericht op zwangerschap, maar psychische zorg postpartum was ook welkom geweest
- informatieoverdracht over het probleem van verloskundige naar eerstelijnspsycholoog en vice versa optimaliseren.

### **Organisatie algemeen**

Cliënten vonden in het algemeen dat het samenwerkingsproject goed was georganiseerd.

Overige opmerkingen over de organisatie:

- de psychische hulpverlening voldoet aan de behoeften van vrouwen
- behandeling beïnvloedt zwangerschap, bevalling en kraambed positief
- huisbezoek door eerstelijnspsycholoog bij bedrust is prettig
- een poster in de wachtkamer is een goed middel om project psychische hulpverlening bekend te maken

## **6.3.3. Evaluatie effecten en organisatie hulpverlening**

### **Effecten hulpverlening verloskundige en psycholoog**

Cliënten ervaren over het algemeen positieve effecten van de psychische hulpverlening in de verloskundigenpraktijk. Er zijn geen grote verschillen te zien in de waardering van behandeling door de eerstelijnspsycholoog of door de verloskundige. Vrouwen merken duidelijk vermindering van klachten door de behandeling door verloskundige en eerstelijnspsycholoog en voelen zich gedurende langere tijd prettig. (zie tabellen 6.12 en 6.13). Het effect van de psychische hulpverlening is volgens cliënten het grootst tijdens de zwangerschapsperiode. Tijdens de bevalling en in het kraambed worden de effecten van de extra behandeling minder duidelijk gevoeld, cliënten hebben er vaker geen mening over of vinden dat dit niet van toepassing is.

**Tabel 6.12. Invloed behandeling verloskundige op klachten**

Invloed behandeling (%) N=25	Goed / Zeer goed	Voldoende / Ruim voldoende	Onvoldoende / twijfelachtig	Geen mening/nvt
Vermindering psychische of psychosociale klachten	44	40	8	8
Prettig voelen gedurende langer tijd door behandeling	48	36	8	8
Klachten minder van invloed op zwangerschap	32	48	12	8
Klachten minder van invloed op bevalling	24	40	16	20
Klachten minder van invloed op kraamperiode	32	24	8	36

**Tabel 6.13. Invloed behandeling eerstelijnspsycholoog op klachten**

Invloed behandeling (%) N=25	Goed / Zeer goed	Voldoende / Ruim voldoende	Onvoldoende / twijfelachtig	Geen mening/nvt
Vermindering psychische of psychosociale klachten	45.8	41.7	8.4	4.2
Prettig voelen gedurende langer tijd door behandeling	45.8	37.5	8.4	8.3
Klachten minder van invloed op zwangerschap	33.4	45.9	8.4	12.5
Klachten minder van invloed op bevalling	20.9	37.5	-	41.7
Klachten minder van invloed op kraamperiode	20.9	29.2	8.3	41.7

### **Evaluatie organisatie hulpverlening psycholoog**

De deelnemers die hulp ontvingen van de eerstelijnspsycholoog beoordelen de organisatie van het project vrijwel allemaal positief, een meerderheid vindt de organisatie 'goed- zeer goed'. De overdracht van informatie tussen verloskundige en eerstelijnspsycholoog zou een verbeterpunt kunnen zijn, maar ook deze wordt door meer dan 80% van de cliënten met 'voldoende' tot 'goed' beoordeeld.

**Tabel 6.14. Organisatie hulpverlening psycholoog**

Organisatie project (%) N=25	Goed / zeer goed	Voldoende / Ruim voldoende	Onvoldoende / Twijfelachtig	Geen mening / nvt
Snel terecht op spreekuur	58.4	25	4.2	12.5
Tijdstip spreekuur prettig	54.2	29.2	4.2	12.5
Info-overdracht vk naar elp	54.2	37.5	8.3	-
Overeenkomst info vk en elp	54.2	33.3	4.2	8.3
Aantal contacten	70.8	25	-	4.2
Tijd tussen contacten	58.3	25	-	16.7
Plaats van behandelcontacten	75	25	-	-

### **Evaluatie werkwijze eerstelijnspsycholoog**

Een ruime meerderheid van de vrouwen die ingestroomd zijn in het project voor een behandeling, is tevreden tot zeer tevreden over de werkwijze van de eerstelijnspsycholoog (zie tabel 6.15). Dit geldt voor aspecten als: het verschaffen van informatie, betrokkenheid bij de cliënte, het mee laten denken over de klachten en behandeling, de kwaliteit van geboden

hulp en adviezen en de bejegening.

**Tabel 6.15. Werkwijze eerstelijnspsycholoog (ELP)**

Onderdeel werkwijze (N=25)	% goed / zeer goed
ELP helpt om klachten duidelijk te maken	56.5
ELP helpt om verloop klachten te begrijpen	60.9
ELP laat zien te begrijpen wat cliënte over klachten vertelt	60.8
ELP toont belangstelling voor cliënte als persoon	69.5
ELP op de hoogte van situatie thuis en op het werk	59.1
ELP laat cliënte meedenken over verklaring voor klachten	73.9
ELP overlegt met cliënte over behandelmogelijkheden	59.1
Cliënte kan soort zorg zelf uitkiezen	36.4
ELP neemt tijd om te praten met cliënte	78.3
ELP doet moeite om klachten te helpen verminderen	69.5
Adviezen van ELP zijn daadwerkelijk uit te voeren	60.9
ELP geeft cliënte kans om vragen te stellen	78.2
De ELP zegt duidelijk wat zijn/haar plan is	69.5
Cliënte vindt uitleg van ELP over doel behandeling belangrijk	47.8
Cliënte is overtuigd door ELP van belang van opvolging adviezen	65.2
Cliënte weet genoeg om zich thuis te kunnen redden	52.2
ELP geeft informatie over organisaties die kunnen helpen	21.7
ELP stelt cliënte gerust wat betreft haar klachten	60.8
ELP helpt cliënte om met klachten om te gaan	65.2
ELP heeft aandacht voor de gevolgen van klachten in dagelijks leven	65.2
ELP geeft steun aan partner of familie	13
ELP betreft partner of naasten bij consult	17.4
ELP heeft oog voor de gevolgen van klachten voor sociale omgeving	43.4

Voordelen van de werkwijze van de psycholoog die expliciet werden genoemd:

- de eerstelijnspsycholoog luistert goed
- behandeling is geruststellend
- je kunt werken aan jezelf zonder veroordeling van mensen uit je omgeving
- behandeling is ontspannend
- fijn persoon
- prettig dat het een vrouw was
- praktisch
- creëert rust
- rust en informatie zijn belangrijk om ballast kwijt te raken

Mogelijke verbeterpunten:

- Uitleg over de behandeling en het doel ervan. Slechts 48% van de vrouwen vind dit voldoende belicht.
- De eerstelijnspsycholoog lijkt minder genegen de partner of familie in de behandeling te betrekken of te steunen. Er zou meer aandacht kunnen zijn voor de gevolgen van de klachten van de cliënte voor de sociale omgeving. Bij het beantwoorden van vragen hierover vonden veel cliënten dat de vraag niet van toepassing was of ze hadden er geen mening over.

Een meerderheid van de cliënten vond dat een vrije keuze in de soort zorg niet prominent op de voorgrond stond. Ook verschaftte de eerstelijnspsycholoog niet vaak informatie over andere organisaties die hulp zouden kunnen bieden.

## 7. Discussie

Uit de internationale literatuur is bekend dat een aanzienlijk deel van de zwangere vrouwen kampt met psychische klachten. De resultaten van dit onderzoek stroken daarmee. Zo was in de steekproef van de voormeting te zien dat tweederde van de vrouwen problemen heeft met specifieke aspecten van het moederschap- of ouderschap en veertig procent vanwege de (obstetrische) voorgeschiedenis. Bij de interpretatie van de resultaten van dit onderzoek moet in acht genomen worden dat in de voormeting gebruik is gemaakt van zelfrapportages. Zelfrapportage kan een overschatting geven van het aantal psychische klachten (Halbreich, 2004).

Als er sprake is van psychische problematiek presenteren vrouwen zich vaak met een complex van klachten, gemiddeld 6-7 tegelijk. Het verschijnsel dat klachten bijna nooit alleen komen, stemt overeen met bevindingen in de literatuur (Burt, 2002; Andersson, 2004; Halbreich, 2004). Ook conform de internationale literatuur rapporteerden de vrouwen uit dit pilotproject het meest angst en depressieklachten. Deze twee categorieën komen vaak gelijktijdig voor.

De procesregistratie laat zien, dat een groot deel van de klachten al voor de zwangerschap bestond. Het aantal klachten dat zich voor het eerst aandient in de zwangerschap is volgens psychologen en verloskundigen circa 20-30%. Het aantal klachten dat in het kraambed ontstaat, is in deze studie erg klein. Dit laatste is niet in overeenstemming met de ervaringen in de praktijk en de literatuur. Uit een internationale systematische review blijkt dat alleen al het aantal vrouwen met postnatale depressie in de eerste drie maanden postpartum 19% bedraagt, waarvan 7% een ernstige depressie heeft (Gavin, 2006). De onderrapportage is toe te schrijven aan de opzet van deze studie, waarbij cliënten vooral tijdens het prenatale spreekuur werden geworven om in te stromen voor de procesregistratie. De cliëntenevaluatie vond plaats direct na de kraamtijd, waarbij de periode tot enkele maanden post partum, waarin de meeste depressies tot uiting komen, niet werd vervolgd.

Een beperking van dit onderzoek zijn de kleine aantallen deelnemers. Op basis van de in de literatuur gedocumenteerde percentages van psychische problematiek onder zwangere vrouwen, was door de onderzoekers geraamd dat binnen zes maanden 185 cliënten zouden instromen in de procesmeting. Uiteindelijk werden dit er 48, met een loss-to-follow-up van nog eens 11 cliënten. Het gebrek aan deelnemers voor dit onderzoek, reflecteert de tendens onder de algemene bevolking psychische problematiek te verwaarlozen, negeren of op eigen houtje op te lossen. Slechts 35% van de Nederlandse vrouwen met psychische problemen blijkt hiervoor hulp te zoeken, zo blijkt uit een grote Nederlandse studie van het Trimbos instituut. De aard van de stoornissen en het aantal psychische klachten spelen eveneens een rol bij het ontstaan van de hulpvraag. (Vollebergh et al, 2003). Bij de beoordeling van klachten en de keuze om de cliënt te laten instromen in dit project, kan hebben meegespeeld dat zwangerschap een life-event is, waarbij gemakkelijk aanpassingsproblemen optreden, die door de cliënt en ook de verloskundige niet worden herkend als psychische problemen. Veel van deze problemen zullen waarschijnlijk opgevangen zijn in de normale spreekuursetting van de verloskundige, zonder dat deze behandelingen werden geregistreerd. Dit geeft tegelijkertijd aan dat bij aanpassingsproblemen extra aandacht, voorlichting en goede coaching door de eigen verloskundige vaak al voldoende zijn.

Deze cijfers van de instroom in aanmerking nemend, zijn de hulpvraag en het aantal uiteindelijk uitgevoerde behandelingen in dit samenwerkingsproject relatief hoog. Van alle vrouwen die instroomden in het project, werd 60% behandeld voor haar klachten. In de groep geregistreerde en gediagnosticeerde cliënten ligt dit percentage hoger: 80%. Dit kan erop wijzen dat door het intensieve contact met de verloskundige tijdens de zwangerschap en de samenwerking met de eerstelijnspsychologen, de bereidheid voor psychische hulpverlening toeneemt.

De adviezen voor begeleiding door de eerstelijnspsycholoog, de wensen van de cliënt en de aantallen ingezette behandelingen kwamen sterk overeen. Ondanks het feit dat de adviezen voor begeleiding door de verloskundigen strookten met de initiële wensen van de cliënten, zag meer dan tweederde van de naar haar verwezen cliënten daar uiteindelijk vanaf. Dat er weinig werd gekozen voor behandeling en begeleiding van de psychische klachten door de verloskundige met eventuele consultatie van de eerstelijnspsycholoog, kan duiden op een beperkte acceptatie van deze nieuwe mogelijkheid. Ook kunnen verloskundigen hun eigen behandelcapaciteiten hebben onderschat. Maar Waarschijnlijker is dat vertekening is opgetreden, doordat het deel van de procesregistratie over consulten en behandeling werd ingevuld door de eerstelijnspsychologen. Waarschijnlijk hadden zij onvoldoende zicht op de behandelingen in de verloskundigenpraktijk en zijn er meer cliënten begeleid door de verloskundige, maar is dit niet geregistreerd. Overigens nam de bereidheid om door de verloskundige te worden begeleid voor de psychische klachten toe, na de initiële behandeling door de eerstelijnspsycholoog.

Verloskundigen constateren bij de procesregistratie twee tot drie keer zoveel klachten als de eerstelijnspsycholoog. Ook overschatten de verloskundigen de ernst van de psychische klachten. Een mogelijke verklaring hiervoor vormt de recent toegenomen aandacht en kennis van verloskundigen over de prevalentie en de impact van psychische problematiek. Als cliënten met klachten komen in de praktijk, worden zij eerder geclassificeerd als psychische klachten. Tijdens een van de intervisiebijeenkomsten voor dit project (zie bijlage 2) kwam eveneens ter sprake dat psychische problemen door verloskundigen lastig te herkennen en definiëren zijn door de complexiteit ervan. Psychische klachten bij hun cliënten kunnen -door relatieve onbekendheid met de materie- bij de verloskundige zelf ook stress, gevoelens van machteloosheid en onzekerheid oproepen, waardoor klachten heviger overkomen dan ze zijn.

De behandeling door de eerstelijnspsychologen vond vrijwel in alle gevallen in de psychologenpraktijk plaats en niet in de verloskundigenpraktijk, zoals het plan was bij aanvang van het project. Voor diagnose vond slechts 37% binnen de verloskundigenpraktijk plaats en voor behandeling slechts 5%. Dit gebeurde vooral om praktische redenen, zoals het ontbreken van extra spreekkamerruimte. Door de kleine cliëntenaantallen, vergde een consult in de eigen setting ook minder tijd en inspanning van de kant van de eerstelijnspsycholoog.

Voor de cliënten had het anders gemogen: de meesten ervoeren de mogelijkheid van psychische zorgverlening binnen het samenwerkingsverband als prettig, vanwege het ontbreken van drempels. Enkelingen uitten de expliciete wens om de gesprekken voor zwangere vrouwen binnen de muren van de verloskundigenpraktijk te laten plaatsvinden. Er zijn ook in de literatuur aanwijzingen dat zwangere vrouwen het liefst binnen de obstetrische praktijk worden geholpen voor hun psychische klachten (Goodman, 2009). Meer onderzoek is nodig om de wensen van zwangere cliënten op dit vlak in kaart te brengen. Privacy wordt door cliënten erg belangrijk gevonden. Een hoge mate van privacy zou drempelverlagend kunnen zijn voor behandeling. Onderzocht zou moeten worden op welke manier privacy te waarborgen is. Extra pluspunt van het samenwerkingsverband vonden cliënten dat een bezoek aan of verwijzing door de huisarts niet nodig was voor behandeling.

Bij cliënten bestaat behoefte aan een snelle behandeling. De tijd tussen het eerste en laatste cliëntencontact varieerde sterk: de meeste behandelingen vonden plaats binnen 40 dagen, maar er waren ook een aantal forse uitschieters met 226 dagen als maximum. Deze spreiding wordt grotendeels door de aard van de problematiek veroorzaakt. Wellicht valt er nog een efficiëntieslag te maken in de snelheid van overdracht en behandeling.

## 8. Conclusie

- Het samenwerkingsproject van verloskundigen en eerstelijnspsychologen is zowel door cliënten als de hulpverleners zelf positief beoordeeld, zowel inhoudelijk als organisatorisch. De hulpvraag en het aantal behandelingen na detectie van psychische problematiek is binnen het samenwerkingsverband hoog gebleken (60-80%), wat erop duidt dat het samenwerkingsverband in meerdere opzichten drempelverlagend werkt.
- Na behandeling wordt de impact van de psychische klachten op het verloop van zwangerschap, bevalling en kraambed duidelijk minder. De verloskundige cliënten voelen zich prettiger gedurende langere tijd. Ze zijn tevreden over de behandelingen, zowel door de verloskundige als de psycholoog .
- Vooral de laagdrempeligheid van de psychische hulpverlening wordt als winst van dit samenwerkingsproject gezien. Er is meer onderzoek nodig naar de invloed van psychische hulpverlening door de eerstelijnspsycholoog binnen de muren van de verloskundigenpraktijk op de toegankelijkheid en acceptatie voor hulp bij psychische klachten tijdens de zwangerschap.

## 9. Aanbevelingen

- Het is wenselijk om de tijd tussen het eerste gesprek met de cliënte over de aanwezige problematiek, het overleg met de eerstelijnspsycholoog en het eerste behandelcontact zo kort mogelijk te houden. Deze bedraagt nu twee tot drie weken. Voor sommige cliënten was de lange wachttijd in dit pilotproject reden om af te haken voor behandeling.
- Tijdens het project is ervaring opgedaan met interdisciplinaire kennisuitwisseling. Deskundigheidsbevordering door de eerstelijnspsychologen van dit project heeft ervoor gezorgd, dat verloskundigen tijdens deze pilot meer handvatten hebben gekregen om problematiek te diagnosticeren en hanteren. Dit geldt omgekeerd ook voor de psychologen, die door de verloskundigen werden geïnformeerd over de zwangerschap. Het verdient aanbeveling om wederzijdse professionele kennisuitwisseling te integreren in de activiteiten van een samenwerkingsverband tussen psychologen en verloskundige.
- Er is behoefte aan deskundigheidsbevordering voor verloskundigen om de mogelijkheden voor begeleiding te vergroten. Door een geprotocolleerde triage en beschikking over screeningsinstrumenten kan de verloskundige binnen een samenwerkingsverband gerichter en sneller een consult aanvragen bij de samenwerkende eerstelijnspsycholoog of doorverwijzen.
- Met een interdisciplinaire ontwikkeling van protocollen en richtlijnen, uitwisseling van kennis en samenwerking tussen de beroepsgroepen van psychologen en verloskundigen kan zorg op maat voor zwangere of pas bevallen vrouwen met psychische problemen worden ontwikkeld. Gezamenlijke, professionele protocollen kunnen de triage, overleg- en behandelprocedures ondersteunen en versnellen. Een consequente communicatie over behandelmogelijkheden in de respectieve praktijken en een duidelijke afbakening van expertise, zal de acceptatie voor behandeling van psychische klachten bij een eerstelijns zwangerenpopulatie vergroten. Een belangrijk resultaat van dit pilotproject is de ontwikkeling van een lokale interdisciplinaire richtlijn door verloskundigen en eerstelijnspsychologen van de Gelderse Vallei over de

begeleiding van psychische klachten rondom de geboorte. De onderzoeksresultaten van dit project en de KNOV-standaard *Prenatale verloskundige begeleiding* dienden hierbij als uitgangspunt.

- De privacy van cliënten moet gewaarborgd zijn. De overdracht van patiëntengegevens moet aan professionele standaarden voldoen en dit moet ook helder gecommuniceerd worden aan cliënten.



## Referenties

- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, et al. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2006;85:937-944
- Berg MP van den. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 2009;3:19-24.
- Brockington, I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004; 363: 303-310
- Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *J Clin Psychiatry* 2002;63 suppl 7:9-15
- Cadee F. Veel onduidelijkheid over psychische klachten in de zwangerschap. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 2006; (5):26-28
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005;106(11):1071-83.
- Goodman J. Women's Attitudes, Preferences, and Perceived Barriers to Treatment for Perinatal Depression. *Birth* 2009;36(1);60-69
- Halbreich U. Prevalence of mood symptoms and depression during pregnancy: implications for clinical practice and research. *CNS Spectrums* 2004;9(3):177-184
- Lee AM, et al. Prevalence, course and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics and Gynecology* 2007;110(5): 1102-1112
- Murray I, Cooper PJ. Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of disease in childhood* 1997;77:97-101
- Orhon FS, Postpartum mood disorders and maternal perceptions of infant patterns in well-child follow-up visits. *Acta Paediatrica* 2007;96:1777-1783
- Parry BL, Newton RP. Chronobiological basis of female-specific mood disorders. *Neuropsychopharmacology* 2001; 25 (5 suppl):102-108
- Priest. SR, Austin MP, Barnett BB, Buist A. A psychosocial risk assessment model (PRAM) for use with pregnant and postpartum women in primary care settings. *Arch Womens Ment Health* 2008;11:307-317
- Ross LE, McLean LM. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(8):1285-1298
- Saunders, Tracie A, et al. Prenatal maternal stress is associated with delivery analgesia and unplanned cesareans. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2006; 27(3):141 — 146
- Söderquist, J et al. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG* 2009; 116 (5): 672-680
- Vollebergh W.A.M., Graaf R. de, Have M. ten, Schoemaker C.G., Dorsselaer S. van, Spijker J., Beekman A.T.F. *Psychische stoornissen in Nederland, overzicht van de resultaten van Nemesis*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- Wal MF van der, et al. Stress and emotional problems during pregnancy and excessive infant crying. *J of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2007(6) ;431-437
- Wewerinke, A et al. Psychiatrische stoornissen bij zwangeren en kraamvrouwen. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2006;150 (6): 294-8

- Wijnen H. The Kempen study; aspects of maternal well-being and obstetrical outcome in relation to gestational thyroid function. Proefschrift universiteit van Tilburg

## Bijlage 1: Verzekeringen deelnemers

Verzekering	Percentage	Frequentie
Aevitae	1,6	1
Agis	3,2	2
Amersfoortse	1,6	1
Amicon	1,6	1
AON	1,6	1
Avero Achmea	3,2	2
Confior	1,6	1
CZ	3,2	2
Deltalloyd	1,6	1
DVZ	1,6	1
Niet verzekerd	1,6	1
Groenland Achmea	1,6	1
Groenland	1,6	1
Interpolis	1,6	1
IZA	8,1	5
IZZ	3,2	2
Menzis	24,2	15
Ohra	1,6	1
ONVZ	1,6	1
Prolife	3,2	2
Prolife Agis	1,6	1
Trias	3,2	2
Univé	8,1	5
VGZ	9,7	6
Zilveren Kruis	6,5	4
Zilveren Kruis Achmea	1,6	1
<b>Totaal</b>	<b>100,0</b>	<b>62</b>

## Bijlage 2: Evaluatie van de samenwerking verloskundigen en ELP zoals naar voren kwam tijdens intervisiebijeenkomsten

Auteur: Carry Munnikhof, verloskundige en coördinator project

### Intervisiebijeenkomsten

Er zijn een aantal bijeenkomsten geweest gedurende de looptijd van het project waarbij aanwezig: de deelnemende psychologen, verloskundigen en contactpersonen van de verschillende verloskundige praktijken, bij de laatste bijeenkomsten ook de stagiaire van de Masteropleiding Verloskunde.

### Korte samenvatting van deze bijeenkomsten:

22-06-07. Praktische zaken: opstarten project. Uitleg stroomdiagram , uitdelen materialen, informeren van de contactpersonen. Bespreking van de doelstellingen. *Tevens een presentatie van een verloskundige en een ELP om elkaar te informeren over elkaars vakgebied*

22-08-07: Inhoud: net opgestart, vooral praktische besprekpunten ervaringen met 1<sup>e</sup> inschrijvingen en de formulierensets, project onder de aandacht brengen bij alle collega's en informeren cliënten.

17-12-07 : Inhoud: *ervaringen uitwisselen, wat levert het project tot nu op aan positieve ervaringen, ook inventarisatie van knelpunten (veelal logistiek). Casuïstiekbepreking in groepjes, nabespreking van de uitkomst waarbij inzicht gekregen wordt in wat de verloskundige doet en de werkwijze van de ELP.*

10-06-08: Inhoud: Ervaringen uitwisselen.

*Focusgroep interview* onder de verloskundigen en de psychologen door de stagiair Masteropleiding Verloskunde: inventarisatie van het soort psychologische klachten die men tegenkomt in de verloskundige praktijk en inschatten van de urgentie en doelmatigheid van therapie. (zie bijlage 3)

*Vakinhoudelijke informatieoverdracht* over de belangrijkste klachten: depressie en angstklachten d.m.v. een presentatie van Ciska Zwiep, psychologe aan de groep. Met als aandachtspunten wat kan de verloskundige doen?(zie verslag)

### Ervaringen

Tijdens de intervisiebijeenkomsten kwamen de volgende ervaringen van verloskundigen en eerstelijnspsychologen naar voren:

#### **Positieve ervaringen met het project:**

- De "onderlinge kruisbestuiving" werkt inspirerend voor beide kanten , voor zowel de ELP als de verloskundigen. Je leert van elkaars vakgebied.
- Verloskundigen kunnen hierdoor meer zelf doen als ze problematiek tegenkomen, zijn beter toegerust. Hebben hierdoor de ervaring cliënten beter te kunnen begeleiden.
- De psychologen vinden het van toevoegende waarde dat ze door de contacten met de verloskundigen en bekendheid met hun werk ook beter zwangere cliënten kunnen begeleiden
- Vooral de samenwerking tussen beiden wordt door verloskundigen en de psychologen ervaren als het kunnen bieden van zorg op maat
- Geeft voor beiden een teamgevoel. Zoals er voor andere gebieden samenwerking is met bijvoorbeeld een bekkenfysiotherapeut of een diëtiste, hoort de ELP ook op de sociale kaart voor optimaliseren van de zorg.

#### **Knelpunten en verbeterpunten**

- Vooral op logistiek gebied: voor wat betreft het project: hoeveelheid papierwinkel en inzamelen materiaal is een bezwaar.

- Betrokkenheid van alle verloskundigen blijkt lastig. Vooral de contactpersonen hebben alle aandacht voor de nieuwe samenwerking en voor het project. Het overbrengen en enthousiasmeren van alle andere verloskundigen kost moeite. Dit heeft gevolgen voor het verloop van het project
- De manier waarop de feedback tussen de ELP en de verloskundige loopt kan beter worden vormgegeven, hierbij ook lettend op privacy van de cliënt.
- Gebrek aan goed foldermateriaal, praktijkfolders psychologen ed
- Voortzetting en vormgeven van de samenwerking na afloop van het project, behoefte aan praktische richtlijn

NB deze info is dus verkregen door het uitwisselen van ervaringen binnen deze geselecteerde groep van diegenen die aanwezig waren bij de intervisie bijeenkomsten. Er is geen interview gehouden onder alle verloskundigen van de participerende praktijken zoals aanvankelijk de bedoeling was

## Bijlage 3: Focusgroepinterview

### Doel focusgroep

Inventariseren welke psychische problemen het vaakst in de eerstelijns verloskundige praktijk worden gezien door verloskundigen en welke de meeste urgentie hebben voor onderzoek en behandeling.

### Aanwezige deelnemers

Psychologen Cisca Zwiep, Mathilde Noordzij, Jolande Zewuster  
Verloskundigen Sieboutje Bouwstra (Barneveld), Annemieke v.d. Goor (Ede e.o./SIFRA), Jorien Doornbos (Ede, EVA), Nalonya v.d. Laan, (Wageningen), Christa Stekelenburg (Rhenen, de Heuvelrug) Carry Munnikhof ( Maatschap Veenendaal).

### Methode

Leidraad voor het gesprek is de volgende vraag: Welke psychische problemen/klachten komen verloskundigen het vaakst tegen in de eerstelijnspraktijk, problemen waarvoor zij willen doorverwijzen naar een psychologische hulpverlener.

Alle antwoorden worden aan de hand van het focusgroepinterview opgeschreven op een groot vel papier. Na deze eerste inventarisatie, krijgen de verloskundigen en psychologen ieder 6 stickers, die zij in volgorde van urgentie opplakken bij de klachten of diagnoses. Daarbij krijgen zij de instructie dat nummer 1 staat voor meest urgent en nummer 6 voor minst urgent. Urgentie wordt omschreven met de mate waarin vrouwen last hebben van een probleem of de frequentie waarin verloskundigen het probleem tegenkomen in de eerstelijnspraktijk. Beide disciplines wordt gevraagd om urgentie vanuit hun eigen professie te bekijken; de mate waarin een probleem zich voordoet, vrouwen er last van hebben en bij welke problemen zij het grootste behandelingsucces verwachten.

### Overzicht scores

Score	1	2	3	4	5	6
Aanpassingsstoornis	1x	1x			1x	
Algemeen functioneren		3x				1x
Angst	4x	4x				
Depressie	1x		2x	1x	3x	
Dwangstoornis					1x	
Eetstoornis						1x
Fobie		niet gescoord				
Persoonlijkheidsstoornis				1x		
Pijn(psychosomatiek)				2x		2x
Postpartum depressie/psychose						1x
PTSS			1x			
Relatieproblemen			1x	2x		

Score	1	2	3	4	5	6
Rouwproblematiek				1x		1x
Seksuele problemen				1x		1x
Slaapproblemen					1x	
Sociale isolatie						
Stress (overbelasting)	1x	1x	5x			1x
Zorgen rond zwangerschap	2x	1x		1x	2x	1x

### Discussie

De deelnemers wordt gevraagd om te reageren op deze scores. Dit levert het volgende discussieresultaat op:

Angst komt voor de deelnemers aan de focusgroep het meest duidelijk als probleem naar voren. De gevolgen van onbehandelde angstklachten kunnen vervelend zijn. 'Angst, daar heb je echt last van als verloskundige, als iemand helemaal in paniek raakt heeft ze een akelige bevalling' (...)

Depressie wordt wel door veel deelnemers als een belangrijk probleem in de eerstelijns gezien, maar wordt als minder urgent ervaren door de deelnemers van de focusgroep. Redenen: 'We krijgen er een aantal, die hebben al medicatie daarvoor. Dat is niet de groep die je gaat missen'. Of: 'Die hebben al een hulpverlener daarvoor, een psycholoog of een psychiater, dan voeg je daar zelf niet zo veel aan toe.' Van de groep die latente depressieve klachten heeft, maar nog niet in behandeling is, vinden de verloskundigen het belangrijk dat ze wordt opgespoord. Tot op zekere hoogte is depressie als probleem geaccepteerd, ook bij vrouwen zelf. Eén van de aanwezige psychologen: 'Je kunt het ook heel normaal gaan vinden dat je je zo slecht voelt'. 'Maar mensen kunnen ook in een glijdende schaal zitten en steeds depressiever worden' (...) Wat een belemmerende factor vormt is, dat vrouwen vinden dat het niet 'hoort' dat zij zich depressief voelen tijdens of na de zwangerschap. Dat ze 'er niets bij voelen' of dat het contact met het kind slecht is of ontbreekt. Vrouwen zelf -en ook de verloskundigen- kunnen depressie ook bagatelliseren, door het bijvoorbeeld aan de zwangerschap of de veranderende hormoonspiegel te wijten. Soms blijft depressie onzichtbaar zegt een van de psychologen: 'Bij depressie trekken mensen zich terug, die praten er niet meer over. Ze denken: laat mij maar zitten'. Echte angst en stressklachten zorgen voor een duidelijkere hulpvraag dan depressie omdat iemand uit balans is. 'Angst is op zichzelf iets, waarmee mensen niet uit de voeten kunnen'.