

University of Groningen

Impact van postpartumdepressie op zorggebruik en arbeidsparticipatie

van der Zee-van den Berg, A I; Reijneveld, S I A; Boere-Boonekamp, M M

Published in:
 Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2021

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

van der Zee-van den Berg, A. I., Reijneveld, S. I. A., & Boere-Boonekamp, M. M. (2021). Impact van postpartumdepressie op zorggebruik en arbeidsparticipatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 165, [D5359]. <https://www.ntvg.nl/artikelen/impact-van-postpartumdepressie-op-zorggebruik-en-arbeidsparticipatie>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Impact van postpartumdepressie op zorggebruik en arbeidsparticipatie

Angarath I. van der Zee-van den Berg, S.A. (Menno) Reijneveld en Magda M. Boere-Boonekamp

Samenvatting

Doel

Beschrijven van welke zorg vrouwen met een postpartumdepressie (PPD) in Nederland gebruikmaken vanwege hun klachten, welke impact PPD heeft op hun algemene zorggebruik en dat van hun kind, en wat de impact op hun arbeidsparticipatie is.

Opzet

Beschrijvend vragenlijstonderzoek.

Methode

De gegevens zijn afkomstig van de controlegroep van een prospectieve vergelijkende studie naar de effectiviteit van screening op PPD binnen de setting van de jeugdgezondheidszorg. Deze gegevens werden verkregen met 2 onlinevragenlijsten. De demografische kenmerken van de moeder werden 3 weken post partum nagevraagd. Twaalf maanden post partum werd navraag gedaan naar een doorgemaakte depressie sinds de bevalling, naar zorggebruik vanwege depressieve klachten en algemeen zorggebruik sinds de bevalling door zowel moeder als kind, en naar arbeidsparticipatie tot 12 maanden post partum. Verschillen werden getoetst met de χ^2 -toets en de student-t-toets.

Resultaten

Van de 1049 deelnemende vrouwen gaven er 99 (9,4%) aan dat zij in het jaar sinds de bevalling een depressie hadden doorgemaakt. Bij 71% van de 99 'vrouwen met PPD' was er sprake van minstens enig zorggebruik gericht op de PPD-klachten. Bij 31,3% van de vrouwen met PPD werd de diagnose 'depressie' gesteld, en 37,7% werd daadwerkelijk behandeld. Moeders met PPD maakten aanzienlijk meer gebruik van zorgverlening voor zichzelf en hun kind dan moeders zonder PPD. Het arbeidsverzuim lag statistisch significant hoger onder vrouwen met PPD.

Conclusie

Het beperkte aantal vrouwen met PPD dat daarvoor behandeld werd en de maatschappelijke kosten die PPD met zich meebrengt, rechtvaardigen een investering in structurele signalering en zorgpaden op maat voor vrouwen met PPD.

Een depressie na de bevalling, ook wel postpartumdepressie (PPD) genoemd, komt veel voor. De DSM-5 houdt voor PPD de diagnose 'depressie' aan, met de toevoeging 'begin peripartum', gedefinieerd als de periode van zwangerschap tot 4 weken post partum.¹ In de zorg en bij onderzoek wordt het criterium voor het begin van de symptomen van PPD vaak uitgebreid naar 6 maanden tot een jaar post partum.² Afhankelijk van de ernst van de klachten bedraagt de prevalentie in de periode van 0-3 maanden post partum in geïndustrialiseerde landen 7,1% (ernstige depressie) tot 19,2% (lichte depressie). In Nederland zijn puntprevalenties gevonden van 8% bij 2 maanden en 8,5% bij 6 maanden post partum.^{3,4} PPD kan ook negatieve effecten hebben op het kind, zoals meer huilen en slaapproblemen in het eerste levensjaar en gedragsproblemen op latere leeftijd.⁵

Slechts een beperkt deel van de vrouwen met PPD zoekt zelf hulp,^{6,7} en zorgprofessionals diagnosticeren PPD onvoldoende.⁸ Regelmatig krijgen vrouwen met PPD pas lang na de eerste symptomen zorg, of zelfs helemaal niet.⁹ Vroege opsporing en toeleiding naar routinezorg leiden tot eerder herstel van de depressieve klachten.^{10,11} Een zorgaanbod dat is afgestemd op de specifieke behoeften van vrouwen met PPD kan dit effect verder verbeteren. In Nederland bestaan echter geen specifieke zorgpaden voor vrouwen met PPD. Over de zorg die vrouwen met PPD krijgen, is weinig bekend. Het is aannemelijk dat het zorgaanbod voor vrouwen met PPD ook in Nederland verbeterd kan worden. Daarvoor is meer zicht nodig op de zorg die vrouwen met PPD in de huidige situatie ontvangen.

Een extra reden om de zorg te verbeteren is de economische last die samengaat met PPD. Volgens onderzoek uit 2018 bedragen de totale kosten van depressie in Nederland jaarlijks 3,4 miljard euro (1,6 miljard directe zorgkosten en 1,8 miljard werkgerelateerde kosten).¹² De WHO voorspelt dat de economische last van depressie de komende jaren nog verder zal toenemen.¹³ Het is aannemelijk dat PPD bijdraagt aan deze economische kosten, zowel door directe zorgkosten als door werkgerelateerde kosten.^{14,15}

Daarbij suggereren de beperkte resultaten uit onderzoek dat PPD ook indirecte zorgkosten met zich meebrengt door een algemeen hogere zorgconsumptie van vrouwen met PPD, zowel voor zichzelf als voor het pasgeboren kind.^{16,17} Nederlandse cijfers hierover ontbreken; dit geldt ook voor cijfers over werkverzuim.

Het doel van dit artikel is om te beschrijven van welke zorg vrouwen met PPD in Nederland gebruikmaken vanwege hun klachten, welke impact PPD heeft op hun algemene zorggebruik en dat van hun kind, en wat de invloed van PPD op hun arbeidsparticipatie is.

Methodes

Setting en onderzoekspopulatie

De gegevens voor dit exploratieve onderzoek zijn afkomstig van de PostUp-studie, een prospectief vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit van screening op PPD binnen de setting van de jeugdgezondheidszorg (JGZ).¹¹ Het studieprotocol werd getoetst en goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie Twente, en geregistreerd als trial [ISRCTN42298046](https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT02298046).

In de interventieregio werd op het consultatiebureau met 1, 3, en 6 maanden post partum de Edinburgh Postnatal Depression Scale bij moeders afgenomen;¹⁸ zo nodig kregen moeders advies, extra ondersteuning of een verwijzing. In de controleregio ontvingen moeders de standaardzorg. Moeders die gebruikmaakten van de JGZ in de eerste maanden post partum werden benaderd voor deelname, tenzij ze de Nederlandse taal onvoldoende machtig waren om de vragenlijsten in te kunnen vullen. Voor dit artikel gebruikten wij alleen gegevens van moeders in de controleregio, om mogelijke effecten van de interventie uit te sluiten. In de inclusieperiode (1 december 2012-31 maart 2014) werden in de controleregio 5274 kinderen geboren; van de 1455 moeders die instemden met deelname vulden 1246 de eerste vragenlijst in.

Gegevensverzameling

Gegevens werden verzameld met 2 onlinevragenlijsten die respectievelijk 3 weken en 12 maanden post partum werden afgenomen. Demografische kenmerken werden verzameld tijdens de eerste meting. Tijdens de tweede meting werd de vrouwen gevraagd of zij in de periode sinds de geboorte een periode van depressie hadden meegemaakt. Depressie was gedefinieerd als: 'periode van somberheid en/of lusteloos zijn, die langer duurde dan 2 weken, en die duidelijk invloed had op het dagelijks functioneren'. Ook vroegen wij met een zelf ontwikkelde vragenlijst naar het zorggebruik voor depressieve klachten, het algemene zorggebruik sinds de bevalling door zowel moeder als kind, en werkverzuim tot 12 maanden post partum; deze vragenlijst is als supplement bij dit artikel gevoegd. Aan de tweede meting namen 1065 vrouwen deel (respons: 85,5%); van 1049 van hen konden de gegevens worden gebruikt.

Analyses

Ten eerste beschreven wij de achtergrondkenmerken van de vrouwen. Ten tweede bepaalden we het zorggebruik van de vrouwen die aangaven dat zij PPD hadden meegemaakt. Ten derde gingen we na wat de impact van PPD was op het algemene zorggebruik van de vrouwen en hun kinderen, en op de arbeidsparticipatie. We vergeleken daarbij deze uitkomsten tussen vrouwen met en zonder PPD. Verschillen werden getoetst met de χ^2 -toets en de student-t-toets.

Resultaten

Van de 1049 deelnemende vrouwen gaven er 99 (9,4%) aan dat zij in de 12 maanden sinds de geboorte een depressie doormaakten. Deze vrouwen duiden wij verder aan als 'vrouwen met PPD'.

Achtergrondkenmerken

Tabel 1 geeft de kenmerken van de deelnemende vrouwen weer. De vrouwen met PPD verschilden statistisch significant ($p < 0,05$) van de vrouwen zonder PPD in leeftijd, werk, voorgeschiedenis van depressie en lichamelijke klachten na de bevalling.

kenmerk	vrouwen met	vrouwen zonder	p-waarde
	PPD; %* (n = 99)	PPD; %* (n = 950)	
leeftijd in jaren; gemiddelde (SD)	30,0 (4,7)	31,0 (4,3)	0,033
geboren in Nederland	91,9	95,9	0,069
alleenstaand	2,0	0,9	0,319
woont in een stedelijk gebied	38,8	41,1	0,658
opleiding (middel-hoog)	93,9	91,3	0,373
werkt > 12 h/week	77,8	87,5	0,007
voorgeschiedenis van depressie	48,5	20,7	< 0,001
matige gezondheid vóór zwangerschap	4,0	3,4	0,727
eerste kind	55,6	47,1	0,107
complicaties tijdens de zwangerschap	29,3	24,3	0,275
premature geboorte	1,1	3,2	0,260
borstvoeding gestart na de geboorte	86,9	82,8	0,308
lichamelijke klachten 3 weken post partum als gevolg van zwangerschap of bevalling	45,5	31,2	0,004
gezondheidsproblemen kind in de eerste levensweken	23,2	15,7	0,054

PPD = postpartumdepressie.
Roodgedrukte p-waarden geven statistisch significante verschillen aan.
* Tenzij anders vermeld.

Tabel 1
Kenmerken van vrouwen met en zonder postpartumdepressie

Zorggebruik vanwege PPD

Van de vrouwen met PPD ontving 71,0% enige vorm van zorg. Dit betrof bijvoorbeeld het bespreken van de klachten op het consultatiebureau, dat bij 33,0% van de vrouwen gebeurde. Daarnaast was 59,6% van de vrouwen met PPD vanwege de depressieve klachten bij de huisarts geweest. Bij 31,3% van de vrouwen met PPD stelde een psycholoog, psychiater of andere arts in het zorgtraject de diagnose, en 37,7% van de vrouwen kreeg hiervoor behandeling van een of meer zorgverleners.

De behandeling vond plaats bij een vrijgevestigd psycholoog of psychiater (20%), de huisarts (16%), een ggz-instelling (10%), maatschappelijk werk (4%) en de polikliniek psychiatrie (2%). De vorm van de behandeling betrof bij 30% gesprekstherapie, bij 14% medicatie, bij 3% online cursus en bij 1% groepstherapie. Geen van de vrouwen had begeleiding gehad die gericht was op de moeder-kind-interactie. Van de vrouwen met PPD had 29% helemaal geen contact gehad met een zorgverlener over hun klachten.

Algemeen zorggebruik

Tabel 2 laat zien welke zorg moeders in het eerste jaar na de bevalling gebruikten voor henzelf en voor hun kind, bij vrouwen met en zonder PPD. Aan vrouwen met PPD werd meer zorg verleend dan aan vrouwen zonder PPD. Daarbij ging het niet alleen om meer zorgverlening door huisarts of maatschappelijk werk, waarvan een gedeelte overlapte met begeleiding vanwege depressieve klachten, maar ook om meer van de meeste andere vormen van zorg, inclusief bezoek aan een huisartsenpost en opname in het ziekenhuis. Ook de zorgverlening aan het kind lag hoger bij moeders met PPD.

zorgverlening	moeder met PPD; n (%) (n = 99)	moeder zonder PPD; n (%) (n = 950)	p-waarde
aan de moeder			
huisarts	84 (84,8)	555 (58,4)	< 0,001
maatschappelijk werk	24 (24,2)	24 (2,5)	< 0,001
fysiotherapeut*	40 (40,4)	264 (27,8)	0,008
diëtist	7 (7,1)	19 (2,0)	0,002
homeopaatt	13 (13,1)	61 (6,4)	0,013
huisartsenpost of eerstehulp	24 (24,2)	72 (7,6)	< 0,001
afspraak polikliniek†	37 (37,4)	271 (28,5)	0,066
dagbehandeling in het ziekenhuis	4 (4,0)	55 (5,8)	0,472
opname in het ziekenhuis◇	9 (9,1)	21 (2,2)	< 0,001
hulp van de thuiszorg	1 (1,0)	9 (0,9)	0,952
extra afspraak verloskundige	9 (9,1)	78 (8,2)	0,765
aan het kind			
huisarts	78 (80,4)	698 (74,4)	0,194
huisartsenpost of SEH	45 (46,4)	306 (32,7)	0,007
fysiotherapeut	21 (21,6)	105 (11,2)	0,003
osteopaat#	35 (36,1)	176 (18,8)	< 0,001
logopedist	1 (1,0)	15 (1,6)	0,666
homeopaatt	6 (6,2)	38 (4,1)	0,321
diëtist	3 (3,1)	21 (2,2)	0,595
afspraak polikliniek	44 (45,4)	285 (30,4)	0,003
dagbehandeling in het ziekenhuis	6 (6,2)	42 (4,5)	0,446
opname in het ziekenhuis§	15 (15,5)	91 (9,7)	0,075
dieetvoeding voor het kind	10 (10,3)	57 (6,1)	0,107

Roodgedrukte p-waarden geven statistisch significante verschillen aan.

* Hieronder wordt ook verstaan: caesartherapeut, mensendiecktherapeut, manueel therapeut of ergotherapeut.

† Hieronder wordt ook verstaan: acupuncturist of een andere alternatieve behandelaar.

‡ Afspraken op de polikliniek Psychiatrie werden niet meegeteld.

◇ Opname direct na de bevalling of opname op de afdeling Psychiatrie werd niet meegeteld.

Hieronder wordt ook verstaan: chiropractor of manueel therapeut.

§ Opname direct na de geboorte werd niet meegeteld.

Tabel 2
Algemeen zorggebruik door vrouwen met PPD en zonder PPD in de periode na de bevalling tot 12 maanden post partum, gericht op zorg voor zichzelf en gericht op zorg voor het kind

Arbeidsparticipatie

Tabel 3 laat zien wat de arbeidsparticipatie was van vrouwen met PPD en vrouwen zonder PPD, voorafgaand en aansluitend aan het zwangerschapsverlof, tot 1 jaar post partum. Zowel het aantal dagen kortdurend verzuim als het aantal weken langdurend verzuim was hoger bij vrouwen met PPD.

arbeidsparticipatie	met PPD (n = 99)	zonder PPD (n = 948)	p-waarde
voor zwangerschapsverlof			
gewerkt; n (%)	77 (77,8)	829 (87,5)	0,007
aanstelling in uren per week; gemiddelde	30,3	29,2	
na zwangerschapsverlof; n (%)			< 0,001*
geen ziekteverzuim	45 (45,5)	653 (68,7)	
ziekteverzuim 1 dag tot 2 weken	19 (19,2)	244 (25,7)	
gemiddeld aantal dagen verzuim	9,0	4,8	
ziekteverzuim 2 weken of meer	21 (21,2)	51 (5,4)	
gemiddeld aantal weken verzuim	8,9	7,8	
niet gewerkt na zwangerschapsverlof	14 (14,1)	100 (10,5)	

PPD = postpartumdepressie.
Roodgedrukte p-waarden geven statistisch significante verschillen aan.
* Deze p-waarde heeft betrekking op de vraag of de vrouwen na hun verlof gewerkt hadden met of zonder verzuim. Het verschil tussen vrouwen met en zonder PPD werd getoetst met een χ^2 -toets.

Tabel 3
Arbeidsparticipatie van vrouwen met en vrouwen zonder postpartumdepressie

De gegevens na zwangerschapsverlof hebben betrekking op de periode tot 1 jaar post partum

Beschouwing

Dit onderzoek laat zien dat bij een beperkt deel van de vrouwen met PPD de diagnose 'PPD' daadwerkelijk gesteld werd en een behandeling werd ingezet. Vrouwen met PPD maakten in het algemeen aanzienlijk meer gebruik van zorg dan andere vrouwen, en hun ziekteverzuim was aanzienlijk hoger. Slechts ruim een derde van de vrouwen met PPD werd voor hun klachten behandeld en bijna een derde had in het geheel geen contact met zorgverleners. Behandeling vond plaats bij verschillende professionals en instanties.

Een Nederlands onderzoek uit 2003 rapporteerde dat de zorgverlening aan moeders met PPD meestal pas een jaar na de bevalling begon, bij een kwart van de moeders zelfs pas na 2 jaar.¹⁹ Ook onderzoek in Amerika en Australië laat zien dat veel vrouwen met PPD geen hulp krijgen, met als belangrijkste redenen gebrek aan kennis (ook bij naasten), ervaren stigma, schaamte, en angst om als incapabele ouder te worden gezien.^{20,21} Professionals geven aan dat zij meer middelen, vaardigheden en vertrouwen nodig te hebben om PPD adequaat te diagnosticeren en de vrouwen te verwijzen en te behandelen.⁷ Screeningsprogramma's blijken het effectiefst te zijn wanneer screening, ondersteuning en behandeling binnen dezelfde setting worden aangeboden.²¹ Vrouwen met PPD geven de voorkeur aan behandeling binnen de eerste lijn boven behandeling in de ggz.^{20,22} Vooral de interactie tussen moeder en kind moet meer aandacht krijgen om de impact van PPD op het kind te beperken.²³

De uitkomst van ons onderzoek dat vrouwen met PPD weinig zorg krijgen, bevestigt de bevindingen in de literatuur; deze literatuur biedt aanknopingspunten om hier verandering in te brengen.

Het algemene zorggebruik van de moeder en het kind bleek hoger te zijn bij vrouwen met PPD dan bij vrouwen zonder PPD. Dit gold voor bijna alle uitgevraagde soorten zorgverlening. Bij sommige soorten zorg betrof de toename een verdubbeling of verdrievoudiging, onder andere bij fysiotherapie, spoedeisende hulp, opname in het ziekenhuis en alternatieve therapieën. Ook onderzoeken in Groot-Brittannië en Australië laten een hogere algemene zorgconsumptie door vrouwen met PPD zien.¹⁶ Dit kan mogelijk deels verklaard worden door de lichamelijke klachten waarmee depressie vaak gepaard gaat, en die vaak de eerste aanleiding vormen om hulp te zoeken.²⁴

Het hogere zorggebruik vanwege problemen van het kind komt overeen met bevindingen uit het buitenland, waar vooral een toename in de zorgconsumptie buiten kantooruren wordt gezien.^{16,17,25} Mogelijk is de depressie van invloed op hoe de moeder signalen van het kind interpreteert, en resulteert dit in meer onzekerheid en stress en een grotere behoefte om medische hulp in te schakelen. Daarnaast kunnen kinderen van vrouwen met depressieve klachten ook daadwerkelijk vaker ziek zijn, wat mogelijk samenhangt met de blootstelling – ook reeds intra-uterien – aan stress.²⁵ Het is aannemelijk dat een deel van het zorggebruik door moeder en kind kan worden voorkomen door een gerichtere en effectievere aanpak van de depressieve klachten.

Vrouwen met PPD lieten in dit onderzoek meer en langduriger verzuim zien dan vrouwen zonder PPD, wat tot aanzienlijke

maatschappelijk kosten leidt. Alleen al het verschil in langdurig verzuim tussen vrouwen met PPD en vrouwen zonder PPD (15,8%, zie tabel 3) zou in Nederland, uitgaande van 168.000 geboortes per jaar, een PPD-prevalentie van 9,4%, een verzuim van gemiddeld 9 weken en gemiddeld 44 werkweken per jaar, op jaarbasis tot 510 verloren arbeidsjaren leiden. Bij een gemiddeld inkomen van 33.000 euro betekent dit een kostenpost van ruim 16 miljoen euro. Daarbij komen nog de kosten van kortdurend verzuim en verzuim vanwege lichte depressieve klachten, en de kosten voor de behandeling van PPD en de extra reguliere zorgverlening aan moeder en kind. Internationaal onderzoek onder de algemene bevolking laat ook zien dat de zorgkosten een aanzienlijke extra economische last vormen.²⁶

Methodologische overwegingen

Sterke punten van deze studie zijn het grote aantal deelnemers, waaronder een omvangrijke groep vrouwen met PPD, afkomstig uit een algemene populatie van gescreende vrouwen.

Een beperking is de kans op selectiebias doordat een minderheid van de vrouwen in de controleregio heeft ingestemd met deelname aan het onderzoek. Een daarmee samenhangende beperking is dat aan het onderzoek relatief weinig vrouwen deelnamen van niet-Nederlandse herkomst en met een lage opleiding. Dit maakt dat de uitkomsten mogelijk een onderschatting zijn van de problematiek, gezien de kwetsbaarheid van deze groepen.

Daarnaast zijn de gegevens over het ervaren hebben van PPD gebaseerd op zelfrapportage via een onlinevragenlijst, wat eveneens kan hebben geleid tot een onderschatting van het vóórkomen van PPD. Toekomstig onderzoek kan bevestigen of bij gebruik van een diagnostische test voor PPD dezelfde uitkomsten worden gevonden. Zelfrapportage kan ook de nauwkeurigheid van de gegevens over zorggebruik en arbeidsparticipatie hebben beïnvloed, maar die invloed geldt waarschijnlijk in gelijke mate voor de vrouwen met en zonder PPD.

Implicaties

Relatief weinig vrouwen met PPD worden behandeld voor hun klachten; dit biedt ruimte voor verbetering. Al tijdens de zwangerschap kan de verloskundige of gynaecoloog op strategische momenten vrouwen screenen op depressieve klachten. De JGZ kan bijdragen door systematisch op PPD te screenen.¹¹ De JGZ heeft in het eerste jaar post partum een groot bereik door frequent contact met 95% van de zuigelingen. Door screening kan het psychisch welbevinden van de moeder een vast onderdeel worden van het consult. Verder onderzoek is nodig naar de rol van vaders in deze periode.

Een multidisciplinaire richtlijn en zorgpaden op maat kunnen ertoe bijdragen dat de moeders eenduidige adviezen krijgen en dat de begeleiding en behandeling, inclusief follow-up, daadwerkelijk van start gaan. Ook actoren als de praktijkondersteuner van de huisarts voor de geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) en de psychiatrie-, obstetrie- en pediatrie (POP-)poli's moeten daar onderdeel van uit maken. Daarbij mag begeleiding voor moeders voor wat betreft hun interactie met het kind niet ontbreken. Dit alles vraagt om een sterkere samenwerking tussen de betrokken professionals. Een investering daarin is dringend gewenst en rendabel, gegeven de hoge maatschappelijke kosten die PPD met zich meebrengt.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D5359
- Universiteit Twente, Technical Medical Centre, afd. Health Technology and Services Research, Enschede: drs. A.I. van der Zee-van den Berg, jeugdarts; dr. M.M. Boere-Boonekamp, arts maatschappij en gezondheid. UMCG-Rijksuniversiteit Groningen, afd. Gezondheidswetenschappen, Groningen: prof.dr. S.A. (Menno) Reijneveld, sociaal-geneeskundige.
- Contact: A.I. van der Zee-van den Berg (a.i.vandenberg@utwente.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 20 januari 2021
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2021;165:D5359

Literatuur

1. American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: Boom uitgevers; 2014.
2. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:379-407. [doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612). [Medline](#)
3. Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, et al. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG.* 2010;117:1390-8. [doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02660.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02660.x). [Medline](#)
4. Meijer JL, Beijers C, van Pampus MG, et al. Predictive accuracy of Edinburgh postnatal depression scale assessment during pregnancy for the risk of developing postpartum depressive symptoms: a prospective cohort study. *BJOG.* 2014;121:1604-10. [doi:10.1111/1471-0528.12759](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12759). [Medline](#)

5. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014;384:1800-19. [doi:10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0). [Medline](#)
6. Liberto TL. Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: an integrated review. *J Pediatr Health Care*. 2012;26:109-17. [doi:10.1016/j.pedhc.2010.06.012](https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2010.06.012). [Medline](#)
7. Byatt N, Biebel K, Lundquist RS, et al. Patient, provider, and system-level barriers and facilitators to addressing perinatal depression. *J Reprod Infant Psychol*. 2012;30:436-49. [doi:10.1080/02646838.2012.743000](https://doi.org/10.1080/02646838.2012.743000).
8. Heneghan AM, Silver EJ, Bauman LJ, Stein RE. Do pediatricians recognize mothers with depressive symptoms? *Pediatrics*. 2000;106:1367-73. [doi:10.1542/peds.106.6.1367](https://doi.org/10.1542/peds.106.6.1367). [Medline](#)
9. Byatt N, Levin LL, Ziedonis D, Moore Simas TA, Allison J. Enhancing participation in depression care in outpatient perinatal care settings a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2015;126:1048-58. [doi:10.1097/AOG.0000000000001067](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001067). [Medline](#)
10. Van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, IJzerman MJ, Haasnoot-Smallegange RM, Reijneveld SA. Screening for postpartum depression in well-baby care settings: a systematic review. *Matern Child Health J*. 2017;21:9-20. [Medline](#).
11. Van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, IJzerman MJ, Haasnoot-Smallegange RME, Reijneveld SA. Post-up study: postpartum depression screening in well-child care and maternal outcomes. *Pediatrics*. 2017;140:e20170110. [doi:10.1542/peds.2017-0110](https://doi.org/10.1542/peds.2017-0110). [Medline](#)
12. Nuijen J, van Bon-Marten M, de Graaf R, et al. [Zicht op depressie: de aanpak, preventie en zorg](#). Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
13. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382:1575-86. [doi:10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6). [Medline](#)
14. Falletta L, Abbruzzese S, Fischbein R, Shura R, Eng A, Alemagno S. Work reentry after childbirth: predictors of self-rated health in month one among a sample of university faculty and staff. *Saf Health Work*. 2020;11:19-25. [doi:10.1016/j.shaw.2019.12.006](https://doi.org/10.1016/j.shaw.2019.12.006). [Medline](#)
15. Ammerman RT, Chen J, Mallow PJ, Rizzo JA, Folger AT, Van Ginkel JB. Annual direct health care expenditures and employee absenteeism costs in high-risk, low-income mothers with major depression. *J Affect Disord*. 2016;190:386-94. [doi:10.1016/j.jad.2015.10.025](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.025). [Medline](#)
16. Webster J, Pritchard MA, Linnane JW, Roberts JA, Hinson JK, Starrenburg SE. Postnatal depression: use of health services and satisfaction with health-care providers. *J Qual Clin Pract*. 2001;21:144-8. [doi:10.1046/j.1440-1762.2001.00432.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-1762.2001.00432.x). [Medline](#)
17. Petrou S, Cooper P, Murray L, Davidson LL. Economic costs of post-natal depression in a high-risk British cohort. *Br J Psychiatry*. 2002;181:505-12. [doi:10.1192/bjp.181.6.505](https://doi.org/10.1192/bjp.181.6.505). [Medline](#)
18. Pop VJ, Komproe IH, van Son MJ. Characteristics of the Edinburgh Post Natal Depression Scale in The Netherlands. *J Affect Disord*. 1992;26:105-10. [doi:10.1016/0165-0327\(92\)90041-4](https://doi.org/10.1016/0165-0327(92)90041-4). [Medline](#)
19. Engels E, Haspels AA. [Een behandeling van postpartum depressie \(PPD\)](#). *Tijdsch Huisartsgeneeskd*. 2003;20: 244-9.
20. Dennis C-L, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth*. 2006;33:323-31. [doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x). [Medline](#)
21. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, et al. [Efficacy and safety of screening for postpartum depression](#). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013.
22. Simhi M, Sarid O, Cwikel J. Preferences for mental health treatment for post-partum depression among new mothers. *Isr J Health Policy Res*. 2019;8:84. [doi:10.1186/s13584-019-0354-0](https://doi.org/10.1186/s13584-019-0354-0). [Medline](#)
23. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2007;191:378-86. [Medline](#)
24. Read JR, Sharpe L, Modini M, Dear BF. Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;221:36-46. [doi:10.1016/j.jad.2017.06.009](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.009). [Medline](#)
25. Lyngsøe BK, Rytter D, Munk-Olsen T, Vestergaard CH, Christensen KS, Bech BH. Maternal depression and primary healthcare use for children: a population-based cohort study in Denmark. *Br J Gen Pract*. 2019;69:e182-9. [doi:10.3399/bjgp18X700733](https://doi.org/10.3399/bjgp18X700733). [Medline](#)
26. König H, König HH, Konnopka A. The excess costs of depression: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;29:e30. [doi:10.1017/S2045796019000180](https://doi.org/10.1017/S2045796019000180). [Medline](#)