

Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap 2023

Mentale gezondheid van vrouwen vóór,
tijdens en na de zwangerschap

Inleiding

In deze factsheet presenteren we voor de eerste keer cijfers over mentale gezondheid van vrouwen vóór, tijdens en na de zwangerschap in Nederland. Deze cijfers komen uit de Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap (MMGZ) die in het najaar van 2023 is uitgevoerd. Mentale klachten tijdens en na zwangerschap hebben niet alleen effect op de moeder, maar ook op het kind. Daarom willen we weten hoe vaak het voorkomt en hoe activiteiten rondom signaleren en preventie het beste kunnen worden ingezet. Voor dit onderzoek heeft een representatieve steekproef van 1.212 vrouwen met jonge kinderen (jonger dan 2 jaar) op het consultatiebureau een korte vragenlijst ingevuld over hun mentale gezondheid vóór, tijdens en voornamelijk na de zwangerschap. Lees [hier](#) meer over de methode en methodologische kanttekeningen van de MMGZ.

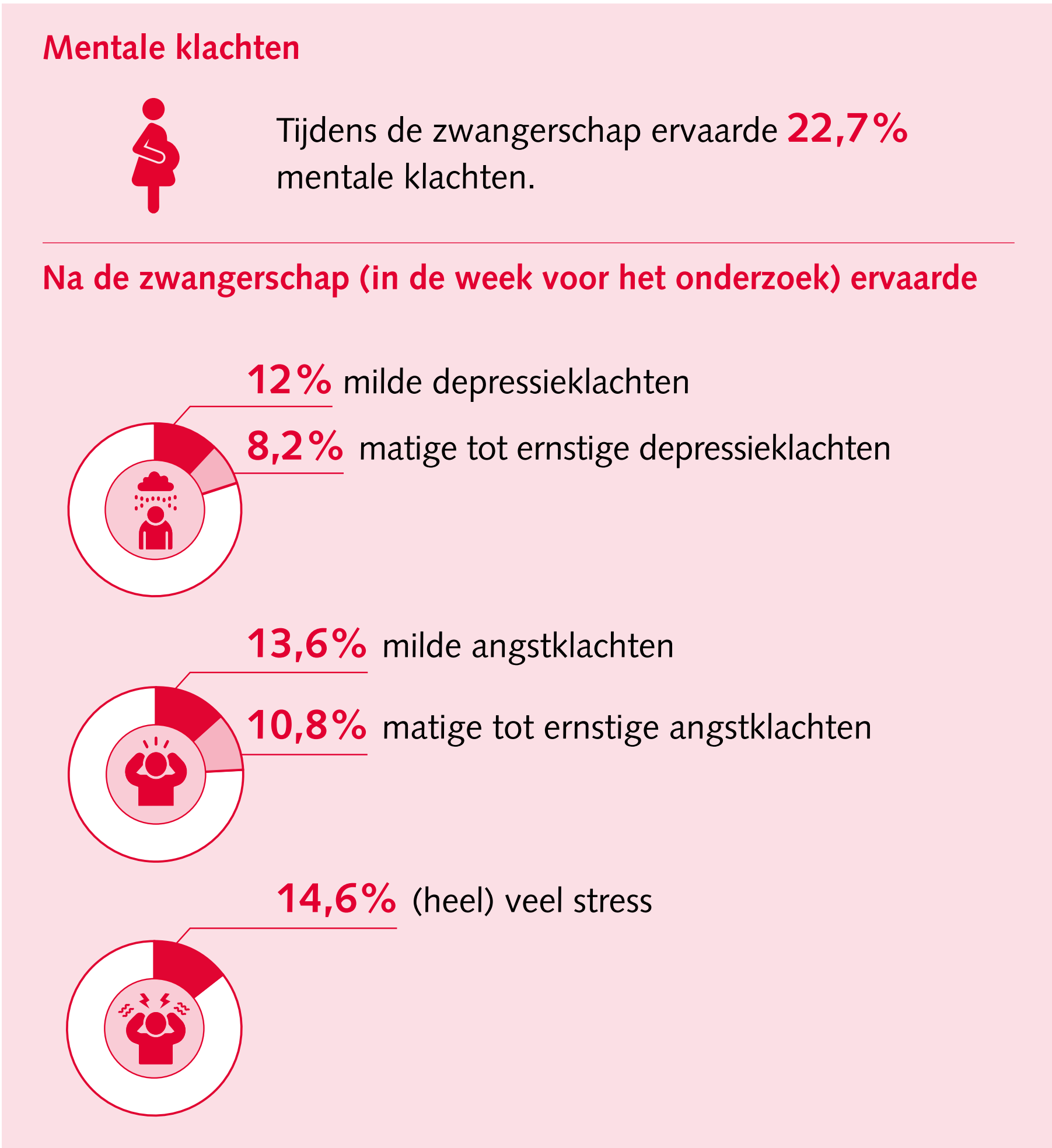
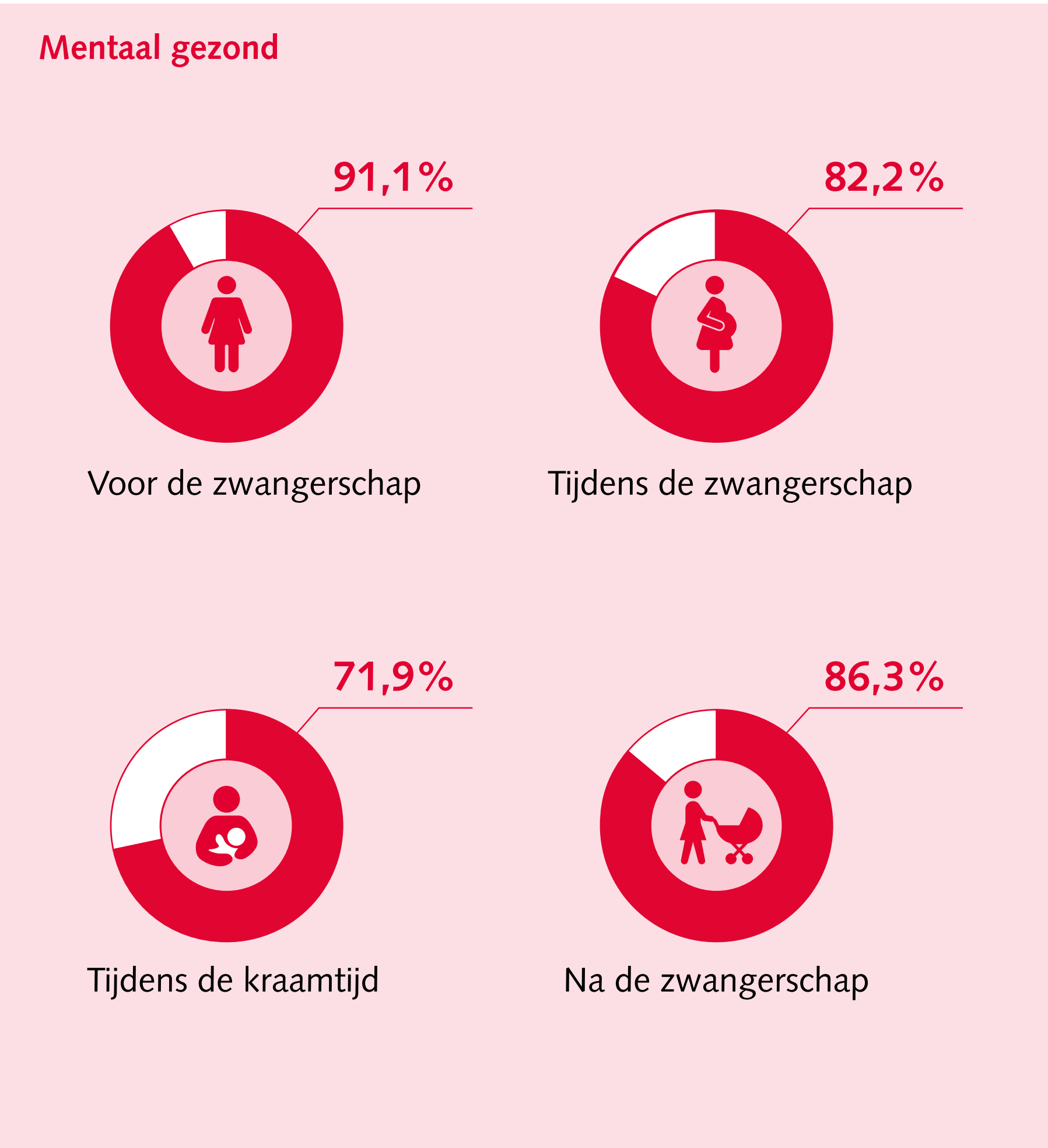
Wat bedoelen we met 'significant'?

In deze factsheet wordt een verschil tussen twee groepen beschreven als het in dit onderzoek statistisch significant is ($p < 0,05$). Het is dan heel waarschijnlijk dat er in de bevolking ook echt een verschil is tussen deze groepen. De kans dat het verschil per toeval is gevonden, is dan namelijk kleiner dan 5%. Soms zijn er in deze factsheet verschillen tussen groepen te zien die statistisch niet significant zijn. Deze verschillen kunnen op basis van toeval in de deelnemers van dit onderzoek zijn ontstaan. Omdat we dus niet weten of deze verschillen daadwerkelijk in de bevolking bestaan, moeten deze verschillen voorzichtig geïnterpreteerd worden.



Tegelijkertijd met de Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap is ook een onderzoek uitgevoerd naar het middelengebruik van vrouwen en hun partners vóór, tijdens en na de zwangerschap. Wil je hier meer over weten? Lees dan [deze factsheet](#).

Mentale gezondheid van vrouwen rond de zwangerschap



Contact met zorgverleners over mentale gezondheid rond de zwangerschap



Van alle vrouwen rapporteerde **31,1%** tijdens de zwangerschap met een zorgverlener te hebben **gesproken** over mentale klachten.

Van alle vrouwen heeft **14,5%** tijdens de zwangerschap **hulp ontvangen** voor mentale klachten.

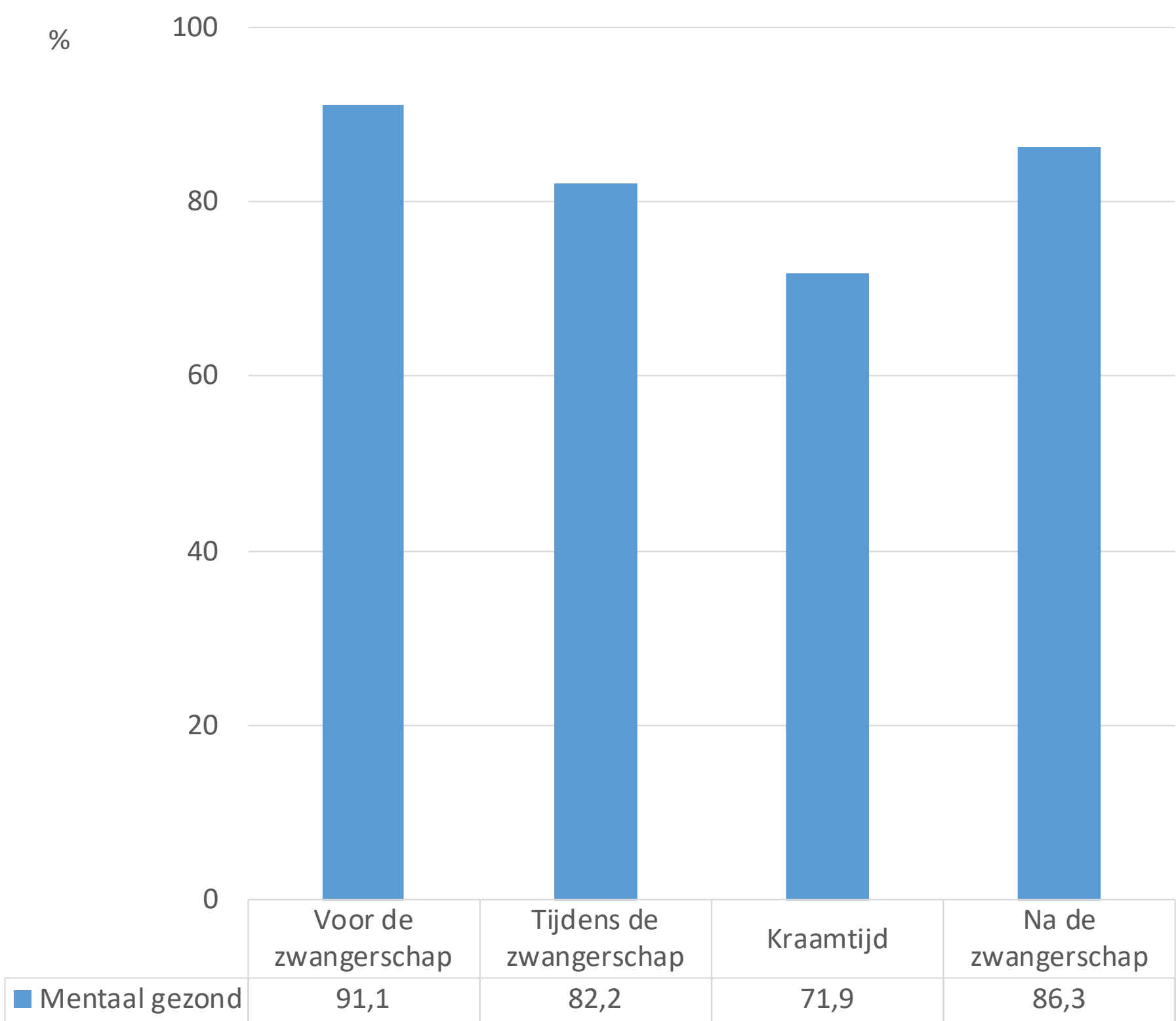


Van alle vrouwen rapporteerde **25,0%** na de zwangerschap met een zorgverlener te hebben **gesproken** over mentale klachten.

Van alle vrouwen heeft **14,8%** na de zwangerschap **hulp ontvangen** voor mentale klachten.

Hoeveel vrouwen voelen zich mentaal gezond vóór, tijdens of na de zwangerschap?

Figuur 1. Mentaal gezond voelen vóór, tijdens en na de zwangerschap (%)



Noot. Bij mentaal gezond gaat het om vrouwen die aangaven dat zij zich vaak of altijd mentaal gezond voelden (versus nooit, heel soms of soms). Bij ‘na de zwangerschap’ gaat het hier over het moment waarop de vrouwen de vragenlijst invulden.

Uitleg:

- Vóór de zwangerschap voelde 91,1% van de vrouwen zich vaak of altijd mentaal gezond. Dit percentage nam af tijdens de zwangerschap (82,2%) en in de kraamtijd (71,9%). Het percentage vrouwen dat zich vaak of altijd mentaal gezond voelde is na de zwangerschap weer gestegen (86,3%).

Hoe is deze vraag gesteld?

Vrouwen is gevraagd hoe vaak ze zich in verschillende perioden rondom de zwangerschap mentaal gezond voelden. Hierbij werd mentaal gezond uitgelegd als dat je je goed voelt, positief naar anderen kijkt en goed kan omgaan met problemen en stress. Voor de resultaten is gekeken hoeveel vrouwen aangaven dat zij zich vaak of altijd mentaal gezond voelden (versus nooit, heel soms of soms). Het antwoord is dus een eigen inschatting van mentale gezondheid.

Hoeveel vrouwen voelen zich mentaal gezond vóór, tijdens of na de zwangerschap?

Wat betekenen de cijfers?

Vrouwen ervaren een daling van de mentale gezondheid tijdens de zwangerschap en in de kraamtijd.

Vergeleken met de perioden vóór de zwangerschap en na de zwangerschap, rapporteerden minder vrouwen zich tijdens de zwangerschap en in de kraamtijd vaak of altijd mentaal gezond gevoeld te hebben. Deze daling is goed te verklaren. Vrouwen hebben tijdens de zwangerschap te maken met hormonale en lichamelijke veranderingen. Deze veranderingen kunnen gepaard gaan met schommelingen in de mentale gezondheid². Bovendien moeten moeders in de kraamtijd vaak wennen aan hun nieuwe rol, herstelt het lichaam zich van de bevalling en vinden de hormonen een nieuwe balans. Daarnaast kan de nieuwe situatie zorgen voor stress door financiële problemen of de relatie kan onder druk komen te staan. Er kan sprake zijn van 'baby blues', een gevoel van somberheid die tot twee weken aan kan houden. De 'kraamtranen' zijn hier een bekende uiting van³.

Ondanks dat de daling in mentale gezondheid tijdens en vlak na de zwangerschap goed te verklaren is, wijst eerder onderzoek wel op het belang van aandacht voor mentaal welbevinden (ook wel: 'positieve mentale gezondheid') in deze periode.

Mentaal welbevinden en mentale problemen zijn gerelateerd, maar worden gezien als twee verschillende dimensies van mentale gezondheid⁴. Iemand met enige mentale klachten kan zich toch (redelijk) goed voelen en zich gesterkt voelen door positief functioneren en een goed sociaal netwerk. Daarnaast beschermt mentaal welbevinden de mentale gezondheid: volwassenen in de algemene bevolking met een hoog niveau van welbevinden hebben minder kans om mentale stoornissen te ontwikkelen^{5,6}. Investeren in mentaal welbevinden kan mogelijk helpen om mentale gezondheidsproblemen tijdens en na de zwangerschap te voorkomen. Bovendien kan een positieve mentale gezondheid van de moeder tijdens de zwangerschap bijdragen aan een lagere kans op het ontwikkelen van mentale stoornissen en gedragsstoornissen bij kinderen^{7,8}. Mogelijk komt dit omdat een positieve mentale gezondheid de moeder in staat stelt een stabiele veilige basis te bieden, zodat het kind zich kan hechten en goed kan ontwikkelen. Ook beschermt een positieve mentale gezondheid van de moeder tijdens de zwangerschap het ongeboren kind mogelijk tegen de schadelijke effecten van prenatale stress⁷. Het is daarom altijd zinvol om het mentaal welbevinden te versterken.

Verschillen tussen groepen in hoog mentaal welbevinden na de zwangerschap

Voor een hoog mentaal welbevinden na de zwangerschap is gekeken of er verschillen tussen groepen zijn.

In de tekst beschrijven we alleen de significante verschillen.

Bij andere kenmerken zijn soms ook grote, maar niet significante, verschillen zichtbaar. Deze cijfers zijn terug te vinden in Tabel 1.

- Van alle vrouwen had 29,4% een hoog niveau mentaal welbevinden in de afgelopen twee weken, 61,7% een gemiddeld niveau mentaal welbevinden en 8,9% een laag niveau mentaal welbevinden.
- Het percentage vrouwen met een hoog niveau mentaal welbevinden is onder de oudere leeftijdsgroepen (30+ jaar) hoger dan bij de jongste leeftijdsgroep (16-24 jaar).
- Het percentage vrouwen met een hoog mentaal welbevinden is duidelijk hoger bij vrouwen die tijdens de zwangerschap niet hebben gerookt (30,2%) dan bij vrouwen die wel hebben gerookt (17,0%). Dit verschil is vergelijkbaar bij niet of wel roken na de zwangerschap (30,5% vs. 18,8%).

Hoe is deze vraag gesteld?

De mentale gezondheid van vrouwen op dit moment is in meer detail bekeken met de Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scales (SWEMWBS)¹. Bij mentaal welbevinden gaat het over het hebben van een goed gevoel in combinatie met psychologisch en sociaal functioneren. De SWEMWBS meet met zeven items zowel gevoels- als functioneringsaspecten van mentaal welbevinden in de afgelopen twee weken (range: 7-35; gemiddelde: 26,0, SD: 0,15). Bij een score van 28 of hoger is sprake van een hoog niveau mentaal welbevinden.

Verschillen tussen groepen in hoog mentaal welbevinden na de zwangerschap

Tabel 1. Vrouwen met een hoog niveau mentaal welbevinden na de zwangerschap, naar demografische en andere kenmerken (%)

	Hoog niveau mentaal welbevinden in de afgelopen 2 weken (%)
Totaal	
Alle vrouwen	29,4
Leeftijd	
16-24	15,8 ^A
25-29	27,2 ^{AB}
30-34	32,5 ^B
35-39	29,6 ^B
40+	35,7 ^B
Opleidingsniveau	
basisschool, vo of mbo	25,7 ^A
hbo of universiteit	31,7 ^A
Woonsituatie	
Met partner	29,1 ^A
Zonder partner	34,0 ^A
Aantal kinderen	
1 kind	28,1 ^A
2 kinderen	31,4 ^A
3 of meer kinderen	28,8 ^A

Leeftijd jongste kind	
0-3 maanden	32,0 ^A
4-6 maanden	26,3 ^A
7-12 maanden	26,6 ^A
13-24 maanden	29,2 ^A
Migratieachtergrond	
Geen migratieachtergrond	30,1 ^A
Migratieachtergrond	28,1 ^A
Stedelijkheid	
Platteland	30,3 ^A
Stad	28,7 ^A
Zwangerschap	
Bewust zwanger	30,2 ^A
Onbewust zwanger	24,3 ^A
Borstvoeding geven of hebben gegeven	
Nee	32,7 ^A
Ja	28,6 ^A
Roken tijdens de zwangerschap	
Nee	30,2 ^A
Ja	17,0 ^B
Roken na de zwangerschap	
Nee	30,5 ^A
Ja	18,8 ^B

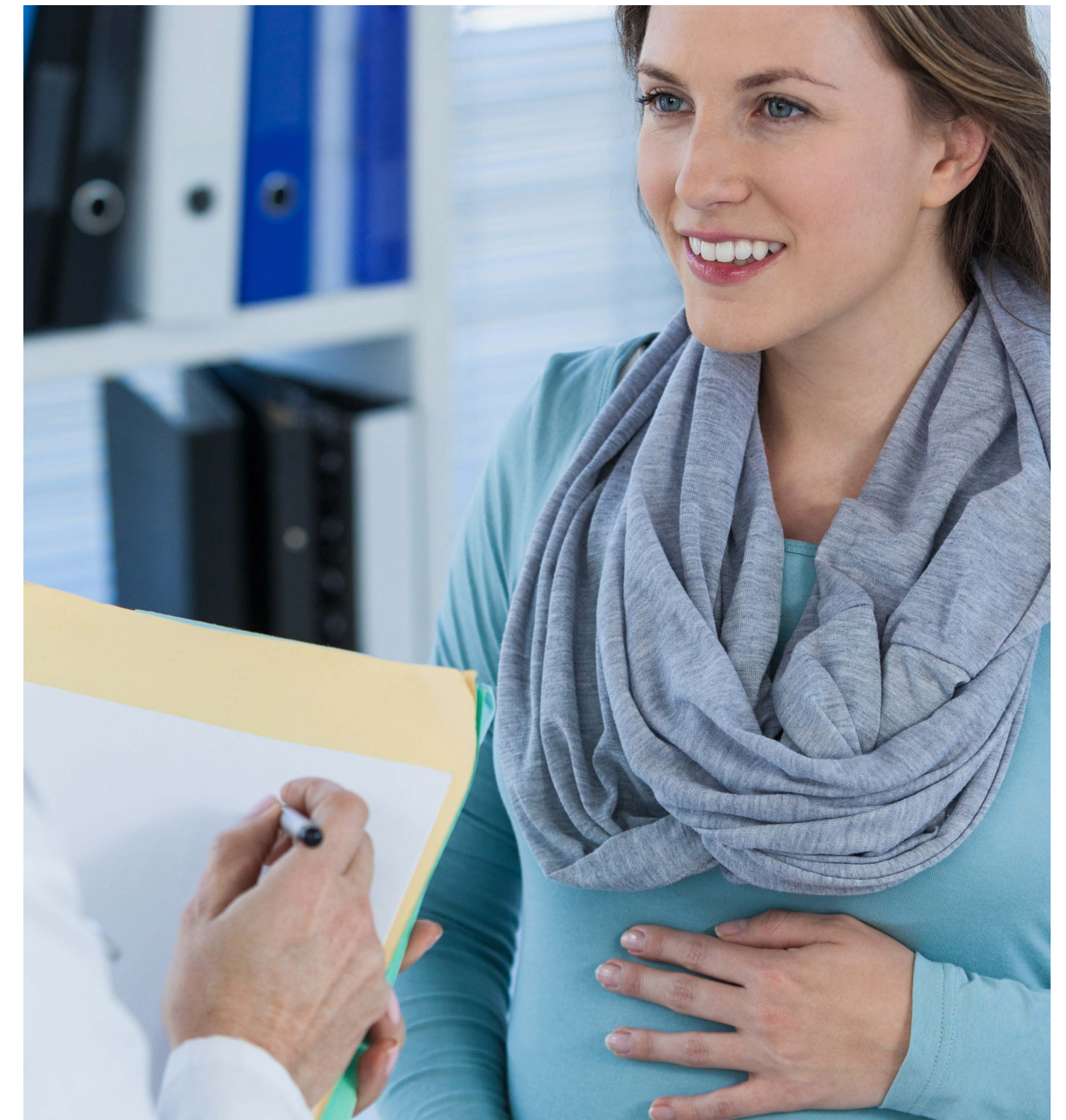
Noot. Binnen ieder demografisch kenmerk geven dezelfde letters achter percentages aan dat deze percentages niet verschillen. Als er binnen een demografisch kenmerk verschillende letters zijn toegevoegd achter de percentages, dan zijn de groepen significant verschillend van elkaar. Bijvoorbeeld voor leeftijd: het percentage vrouwen met een hoog niveau mentaal welbevinden verschilt tussen vrouwen in de leeftijd 16-25 jaar (A) en vrouwen in de leeftijd 30-34 jaar (B). Maar de percentages in beide groepen verschillen niet met die van vrouwen in de leeftijd 25-29 jaar (AB).

Verschillen tussen groepen in hoog mentaal welbevinden na de zwangerschap

Wat betekenen de cijfers?

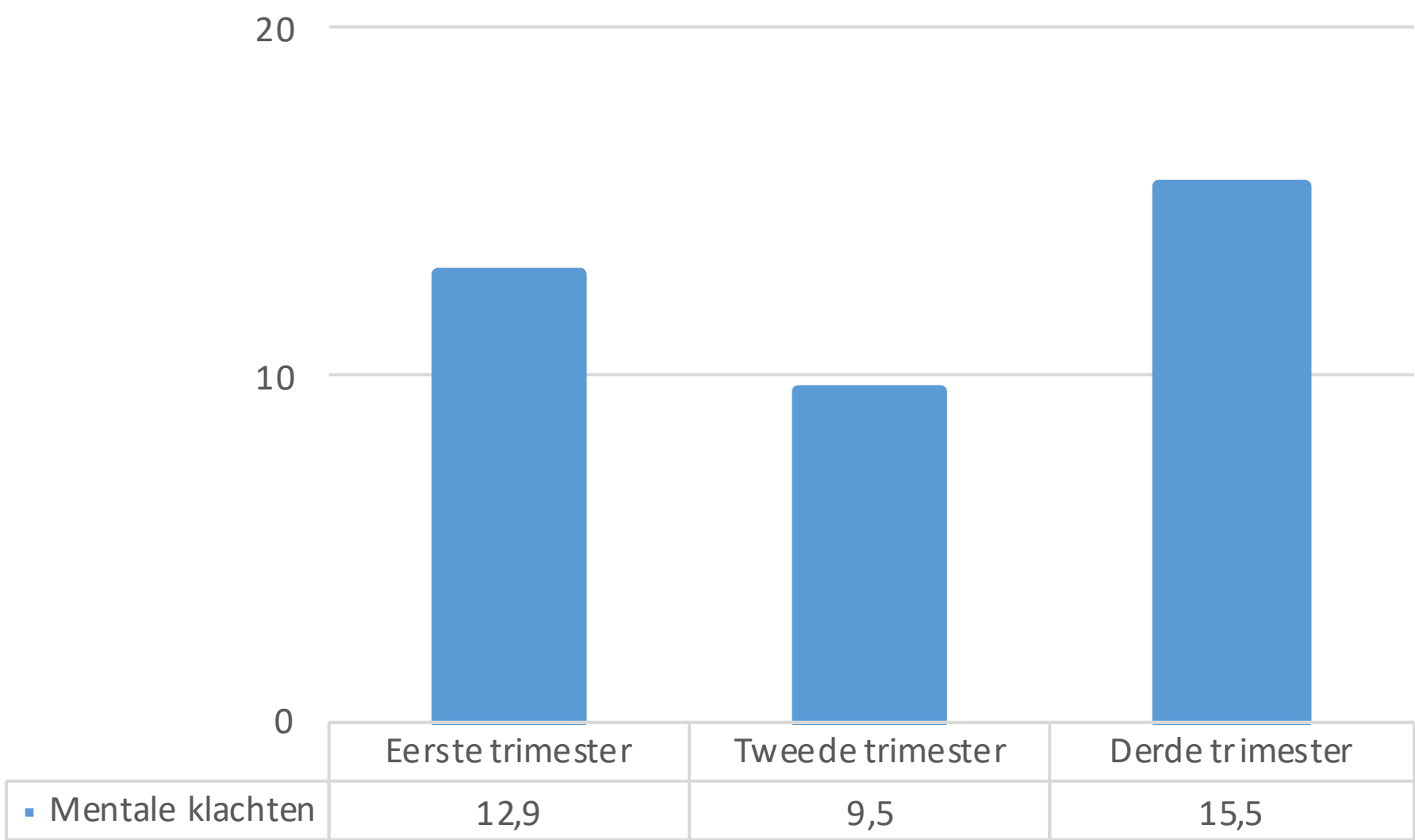
Het niveau van mentaal welbevinden na de zwangerschap is lager bij 16-24-jarige vrouwen.

Het gemiddelde van het mentaal welbevinden lag op een iets hoger niveau dan in eerder (buitenlands) onderzoek in de algemene bevolking^{9,10}. Na de zwangerschap had bijna drie op de tien vrouwen (29,4%) een hoog niveau mentaal welbevinden. Opvallend is dat er wel verschillen zichtbaar waren tussen groepen. Zo rapporteerden vrouwen in de leeftijd van 30 jaar of ouder een hoger mentaal welbevinden dan de jongste leeftijdscategorie (16 – 24 jaar). Ook waren er aanwijzingen dat vrouwen met een hbo of universiteit als hoogst afgeronde opleidingsniveau, vrouwen die met partner wonen en vrouwen die bewust zwanger worden een hoger mentaal welbevinden hadden. Ten slotte rapporteerden vrouwen die tijdens of na de zwangerschap niet roken een hoger mentaal welbevinden.



Hoeveel vrouwen ervaren mentale klachten tijdens de zwangerschap?

Figuur 2. Mentale klachten tijdens de drie trimesters van de zwangerschap (%)



Noot. Bij mentale klachten gaat het om vrouwen die aangaven dat zij vaak of altijd mentale klachten hadden (versus nooit, heel soms of soms).

Uitleg:

- Van alle vrouwen had 22,7% gedurende tenminste één van de drie trimesters vaak of altijd mentale klachten. Daarnaast had 5,1% van alle vrouwen gedurende alle drie de trimesters mentale klachten.
- Het percentage vrouwen dat mentale klachten had tijdens de zwangerschap is iets hoger tijdens het eerste (12,9%) en derde trimester (15,5%) dan tijdens het tweede trimester (9,5%).
- Als vrouwen mentale klachten rapporteerden, ervoerden ze hier meestal ook last van: 74,1% van de vrouwen met klachten rapporteerde ook last.

Hoe is deze vraag gesteld?

Vrouwen is gevraagd hoe vaak ze in de drie trimesters van de zwangerschap mentale klachten hadden. Hierbij werd mentale klachten uitgelegd als ‘gevoelens van somberheid of angst, last hebben van zorgen, stress of paniekaanvallen. Dit kan gaan om lichte én ernstige mentale klachten.’ Voor de resultaten is gekeken hoeveel vrouwen aangaven dat zij vaak of altijd mentale klachten hadden (versus nooit, heel soms of soms). Het antwoord is dus een eigen inschatting van mentale klachten.

Hoeveel vrouwen ervaren mentale klachten tijdens de zwangerschap?

Wat betekenen deze cijfers?

Bijna een kwart van de vrouwen had gedurende een deel van de zwangerschap vaak of altijd mentale klachten, drie kwart van hen had hier ook meestal last van.

Bij deze cijfers gaat het om zelf gerapporteerde gevoelens van somberheid of angst, last hebben van zorgen, stress of paniekaanvallen tijdens minimaal één van de drie trimesters. Tijdens het eerste en derde trimester ervoeren vrouwen vaker mentale klachten dan tijdens het tweede trimester. Eén op de twintig vrouwen (5,1%) rapporteerde gedurende de gehele zwangerschap vaak of altijd mentale klachten.

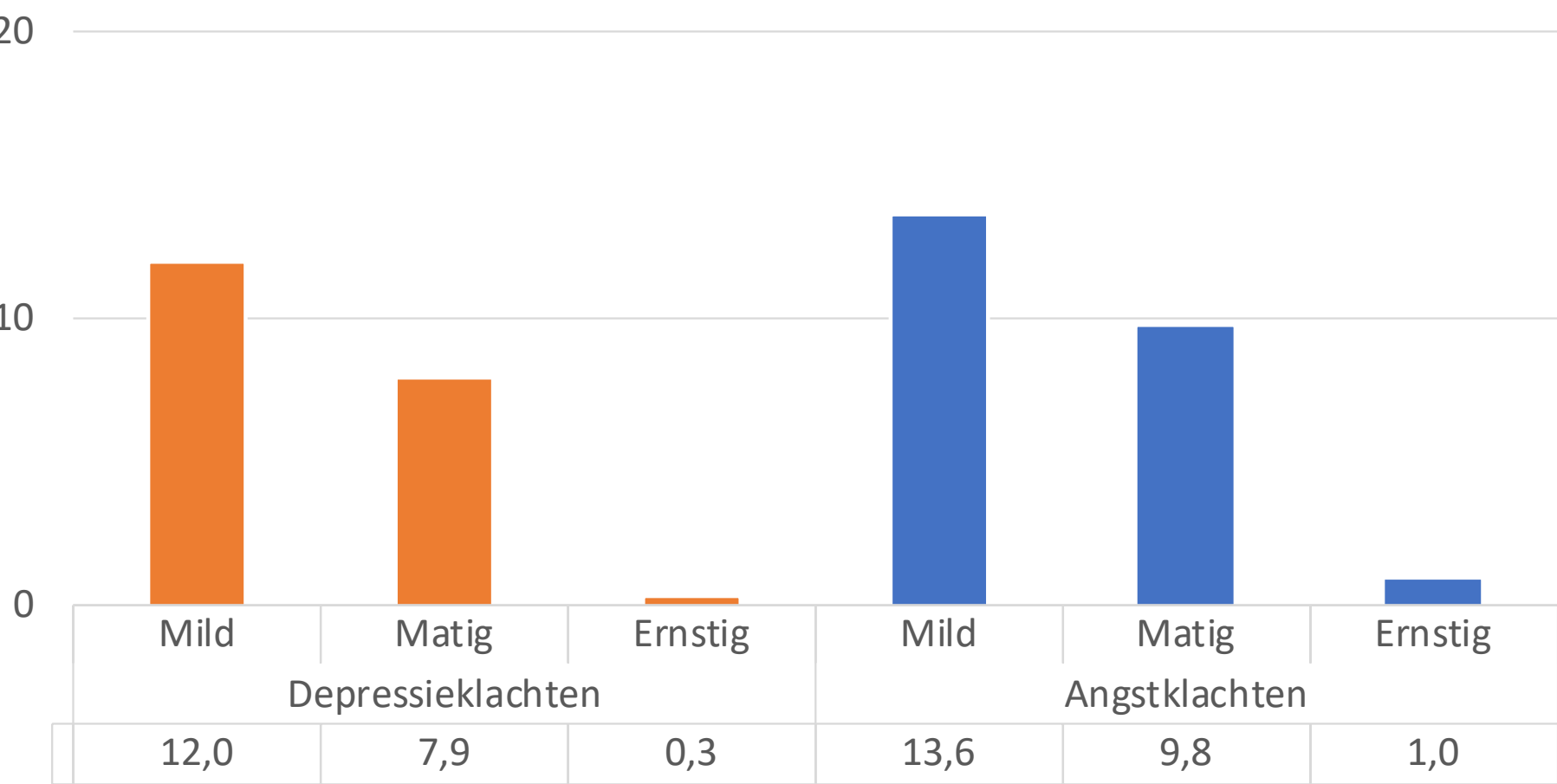
Deze bevindingen lijken goed aan te sluiten bij eerder buitenlands onderzoek onder zwangere vrouwen. Hierbij werd gevonden dat 9,2% van de vrouwen gedurende de zwangerschap een depressie had¹¹ en ongeveer 20% van de zwangere vrouwen een angststoornis had^{12,13}. Maar, de huidige studie is na de zwangerschap uitgevoerd en vrouwen werd gevraagd terug te denken aan de zwangerschap. Om de kans op herinneringsfouten te verkleinen is ervoor gekozen breed te vragen naar mentale

klachten en niet naar de aanwezigheid van specifieke depressieve of angstige gevoelens, dus ook niet de aanwezigheid van een stoornis. Vergelijking van de cijfers is daardoor niet goed mogelijk.

De huidige cijfers wijzen in elk geval op een flinke groep zwangere vrouwen die tijdens de zwangerschap mentale klachten ervaren en die daar in de meeste gevallen ook last van hebben. Ander onderzoek heeft laten zien dat mentale klachten tijdens de zwangerschap gevolgen kunnen hebben voor het ongebooren kind. Zo zijn er aanwijzingen dat depressie- of angstklachten tijdens de zwangerschap de kans vergroten op een lager geboortegewicht van het kind, vroeggeboorte of zelfs overlijden¹⁴⁻¹⁶. Ook zijn er aanwijzingen dat sociaal-emotionele en ook cognitieve gevolgen voor het kind kunnen doorlopen tot in de kindertijd, adolescentie en zelfs volwassenheid^{17,18}. Bovendien is de kans op mentale klachten na de zwangerschap groter als deze klachten er tijdens de zwangerschap al zijn^{19,20}. Tijdige signalering en behandeling van mentale klachten bij aanstaande moeders is daarom van groot belang.

Hoeveel vrouwen ervaren depressie- en angstklachten na de zwangerschap?

Figuur 3. Mate van depressie- en angstklachten na de zwangerschap (%)



Uitleg:

- Van alle vrouwen ervaarde 20,2% depressieklachten in de afgelopen zeven dagen. Voor 8,2% van alle vrouwen ging het om matig tot ernstige depressieklachten.
- Daarnaast ervaarde 24,4% van alle vrouwen angstklachten in de afgelopen zeven dagen. Voor 10,8% van alle vrouwen ging het om matig tot ernstige angstklachten.
- Van alle vrouwen ervaarde 29,6% depressie- of angstklachten.

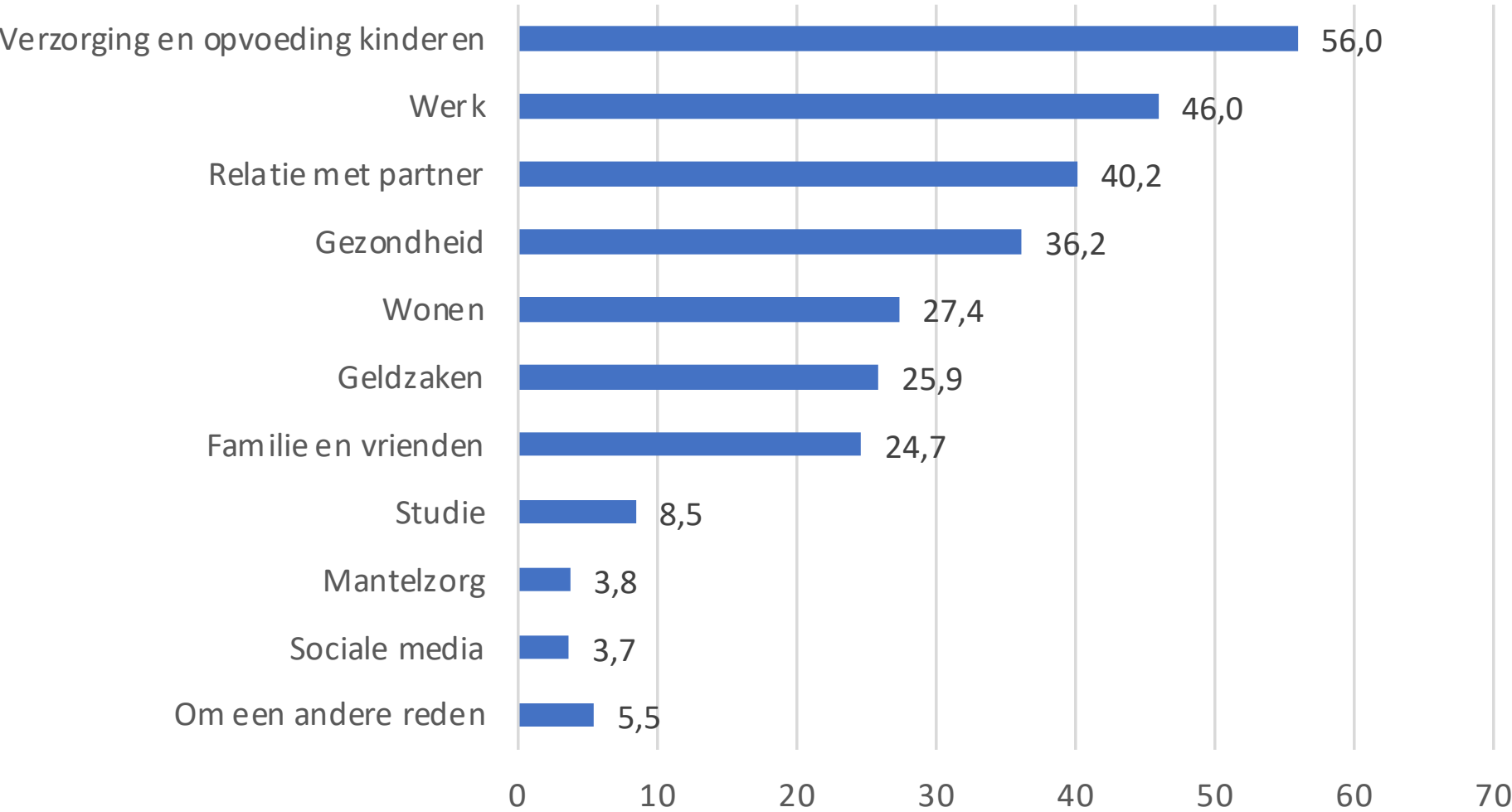
- Van de vrouwen met depressie- of angstklachten ervaarde 41,0% gedurende tenminste één van de drie trimesters van de zwangerschap ook al vaak of altijd mentale klachten.
- Van de vrouwen met depressie- of angstklachten, rapporteerde 44,7% matig tot veel last van mentale klachten. Uitgesplitst naar type klacht, is te zien dat 52,8% van vrouwen met depressieklachten in de afgelopen 7 dagen last ervaarde van mentale klachten. Bij angstklachten was dit 48,2%.

Hoe is deze vraag gesteld?

Depressie- en angstklachten zijn gemeten over de afgelopen zeven dagen met vragen uit de Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)²¹. Dit waren acht vragen over depressieklachten (range 38,2-81,3; gemiddelde 45,8; SD 8,6) en acht vragen over angstklachten (range 37,1-83,1; gemiddelde 47,9; SD 9,2).

Hoeveel vrouwen ervaren stress na de zwangerschap?

Figuur 4. Stressbronnen onder vrouwen die (heel) veel stresservaarden na de zwangerschap (%)



Noot. Vrouwen konden meerdere gebieden aangeven waarop ze stresservaarden.

Uitleg:

- In de afgelopen vier wekenervaarde 14,6% van de vrouwen (heel) veel stress. Ruim een derde van de vrouwen (36,6%)ervaarde geen stress en bijna de helft (48,8%) een beetje stress.
- Vrouwen die (heel) veel stresservaarden, benoemden voornamelijk verzorgering en opvoeding van kind(eren) (56,0%) als stressbron. Ook werk (46,0%), relatie met partner (40,2%) en gezondheid (36,2%) werden regelmatig genoemd.
- Vrouwen die (heel) veel stresservaarden hadden duidelijk vaker ook depressieklachten (58,9%) dan vrouwen die geen of een beetje stresservaarden (13,5%). Hetzelfde beeld is zichtbaar voor angstklachten: 74,3% vs. 15,9%.

Hoe is deze vraag gesteld?

Vrouwen is gevraagd hoeveel stress zijervaarden in de afgelopen vier weken. Ook gaven ze aan op welke gebieden ze stresservaarden. Voor de resultaten is gekeken hoeveel vrouwen aangaven dat zij veel of heel veel stresservaarden (versus (bijna) niet of een beetje).

Hoeveel vrouwen ervaren depressie-, angstklachten of stress na de zwangerschap?

Wat betekenen deze cijfers?

Een substantieel deel van de vrouwen rapporteerde depressieklachten, angstklachten of (heel) veel stress. Dit lijkt vergelijkbaar met wat in andere landen wordt gevonden.

Na de zwangerschap ervaaarde 1 op de 5 vrouwen depressieklachten. Bij ongeveer 1 op de 12 (8,2%) ging het om matig tot ernstige depressieklachten. Mogelijk is er bij de groep vrouwen met matig tot ernstige klachten sprake van een (postpartum) depressie²². Dit percentage van 8% is vergelijkbaar met de prevalentie voor postpartum depressie in Europa (8%)²³. Gemiddeld ligt de prevalentie van postpartum depressie wereldwijd op 17%^{23,24}.

Daarnaast ervaaarde 1 op 4 vrouwen angstklachten na de zwangerschap. Bij bijna 1 op de 9 (10,8%) ging het om matig tot ernstige klachten. Wereldwijd komen angstklachten in het eerste halfjaar na de geboorte voor bij 15% van de vrouwen en een angststoornis bij 10%¹². Bij de groep vrouwen met matige tot ernstige klachten (10,8%) is er mogelijk sprake van een angststoornis²⁵.

Veel van de vrouwen met depressie- of angstklachten (bijna 60%) had geen of weinig mentale klachten tijdens de zwangerschap. Deze klachten lijken dus na de bevalling ontstaan. Dit sluit aan bij bevindingen uit buitenlands onderzoek die duiden op verschillende patronen: alléén mentale klachten tijdens de zwangerschap, alléén daarna of in beide perioden^{26,27}. Voor signalering betekent dit dat alertheid op mentale problematiek na de zwangerschap ook nodig is als er tijdens de zwangerschap nog geen mentale klachten waren.

Bijna 1 op 7 vrouwen ervaaarde (heel) veel stress. Ruim de helft (56,0%) van de vrouwen met (heel) veel stress noemde de verzorging en opvoeding van kind(eren) als bron van stress. Verder benoemden de vrouwen voornamelijk werk (46,0%), relatie met partner (40,2%) en gezondheid (36,2%) als stressbronnen. Uit onderzoek weten we dat veel stress het risico op mentale klachten rond de zwangerschap verhoogt¹⁹.

Hoeveel vrouwen ervaren depressie-, angstklachten of stress na de zwangerschap?

Gevolgen van mentale klachten na de zwangerschap

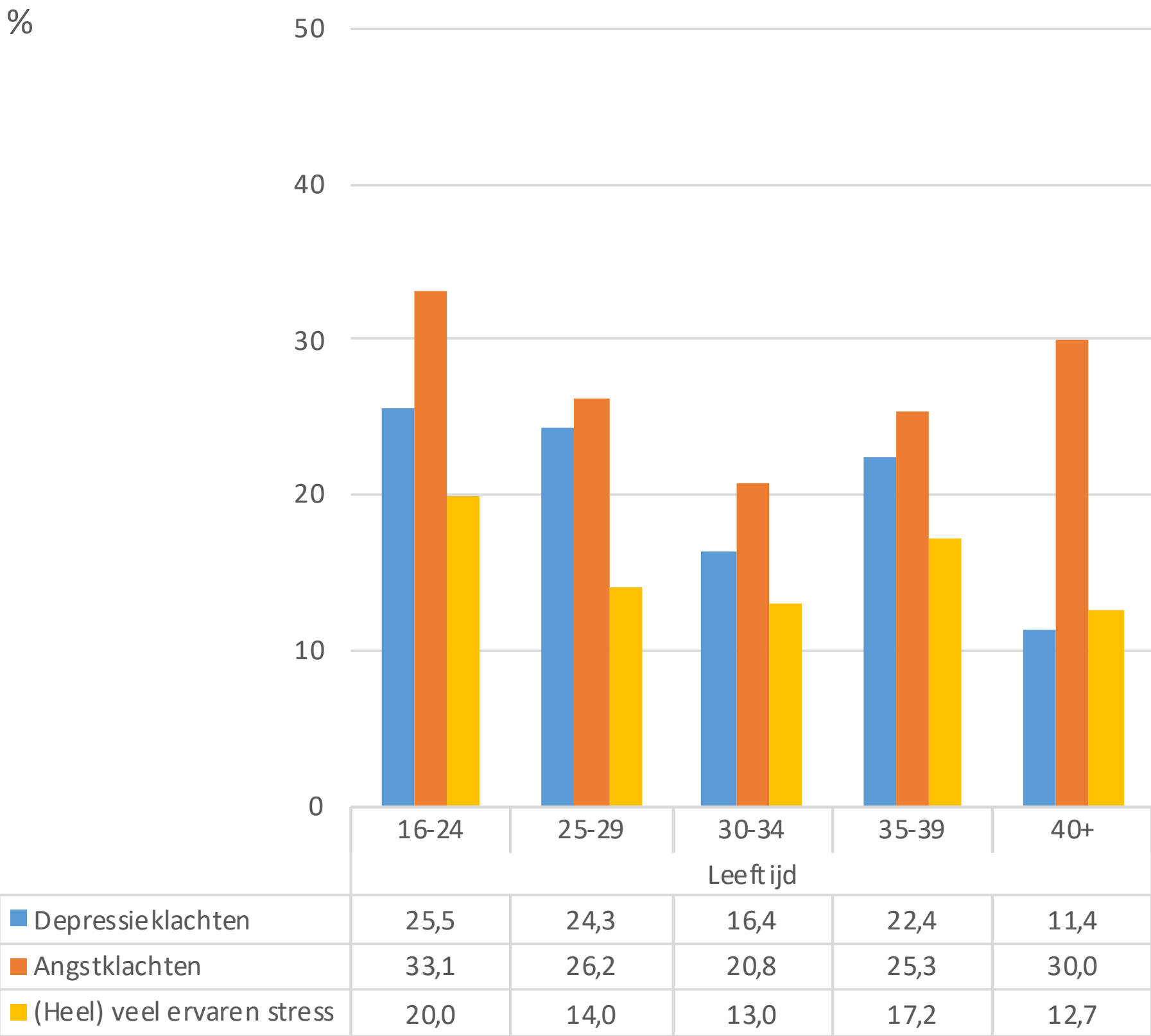
Deze cijfers wijzen op een flinke groep vrouwen met depressie- of angstklachten of (heel) veel ervaren stress in de periode na de zwangerschap. Bovendien hadden vrouwen vaak last van meerdere typen klachten tegelijkertijd. Uit andere onderzoeken komt naar voren dat deze mentale klachten bij de vrouw een negatieve invloed hebben op zowel het welzijn van de vrouw, als op de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind^{17,18,28}. De problemen die ontstaan bij het kind kunnen doorlopen tot in de adolescentie en volwassenheid^{29,30}. Een ander onderzoek laat daarnaast zien dat een kind zich door een postpartum depressie of angst bij de moeder niet of minder goed veilig kan hechten¹⁷. Terwijl een veilige hechting van het kind juist van belang is voor een optimale ontwikkeling. De gevolgen voor zowel de moeder als het kind benadrukken het belang van vroegtijdige signalering van mentale klachten en stress, en ondersteuning.



Verschilt het percentage vrouwen met mentale klachten na de zwangerschap naar...

... leeftijd?

Figuur 5. Vrouwen met depressieklachten, angstklachten en (heel) veel ervaren stress na de zwangerschap, naar leeftijd (%)



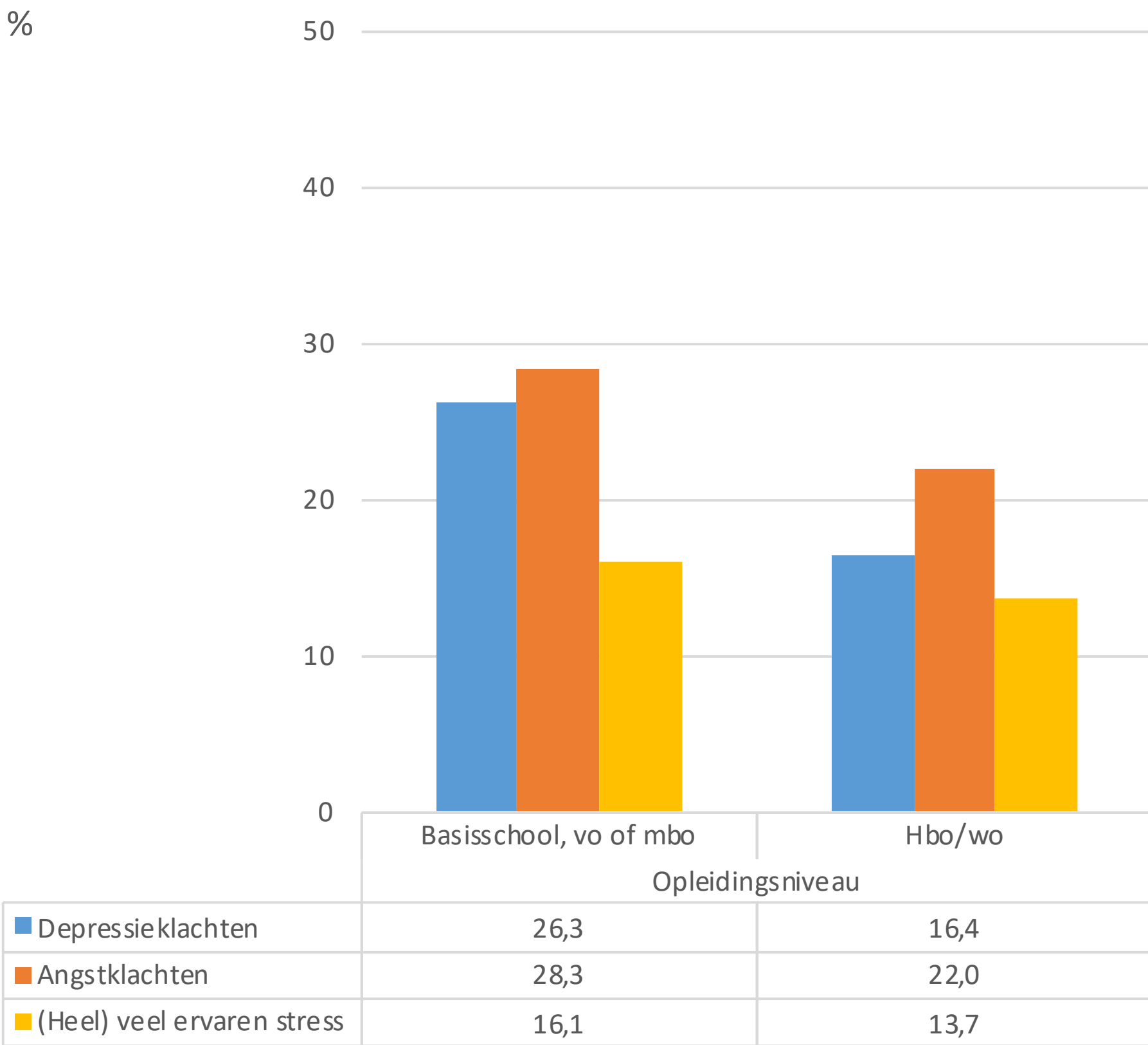
Uitleg:

- Het percentage depressieklachten was bij vrouwen in de leeftijd 16-24 jaar (25,5%) ruim twee keer zo hoog als bij vrouwen van 40 jaar en ouder (11,4%). In de tussenliggende leeftijdsgroepen is een wisselend en niet significant beeld te zien.
- Vrouwen van 16-24 jaar rapporteerden vaker angstklachten (33,1%) dan vrouwen van 30-34 jaar (20,8%). Bij de andere leeftijdsgroepen is een wisselend en niet significant beeld te zien.
- Het percentage vrouwen dat (heel) veel stress ervaarde was hoger bij vrouwen in de leeftijd van 16-24 jaar (20,0%) vergeleken met de andere leeftijdsgroepen, maar de verschillen zijn niet significant.

Verschildt het percentage vrouwen met mentale klachten na de zwangerschap naar...

... opleidingsniveau?

Figuur 6. Vrouwen met depressieklachten, angstklachten en (heel) veel ervaren stress na de zwangerschap, naar opleidingsniveau (%)



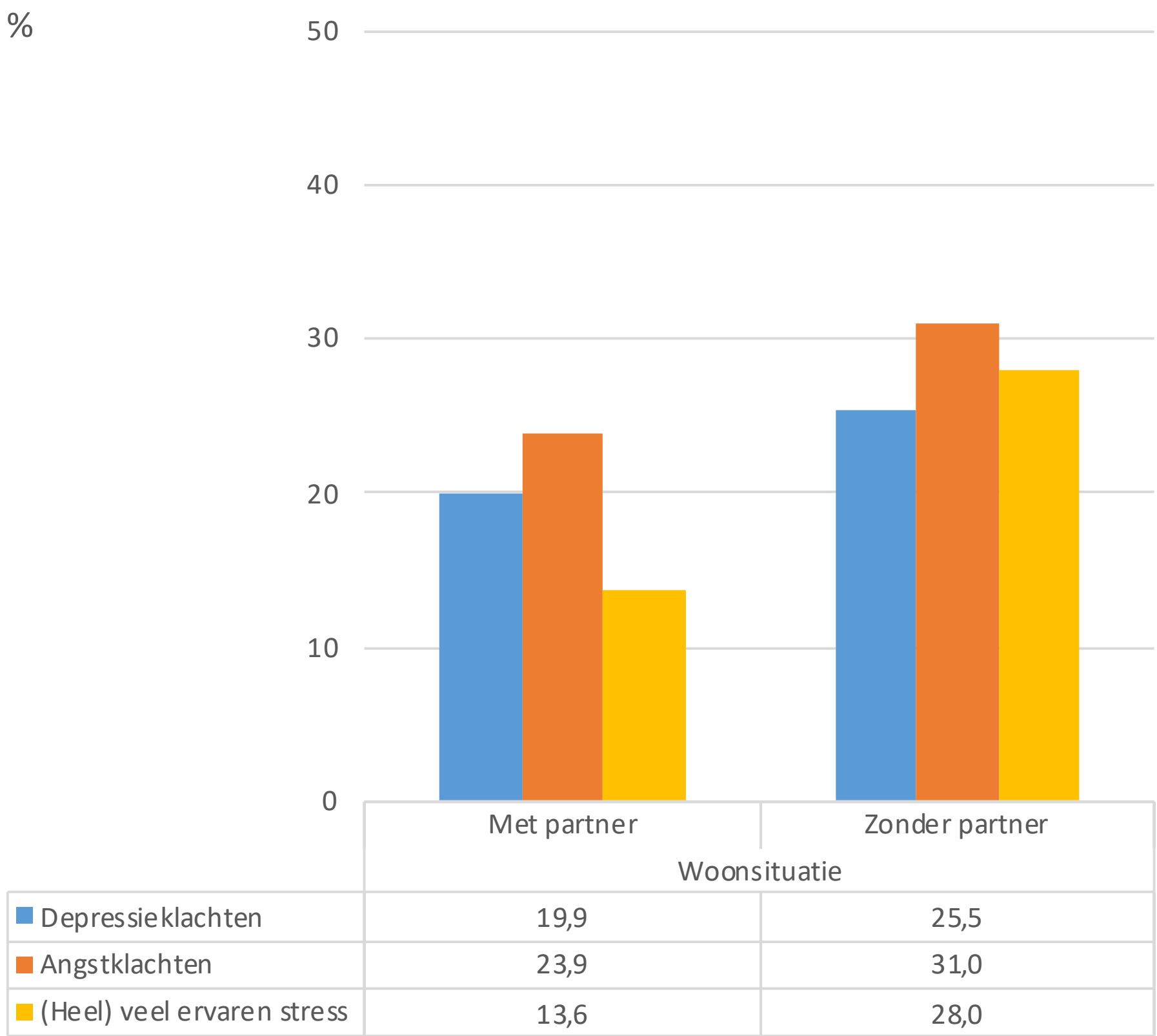
Uitleg:

- Vrouwen met basisschool, voortgezet onderwijs of middelbaar beroepsonderwijs als hoogst afgeronde opleiding hadden vaker depressieklachten (26,3%) dan vrouwen met hoger beroepsonderwijs of universiteit als hoogst afgerond opleiding (16,4%). Eenzelfde beeld is zichtbaar voor angstklachten: 28,3% vs. 22,0%, maar dit verschil is niet significant.
- Voor (heel) veel ervaren stress was er tussen de verschillende opleidingsniveaus geen duidelijk verschil te zien.

Verschildt het percentage vrouwen met mentale klachten na de zwangerschap naar...

... woonsituatie?

Figuur 7. Vrouwen met depressieklachten, angstklachten en (heel) veel ervaren stress na de zwangerschap, naar woonsituatie (%)



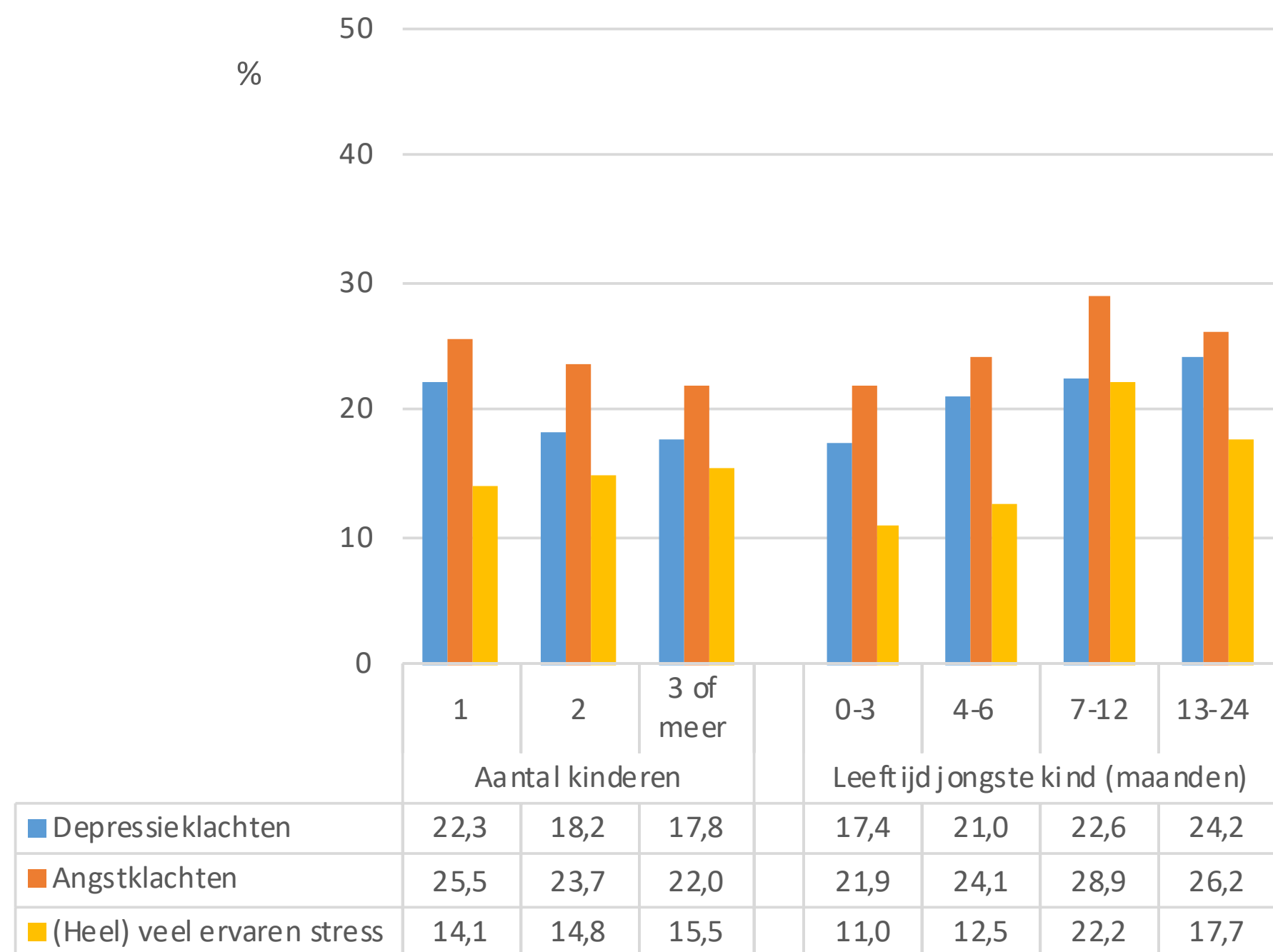
Uitleg:

- Het percentage vrouwen met (heel) veel stress was hoger bij vrouwen zonder partner vergeleken met vrouwen met partner. Ook lijken vrouwen zonder een partner vaker depressie- en angstklachten te hebben vergeleken met vrouwen met een partner, maar deze verschillen zijn niet significant.

Verschilt het percentage vrouwen met mentale klachten na de zwangerschap naar...

... het aantal kinderen en de leeftijd van het jongste kind?

Figuur 8. Vrouwen met depressieklachten, angstklachten en (heel) veel ervaren stress na de zwangerschap, naar het aantal kinderen en de leeftijd van het jongste kind (%)



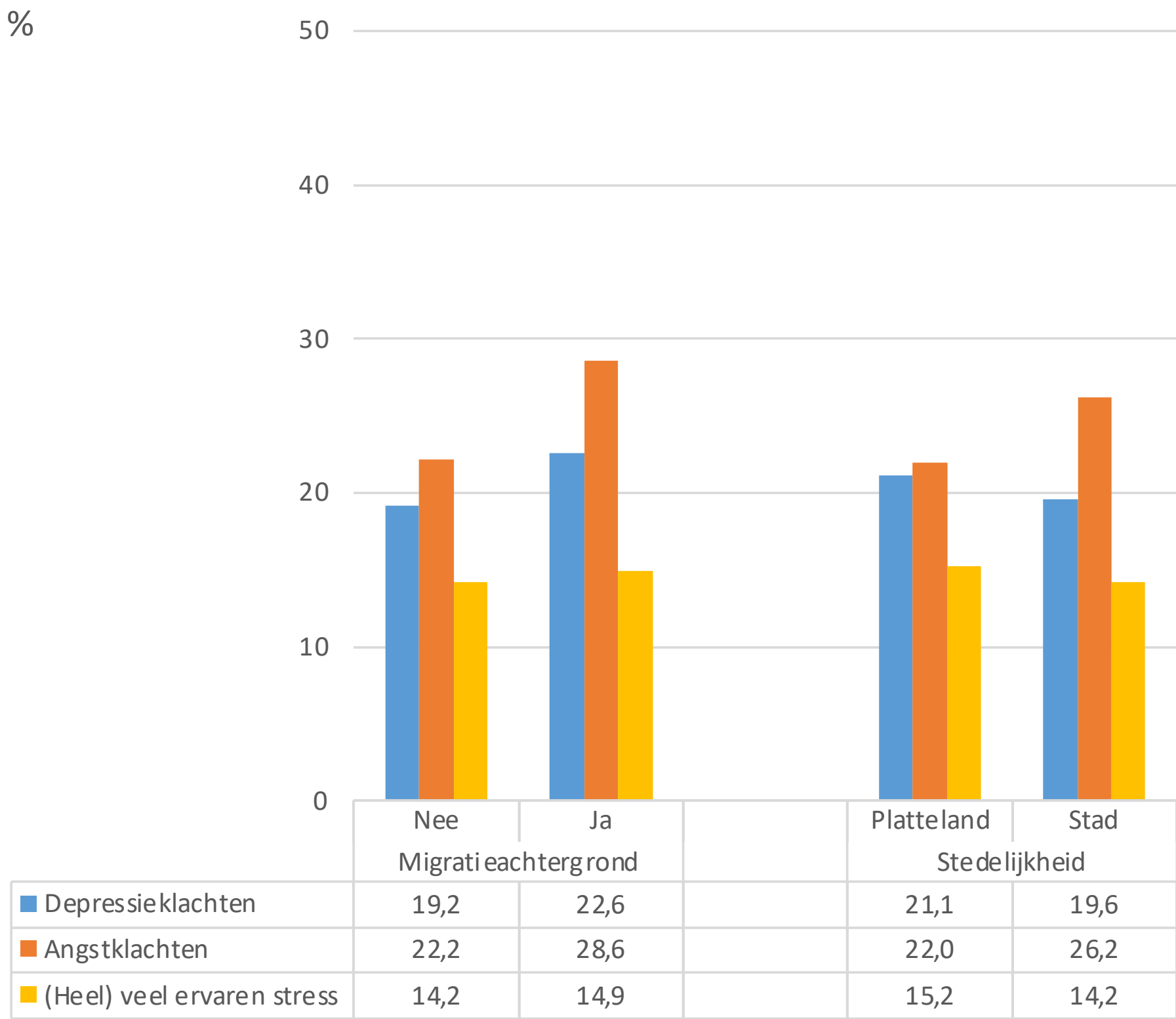
Uitleg:

- Het percentage vrouwen met depressieklachten lijkt het hoogst bij vrouwen met 1 kind en lijkt af te nemen vanaf 2 kinderen of meer. Hetzelfde beeld is zichtbaar voor angstklachten. Deze verschillen voor depressie- en angstklachten zijn niet significant. Voor (heel) veel ervaren stress zijn geen duidelijke verschillen te zien naar het aantal kinderen.
- Vrouwen met het jongste kind in de leeftijd van 0-3 maanden ervaren minder vaak (heel) veel stress (11,0%) vergeleken met vrouwen met het jongste kind in de leeftijd 7-12 maanden (22,2%) of 13-24 maanden (17,7%). Het percentage vrouwen met depressie- en angstklachten lijkt het laagst bij vrouwen met het jongste kind in de leeftijd van 0-3 maanden, maar deze verschillen zijn niet significant.

Verschildt het percentage vrouwen met mentale klachten na de zwangerschap naar...

... migratieachtergrond of stedelijkheid?

Figuur 9. Vrouwen met depressieklachten, angstklachten en (heel) veel ervaren stress na de zwangerschap, naar migratieachtergrond of stedelijkheid (%)



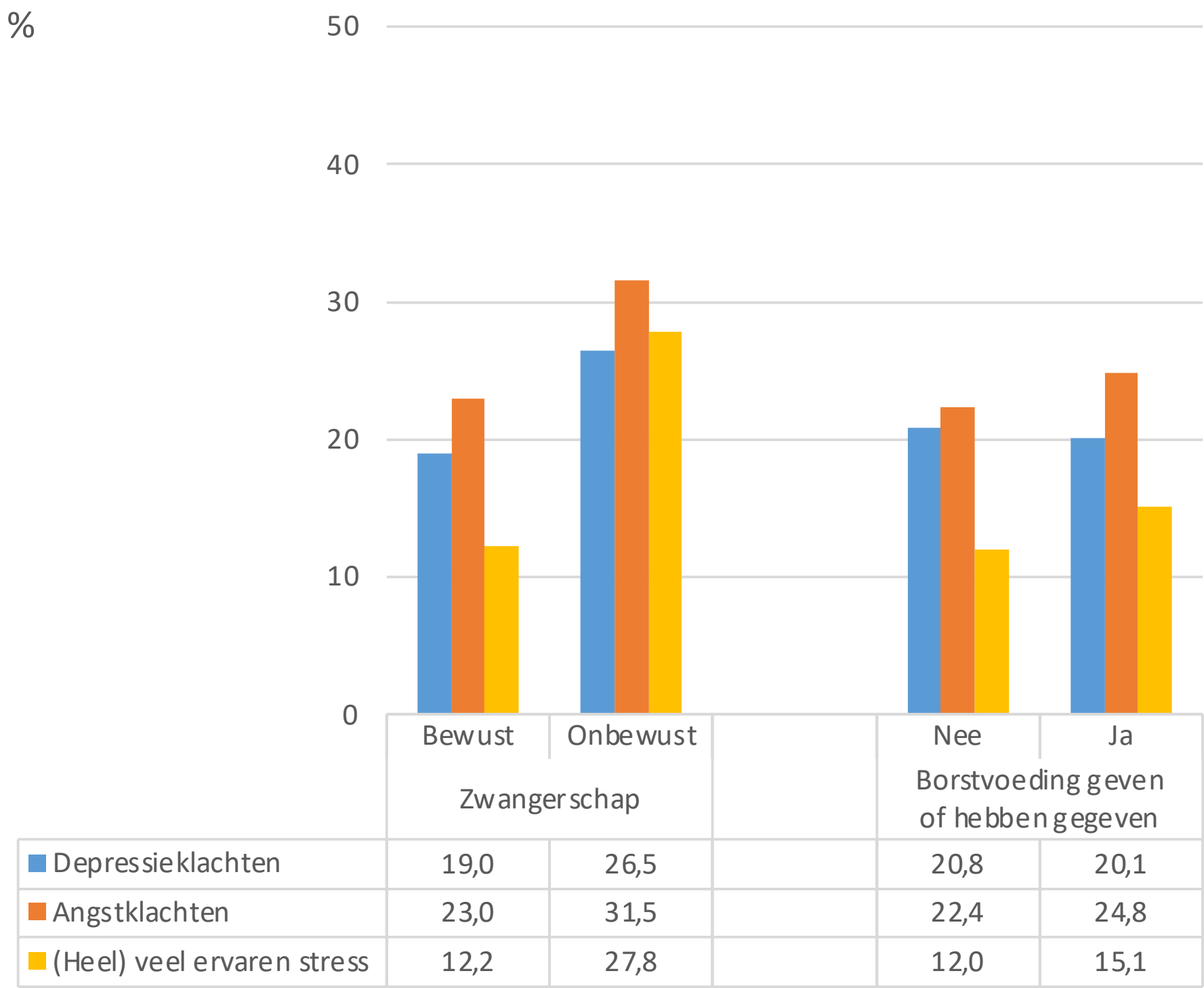
Uitleg:

- Vrouwen met een migratieachtergrond lijken vaker angstklachten te hebben vergeleken met vrouwen zonder migratieachtergrond (28,6% vs. 22,2%), maar dit verschil is niet significant. Voor depressieklachten en (heel) veel ervaren stress zijn geen duidelijke verschillen te zien.
- Vrouwen die in de stad woonden lijken vaker angstklachten (26,2%) te hebben dan vrouwen die op het platteland woonden (22,0%), maar dit verschil is niet significant. Voor depressieklachten en (heel) veel ervaren stress zijn geen duidelijke verschillen te zien.

Verschilt het percentage vrouwen met mentale klachten na de zwangerschap naar...

... bewuste of onbewuste zwangerschap en borstvoeding geven of hebben gegeven?

Figuur 10. Vrouwen met depressieklachten, angstklachten en (heel) veel ervaren stress na de zwangerschap, naar bewuste of onbewuste zwangerschap en borstvoeding geven of hebben gegeven (%)



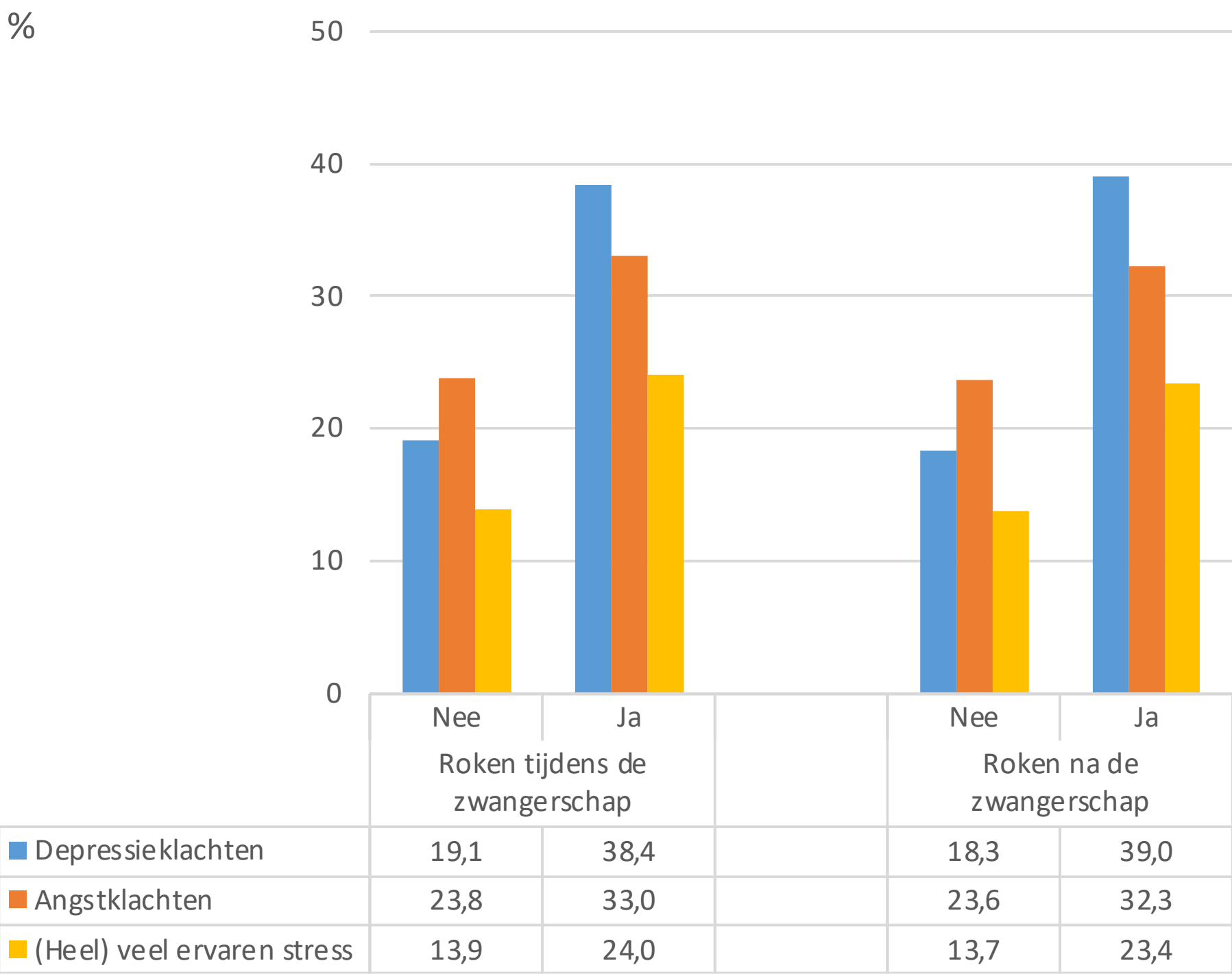
Uitleg:

- Vrouwen die onbewust zwanger zijn geworden hadden na de zwangerschap vaker angstklachten of (heel) veel stress dan vrouwen met een bewuste zwangerschap. Voor depressieklachten lijkt hetzelfde beeld zichtbaar, maar dit verschil niet is significant.
- Het percentage vrouwen dat na de zwangerschap depressieklachten, angstklachten of (heel) veel ervaren stress had was vergelijkbaar voor vrouwen die wel en niet borstvoeding geven of hebben gegeven.

Verschildt het percentage vrouwen met mentale klachten na de zwangerschap naar...

... roken tijdens en na de zwangerschap?

Figuur 11. Vrouwen met depressieklachten, angstklachten en (heel) veel ervaren stress na de zwangerschap, naar roken tijdens en na de zwangerschap (%)



Uitleg:

- Vrouwen die tijdens de zwangerschap rookten hadden vaker depressieklachten na de zwangerschap dan vrouwen die niet rookten (38,4% vs. 19,1%). Eenzelfde beeld is zichtbaar voor angstklachten en (heel) veel ervaren stress, maar deze verschillen zijn niet significant.
- Vrouwen die na de zwangerschap rookten hadden vaker depressieklachten en (heel) veel ervaren stress na de zwangerschap vergeleken met vrouwen die niet rookten. Eenzelfde beeld is zichtbaar voor angstklachten, alleen dit verschil is niet significant.

Verschilt het percentage vrouwen met mentale klachten na de zwangerschap naar...

Wat betekenen deze cijfers?

Vrouwen met basisschool, voorgezet onderwijs of middelbaar beroepsonderwijs als hoogst afgeronde opleiding hadden vaker depressieklachten dan vrouwen met hbo of universiteit.

Voor angstklachten is eenzelfde beeld zichtbaar, alleen is dit verschil niet significant. Dit komt overeen met het beeld uit internationaal onderzoek waarin naar voren komt dat een laag opleidingsniveau een risicofactor is voor het ontstaan van depressie^{-31,32} en angstklachten³³ in de prenatale en postpartum periode.

Basisschool, voortgezet onderwijs of middelbaar beroepsonderwijs als hoogst afgeronde opleiding is een indicator voor een lagere sociaaleconomische positie. Een lagere sociaaleconomische positie kan samengaan met allerlei lastige omstandigheden of problemen, zoals armoede. Al deze factoren samen kunnen zorgen voor chronische stress die een vrouw vatbaarder kan maken voor mentale stoornissen³⁴. Om deze reden lijkt het wenselijk om bij zwangere vrouwen en gezinnen in kwetsbare posities niet alleen mentale klachten bespreekbaar te maken: ook de omstandigheden waarin mentale klachten zijn ontstaan en verschillende risicofactoren en beschermende factoren verdienen de aandacht.

Depressieklachten, angstklachten en (heel) veel stress lijken vaker aanwezig te zijn zodra het kind zeven maanden of ouder is.

Uit de resultaten van het huidige onderzoek blijkt dat vrouwen met een kind in de leeftijd van 7-12 maanden vaker (heel) veel stress ervaren vergeleken met vrouwen met een kind in de leeftijd van 0-3 maanden. Ook het percentage vrouwen met depressie- en angstklachten lijkt hoger bij vrouwen met een kind in de leeftijd van 7 maanden of ouder, maar daarvan zijn de verschillen niet significant. Deze resultaten sluiten aan bij ander onderzoek waaruit ook blijkt dat vrouwen zes maanden na de zwangerschap meer mentale klachten ervaren, waaronder depressie- en angstklachten^{23,35}. Ook zes maanden na de zwangerschap is het dus nog belangrijk om hier aandacht voor te hebben. Vanaf dat moment zijn vrouwen voornamelijk in beeld bij de jeugdgezondheidszorg en huisarts. Het is daarom van belang dat deze professionals ook in deze periode nog alert zijn op signalen van depressie, angst of (heel) veel stress.

Verschildt het percentage vrouwen met mentale klachten na de zwangerschap naar...

Vrouwen die rookten tijdens en na de zwangerschap ervaren vaker depressie- of angstklachten, en (heel) veel stress.

Deze cijfers sluiten aan bij het beeld wat naar voren komt uit buitenlands onderzoek. Over het algemeen is het zo dat mensen met mentale klachten, zoals depressie-, angst- of stressklachten vaker roken dan mensen zonder deze klachten³⁶. Bij depressie was dit verschil in ons onderzoek het meest uitgesproken: vrouwen die rookten, hadden tijdens en na de zwangerschap twee keer vaker depressieklachten dan vrouwen die niet rookten (bijna 4 op 10 vrouwen die roken heeft depressieklachten). Uit buitenlands onderzoek weten we dat vrouwen met een depressie vaker doorroken tijdens en na de zwangerschap³⁷. En dat roken tijdens de zwangerschap de kans vergroot op een postpartum depressie^{38,39}.

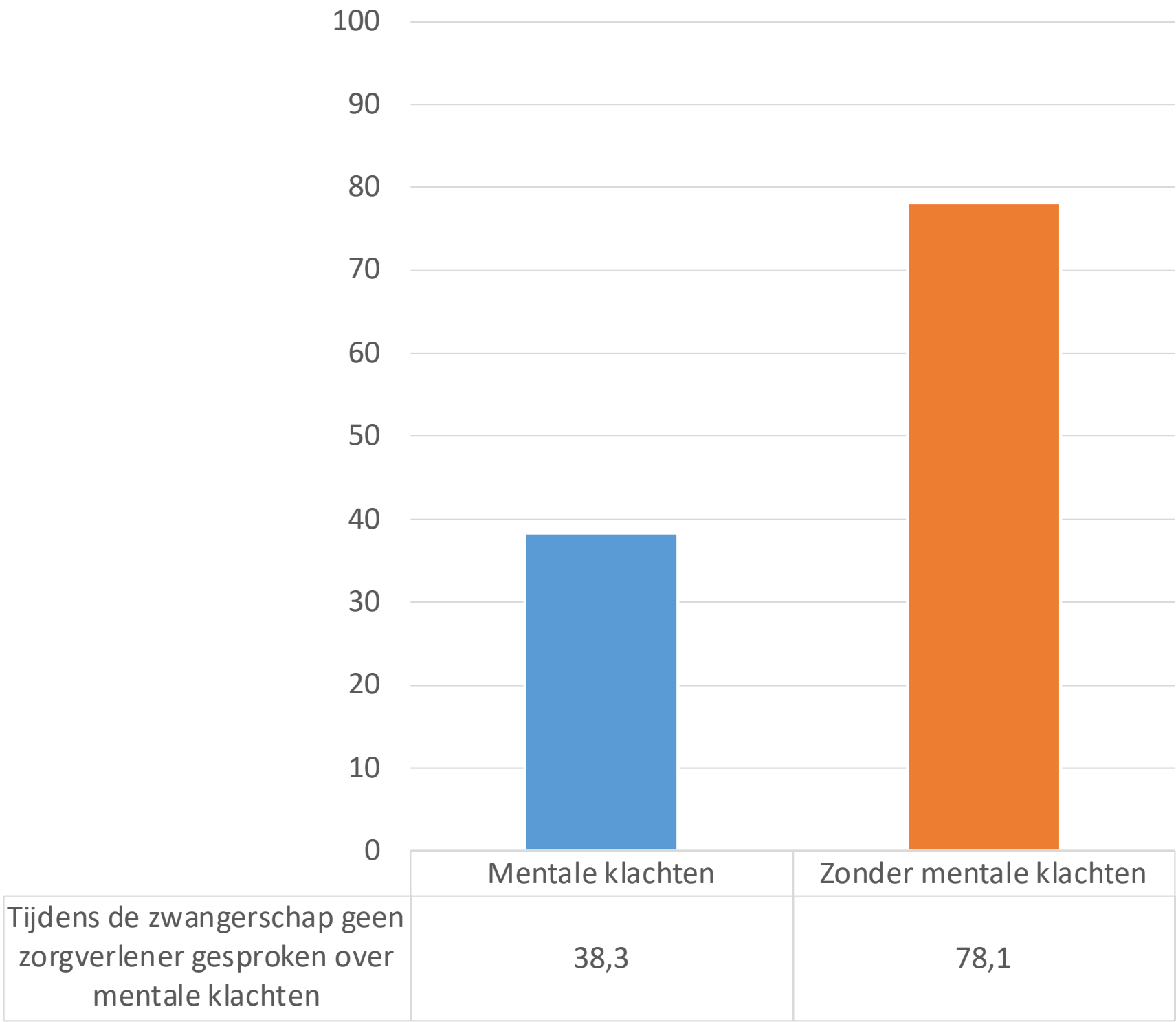
Het verband tussen depressie en roken kan komen door verschillende mechanismes: de vrouw kan denken dat roken haar helpt met het omgaan met mentale klachten³⁶. Dit is echter een schijneffect, want er zijn ook steeds meer aanwijzingen dat het verband de andere kant op gaat: roken kan een oorzakelijke risicofactor zijn bij de ontwikkeling van depressie⁴⁰. Hoe dit verband in het huidige onderzoek in elkaar steekt, weten we niet, onder andere omdat deze cijfers op één moment zijn gemeten. De samenhang tussen roken en mentale klachten kan ook deels

verklaard worden door de overlap in risicofactoren, zoals armoede. Desondanks lijkt het verstandig om bij een zwangere of pas bevallen vrouw die rookt én depressief is beide problemen in samenhang aan te pakken omdat deze problemen met elkaar verbonden zijn⁴¹.



Hoeveel vrouwen spreken tijdens de zwangerschap met een zorgverlener over mentale klachten?

Figuur 12. Vrouwen die aangaven tijdens de zwangerschap niet met een zorgverlener te hebben gesproken over mentale klachten (%), uitgesplitst naar vrouwen met en zonder mentale klachten gedurende een deel van de zwangerschap



Noot. Bij mentale klachten gaat het om vrouwen die vaak of altijd mentale klachten rapporteerden tijdens tenminste één van de drie trimesters van de zwangerschap (versus nooit, heel soms of soms mentale klachten).

Uitleg:

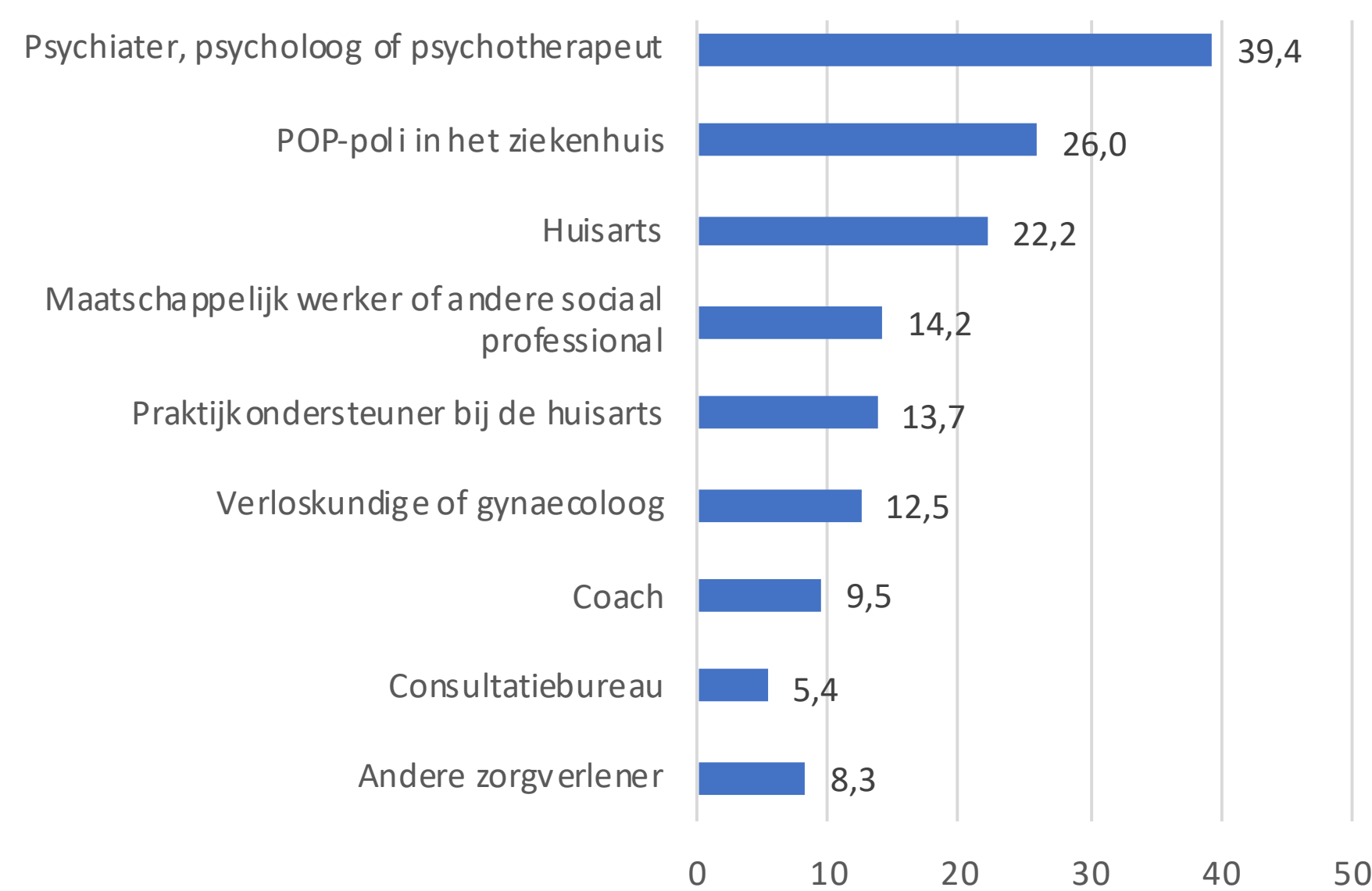
- Van alle vrouwen rapporteerde 31,1 % tijdens de zwangerschap een zorgverlener te hebben gesproken over mentale klachten. Dit betekent dat 68,9% zich niet kon herinneren met een zorgverlener te hebben gesproken over mentale klachten tijdens de zwangerschap.
- Vrouwen zonder mentale klachten gaven vaker aan *geen* zorgverlener te hebben gesproken over mentale klachten tijdens de zwangerschap (78,1 %) dan vrouwen met mentale klachten (38,3 %).

Hoe is deze vraag gesteld?

Vrouwen is gevraagd of zij tijdens de zwangerschap met een zorgverlener hebben gesproken over mentale klachten. Bijvoorbeeld met een verloskundige, huisarts, gynaecoloog of andere zorgverlener.

Hoeveel vrouwen ontvangen hulp van een zorgverlener tijdens de zwangerschap vanwege mentale klachten?

Figuur 13. Onder de vrouwen die tijdens de zwangerschap hulp hebben ontvangen vanwege mentale klachten: soort zorgverlener (%)



Noot. Vrouwen konden bij deze vraag meerdere soorten hulp aangeven.

Uitleg:

- Van alle vrouwen ontving 14,5% hulp tijdens de zwangerschap vanwege mentale klachten. Daarbij is de aanname gemaakt dat vrouwen die geen zorgverlener hebben gesproken over mentale klachten ook geen hulp hebben ontvangen.

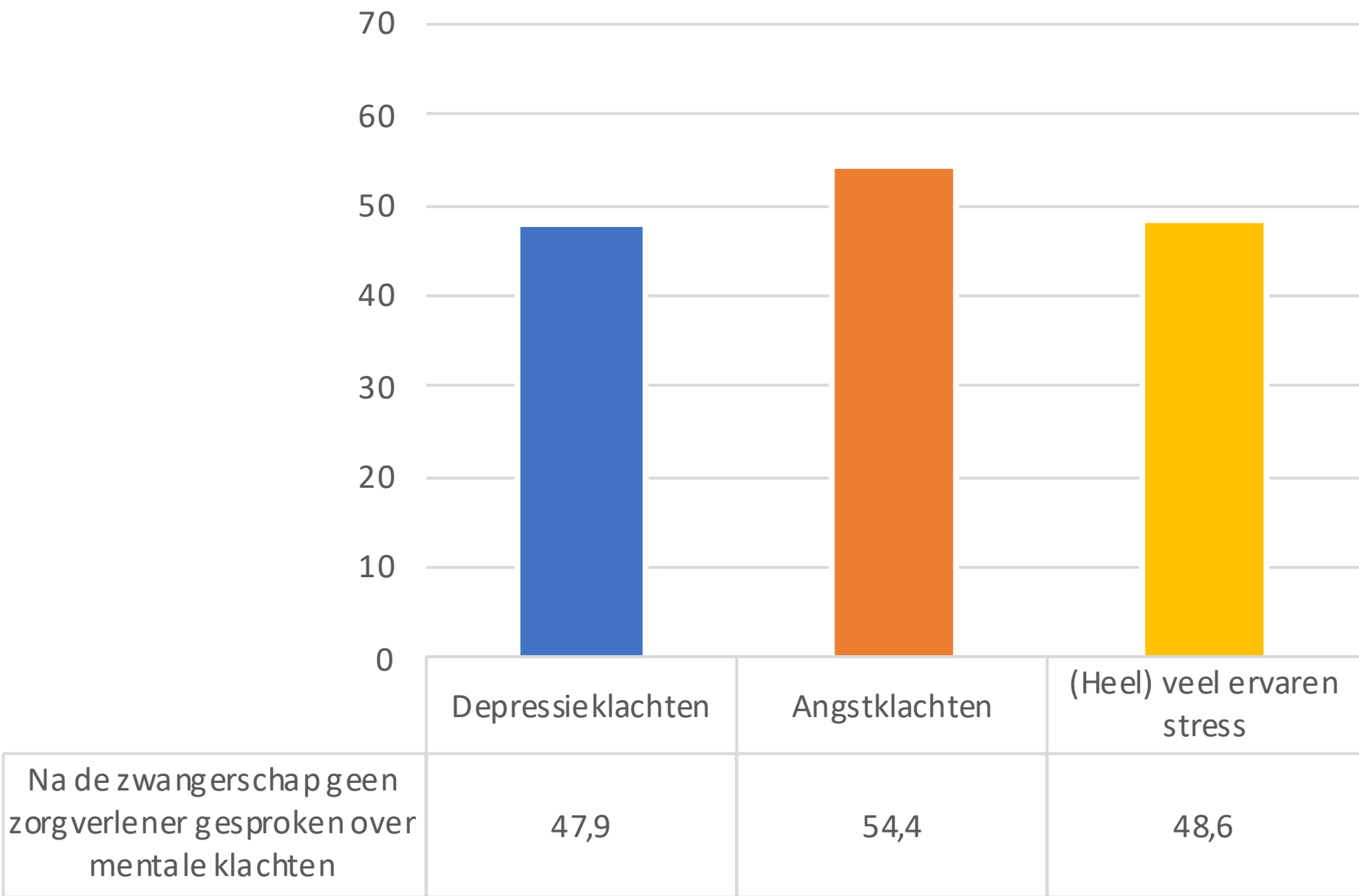
- Van de vrouwen die tijdens de zwangerschap met een zorgverlener hebben gesproken over mentale klachten, ontving 46,7% hulp vanwege mentale klachten.
- Vrouwen ontvingen het vaakst hulp van een psychiater, psycholoog of psychotherapeut, POP-poli in het ziekenhuis of huisarts.
- Als vrouwen aangaven geen hulp te hebben ontvangen na een gesprek met een zorgverlener, was dit bij 43,0% omdat ze op dat moment geen mentale klachten hadden en bij 57,0% vanwege een andere reden. Bijvoorbeeld: geen behoefte aan hulp (57,6%), zelf de klachten willen oplossen (31,4%) of verwachten dat de klachten vanzelf overgaan (24,0%).

Hoe is deze vraag gesteld?

Vrouwen is gevraagd of zij tijdens de zwangerschap hulp hebben ontvangen vanwege mentale klachten. Bijvoorbeeld ondersteuning, begeleiding of behandeling door een coach, verpleegkundige, psycholoog of andere zorgverlener.

Hoeveel vrouwen spreken na de zwangerschap met een zorgverlener over mentale klachten?

Figuur 14. Onder vrouwen die na de zwangerschap depressie-, angstklachten en/of (heel) veel stress ervaarden: vrouwen die aangaven na de zwangerschap niet met een zorgverlener te hebben gesproken over mentale klachten (%)



Noot. Depressie- en angstklachten zijn uitgevraagd over 7 dagen voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst en (heel) veel stress over 4 weken.

Uitleg:

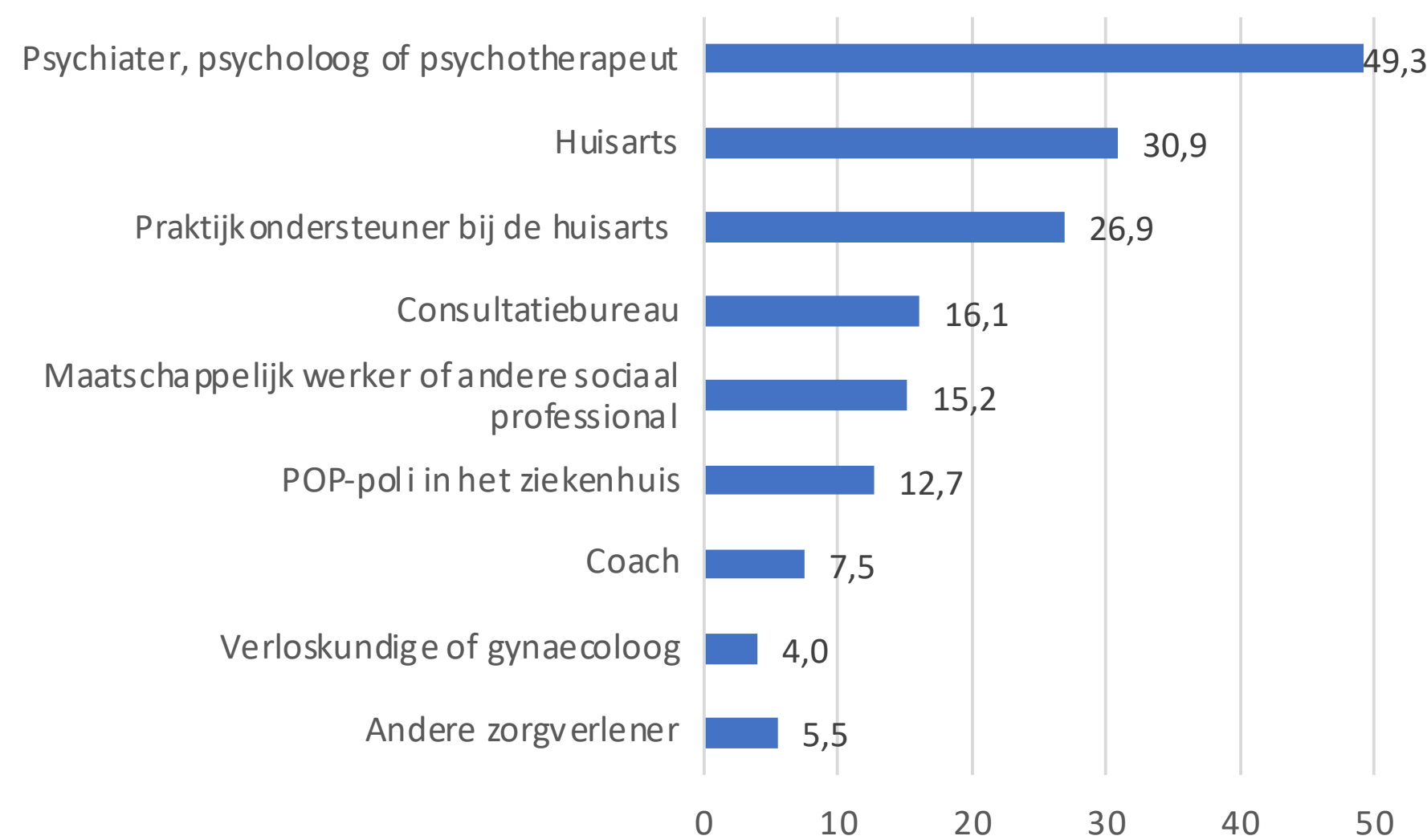
- Van alle vrouwen rapporteerde 25,0% na de zwangerschap een zorgverlener te hebben gesproken over mentale klachten. Dit betekent dat 75,0% zich niet kon herinneren met een zorgverlener te hebben gesproken over mentale klachten na de zwangerschap.
- Ongeveer de helft van de vrouwen die na de zwangerschap depressie- (47,9%) of angstklachten (54,4%) ervaarden, rapporteerde dat zij na de zwangerschap geen zorgverlener hebben gesproken over mentale klachten. Van de vrouwen die na de zwangerschap (heel) veel stress ervaarden, rapporteerde 48,6% geen zorgverlener te hebben gesproken over mentale klachten.

Hoe is deze vraag gesteld?

Vrouwen is gevraagd of zij na de zwangerschap met een zorgverlener hebben gesproken over mentale klachten. Bijvoorbeeld met een verloskundige, huisarts, kraamverzorgende of arts op het consultatiebureau.

Hoeveel vrouwen ontvangen hulp van een zorgverlener na de zwangerschap vanwege mentale klachten?

Figuur 15. Onder de vrouwen die na de zwangerschap hulp hebben ontvangen van een zorgverlener vanwege mentale klachten: soort zorgverlener (%)



Noot. Vrouwen konden bij deze vraag meerdere soorten hulp aangeven.

Uitleg:

- Van alle vrouwen ontving 14,8% hulp na de zwangerschap vanwege mentale klachten. Daarbij is de aanname gemaakt dat als vrouwen geen zorgverlener hebben gesproken over mentale klachten ze ook geen hulp hebben ontvangen.

- Van de vrouwen die aangaven na de zwangerschap een zorgverlener te hebben gesproken, ontving 59,3% hulp vanwege mentale klachten.
- Vrouwen ontvingen het vaakst hulp van een psychiater, psycholoog of psychotherapeut, huisarts of praktijkondersteuner bij de huisarts.
- Als vrouwen aangaven geen hulp te hebben ontvangen na een gesprek met een zorgverlener, was dit bij 48,9% omdat ze op dat moment geen mentale klachten hadden en bij 51,1% vanwege een andere reden. Bijvoorbeeld: geen behoefte aan hulp (56,7%), zelf de klachten willen oplossen (35,3%) of verwachten dat de klachten vanzelf overgaan (18,5%).

Hoe is deze vraag gesteld?

Vrouwen is gevraagd of zij na de zwangerschap hulp hebben ontvangen vanwege mentale klachten. Bijvoorbeeld ondersteuning, begeleiding of behandeling door een coach, verpleegkundige, psycholoog of andere zorgverlener.

Hoeveel vrouwen hebben contact met een zorgverlener rond de zwangerschap vanwege mentale klachten?

Wat betekenen deze cijfers?

Bijna 1 op de 3 vrouwen (31,3%) gaf aan dat ze tijdens de zwangerschap één of meerdere keren met een zorgverlener heeft gesproken over mentale klachten. Na de zwangerschap ging dit om 1 op de 4 vrouwen (25,0%). Er is een duidelijke relatie tussen het hebben van mentale klachten en het spreken van een zorgverlener daarover. Deze relatie wordt waarschijnlijk grotendeels verklaard doordat mentale klachten aanleiding gaven bij de vrouw om dit te bespreken met een zorgverlener, of dat mentale klachten door de zorgverlener zijn opgemerkt en daardoor onderwerp werden van gesprek. Bovendien zal een vrouw zich een gesprek over mentale klachten ook beter herinneren als zij hier ook last van had. Mogelijk is het dus ook bij de vrouwen zonder klachten wel benoemd door de zorgverlener, maar herinneren zij zich dit niet omdat het maar kort aan bod is geweest.

Het is wenselijk dat zorgverleners in de geboortezorg met regelmaat vragen hoe het mentaal met de moeder gaat, in zowel de prenatale als de postpartum periode (= samen de perinatale periode), ook als er niet direct signalen zijn die wijzen op klachten. Mentale klachten zijn niet altijd zichtbaar voor de buitenwereld: vrouwen zetten vaak een masker op, ze schamen zich voor hun gevoel want

‘zwanger zijn en de tijd daarna zou toch de gelukkigste tijd van je leven moeten zijn’. In de Nederlandse geboortezorgpraktijk vindt signalering en/of screening van mentale klachten plaats maar is dit geen landelijk uitgevoerd beleid of verankerd in een richtlijn. Vrouwen lijken hier wel voor open te staan. Aanvullende analyses van de Monitor Middelengebruik en Zwangerschap in 2023 laten namelijk zien dat het merendeel van de vrouwen (91,6%) verwacht dat de zorgverlener minimaal 1 keer vragen stelt over de mentale gezondheid. Daarnaast gaf 44,1% van de vrouwen aan dat ze verwachten dat er bij (bijna) elke afspraak vragen over mentale gezondheid worden gesteld.

Herhaalde aandacht voor mentale gezondheid bij alle nieuwe moeders (bijvoorbeeld door te vragen naar prenatale of postpartum stemmings- en angstklachten met inzet van een screeningsinstrument)^{42,43} en de eventuele inzet van psychologische of psychosociale interventies⁴⁴ is effectief in het voorkomen van perinatale depressie en angst. Dit wordt daarom aanbevolen vanuit verschillende internationale richtlijnen en beleidsdocumenten^{45,46}. Niet alleen om al bestaande of eerdere mentale klachten naar boven te halen (want deze geven een verhoogde kans op mentale klachten tijdens en na de zwangerschap).

Hoeveel vrouwen hebben contact met een zorgverlener rond de zwangerschap vanwege mentale klachten?

Het is ook nodig voor signalering van vrouwen die voor het eerst mentale klachten krijgen in deze periode en ze te ondersteunen en door te verwijzen als dat nodig is. Uit de huidige cijfers blijkt dat verdere ondersteuning vaak gewenst was. Als vrouwen een zorgverlener spraken over mentale klachten, kreeg ruim de helft aanvullende hulp voor deze mentale klachten. Vrouwen ontvingen voornamelijk hulp van de psychiater, psycholoog of psychotherapeut.



Samenhang demografische kenmerken & contact met zorgverleners

Voor verschillende demografische en andere kenmerken (zie kenmerken Tabel 2) is gekeken of er verschillen zijn in contact met de zorgverlening.

Tijdens de zwangerschap zijn er weinig verschillen zichtbaar voor zowel een gesprek met een zorgverlener als het ontvangen van hulp. Alleen vrouwen die zonder partner wonen gaven aan dat zij vaker contact hebben gehad tijdens de zwangerschap. Daarnaast ontvingen vrouwen die onbewust zwanger zijn geworden vaker hulp tijdens de zwangerschap.

Na de zwangerschap zijn er wat meer verschillen zichtbaar. Net als tijdens de zwangerschap vallen vrouwen zonder partner wonen en een onbewuste zwangerschap op. Deze vrouwen spraken vaker een zorgverlener over mentale klachten en kregen vaker hulp. Andere kenmerken die samenhangen met spreken over mentale gezondheid na de zwangerschap zijn roken (tijdens en na de zwangerschap) en wonen op het platteland. Het krijgen van hulp na de zwangerschap is gerelateerd aan het hebben van een lager opleidingsniveau en een jongste kind van 7 maanden of ouder.

Hoeveel vrouwen hebben contact met een zorgverlener rond de zwangerschap vanwege mentale klachten?



Hulpmiddelen voor professionals

In Nederland is de toolkit 'Preventie van postpartum' depressie beschikbaar voor alle geboortezorgverleners die aandacht willen geven aan preventie van mentale gezondheidsproblemen. Deze toolkit is ontwikkeld binnen het project 'Depressiepreventie bij aanstaande en pas bevallen moeders', een van de projecten binnen het Meerjarenprogramma Depressiepreventie van het ministerie van VWS. Het is onderdeel van een ketenaanpak waarin partijen met elkaar samenwerken en naar (preventieve) ondersteuning en hulp doorverwijzen als dit nodig is. Er zitten diverse praktische tools in: een instructie voor screening, een stappenplan waarmee een regionaal zorgpad ingevuld kan worden en de e-learning 'Preventie postpartum depressie'. Ook zijn onder andere een folder, poster en wachtkamerfilmpje voor de moeders 'Waar is de roze wolk?' beschikbaar.

Daarnaast zijn in veel ziekenhuizen POP-poli's beschikbaar waar aanstaande en pas bevallen moeders snel terecht kunnen met psychische problemen en/of psychiatrische ziekten. Ook zijn er in beperkte mate geïndiceerde preventieve interventies beschikbaar (voor vrouwen met mentale klachten), bijvoorbeeld de Ouder-baby interventie en MamaKits.

Het landelijke actieprogramma Kansrijke Start richt zich op de zorg en ondersteuning aan kwetsbare gezinnen in de eerste 1000 dagen van het kind. In lokale coalities Kansrijke Start werken professionals uit het medisch en sociaal domein samen. Betere signalering van problemen, tijdig hulp inschakelen en nieuwe ouders toerusten voor het ouderschap zijn onderdelen hiervan. Het Prenataal huisbezoek, CenteringZwangerschap, Voorzorg en Stevig ouderschap zijn bijvoorbeeld interventies waarin de mentale gezondheid van ouders aandacht kan krijgen.

Hoe is de Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap in 2023 uitgevoerd?

In 2023 heeft de Monitor Middelengebruik en Zwangerschap (MMZ) voor de vierde keer in Nederland plaatsgevonden. Tegelijkertijd met de MMZ is nu voor de eerste keer de Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap (MMGZ) uitgevoerd. Hieronder wordt in het kort beschreven hoe de MMZ en MMGZ, ofwel de Monitor Zwangerschap (MZ), in 2023 zijn uitgevoerd.

Werving van de consultatiebureaus

- In juni 2023 zijn 80 gemeenten benaderd voor deelname aan de MZ 2023. Hiervoor werd een uitnodiging per mail naar de jeugdgezondheidszorg (JGZ)-organisatie uit de regio verstuurd. In september 2023 zijn deze JGZ-organisaties ook telefonisch benaderd. Van de 80 benaderde gemeenten wilden 62 gemeenten deelnemen (responspercentage: 77,5%). De belangrijkste redenen voor non-respons waren de hoge werkdruk op de consultatiebureaus en het plaatsvinden van een ander onderzoek. Op basis van de grootte van de gemeente werd het aantal deelnemende consultatiebureaus bepaald (1 tot 3). Dit resulteerde in deelname van 96 consultatiebureaus.

Dataverzameling

- De dataverzameling voor de MMGZ vond plaats van eind oktober t/m eind december 2023 onder vrouwen die met hun kind een consultatiebureau bezochten.
- Om te voorkomen dat de periode waarover vrouwen de vragenlijst invulden te lang geleden was, was de maximale leeftijd van de kinderen 24 maanden. Daarnaast past dit bij de eerste belangrijke periode voor een kind (eerste 1000 dagen) en is dit ook de periode dat je kunt spreken van een postpartum depressie. Vrouwen konden dus alleen met het onderzoek meedoen als hun jongste kind jonger was dan twee jaar.
- Vrouwen werden door getrainde onderzoeksassistenten van het Trimbos-instituut in de wachtkamer van het consultatiebureau gevraagd om mee te doen met een onderzoek naar de mentale gezondheid en het middelengebruik van vrouwen met jonge kinderen. Vrouwen die wilden deelnemen werden gevraagd om de vragenlijst in te vullen (± 5 minuten). Om de kans op sociaal wenselijke antwoorden te verkleinen, benadrukten de onderzoeksassistenten dat de antwoorden anoniem verzameld en geanalyseerd zouden worden en vulden de vrouwen de vragenlijst zelfstandig in. Wel konden vrouwen vragen aan de onderzoeksassistenten stellen als zij een vraag uit de vragenlijst niet goed begrepen.

Hoe is de Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap in 2023 uitgevoerd?

- Vrouwen werden willekeurig toegewezen aan één van de twee vragenlijsten van de MZ, dus zij vulden óf de MMZ-vragenlijst óf de MMGZ-vragenlijst in. Als een vrouw al één van beide vragenlijst had ingevuld, kon ze nog een tweede keer deelnemen voor de andere vragenlijst.
- In totaal heeft 87,4% van de vrouwen die op het consultatiebureau werden benaderd meegedaan met het onderzoek. De vrouwen die niet mee wilden doen met het onderzoek gaven meestal als reden dat ze geen tijd hadden (40,5%), geen interesse hadden (29,4%) of dat ze te druk waren met hun kind (23,5%). De onderzoeksassistenten vroegen aan de vrouwen die geen tijd hadden of te druk waren met hun kind of zij de vragenlijst op een later moment online of op papier wilden invullen.
- Vrouwen vulden de vragenlijst in op een tablet (85,8%), online (8,4%) of op papier (5,8%).
- De steekproef was in grote mate representatief voor vrouwen met jonge kinderen (jonger dan 2 jaar) in de algemene bevolking in 2022 (gegevens afkomstig van CBS Statline). Er was een aantal kleine afwijkingen:
 - de steekproef bestond uit iets minder vrouwen van 16-24 jaar (5,8%) ten opzichte van de algemene bevolking (7,7%), iets minder vrouwen van 25-29 jaar (24,9% vs. 27,5%) en iets meer vrouwen van 35-40 jaar (22,4% vs. 19,6%).
 - de steekproef bevatte iets meer vrouwen met een basisschool, voortgezet onderwijs of mbo (35,5%) ten opzichte van de algemene bevolking (31,0%) en iets minder vrouwen met hbo of universiteit (55,9% vs. 60,6%).
 - het percentage vrouwen zonder migratieachtergrond was hoger in de steekproef (81,4%) dan in vergelijking met de algemene bevolking (66,3%).
 - de steekproef bevatte minder vrouwen die in een stad wonen (40,7%) ten opzichte van de algemene bevolking (57,7%).

Beschrijving van de steekproef

- In totaal hebben 1212 vrouwen meegedaan met de MMGZ.
- Gemiddeld rapporteerden vrouwen een geboortegewicht van hun jongste kind van 3570 gram en een zwangerschapsduur van 39 weken.
- De gemiddelde leeftijd van het jongste kind van de vrouwen was 6 maanden oud.

- Om ervoor te zorgen dat de steekproef van dit onderzoek landelijk representatief was voor de kenmerken leeftijd, opleidingsniveau, stedelijkheid en migratieachtergrond is de steekproef gewogen. Na weging was de verdeling van deze kenmerken in de steekproef gelijk aan die in de algemene bevolking. Alle analyses zijn op deze gewogen dataset uitgevoerd.

Hoe is de Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap in 2023 uitgevoerd?

Tabel 2. Steekproefkenmerken in ongewogen aantallen en gewogen percentages (N = 1212)

	N ^a	%
Leeftijd		
16-24	70	7,7
25-29	301	27,5
30-34	512	41,2
35-39	271	19,8
40+	55	3,8
Opleiding		
Basisschool, voortgezet onderwijs of mbo	534	39,7
Hbo of universiteit	677	60,3
Woonsituatie		
Met partner	1138	93,4
Zonder partner	72	6,6
Aantal kinderen		
1 kind	598	51,4
2 kinderen	431	34,9
3 of meer kinderen	181	13,8
Leeftijd jongste kind		
0-3 maanden	523	44,2
4-6 maanden	228	19,6
7-12 maanden	228	18,2
13-24 maanden	232	18,0

Migratieachtergrond		
Geen migratieachtergrond	981	66,3
Migratieachtergrond	224	33,7
Stedelijkheid ^b		
Platteland	719	42,4
Stad	493	57,6
Zwangerschap		
Bewust zwanger	1055	86,1
Onbewust zwanger	149	13,9
Borstvoeding geven of hebben gegeven		
Ja	929	79,6
Nee	281	20,4
Roken tijdens de zwangerschap		
Ja	78	6,0
Nee	1133	94,0
Roken na de zwangerschap		
Ja	116	9,4
Nee	1096	90,6

^a Door missende waarden is het mogelijk dat de aantallen niet precies optellen tot het totaal.

^b Platteland: urbanisatiegraad van de woonplaats is (zeer) laag of matig; Stad: urbanisatiegraad van de woonplaats is (zeer) hoog.

Hoe is de Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap in 2023 uitgevoerd?

Analyses

Bij het analyseren van de data is rekening gehouden met de weging van het databestand en de afname op de consultatiebureaus. De afname op de consultatiebureaus leidt tot clustering van de data omdat vrouwen van hetzelfde consultatiebureau kenmerken met elkaar delen. Het statistisch pakket dat voor de analyses gebruikt werd, Stata (versie 16), houdt met zowel weging als clustering rekening. Alle gerapporteerde verschillen in deze factsheet zijn statistisch getoetst met (logistische) regressieanalyses.

Interpretatie van de resultaten

In het onderzoek wordt op hetzelfde moment gevraagd naar mentale gezondheid en demografische of andere kenmerken. Dit betekent dat we alleen uitspraken kunnen doen over de **mogelijke samenhang** hiertussen. We kunnen op basis van deze cijfers **niet** zeggen dat roken een verslechterde mentale gezondheid veroorzaakt of andersom: dat mentale gezondheid invloed heeft op het rookgedrag.

Methodologische kanttekeningen

Bij het lezen van de resultaten in deze factsheet moet rekening gehouden worden met een aantal methodologische kanttekeningen. Zo moesten vrouwen soms antwoord geven op vragen die over periodes gingen die maximaal 3 jaar geleden waren. Hierdoor kunnen herinneringsfouten gemaakt zijn. Ook hebben vrouwen vragen beantwoord over hun eigen mentale gezondheid. Het kan zijn dat vrouwen sociaal wenselijk hebben geantwoord en daarom niet helemaal eerlijk waren. Dit werd zoveel mogelijk beperkt door vrouwen voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst te informeren over de anonimiteit van het onderzoek. Ook wisten vrouwen dat hun antwoorden geen effect zouden hebben op de zorg die ze van het consultatiebureau krijgen.

Referenties

1. Stewart-Brown S, Tennant A, Tennant R, Platt S, Parkinson J, Weich S. Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7(1):15. doi:10.1186/1477-7525-7-15
2. Li H, Bowen A, Bowen R, et al. Mood instability during pregnancy and postpartum: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2020;23(1):29-41. doi:10.1007/s00737-019-00956-6
3. Rezaie-Keikhaie K, Arbabshastan ME, Rafiemanesh H, Amirshahi M, Ostadkelayeh SM, Arbabisarjou A. Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2020;49(2):127-136. doi:10.1016/j.jogn.2020.01.001
4. Keyes CLM. Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *Am Psychol*. 2007;62(2):95-108. doi:10.1037/0003-066X.62.2.95
5. Lamers SMA, Westerhof GJ, Glas CAW, Bohlmeijer ET. The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *J Posit Psychol*. 2015;10(6):553-560. doi:10.1080/17439760.2015.1015156
6. Schotanus-Dijkstra M, Ten Have M, Lamers SMA, De Graaf R, Bohlmeijer ET. The longitudinal relationship between flourishing mental health and incident mood, anxiety and substance use disorders. *Eur J Public Health*. Published online November 5, 2016:ckw202. doi:10.1093/eurpub/ckw202
7. Lähdepuro A, Lahti-Pulkkinen M, Pyhälä R, et al. Positive maternal mental health during pregnancy and mental and behavioral disorders in children: A prospective pregnancy cohort study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2023;64(5):807-816. doi:10.1111/jcpp.13625
8. Phua DY, Kee MKZL, Koh DXP, et al. Positive maternal mental health during pregnancy associated with specific forms of adaptive development in early childhood: Evidence from a longitudinal study. *Dev Psychopathol*. 2017;29(5):1573-1587. doi:10.1017/S0954579417001249
9. Gijzen M, Shields-Zeeman L, Kleinjan M, et al. The Bittersweet Effects of COVID-19 on Mental Health: Results of an Online Survey among a Sample of the Dutch Population Five Weeks after Relaxation of Lockdown Restrictions. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23):9073. doi:10.3390/ijerph17239073
10. Koushede V, Lasgaard M, Hinrichsen C, et al. Measuring mental well-being in Denmark: Validation of the original and short version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS and SWEMWBS) and cross-cultural comparison across four European settings. *Psychiatry Res*. 2019;271:502-509. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.003
11. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017;219:86-92. doi:10.1016/j.jad.2017.05.003

12. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):315-323. doi:10.1192/bjp.bp.116.187179
13. Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM. The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(4). doi:10.4088/JCP.18r12527
14. Adane AA, Bailey HD, Morgan VA, et al. The impact of maternal prenatal mental health disorders on stillbirth and infant mortality: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*. 2021;24(4):543-555. doi:10.1007/s00737-020-01099-9
15. Ding XX, Wu YL, Xu SJ, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord*. 2014;159:103-110. doi:10.1016/j.jad.2014.02.027
16. Jarde A, Morais M, Kingston D, et al. Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(8):826. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0934
17. Rogers A, Obst S, Teague SJ, et al. Association Between Maternal Perinatal Depression and Anxiety and Child and Adolescent Development: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2020;174(11):1082. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.2910
18. Tirumalaraju V, Suchting R, Evans J, et al. Risk of Depression in the Adolescent and Adult Offspring of Mothers With Perinatal Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6):e208783. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.8783
19. Hutchens BF, Kearney J. Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *J Midwifery Womens Health*. 2020;65(1):96-108. doi:10.1111/jmwh.13067
20. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(4):289-295. doi:10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006
21. Cella D, Riley W, Stone A, et al. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005–2008. *J Clin Epidemiol*. 2010;63(11):1179-1194. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.011
22. Blackwell CK, Tang X, Elliott AJ, et al. Developing a common metric for depression across adulthood: Linking PROMIS depression with the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Psychol Assess*. 2021;33(7):610-618. doi:10.1037/pas0001009
23. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018;104:235-248. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.001

24. Wang Z, Liu J, Shuai H, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):543. doi:10.1038/s41398-021-01663-6
25. Elsmann EBM, Flens G, De Beurs E, Roorda LD, Terwee CB. Towards standardization of measuring anxiety and depression: Differential item functioning for language and Dutch reference values of PROMIS item banks. Ardenghi TM, ed. *PLOS ONE*. 2022;17(8):e0273287. doi:10.1371/journal.pone.0273287
26. Fredriksen E, Von Soest T, Smith L, Moe V. Patterns of pregnancy and postpartum depressive symptoms: Latent class trajectories and predictors. *J Abnorm Psychol*. 2017;126(2):173-183. doi:10.1037/abn0000246
27. Martini J, Petzoldt J, Einsle F, Beesdo-Baum K, Höfler M, Wittchen HU. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *J Affect Disord*. 2015;175:385-395. doi:10.1016/j.jad.2015.01.012
28. Oyetunji A, Chandra P. Postpartum stress and infant outcome: A review of current literature. *Psychiatry Res*. 2020;284:112769. doi:10.1016/j.psychres.2020.112769
29. Kingston D, Tough S. Prenatal and Postnatal Maternal Mental Health and School-Age Child Development: A Systematic Review. *Matern Child Health J*. 2014;18(7):1728-1741. doi:10.1007/s10995-013-1418-3
30. Van Den Bergh BRH, Van Den Heuvel MI, Lahti M, et al. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020;117:26-64. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.07.003
31. Szurek-Cabanas R, Navarro-Carrillo G, Martínez-Sánchez CA, Oyanedel JC, Villalobos D. Socioeconomic status and maternal postpartum depression: a PRISMA-compliant systematic review. *Curr Psychol*. Published online March 7, 2024. doi:10.1007/s12144-024-05774-3
32. Yang K, Wu J, Chen X. Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):63. doi:10.1186/s12888-021-03684-3
33. Furtado M, Chow CHT, Owais S, Frey BN, Van Lieshout RJ. Risk factors of new onset anxiety and anxiety exacerbation in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018;238:626-635. doi:10.1016/j.jad.2018.05.073
34. Ridley M, Rao G, Schilbach F, Patel V. Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*. 2020;370(6522):eaay0214. doi:10.1126/science.aay0214
35. Dol J, Richardson B, Grant A, et al. Influence of parity and infant age on maternal self-efficacy, social support, postpartum anxiety, and postpartum depression in the first six months in the Maritime Provinces, Canada. *Birth*. 2021;48(3):438-447. doi:10.1111/birt.12553
36. Geuke G, Hipple Walters B, Kramer I, Willemsen M. Factsheet Roken En Veelvoorkomende Psychische Klachten. Trimbos-instituut; 2023.
37. Smedberg J, Lupattelli A, Mårdbj AC, Øverland S, Nordeng H. The relationship between maternal depression and smoking cessation during pregnancy—a cross-sectional study of pregnant women from 15 European countries. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(1):73-84. doi:10.1007/s00737-014-0470-3

38. Jones AM, Carter-Harris L, Stiffler D, Macy JT, Staten LK, Shieh C. Smoking Status and Symptoms of Depression During and After Pregnancy Among Low-Income Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2020;49(4):361-372. doi:10.1016/j.jogn.2020.05.006
39. Salimi S, Terplan M, Cheng D, Chisolm MS. The Relationship Between Postpartum Depression and Perinatal Cigarette Smoking: An Analysis of PRAMS Data. *J Subst Abuse Treat.* 2015;56:34-38. doi:10.1016/j.jsat.2015.03.004
40. Taylor GMJ, Treur JL. An application of the stress-diathesis model: A review about the association between smoking tobacco, smoking cessation, and mental health. *Int J Clin Health Psychol.* 2023;23(1):100335. doi:10.1016/j.ijchp.2022.100335
41. Bolier L, Rinaldi D, Leone S. Roken, Stress En Kwetsbaarheid: Aanknopingspunten Om Zwangere Vrouwen Beter Te Ondersteunen Bij Stoppen Met Roken En Gestopt Te Blijven. Trimbos-instituut; 2023.
42. 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(4):e20170110. doi:10.1542/peds.2017-0110
43. Van Der Zee-van Den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, IJzerman MJ, Haasnoot-Smallegange RME, Reijneveld SA. Screening for Postpartum Depression in Well-Baby Care Settings: A Systematic Review. *Matern Child Health J.* 2017;21(1):9-20. doi:10.1007/s10995-016-2088-8
44. Waqas A, Zafar SW, Meraj H, et al. Prevention of common mental disorders among women in the perinatal period: a critical mixed-methods review and meta-analysis. *Glob Ment Health.* 2022;9:157-172. doi:10.1017/gmh.2022.17
45. NICE. Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553127/>
46. Van Damme R, Van Parys AS, Vogels C, Roelens K, Lemmens G. Screening En Detectie van Perinatale Mentale Stoornissen: Richtlijn Als Leidraad Voor Het Ontwikkelen van Een Zorgpad. UZGent; 2022.

Colofon

Trimbos-instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030 – 297 11 00

Auteurs

Vera Ramaker, MSc
Linda Bolier, PhD
Merel van Engen, BSc
Kimberly Morren, MSc
Marlous Tuithof, PhD

Met dank aan alle deelnemers, consultatiebureaus en experts voor hun bijdrage aan het onderzoek.

Vormgeving

The Creative Hub, Canon

Beeld

Gettyimages.nl

Personen afgebeeld in deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

De uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel. Artikelnummer 52-001

© 2024, Trimbos-instituut, Utrecht.

Tekst uit deze publicatie mag worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding.

Deze uitgave mag worden verveelvoudigd voor eigen of intern gebruik.