

Psychiatrie en Zwangerschap

Bart Geerling

JvdK
'19

Contactgegevens Dimence Psychiatrie en Zwangerschap

Telefoon 0546 684 179

E-mail psychiatrie-zwangerschap@dimence.nl

Website www.dimence.nl/psychische-problemen/psychische-problemen-en-zwanger

Twitter @DimencePZ

Dimence Psychiatrie en Zwangerschap © maart 2021, Dimence Psychiatrie en Zwangerschap

Bart Geerling

ISBN 978-90-829771-1-0

Druk: Sonodruk Heino

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, door middel van druk, fotokopieën, geautomatiseerde gegevensbestanden of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Dimence Psychiatrie en Zwangerschap

Deze uitgave kwam tot stand op initiatief van Bart Geerling. De illustraties zijn vervaardigd door Josē van der Kooij.

Aan deze uitgave werkten mee: Josē van der Kooij, Hanneke Verboom, Marjanne Lamberts, Tanja Dijk en Anja Stevens.

Remke Dullemond, voorzitter van het Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap schreef het voorwoord.

1	Voorwoord	pagina	5
2	Inleiding	pagina	6
3	Ontstaan en cijfers	pagina	8
4	Aanbod	pagina	12
	4.1 Kinderwenspoli	pagina	14
	4.2 Zwangerschapsplan	pagina	16
	4.3 Monitoring en steunende en structurerende behandeling	pagina	18
	4.4 Medicamenteuze behandeling	pagina	19
	4.5 Psychologische interventies	pagina	22
	4.6 Zwanger en dan?	pagina	24
	4.7 Bevallen en dan?	pagina	26
	4.8 Partnergroep	pagina	28
	4.9 Andere aanvullende vormen van zorg	pagina	30
5	Samenwerking	pagina	34
6	POPoli	pagina	35
7	Meten is weten	pagina	37
8	Deskundigheidsbevordering	pagina	40
9	Toekomst	pagina	43
10	Referentielijst	pagina	44

1 Voorwoord

Zwangerschap, de geboorte van een kind en de kraamperiode zijn voor veel vrouwen een belangrijk "life-event". Zorgverleners in de geboortezorg kunnen er aan bijdragen dat deze periode zo optimaal mogelijk verloopt. En soms is daar extra zorg nodig door een multidisciplinair team, zoals bij zwangeren en kraamvrouwen met psychiatrische aandoeningen.

Met het lustrum van het Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap (LKPZ) wordt gemarkeerd dat de samenwerking voor de zwangeren met een psychiatrische ziekte geprofessionaliseerd is en tot verbeteringen in de zorg heeft geleid. Dit komt tot uiting in de kennis over preventie, detectie en behandeling van psychische aandoeningen voor, tijdens en na de zwangerschap. De keuze voor manier van behandeling zal mede worden bepaald door de risico's voor de foetus en pasgeborene af te wegen tegen die van de aanstaande moeder.

Inmiddels 10 jaar geleden was de oprichting van de kennisdeling in dezen een feit en in 2015 kwam het 'Handboek psychiatrie en zwangerschap' (De Tijdstroom) uit waarmee de inhoud van het onderwerp nog beter ter beschikking kwam voor alle zorgverleners in dit werkveld.

Een uiting van deze samenwerking is concreet zichtbaar met de oprichting van POP poli's welke door het hele land te vinden zijn. De manier van werken hierbij kent enkele variaties, zoals een gezamenlijk consult door diverse professionals met de patiënte of een regelmatig gestructureerd overleg met alle betrokken partijen.

Het doel blijft dat de zwangere en kraamvrouw met pasgeborene ervaren dat de zorgverleners hun kennis en ervaring delen waardoor zij de best mogelijke zorg krijgen.

Dit vraagt een leven lang leren van die professionals en bereidheid met elkaar samen te werken waardoor de kennis kan vergroten. Als LKPZ blijven wij daar graag aan bijdragen door een landelijk platform te zijn en met cursus en symposia de meest actuele kennis te verspreiden. Dimence Psychiatrie en Zwangerschap beslaat een grote regio in Nederland waar het deze specifieke zorg betreft. Daar past ook een eigen plan voor het delen en uitbreiden van kennis. In dat kader beveel ik dit boekje dan ook van harte bij u aan.

Remke Dullemond – voorzitter Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap



2 Inleiding

Voor u ligt een uitgave van Dimence Psychiatrie en Zwangerschap (Dimence P&Z). Met dit boekje willen we het belang van optimale psychiatrische zorg aan vrouwen met een zwangerschapswens en vrouwen die reeds zwanger zijn en met een psychiatrische stoornis kampen onder de aandacht brengen.

De groeiende bewustwording in Nederland ten aanzien van de noodzaak tot het leveren van deze gespecialiseerde zorg is in 2010 aanleiding geweest voor het opzetten van een zorgaanbod binnen Dimence. Van de eerste stappen voor het ontwikkelen van dit aanbod kunnen we, nu we 2021 schrijven, een volledig zorgaanbod bieden. Dit is de aanleiding geweest om dit boekje te schrijven waarin we de ontwikkeling en het aanbod van Dimence P&Z beschrijven.

Organisatie

De Dimence Groep heeft de collectieve ambitie om de geestelijke gezondheid, maatschappelijke participatie en het welzijn van de mensen in ons werkgebied te verbeteren. De verschillende stichtingen vormen samen een groep en niet zonder reden. De stichtingen werken samen, delen kennis en vormen een keten.

Een van de stichtingen van de Dimence Groep is stichting Dimence. Dimence biedt toonaangevende (hoog)specialistische ggz aan de mensen in haar werkgebied. Samen met onze klanten en hun naasten streven we naar zoveel mogelijk gezondheidswinst en bieden we perspectief. Stichting Dimence heeft een eigen visie ontwikkeld met een aantal doelen voor patiënt, samenleving en vakmanschap.

Het team Dimence P&Z bestaat uit verpleegkundig specialisten ggz, GZ-psycholoog en psychiater en behandelt patiënten vanaf de kinderwens tot maximaal 6 maanden postpartum. In deze behandeling wordt nauw samengewerkt met andere zorgverleners zoals verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden.

Achtergrond

Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat ernstige psychische en psychosociale problemen tijdens de zwangerschap en in het kraambed niet alleen het functioneren van de (aanstaande) moeder beperken, maar ook de ontwikkeling van het (ongeboren) kind ongunstig kunnen beïnvloeden. In het in 2015 verschenen 'Handboek Psychiatrie en Zwangerschap' wordt dit nog een keer onderstreept:

“Met name in het afgelopen decennium is er een enorme kennisontwikkeling geweest op het gebied van preventie, detectie en behandeling van psychische aandoeningen voor, tijdens en na de zwangerschap, de daarmee samenhangende factoren en de gevolgen voor moeder, kind en gezin. Een multidisciplinaire aanpak is gewenst om op al deze aspecten te anticiperen, zodat adequate 'ketenzorg-op-maat' kan worden geleverd” (Lambregtse van de Berg, Kamp & Wennink, 2015).

De verschillende richtlijnen en aanbevelingen zoals omschreven in het handboek zijn de leidraad geweest bij het ontwikkelen van het zorgaanbod van Dimence P&Z. De actuele ontwikkelingen ten aanzien van de zorg voor de doelgroep worden op de voet gevolgd door het Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap (LKPZ). Dimence P&Z is daarbij nauw betrokken; een van de teamleden is bestuurslid van het LKPZ.

We wensen u veel leesplezier en nodigen u uit te reageren!

Bart Geerling
Hoofd Dimence Psychiatrie en Zwangerschap
Verpleegkundig specialist GGZ

3 Ontstaan en cijfers

In 2008 heeft het SCBS Bipolaire Stoornissen van stichting Dimence de Kinderwenspoli opgezet. Alhoewel deze poli aanvankelijk is opgezet voor mensen met een bipolaire stoornis kwamen er al snel vragen van mensen met andere psychiatrische stoornissen. In de jaren daarna is het behandelaanbod steeds verder uitgebreid, zijn er verschillende samenwerkingspartners gevonden en is het aanbod geëvalueerd en bijgesteld. Dat maakt dat er sinds 2020 een volwaardig generalistisch ambulante behandelaanbod beschikbaar is binnen Dimence P&Z. We bieden behandeling en begeleiding aan vrouwen met psychische problemen in de fase van kinderwens, zwangerschap en de postpartumperiode.

De zorg die binnen Dimence P&Z geboden wordt is gebaseerd op een duidelijke missie en visie. Onze kernachtige visie is 'We gaan voor een optimale zwangerschap en postpartumperiode voor alle vrouwen.' Dit vertalen we in de volgende missie:

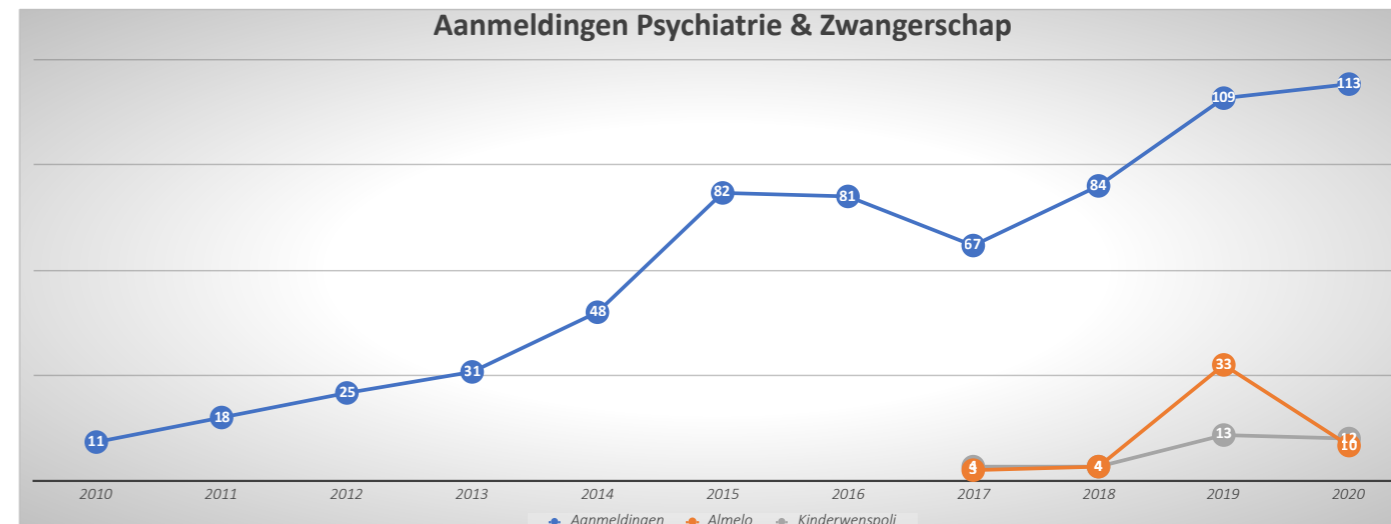
'We bieden begeleiding en behandeling aan vrouwen met psychische problemen of familiale belasting die zwanger zijn of een kinderwens hebben, vanzelfsprekend samen met hun partner/naastbetrokkene. Deze zorg verbeteren wij door het doen van wetenschappelijk onderzoek, door innovatie en door het aanbieden van deskundigheidsbevordering aan alle bij de geboortezorg betrokken professionals.'

Hierbij hoort een laagdrempelige toegang tot zorg en optimale bereikbaarheid van de zorgprofessionals. Deze zorg laat zich, gelet op de beperkte duur van de periode, lastig uitstellen.

Bij een spoedaanmelding wordt de behandeling binnen een week opgestart en consultatievragen worden binnen enkele dagen behandeld. Alle zorgverleners binnen het team zijn bereikbaar via telefoon, mail en app. Er is mogelijkheid tot beeldbellen en de medewerkers komen op huisbezoek als het niet (meer) mogelijk is om op locatie te komen, bijvoorbeeld laat in de zwangerschap of vroeg in de postpartum periode.

Het team heeft in totaal 2 FTE verdeeld over 5 medewerkers (3 verpleegkundig specialisten, 1 psychiater en 1 GZ-psycholoog). Samen behandelen zij ongeveer 100 vrouwen (en mannen) per jaar (zie tabel 1). Het werkgebied bestrijkt een groot deel van Overijssel en een klein deel van Gelderland. Grofweg rijkt het gebied van Twello in het westen tot Tubbergen in het oosten en Wijhe in het noorden en Lochem in het zuiden. Grote kernen zijn Deventer en Almelo. In totaal wordt een gebied met ongeveer 362.000 inwoners bediend.

Tabel 1

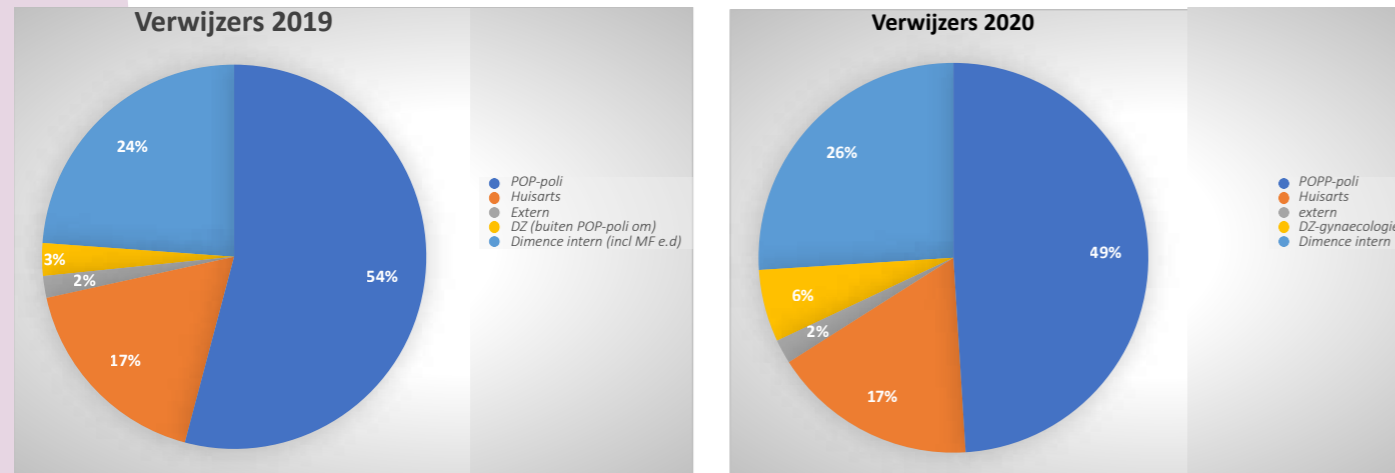


De inhoud van de behandeling is in de volgende hoofdstukken beschreven. De duur van de behandeling varieert, waarbij er uit wordt gegaan van een duur tussen de 5 en 12 maanden. Over 2019 was de gemiddelde behandelduur 8.2 maand. In bijlage 1 is het behandelproces van Dimence P&Z weergegeven.

De meeste patiënten komen gedurende de zwangerschap in zorg waarbij een groeiend aantal vrouwen al eerder een eenmalig kinderwensgesprek heeft gehad. Ongeveer 5 tot 10 procent komt pas na de bevalling in behandeling (bijvoorbeeld als er wel sprake is van postpartum problematiek, maar er gedurende de zwangerschap geen reden was om in zorg te komen). Sporadisch worden ook mannen aangemeld, voor wie het aanstaand ouderschap een grote verandering betekent die ontregelend kan werken op de psychische problematiek. In bijlage 1 is het behandelproces van het Dimence P&Z weergegeven.

De meeste verwijzingen komen van de POPP-Poli van het Deventer Ziekenhuis (waar Dimence P&Z ook aan deelneemt), gevolgd door interne verwijzingen vanuit de Dimence Groep (zie tabel 2).

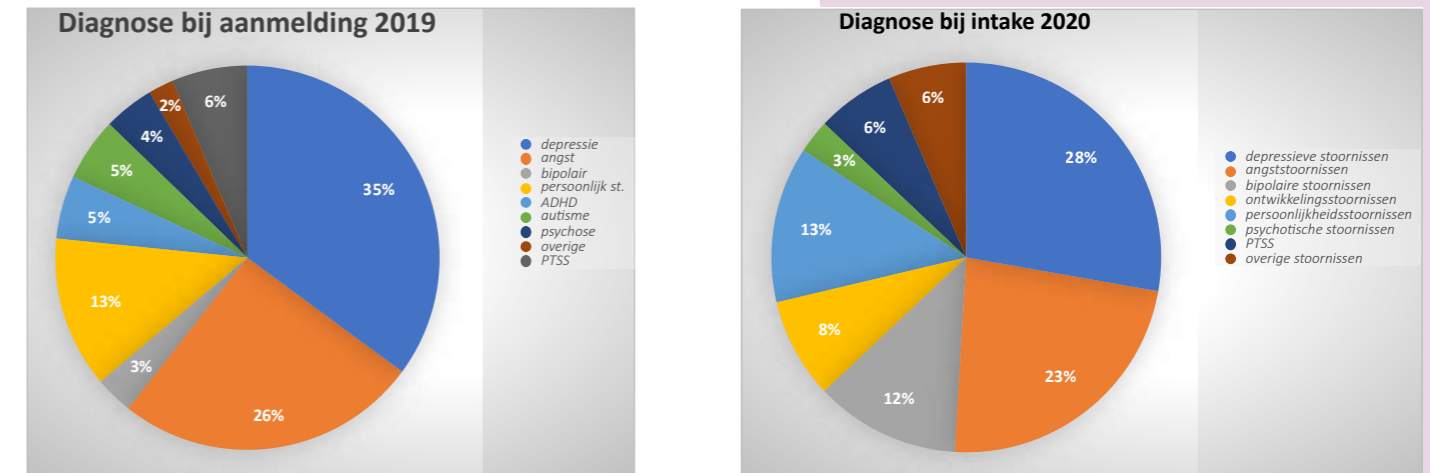
Tabel 2



In de laatste jaren is er wel een verschuiving merkbaar waarbij huisartsen eerder rechtstreeks naar Dimence P&Z verwijzen dan voorheen.

Van de patiënten die verwezen worden komt het merendeel met angst- en depressieve stoornissen (zie tabel 3), al dan niet in remissie.

Tabel 3



Voor een deel van de patiënten geldt dat er een preventieve behandeling wordt gestart met als doel om een (postpartum) decompensatie te voorkomen. In die gevallen kan een behandeling laag intensief zijn. Het uitgangspunt hierbij is dat er zoveel zorg geboden wordt als noodzakelijk maar zou weinig als mogelijk. Deze vorm van preventieve zorg kan -veel duurdere- crisiszorg voorkomen, los nog van het voorkomen leed bij de moeder, het kind, de partner en de omgeving.

Dimence P&Z kreeg van haar patiënten over 2019 een gemiddelde waardering van 8,4.

Sinds september 2019 is Dimence P&Z gestart met het gestructureerd verzamelen van geanonimiseerde gegevens van de patiënten om na verloop van tijd een uitspraak te kunnen doen over tendensen in verwijzingen, behandelingen en beloop van de psychopathologie in relatie tot de zwangerschap, bevalling, complicaties en specifieke kindfactoren waarop de behandeling aangepast en verbeterd zou kunnen worden. Bij het schrijven van dit boekje is het nog te vroeg om cijfers te kunnen geven hierover.

4 Aanbod

In 2019 heeft Dimence P&Z haar aanbod geëvalueerd, verbeterd en uitgebreid. Een weergave van dit vernieuwde aanbod leest u in deze uitgave. In dit onderdeel leest u over de verschillende behandelingen en cursussen die geboden worden in de fase van kinderwens, zwangerschap en na de bevalling.

Kinderwenspoli

pagina 14

Het aanbod van de Kinderwenspoli richt zich op alle vrouwen met psychische problemen die een zwangerschapswens hebben. Vragen over risico's, erfelijkheid en medicatiegebruik worden uitvoerig besproken.

Zwangerschapsplan

pagina 16

In het voorkomen van postpartum decompensaties is het opstellen van een zwangerschapsplan een belangrijke interventie. Hierin is er aandacht voor stress- en terugvalpreventie en het creëren van voorspelbaarheid en duidelijkheid. Voor de periode van zwangerschap, de bevalling en de postpartum periode worden er signalen van terugval en stresspreventiemaatregelen beschreven samen met de eventueel te ondernemen interventies.

Monitoring en steunende en structurerende behandeling

pagina 18

Steunende en structurerende behandeling staat nooit op zichzelf maar wordt altijd in combinatie met andere interventies toegepast. Het steunende en structurerende contact is de basis van waaruit andere interventies kunnen worden ingezet. Het totale beeld dat gezien wordt tijdens deze contacten dienen als waardevolle bron bij bijvoorbeeld het opstellen en het gebruiken van het zwangerschapsplan.

Medicamenteuze behandeling

pagina 19

Wanneer vrouwen met een psychiatrische aandoening zwanger willen worden zal het al dan niet gebruik van psychofarmaca een onderwerp van gesprek zijn. Tijdens de kinderwensperiode kunnen voor- en nadelen van het gebruik van psychofarmaca worden besproken. De voor- en nadelen kunnen voor eenieder anders uitpakken, zodat het individuele beslissingen zijn. Het advies zal niet voor ieder hetzelfde zijn.

Psychologische interventies

pagina 22

Naast de farmacologische en verpleegkundige interventies biedt Dimence Psychiatrie en Zwangerschap ook psychologische interventies aan. Hoewel deze interventies breed worden toegepast binnen de GGz, zijn er voor de doelgroep psychiatrie en zwangerschap wel specifieke toepassingen.

Zwanger en dan?

pagina 24

Zwangerschap is een tijd van hoge verwachtingen en hoop. Er ligt een grote verandering in het vershiet. Echter, als er sprake is van psychische problemen en een zwangerschap, kan deze tijd ook veel onzekerheid met zich meebrengen. De cursus 'Zwanger en dan?' bereid aanstaande moeders voor op de toekomst.

Bevallen en dan?

pagina 26

Met deze cursus krijgen vrouwen met psychische klachten die recent zijn bevallen weer meer grip krijgen op hun (veranderde) situatie, leren omgaan met stress en het verminderen daarvan. Het samen uitwisselen van ervaringen, problemen en oplossingen en leren van elkaar met als doel elkaar te steunen en gerust te stellen, kan daarbij helpen.

Partnergroep

pagina 28

De periode van zwangerschap en bevalling is een bijzondere periode voor de zwangere vrouw maar ook zeker voor de partner. Er gebeurt veel in een korte tijd en wanneer de zwangere partner (kans op het ontwikkelen van) psychische klachten heeft, is het fijn om vooraf geïnformeerd te zijn over bijvoorbeeld verschillende ziektebeelden en bijbehorende symptomen.

Andere aanvullende vormen van zorg

pagina 30

Naast het aanbod vanuit Dimence Psychiatrie & Zwangerschap zijn er aanvullende vormen van zorg, die samen met de interventies vanuit Dimence P&Z ingezet kunnen worden.

Kinderwenspoli

De wens om kinderen te krijgen komt uiteraard net zo vaak voor bij vrouwen met als bij vrouwen zonder psychische klachten. De impact van een zwangerschap, bevalling en de eerste periode daarna is voor iedereen (vrouw en partner) een groot life-event en is in potentie een risico voor somatische- en psychische ontregelingen. Vrouwen die een kwetsbaarheid hebben voor psychiatrische problemen (of waarbij er sprake is van een familiäre kwetsbaarheid) hebben een groter risico om -met name postpartum- psychiatrische toestandsbeelden te ontwikkelen.

Tevens blijkt dat het beslissingsproces complex is en gepaard gaat met angst voor de consequenties van een zwangerschap, het gebruik van medicatie en de hechting met het jonge kind (Dolman, Jones, & Howard, 2016; Einarson et al., 2001; Ververs et al., 2006).

Ook is er angst voor de betrokkenheid van jeugdzorg en het 'wegnemen van het kind' door jeugdbeschermingsorganisaties groot (Beydoun & Saftlas, 2008; Dolman, Jones, & Howard, 2013; Megnin-Viggars, Symington, Howard, & Pilling, 2015). In een kwalitatieve studie onder vrouwen met een bipolaire stoornis kwam naar voor dat vrouwen boos en gefrustreerd raakten als zij, op zoek naar adequate informatie, op dichte deuren en onbegrip stuitten (Dolman et al., 2016).

De richtlijn van het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) beveelt aan om het liefst geruime tijd voordat vrouwen zwanger worden hen van een gespecialiseerd up-to-date advies te voorzien op basis waarvan de vrouw en haar partner een afweging kunnen maken (NICE, 2014). In aansluiting hierop heeft Dimence P&Z een Kinderwenspoli opgezet. Deze poli is er voor alle (aanstaande) ouders die te maken hebben met psychische problemen en een kindrewens hebben.

De Kinderwenspoli informeert en begeleidt bij de keuze voor een zwangerschap en het daaropvolgende proces. Vragen over risico's, erfelijkheid en medicatie worden besproken. Het besluit om wel of niet zwanger te worden, maken patiënte en partner natuurlijk zelf. De poli informeert over voorzorgsmaatregelen die genomen kunnen worden om de risico's voor zowel moeder als kind zo klein mogelijk te houden. Hierbij worden drie stappen doorlopen:

1. Wel of niet zwanger worden?
2. Wel of niet stoppen met medicatie?
3. Wat te doen bij een zwangerschap?

In de eerste stap worden de vrouw en partner geïnformeerd over de risico's en veranderingen die het krijgen van een kind met zich meebrengen. Vooropgesteld wordt dat geen enkele zwangerschap zonder risico is, maar dat in het geval van een psychiatrische kwetsbaarheid het risico hoger is en mogelijk om extra interventies kan vragen.

Daarna worden de voor- en nadelen van het gebruik van psychofarmaca besproken. Bekend is dat, indien vrouwen goed geïnformeerd worden, zij eerder geneigd zijn om -indien geïndiceerd- hun medicatie te blijven gebruiken (Einarson et al., 2001). Hierbij is het van groot belang dat de professional ook goed geïnformeerd is. Een recente studie laat zien dat het aantal perinatale suïcides onder vrouwen geassocieerd is met een terughoudendheid van professionals in het voorschrijven van medicatie (NICE, 2014)

Medicatiegebruik tijdens de zwangerschap heeft voordelen. Er is bijvoorbeeld een kleinere kans op een terugval tijdens de zwangerschap of daarna. Daardoor kan patiënte beter voor zichzelf en haar (ongeboren) kindje zorgen en is het opbouwen van een band met het kindje makkelijker. Medicatiegebruik tijdens de zwangerschap heeft ook nadelen. Het betekent vaak meer medische controles en het geven van borstvoeding wordt bij sommige medicijnen afgeraden. Ook is het mogelijk dat er een afwijking ontstaat bij het kindje of dat er bij het kindje na de geboorte ontwenningsverschijnselen optreden. Als er problemen bij het kindje ontstaan tijdens of na de zwangerschap kan patiënte zich erg schuldig voelen. Het wel of niet blijven gebruiken van medicijnen tijdens de zwangerschap is dus geen eenvoudige keuze. De Kinderwenspoli helpt door aan vrouwen en hun partners goede voorlichting te geven waardoor een afgewogen keuze gemaakt kan worden.

Tot slot wordt besproken wat te doen als de vrouw daadwerkelijk zwanger is. De mogelijkheden voor extra zorg (medicamenteuze behandeling, begeleiding en psychologische behandelingen) worden doorgenomen evenals de mogelijkheid voor het opstellen van een zwangerschapsplan voor de zwangerschap en de periode na de bevalling. In dit plan worden alle risico's van de situatie in kaart gebracht en worden passende oplossingen en acties beschreven.

De Kinderwenspoli werkt nauw samen met andere zorgverleners rondom de zwangerschap. Zo is doorverwijzing snel mogelijk als dat nodig is.

Zwangerschapsplan

Tijdens de zwangerschap bereidt de vrouw zich voor op het moederschap en breekt een periode van allerlei veranderingen aan; verhoogde emotionele labiliteit, fysieke veranderingen en stemmingswisselingen. Het is voor de één een uitdaging en voor de ander een zware periode (Cantwell & Cox, 2006).

Wanneer het gaat om vrouwen met een psychiatrische stoornis, is de periode van zwangerschap een tijd waarin het risico bestaat dat de psychiatrische problematiek kan opspelen. Dit geldt met name voor de postpartum periode (Khan et al., 2016; Meltzer-Brody & Jones, 2015).

Voor vrouwen met een geschiedenis van een unipolaire of een bipolaire stemmingsstoornis geldt een risico op verergering van de klachten tijdens de kwetsbare perinatale periode (Meltzer-Brody & Jones, 2015). Wanneer het specifiek gaat om vrouwen met een bipolaire stoornis wordt beschreven dat zij een extra verhoogd risico hebben op een recidief. Ten minste een op de vijf van hen krijgt een postpartum psychose en 40% tot 50% ervaart een depressieve episode in de postpartum periode (Dolman et al., 2016). Wanneer er profylactisch medicatie wordt ingezet is de kans op een ontregeling aanzienlijk lager (Bergink et al., 2012).

Bij vrouwen met een angststoornis wordt er met name in het derde trimester en de postpartum periode een toename van klachten vermeld. Dit kan ernstige gevolgen hebben voor de mentale gezondheid van de moeder (Marchesi et al., 2014).

Het begeleiden van vrouwen met een risico op een ontregeling tijdens de zwangerschap of in de postpartum periode is een grote uitdaging voor de hulpverleners in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Goede begeleiding, voorlichting en terugvalpreventie wordt gezien als een belangrijke meerwaarde (Di Florio et al., 2013; Kushkituah MS, 2014; Moshki, Baloochi Beydokhti, & Cheravi, 2014). In het kader van terugvalpreventie zijn een persoonlijk risicoprofiel en gerichte interventies van belang (Doyle et al., 2012; Meltzer-Brody & Jones, 2015).

In het voorkomen van postpartum decompensaties is het opstellen van een zwangerschapsplan een belangrijke interventie. Hierin is er aandacht voor stress- en terugvalpreventie en het creëren van voorspelbaarheid en duidelijkheid. Voor de periode van zwangerschap, de bevalling en de postpartum periode worden er signalen van terugval en stresspreventiemaatregelen beschreven samen met de eventueel te ondernemen interventies (Dimence, 2016). Dit zwangerschapsplan wordt door de hulpverlener en patiënte opgesteld en besproken met partner en betrokkenen. Het beschrijven van de zorg voor de psychiatrische stoornis, de samenwerking met alle betrokkenen (naasten en professionals) en het postpartum monitoren zijn ook in de richtlijn van de NICE (NICE, 2014) genoemd als een van de cruciale punten in de zorg van zwangeren met een psychiatrische stoornis of zij die daar kwetsbaar voor zijn (NICE, 2014).

Er is een kwalitatief onderzoek gedaan naar de ervaringen met het opstellen van en de begeleiding aan de hand van het zwangerschapsplan met als doel om inzicht te krijgen in de persoonlijke ervaringen van vrouwen met een psychiatrische stoornis die begeleid zijn aan de hand van het zwangerschapsplan. Om uiteindelijk de zorg beter af te stemmen op deze doelgroep zodat de systematiek verder aangescherpt en verbeterd kan worden.

Aan dit onderzoek hebben acht vrouwen deelgenomen in de leeftijd van 19 - 35 jaar.

Zij noemen dat zij het zwangerschapsplan volledig vinden en alle aspecten erin staan.

Zij vinden het goed om na te denken over de wensen en aandachtspunten die van belang zijn zodat alles meer voorspelbaar werd. Het plan gaf duidelijkheid, rust en houvast voor de patiënten waardoor zij meer controle ervaarden en met minder stress de bevalling tegemoet gaan. Rohde et al. (2016) beschrijven dat het bieden van duidelijkheid en voorspelbaarheid, stressvermindering bewerkstelligt en het gevoel van veiligheid en autonomie hierbij belangrijke aspecten zijn (Rohde, Hocke, Meurers, & Dorsch, 2016). Uit onderzoek (Zilcha, 2014) blijkt dat vermindering van stress rust met zich mee brengt waardoor er ruimte ontstaat om ook positieve gevoelens te ervaren t.a.v. de zwangerschap (Zilcha-Mano, 2014). In de hele zwangerschap is stressreductie een belangrijke interventie is om verergering van de klachten te voorkomen (Biaggi, Conroy, Pawlby, & Pariante, 2016).

De signalerende functie van het zwangerschapsplan wordt door de vrouwen als belangrijk omschreven. Doordat zij en hun omgeving zich beter bewust waren van de signalen, kon er op tijd een passende interventie worden ingezet om verdere ontregeling te voorkomen.

Voor de klinische praktijk is het aan te bevelen om in samenwerking met de patiënte te zoeken wat er specifiek nodig is om rust en voorspelbaarheid te creëren. Hierin gaat het niet zozeer om het product van het zwangerschapsplan maar om het gehele proces waarin zorg op maat, bewustwording, erkenning en geruststelling belangrijke items zijn. Dit vraagt van de hulpverlener het vermogen om te luisteren, verbinding te maken en aan te sluiten bij de vraag van patiënte zodat er gepersonaliseerde zorg geboden kan worden. Daarnaast is het aan te bevelen om een gezamenlijk afsluitend gesprek te plannen om de zorg te evalueren en het vervolg te bespreken, zodat de behandeling goed kan worden voortgezet en patiënte ook na dit traject, passende zorg ontvangt.

Dit onderzoek nodigt uit tot nader onderzoek om een bredere onderzoekspopulatie te betrekken, zodat ook zwangere vrouwen, participanten van meerdere hulpverleners en verschillende instellingen geïncorporeerd kunnen worden.

Monitoring en steunende en structurerende behandeling

In aanvulling op de in dit boekje beschreven specifieke interventies biedt Dimence P&Z ook aanvullende behandeling en begeleiding gedurende de zwangerschap tot 6 maanden postpartum.

Om een eventuele psychiatrische decompensatie tijdig te herkennen en vroeg interventies toe te kunnen passen, zoals beschreven in het zwangerschapsplan, is het van belang om het toestandsbeeld van de vrouw gedurende de zwangerschap en de postpartumperiode te monitoren. De intensiteit van de monitoring wordt samen met de vrouw afgestemd. Het monitoren vindt plaats zoals beschreven in de NICE-guidelines (NICE, 2014).

Mocht op basis van deze monitoring een intensivering van de zorg noodzakelijk zijn, wordt in overleg met het sociale steunsysteem gekeken wie welke taak/rol op zich kan nemen, ook hier is het zwangerschapsplan het vertrekpunt. Het uitgangspunt is dat de vrouw in staat gesteld wordt om haar eigen zelfmanagementvaardigheden optimaal in te zetten en waar nodig te vergroten. Hierbij wordt de definitie van Barlow van zelfmanagement aangehouden, waarbij zelfmanagement staat voor 'het individuele vermogen om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en psychosociale consequenties en leefstijlveranderingen inherent aan het leven met een gezondheidsprobleem' (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002).

Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat de vrouw zich overvallen voelt door de hevigheid van de bevalling en het lichamelijke herstel anders had ingeschat dan feitelijk het geval is. Door, naast het lichamelijke herstel, aandacht te hebben voor de mentale gevolgen en de vrouw weer het gevoel van (enige) regie te laten ervaren kunnen mogelijke ernstiger postpartumbeelden voorkomen worden.

Uit bovenstaande blijkt dat de steunende en structurerende behandeling nooit op zichzelf staat maar altijd in combinatie met andere interventies wordt toegepast. Het steunende en structurerende contact is de basis van waaruit andere interventies kunnen worden ingezet. Het totale beeld (toestandsbeeld van de vrouw, reacties van naasten, hoe de zorg is voor de baby en hoe eventuele oudere kinderen op de nieuwe situatie reageren) dat gezien wordt tijdens deze contacten dienen als waardevolle bron bij bijvoorbeeld het opstellen en het gebruiken van het zwangerschapsplan. De ervaringen met andere interventies die worden ingezet, zoals medicamenteuze behandeling en psychologische behandeling, kunnen tijdens het steunend en structurerende contact worden besproken. Hierbij kan gedacht worden aan de werking en bijwerkingen van de medicatie, de ruimte om te oefenen met nieuw aangeleerde copingstrategieën maar ook het coördineren van zorg en het beantwoorden van praktische vragen kunnen onderwerp van gesprek zijn.

De professional die de steunende en structurerende behandeling biedt is daarnaast ook degene die patiënte het vaakst zal zien. Zeker in de periode van zwangerschap, bevalling en de eerste zes maanden daarna is het van groot belang dat er een vast aanspreekpunt is waarmee patiënte frequent contact heeft. De lijnen tussen de verschillende hulpverleners binnen Dimence P&Z zijn kort waardoor, mochten er bijzonderheden zijn, de verschillende behandelaren snel kunnen overleggen in het belang van goede zorg voor patiënte.

Medicamenteuze behandeling

Wanneer vrouwen met een psychiatrische aandoening zwanger willen worden, zal het al dan niet gebruiken van psychofarmaca een onderwerp van gesprek zijn. Tijdens de kinderwensperiode kunnen voor- en nadelen van het gebruik van psychofarmaca worden besproken. De voor- en nadelen kunnen voor eenieder anders uitpakken, zodat het individuele beslissingen zijn. Het advies zal niet voor iedereen hetzelfde zijn.

In dit hoofdstuk wordt slechts een globaal overzicht gegeven. Meer informatie is te vinden in specifieke richtlijnen (SSRI-richtlijn, benzodiazepinen-richtlijn voor gebruik van deze middelen tijdens de zwangerschap en bij het geven van borstvoeding). In de richtlijn bipolaire stoornissen is een hoofdstuk 'Zwangerschap en postpartumperiode' opgenomen. Daarnaast biedt het Lareb betrouwbare informatie over de risico's van psychofarmaca gedurende de zwangerschap en de postpartum periode. Het is van belang om bij twijfel een expertisecentrum te consulteren.



Risico's voor moeder en baby

Risico van medicatie

- teratogeniteit
- Neonatale toxiciteit en onthouding
- Lange termijn gedrags-/ cognitieve problemen
- Grotere kans op schuldgevoelens bij problemen kind
- Borstvoeding?
- Problemen bij kind op langere termijn

Voordelen voor moeder en baby

Risico van ziekte

- Onbehandelde ziekte kan geboortegewicht en tijdstip geboorte beïnvloeden
- Mogelijke schadelijke effect van stress tijdens zwangerschap op de foetus
- beïnvloedt mogelijk moeder/ kindgehechtheid en latere kind ontwikkeling

In bovenstaande figuur staan de voor- en nadelen van medicatiegebruik en het risico van de psychiatrische aandoening beschreven.

Het risico op terugval is niet bij ieder ziektebeeld hetzelfde. Externe factoren kunnen ook een rol spelen bij het veroorzaken van een terugval en het risico op een terugval kan verschillen tijdens zwangerschap of postpartumperiode. Voor de bipolaire stoornis geldt dit in hoge mate. Zo is het risico op een stemmingsepisode tijdens de postpartumperiode erg hoog (overall 35% en bij niet gebruik van medicatie zelfs 65%) bij vrouwen met een bipolaire stoornis.

Antidepressiva

Er is geen antidepressivum van voorkeur voor gebruik tijdens de zwangerschap en er zijn ook geen argumenten om tijdens de zwangerschap van antidepressivum te veranderen vanwege veiligheid of nadelige effecten. Er is geen bezwaar tegen SSRI-gebruik tijdens de zwangerschap, maar als men zou willen starten met een SSRI dan liever niet met paroxetine in verband met een iets hoger risico op cardiovasculaire aandoeningen bij de baby. Er is geen bezwaar tegen het voorschrijven van een TCA tijdens de zwangerschap, behoudens een mogelijke associatie van clomipramine met septumdefecten. Alle antidepressiva kunnen neonatale adaptatieproblemen geven, deze zijn voorbijgaand, maar wel goed om te melden aan de toekomstige ouders. Borstvoeding is bij alle gangbare antidepressiva toegestaan, maar niet bij de MAO-remmers. Voorkeur heeft een antidepressivum met een kortere halfwaardetijd.

Antipsychotica

Er zijn voornamelijk geen overtuigende teratogene of andere negatieve effecten bekend van het gebruik van antipsychotica tijdens de zwangerschap. In het algemeen wordt geadviseerd de medicatie te continueren, omdat de gevolgen van een (recidief) psychose waarschijnlijk veel groter zijn voor moeder en kind dan die van het gebruik van medicatie. Als er met een antipsychoticum gestart zou moeten worden tijdens de zwangerschap, dan heeft haloperidol de voorkeur, omdat hiermee de meeste ervaring is opgedaan. Borstvoeding tijdens antipsychoticagebruik is eigenlijk alleen een reële optie bij vrouwen die effectief behandeld worden en wordt afgeraden bij agitatie of floride psychose. Er is zeer beperkte ervaring met antipsychoticagebruik tijdens de borstvoeding, nadelige effecten zijn nog niet beschreven. Clozapinegebruik geeft een risico op agranulocytose en borstvoeding wordt dan ook afgeraden.

Stemmingsstabilisatoren

Lithium is het middel van eerste keus tijdens de zwangerschap. Lamotrigine en carbamazepine zijn alternatieven. Valproaat wordt sterk afgeraden vanwege het hoge risico op neuraalbusdefecten bij de neonat. Geadviseerd wordt lithium tijdens de zwangerschap meermaals daags te geven en in verband met een veranderende waterhuishouding tijdens de zwangerschap moet de lithiumspiegel vaker gecontroleerd worden. Geadviseerd wordt lithium te staken als de bevalling begint en direct na de geboorte van het kind te herstarten. Ook bij lamotrigine wordt aangeraden de spiegel maandelijks te bepalen en tijdens de postpartumperiode kan de lamotriginespiegel sterk stijgen. Borstvoeding wordt bij gebruik van lithium afgeraden. Carbamazepine en lamotrigine kunnen samengaan met de borstvoeding, maar denk ook aan het belang van een goede nachtrust van de moeder.

Benzodiazepinen

Geadviseerd wordt, indien nodig, een middel voor te schrijven met een korte halfwaardetijd, zo kort en laag als mogelijk, maar wel in effectieve dosering. Rondom de bevalling wordt het afgeraden om een benzodiazepine voor te schrijven in verband met een verhoogd risico op ademhalingsproblemen bij de baby. Bij chronisch gebruik van benzodiazepinen wordt borstvoeding afgeraden. Incidenteel gebruik is geen reden om van borstvoeding af te zien.

Psychostimulantia

Methylfenidaat en dexamfetamine worden afgeraden voor gebruik tijdens de zwangerschap. Ook borstvoeding wordt bij gebruik van deze medicijnen afgeraden. Een mogelijk alternatief is bupropion.

Psychologische interventies

Naast de farmacologische en verpleegkundige interventies biedt Dimence P&Z ook psychologische interventies aan. Hoewel deze interventies breed worden toegepast binnen de GGz, zijn er voor de doelgroep psychiatrie en zwangerschap wel specifieke toepassingen.

Cognitieve gedragstherapie

In deze vorm van psychotherapie krijgen patiënten zicht op hun denkpatronen: ze gaan onderzoeken hoe hun gedachten samenhangen met hun gevoelens en gedrag. Vervolgens leert men hoe gedachten die ongewenste gevoelens geven kunnen worden omgebogen naar gedachten die wél gewenste gevoelens met zich meebrengen.

Kort gezegd stelt het cognitieve model dat disfunctioneel denken (dat de stemming en het gedrag van de patiënt beïnvloedt) ten grondslag ligt aan alle psychische stoornissen. Als men leert eigen gedragspatronen op een realistischer en beter aangepaste manier te beoordelen, zal men een verbetering ervaren in de emotionele toestand en het gedrag (Beck, 2011).

Gedurende depressieve episoden gedurende de zwangerschap lijkt CGT effectief, waarbij het effect vergelijkbaar is met de uitkomsten van interpersoonlijke therapie (IPT) (Dennis & Dowswell, 2013).

Ongunstige uitkomsten voor zowel de vrouw als de neonat ten gevolge van een depressieve episode dient uiteraard zoveel mogelijk voorkomen te worden (Meijer, Bockting, Oosterink, & Burger, 2010). De inzet van CGT kan hierbij ondersteunend zijn.

Bij Dimence P&Z wordt CGT veelvuldig toegepast bij zwangere vrouwen die (soms mede door de zwangerschap meer) last hebben van depressieve klachten en/of angstklachten.

Interpersoonlijke psychotherapie (IPT)

Interpersoonlijke psychotherapie is een kortdurende individuele psychotherapie die ontwikkeld is voor de behandeling van depressie (Snippe, 2009). IPT is gebaseerd op de gedachte dat veranderingen in het aantal of de aard van belangrijke relaties een depressie kunnen uitlokken bij mensen die daar gevoelig voor zijn.

Bij Dimence P&Z wordt IPT regelmatig toegepast bij unipolaire depressies. Het thema van rolverandering staat vaak centraal als deze therapie wordt gegeven tijdens de zwangerschap of net na de bevalling. Het (aanstaande) ouderschap kan bijvoorbeeld onder druk komen te staan door een veranderde relatie met de partner, de werkgever of het actueel worden van oude conflicten in de relatie met de eigen ouders (Lambregtse – van den Berg et al., 2015).

Schematherapie

Schematherapie is een vorm van psychotherapie voor mensen met ernstige psychische stoornissen, zoals een persoonlijkheidsstoornis of recidiverende depressies. De focus van de therapie ligt hierbij eerder op de veronderstelde onderliggende disfunctionele schema's van de patiënt, dan op gedrag, cognitie of emotie. Dat wil zeggen dat gedrag, cognitie en emotie zoveel mogelijk gezien en behandeld worden in het licht van het schema waar ze uit voortkomen. Een van de belangrijkste

vernieuwingen ten opzichte van de cognitieve gedragstherapie is dat schematherapie een ruime plaats geeft aan experiëntiële technieken. Ook is er veel aandacht voor de therapeutische relatie als middel voor verandering van schema's en modi (Van Vreeswijk et al., 2008).

Bij Dimence P&Z wordt schematherapie regelmatig toegepast bij zwangere vrouwen die tijdens hun zwangerschap (soms mede door de zwangerschap meer) last hebben van valkuilen die hen belemmeren op meerdere levensgebieden. Een veel voorkomend schema is het schema van meedogenloze normen / overmatig kritisch. Zwangere vrouwen leren hoe ze deze eisen kunnen verminderen en hoe ze de controle wat los kunnen laten.

Uiteraard zijn er verwijsmogelijkheden indien blijkt dat de therapie nog voortgezet moet worden. Schematherapie wordt immers toegepast bij langdurige patronen die zich niet zomaar laten veranderen.

EMDR

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) is een therapie die veel wordt toegepast bij mensen die last blijven houden van de gevolgen van een schokkende ervaring. Uit diverse meta-analyses blijkt dat EMDR een effectieve behandeling is voor acute en chronische PTSS, waarbij een eenmalig trauma in een aantal zittingen zodanig kan worden verwerkt dat patiënten niet meer aan de criteria van een PTSS voldoen (Watts et al., 2013).

Bij Dimence P&Z worden veel vrouwen behandeld die een eerdere bevalling hebben meegemaakt die traumatisch voor hen was. Het is belangrijk dat ze gedurende hun huidige zwangerschap geleidelijk steeds meer vertrouwen in hun eigen lichaam krijgen en minder angst gaan ervaren richting de aanstaande bevalling van hun kindje. Daarnaast zijn er diverse andere trauma's die tijdens de zwangerschap goed behandeld kunnen worden. Uit een review van de Bruijn et al. (2019) komt naar voren dat zowel EMDR als CGT effectieve therapieën zijn nadat een vrouw bevallen is en hierdoor een PTSS heeft ontwikkeld. Echter, bewijsvoering is nog steeds beperkt en meer onderzoek is wenselijk (Bruijn, Stamrood, Lambregtse - van den Berg & Ottenhein, 2019).

EMH

Daarnaast zijn er diverse online (EMH: E-mental health) modules (zoals de module 'Hoezo roze wolk?') die zwangere vrouwen kunnen volgen. Het grote voordeel van deze modules is dat vrouwen in hun eigen tijd bezig kunnen zijn met hun behandeling, dit is zeker handig voor vrouwen die in de laatste fase van hun zwangerschap meer beperkt worden door hun zwangerschap en niet meer zo goed naar de poli kunnen komen.

Cursus 'Zwanger en dan?'

Zwangerschap is een periode van hoge verwachtingen en hoop. Echter, als er sprake is van psychische problemen en patiënte is zwanger, kan dat ook onzekerheid met zich meebrengen. Sombere gevoelens, angst en stress zijn veel voorkomende klachten tijdens de zwangerschap. De zwangerschap is een periode waarin vrouwen grote veranderingen doormaken op zowel lichamelijk, emotioneel als relationeel gebied. Vrouwen met psychische problemen ervaren daardoor veel moeilijkheden en stress (Bedir, 2014). Depressie en angststoornissen tijdens de zwangerschap zijn onder meer geassocieerd met vroeggeboorte, dysmaturiteit of hechtingsproblemen. Vrouwen met een voorgeschiedenis van angstklachten lopen een groter risico op een paniekstoornis tijdens de perinatale periode en ook vrouwen met een depressie in de voorgeschiedenis zijn meer kwetsbaar voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis tijdens de zwangerschap (Van Der Veldt, Lok, Pop-Purceleanu, Tendolkar, & Van Eijndhoven, 2015).

Uit onderzoek blijkt dat zwangeren in kwetsbare groepen door een groepsbehandeling beter worden bereikt en dat, door actief hun kennis en culturele waarden in te zetten, de uitkomsten van zorg verbeteren. In de groep worden ervaringen open gedeeld en de adviezen komen gewoon vanuit de patiënten zelf en worden beter opgepakt, waardoor zij meer kennis opdoen. Patiënten worden zo meer bij het zorgproces betrokken en de gezondheidsvaardigheden nemen toe (Jans, Rijnders, Groessen, & Crone, 2019). Door de psychiatrische aandoening en soms beperkte copingstrategieën kan de zwangerschap en de veranderingen die deze met zich mee brengen er voor zorgen dat deze periode als zwaar ervaren wordt. De sfeer in de groep dient steunend en structurerend te zijn, waarmee de stress verminderd kan worden en de privacy dient gewaarborgd te zijn. De focus dient gericht te zijn op actuele psychische problemen, de vermindering daarvan en de versterking van het zelfoplossend vermogen (Lambregtse e.a. 2015).

De cursus 'Zwanger en dan?' bereidt aanstaande moeders voor op de toekomst. 'Zwanger en dan?' is een cursus die wekelijks wordt aangeboden, een ochtend in de week, gedurende twaalf weken. De groep heeft tussen 6 tot 8 aanstaande moeders, deelname kan vanaf ongeveer 15 weken zwangerschap. Het helpt om de zwangerschap, de bevalling en het aanstaande moederschap met meer vertrouwen en minder klachten tegemoet te zien.

De privacy van de deelnemers is gewaarborgd, deelnemers zijn ervan op de hoogte dat informatie uit de groep niet met derden mag worden gedeeld.

De cursus wordt verzorgd door diverse hulpverleners. Onder leiding van een verpleegkundig specialist GGZ worden de verschillende thema's besproken die samenhangen met de zwangerschap. Deze verpleegkundig specialist is gedurende het hele programma aanwezig en verbindt de verschillende onderdelen. Onder leiding van een Infant Mental Health specialist vanuit de Jeugd GGZ worden de deelnemers gestimuleerd om al contact te maken met hun ongeboren baby en de hechting met de baby. Daarnaast worden, afhankelijk van het thema dat besproken wordt, andere deskundigen ingezet zoals een psychiater, diëtist, fysiotherapeut, verloskundige en de kraamzorg.

De cursus bestaat uit de volgende onderdelen:

- Leren omgaan met gevoelens (bijvoorbeeld angst, spanning of onzekerheid) in relatie tot de zwangerschap of het moederschap
- Voorlichting over een steeds wisselend thema in relatie tot de zwangerschap, bevalling of het moederschap
- Hechtingsrelatie tussen moeder en kind
- Voeding tijdens de zwangerschap en lactatieperiode
- Babymassage
- Ervaringen uitwisselen met andere vrouwen
- Mindfulness
- Bewegingsoefeningen

De cursus is voor vrouwen die minimaal 3 maanden zwanger zijn, psychische problemen hebben en in behandeling zijn of gaan bij Dimence.

Na de aanmelding wordt patiënte uitgenodigd voor een kennismakingsgesprek. In dit gesprek kan ze haar eigen situatie toelichten, krijgt ze uitleg over de cursus en wordt samen bepaald of de cursus bij haar past.

Het programma wordt het hele jaar door aangeboden. Het bestaat uit een reeks wekelijkse bijeenkomsten van 09.00 tot 12.00 uur, gedurende 3 maanden. Patiënte is welkom zolang ze in staat is om te komen. Dit is naar verwachting tot ongeveer 8 maanden zwangerschap. Na de bevalling kan patiënte deelnemen aan de cursus 'Bevallen en dan?'

Over de voortzetting van eventuele behandeling na de bevalling worden door patiënte en haar eigen behandelaar afspraken gemaakt.

Bevallen en dan?

De laatste jaren is er toenemend aandacht voor de groepsbehandeling van vrouwen tijdens de zwangerschap en zijn er steeds meer groepsbehandelingen voor deze kwetsbare groep. Er is echter weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van groepsbehandelingen van vrouwen met klinisch relevante psychische klachten in de zwangerschap (Dennis, Ross, & Grigoriadis, 2007; Spinelli et al., 2013, Lambregtse e.a., 2015).

Dit geldt ook voor groepsbehandelingen in de postpartumperiode. In het afgelopen decennium zijn er enkele onderzoeken gedaan waarin de verschillende psychotherapieën variërend in duur en modus zijn verricht. De onderzoeken die wel gedaan zijn hebben tekortkomingen:

- Te kleine onderzoekspopulaties
- Niet-consistente inclusie criteria
- Groepsbehandelingen vaak aangeboden aan een specifieke risicogroep waardoor de generaliseerbaarheid van de resultaten beperkt is
- Ter preventie van een postpartum depressie en of ter bevordering van de maatschappelijke gezondheid zijn er wereldwijd verschillende initiatieven ontwikkeld, bv psycho-educatie, e-health, voorlichting, deze interventies zijn nog niet onderzocht op hun wetenschappelijke evidentie. Prevatt e.a. (2018) beschrijven wel dat peer-supportgroepen een veelbelovende interventie is voor vrouwen die een postpartumdepressie ervaren, verder onderzoek is noodzakelijk (Prevatt, Lowder, & Desmarais, 2018).

Er is weinig wetenschappelijk onderbouwde literatuur gericht op de inhoudelijke invulling van een postpartumgroep, wel zijn er in het land een drietal voorbeelden van een dergelijke groep: Module POP groep postpartum (Reiner van Arkel), Postpartum groep (ZGT) en Een gezonde balans bij postpartum problematiek (de gezonde Zaak)

Cursus bevallen en dan?

Op basis van deze bestaande postpartumgroepen is gekomen tot de invulling van de cursus 'Bevallen en dan?' binnen Dimence Psychiatrie en Zwangerschap. Deze groep is er voor vrouwen met psychische klachten nu of in de voorgeschiedenis. Deelname is mogelijk in de eerste maanden na de bevalling. De cursus wordt als een doorlopende cyclus gegeven door een verpleegkundig specialist GGZ in samenwerking met een Infant Mental Health specialist van Jeugd GGZ. Vrouwen kunnen deelnemen aan de groep na een (screenende) intake door een verpleegkundig specialist GGZ en een psychiater. Deelnemers moeten in behandeling zijn bij Dimence of een verwijzing hebben van de huisarts.

Het uitgangspunt is dat vrouwen met psychische klachten die recent zijn bevallen weer meer grip krijgen op hun (veranderde) situatie, leren omgaan met stress en het verminderen daarvan. Het samen uitwisselen van ervaringen, problemen en oplossingen en leren van elkaar met als doel elkaar te steunen en gerust te stellen, kan daarbij helpen. Het uiteindelijke doel is om de toekomst met meer vertrouwen tegemoet te zien en de psychische klachten te verminderen of op te heffen.

Inhoud van de cursus

1e bijeenkomst: Onderscheid tussen normale, door hormonen veroorzaakte klachten en klachten voortkomend uit je psychische kwetsbaarheid.

- Psycho-educatie over de meest voorkomende psychiatrische beelden na de bevalling;
- Welke klachten passen bij de periode na een zwangerschap en een bevalling en welke passen bij eventuele psychische klachten;
- Gevoelens van moederschap, onderdeel van de e-health module 'De roze wolk';
- De veranderingen binnen de gezinssamenstelling en welke invloed dit heeft op de stemming en gedachten van de moeder.

2e bijeenkomst: Herkenning van vroege signalen van een terugval en het inzetten van passende interventies.

- Handvatten en oefeningen gericht op het goed om leren gaan met de klachten;
- In kaart brengen van de stressfactoren die een rol hebben gespeeld bij het uit balans raken na de bevalling en hoe met deze factoren om te gaan of deze te verminderen;
- Wanneer en hoe gebruik je eventuele medicatie;
- Waar liggen je kwetsbaarheden en je krachten?;
- Terugvalpreventie;
- Ontspanningsoefeningen om het stressniveau te verminderen en herstel van de balans.

3e bijeenkomst gericht op de hechting met de baby.

- Hoe maak je contact met je baby?;
- Hoe bevorder je de hechting tussen jou en je kind?;
- Hechting met de baby;
- Hoe kun je contact maken met je kind met behulp van gezichtsexpressie, oogcontact, stemgebruik of het spelen van spelletjes.

Partnergroep

Voor partners kan het vader of moeder worden van een kind een ingrijpende gebeurtenis zijn. Het risico op het krijgen van een depressie is in deze periode groter, zeker als de vrouw depressief is of als de partner zelf eerder een depressie heeft gehad (Goodman, 2004). De kans dat de partner depressieve klachten ontwikkelt is drie keer hoger als de vrouw lichte depressieve klachten heeft. Dit kan stijgen tot een achtmaal verhoogd risico als de vrouw matige of ernstige depressieve klachten heeft (Wee e.a., 2011).

Daarnaast blijkt uit de literatuur dat de rol van de mannelijke partner tijdens de zwangerschap rechtstreeks invloed heeft op de waargenomen stress van de zwangere vrouw. Het blijkt dat emotionele betrokkenheid van de partner tijdens de zwangerschap stressreductie teweegbrengt (Kashanian, Faghankhani, YousefzadehRoshan, EhsaniPour, & Sheikhansari, 2019).

Moeders die een sterkere sociale steun van hun partners ervoeren, hadden minder emotionele problemen na de bevalling. Een hoogwaardige, ondersteunende partnerrelatie tijdens de zwangerschap kan bijdragen aan een verbeterd postpartum welzijn van moeders en baby's. Dit wijst op een mogelijke rol voor partnerrelaties in interventies op het gebied van geestelijke gezondheid, met mogelijke voordelen voor zuigelingen (Tanner Stapleton et al., 2012). Ook blijkt de aanwezigheid van de partner bij een groepstraining voor zwangere vrouwen met psychische klachten positief te werken bij het voorkomen van stress, angst en depressie (Akbarian, 2018).

Daarnaast kunnen partners ook postpartum klachten ontwikkelen, zeker als zij zelf al een psychische kwetsbaarheid hebben (A. W. Stevens, Geerling, & Kupka, 2014).

Vanuit de partners van patiënten die in zorg waren bij Dimence P&Z is de wens geuit om, naast de betrokkenheid bij de behandeling van hun partner, ook ruimte te hebben om hun eigen ervaringen te delen met lotgenoten, tips te krijgen en om hun zorgen te kunnen uiten.

Om aan deze wens te voldoen is ervoor gekozen om een aanbod voor partners te ontwikkelen. Aanvankelijk werd gedacht aan een groep van enkele bijeenkomsten, echter uit een behoeftepeiling bleek dat de meerderheid van de partners liever een bijeenkomst prefereerde. De groep wordt geëvalueerd en op basis van de resultaten kan het programma bijgesteld worden.

Tijdens de partneravond, die tweeënhalf uur duurt, wordt er aandacht besteed aan de zorg voor de partner, wat het betekent om ouders te worden in een gezinssituatie die mogelijk beïnvloed kan worden door een psychische aandoening en, niet in de laatste plaats, hoe je als partner zelf 'op de been' kan blijven en kunt voorkomen dat je, bijvoorbeeld vanwege de zorg voor de ander, jezelf uit het oog verliest.

Naast dat de belangrijkste signalen behandeld worden om bij de zwangere partner te herkennen en wat er gedaan kan worden door de partner, is er veel ruimte voor de aanwezigen om tijdens deze avond ervaringen uit te wisselen, herkenning en steun vinden en nieuwe inzichten op doen. Hiermee kunnen zij beter toegerust de periode van zwangerschap en het (nieuwe) ouderschap aangaan.

De inhoud van de partneravond bestaat uit de volgende onderdelen;

- Vertoning filmfragmenten 'Baby's aloud'
- Uitleg over het verschil tussen normale klachten, passend bij een zwangerschap en de klachten die veroorzaakt worden door een psychische aandoening en hoe met deze klachten om te gaan
- Bespreking van de gevolgen van stress en het belang van stressreductie en ontspanningsoefeningen
- Informatie over het belang van een gezonde hechting met de baby, onzekerheid over het omgaan met de baby
- Het in kaart brengen van het steunsysteem en adviezen hoe deze te gebruiken of eventueel uit te breiden
- Aandacht voor zorg voor de partner; hoe ga je om met dilemma's in de kraamtijd als partner en zorg je in een sterk veranderende situatie voor voldoende rust en ontspanning.

Andere aanvullende vormen van zorg (buiten Dimence P&Z)

Naast het aanbod vanuit Dimence Psychiatrie & Zwangerschap zijn er aanvullende vormen van zorg, die samen met de interventies vanuit Dimence P&Z ingezet kunnen worden. Hierbij zal Dimence P&Z zorgdragen voor goede afstemming en communicatie met de andere professionals, dit komt onder andere samen in de contextuele behandelteams (zie pagina 34).

Voor de (zeer) jonge kinderen;

Ouder baby interventie

Hechting tussen moeder en kind is niet iets wat altijd vanzelfsprekend verloopt. Je moet als jonge ouder leren om je kind 'te lezen'. Als dit proces moeilijker verloopt bijvoorbeeld door interfererende psychiatrische klachten kan de Ouder Baby Interventie (OBI) uitkomst bieden. De OBI is een vorm van video-home training waarbij moeder en kind gefilmd worden. De opnamen worden met de hulpverlener teruggekeken waarbij er vooral gelet wordt op de signalen die de baby geeft en mogelijk (nog) niet opgemerkt worden door de ouder. Op deze wijze wordt de ouder een steuntje in de rug geboden bij dit niet altijd even eenvoudige proces van hechting.

<https://www.mindfit.nl/taxonomy/specialisme/ouder-baby-interventie>

Infant Mental Health

Binnen Jeugd GGz richten Infant Mental Health-professionals (IMH) zich specifiek op de hechting tussen moeder en kind met als doel de baby maximaal in staat te stellen zich optimaal te ontwikkelen.

<https://www.imhnederland.nl/dimence-jeugd-ggz/>

Bij psycho-sociale problemen;

Sociaal wijkteam

Psychosociale problemen kunnen voor ouders een bron van zorg zijn waardoor het voor hen moeilijker is om alle aandacht bij het (aanstaande) ouderschap te houden. Het sociaal wijkteam biedt in dat geval verschillende manieren van ondersteuning (financieel, huisvesting, etc).

Tevens kan er speciale gezinsbegeleiding ingezet worden die ouders helpen om tot een goede opvoedingssituatie te komen.

<https://www.socialeteamsdeventer.nl/>

Moeder-kindhuis

Indien de zwangere vrouw geen eigen huis heeft, of de thuissituatie is ongeschikt om een baby te kunnen verzorgen, kan een tijdelijke plaatsing in een Moeder-kindhuis (MKH) overwogen worden. In een MKH is begeleiding voor de jonge moeder aanwezig en wordt gezocht naar passende huisvesting. Een plaatsing in een MKH is voor de duur van enkele maanden.

<https://pactum.org/ons-aanbod/tijdelijke-woon-en-behandelplek/begeleid-wonen-ouder-kind/>

In geval van crisis;

Intensive Home Treatment (IHT)

Indien de zorgvraag toeneemt doet DP&Z er alles aan om dit binnen het eigen team op te lossen, maar soms is er meerdere keren per dag zorg nodig of is er een plotselinge zorgvraag die geen uitstel duldt buiten kantooruren. In die gevallen kan er teruggevallen op het Intensive Home Treatment-team (IHT) van Dimence. Dit gaat altijd via de eigen behandelaar of buiten kantooruren via de huisartsenpost.

<https://www.dimence.nl/teams/team-ihd-deventer>

Moeder Baby Unit

Als de moeder na de bevalling ernstige psychiatrische problemen heeft kan het noodzakelijk zijn om haar op een PAAZ of in GGz-instelling op te nemen. Indien mogelijk worden moeder en kind niet gescheiden. Een opname op een Moeder Baby Unit kan dan een oplossing zijn. De behandeling voor moeder en de zorg voor de baby kunnen dan worden gecombineerd en er is minder kans op een verstoorde hechting. In de omgeving van Deventer zijn twee MBU's, namelijk in Apeldoorn en in Almelo.

[https://www.gelreziekenhuizen.nl/Gelreziekenhuizen/Polikliniek-Psychiatrie/Moeder-Baby-Unit-\(MBU\).html](https://www.gelreziekenhuizen.nl/Gelreziekenhuizen/Polikliniek-Psychiatrie/Moeder-Baby-Unit-(MBU).html)

<https://www.zgt.nl/patienten-en-bezoekers/onze-specialismen/psychiatrie/paaz-afdeling/moeder-baby-unit-mbu/>

Veilig Thuis

Mocht zich onverhoopt een situatie voordoen waarbij de veiligheid van moeder of kind in het geding is kan er (preventief) een beroep gedaan worden op Veilig Thuis. Samen wordt gekeken hoe de onveilige situatie verbeterd kan worden; soms wordt een voogd aangesteld, er kan extra zorg ingezet worden en in uitzonderlijke situaties kan besloten worden tot een (tijdelijke) uit huisplaatsing.

<http://www.vtjij.nl/>

Overige aanbod;

Aanbod verslavingszorg

Psychiatrische klachten gaan niet zelden gepaard met middelengebruik of -misbruik. Alcohol, nicotine en drugs kunnen grote gevolgen hebben voor het ongeboren kind. Het is daarom van het grootste belang dat zwangere vrouwen die middelen gebruiken goed te begeleiden bij het stoppen met het gebruik daarvan. In uiterste situaties kan worden besloten worden tot (gedwongen) opname.

<https://www.dimence.nl/psychische-problemen/verslavingspsychiatrie>

<https://www.tactus.nl/deventer>

Aanbod voor mensen met een verstandelijke beperking

Zwangere vrouwen met psychische problemen en een verstandelijke beperking vragen vaak ook ondersteuning in de opvoedingssituatie. Dit kan van laag intensief (begeleiding op afstand) tot zeer intensief (dagdelen per dag), waarbij alles erop gericht is de ouders in hun ouderschap te ondersteunen en toe te werken naar zelfstandig ouderschap.

<https://www.sheerenloo.nl/>

<https://www.jpvandenbent.nl/>

<https://www.ambiq.nl/>

<https://www.zozijn.nl/>

<https://www.trajectum.nl/deventer-1>



5 Samenwerking

Vanuit Dimence P&Z wordt er geparticipeerd in het contextueel behandelteam. 'Contextueel Behandelen Jeugd en Volwassenen' is een geïntegreerde, interprofessionele samenwerking tussen de behandelaren van de specialistische en basis GGZ Volwassenen en de Jeugd GGZ. Het slaat een brug tussen zorg van jeugd en volwassenen vanuit een gezamenlijke expertise. Gezinsleden worden niet afzonderlijk behandeld, maar in de samenhang van het gezin en binnen de (relationele en maatschappelijke) context waarin zij leven. Deze samenwerking kan gezien worden als een netwerkorganisatie rondom een cliëntstelsel, waarbij alle betrokken hulpverleners gezamenlijk de diagnostiek en de voortgang van de behandeling bespreken, tot een gedeelde visie komen, hun handelen op elkaar afstemmen en waar mogelijk en wenselijk actief samenwerken. De behandelingen worden afgestemd op draagkracht van gezin. De ervaring leert dat variëteit binnen de doelgroep wat betreft de psychische klachten, de relationele- en maatschappelijke context groot is en dit heeft vanzelfsprekend invloed zowel op de dynamiek in het gezin als in het hulpverleningssysteem. Het 'faciliteert' behandelaren in het bieden van holding aan gezinnen met ernstige problemen (Stolper & Nygard, 2019).

Het doel van dit aanbod is om kwalitatief betere en efficiëntere zorg te bieden aan ouder(s) én kind(eren) alsmede hun onderlinge relatie te verbeteren. Een langetermijndoel is om de intergenerationele overdracht van psychopathologie te beperken. Veel ouders binnen de GGZ (80%) vrezen dat hun psychische klachten van invloed zijn op de ontwikkeling van hun kind (van der Ende, van Busschbach, Nicholson, Korevaar, & van Weeghel, 2016). Deze zorgen ontstaan vaak al tijdens de zwangerschap of ontstaan als ze al kinderen hebben en zelf in zorg komen. Ze zitten met tal van vragen over of en zo ja, hoeveel last het kind van hun eigen problematiek zal krijgen en wat ze kunnen doen om dit te voorkomen of verminderen. Dit zijn zorgen om vanaf het begin af aan zeer serieus te nemen. Hoe vroeger er ondersteuning geboden kan worden, hoe groter de kans is dat er een goede hechtingsrelatie tussen ouder en kind opgebouwd kan worden. Wat weer als basis voor het psychisch functioneren van het kind op lange termijn fungeert. Ouders brengen zelf hun zorg vaak niet in bij hun behandelaar uit vrees hun kind kwijt te raken. Door als behandelaar het ouderschap zelf in alle openheid te bespreken steek je ouders de helpende hand toe.

6 POP-poli

Inleiding

Zwangeren en kraamvrouwen hebben een verhoogd risico op het (opnieuw) krijgen van een psychiatrische stoornis (Van Piere, 2010). Psychiatrische aandoeningen komen frequent voor bij zwangere vrouwen en kraamvrouwen, met een prevalentie van 8 tot 15%. Zij hebben een grote kans op recidief en worden over het algemeen onderbehandeld (Wewerinke et al, 2006). Daarom is vroegtijdige opsporing van risico's en eventuele behandeling, bij voorkeur al voorafgaand aan de conceptie, essentieel om schade te beperken en om zowel ouder(s) als kind de best mogelijke gezamenlijke start te geven. In de advisering en behandeling van deze bijzondere patiëntenpopulatie werken in een optimale situatie drie specialismen intensief samen: psychiatrie, obstetrie en pediatrie (POP). Nadat in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (SLAZ) in 2006 als eerst een POP-expertisecentrum werd opgericht, heeft dit concept landelijk navolging gekregen. In veel ziekenhuizen functioneert inmiddels een POP-poli, waarvan een groot aantal als erkent centrum zijn aangemerkt op de site van het Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap (<https://lkpz.nl/behandelcentra>).

In het handboek psychiatrie en zwangerschap zijn de voorwaarden voor een POP-poli weergegeven (Llambregtse van den Berg, Kamp & Wennink, 2015):

- Een multidisciplinair team
- Duidelijke focus wat betreft aandachtsgebied, periode, en het geven van advies al dan niet in combinatie met behandeling/begeleiding.
- Alle betrokken specialisten zijn op hun vakgebied op de hoogte van de meest recente literatuur over de behandeling en effecten op de moeder en het (ongeboren) kind.
- Advies en behandeling op maat zijn afgestemd op de individuele patiënte (en haar partner)
- Zorgvuldige uitleg van het advies aan de patiënte (en haar partner) opdat aan alle belangen recht wordt gedaan en de adviesvragers een weging op basis van alle argumenten kunnen maken.
- Snelle en duidelijke communicatie en schriftelijke verslaglegging naar de eerste- en twee lijn en zo nodig naar de bij de zorg betrokken of nog te betrekken hulpverleningsinstanties.
- Goede plaatsbepaling van juridische kaders die relevant zijn voor deze vorm van hulpverlening.
- Afstemming met lokale en regionale instanties en initiatieven over mogelijkheden tot hulpverlening.

De doelgroep bestaat uit vrouwen met een kinderwens of zwangeren die:

- Psychiatrische klachten hebben of gehad hebben;
- Medicijnen gebruiken tegen psychiatrische klachten;
- Een vader, moeder, broer of zus hebben met een psychiatrische aandoening;
- Verslaafd zijn aan alcohol, drugs en/of medicatie;
- Zich in een complexe sociale situatie bevinden, waaronder vrouwen met een verstandelijke beperking.
- Zeer jong zijn (<23 jaar).

POPP-poli Deventer

Voor zwangere vrouwen met een psychiatrische stoornis biedt het Deventer Ziekenhuis in samenwerking met Dimence P&Z een eenmalig multidisciplinair POPP-policontract (Psychiatrie, Obstetrie, Pediatrie en Psycho-sociaal). Dit multidisciplinaire team bestaat uit gynaecologen, verpleegkundig specialisten ggz, kinderartsen, klinisch verloskundigen en medisch maatschappelijk werkenden. Voorafgaande aan de consulten worden alle aangemelde patiënten besproken en wordt er vanuit ieders professie gekeken naar mogelijke risico's, behandelopties en voorzorgsmaatregelen die mogelijk genomen moeten worden. De patiënten worden in tweetallen gesproken (de meest relevante disciplines voor de desbetreffende patiënte), er wordt een verdere probleem- en krachteninventarisatie gemaakt, aanvullende behandelopties worden doorgenomen en op basis van shared decision making wordt een plan opgesteld. Het voorgestelde beleid wordt in de nabespreking met alle disciplines doorgenomen en waar nodig bijgesteld. Het verslag van het consult gaat naar de verwijzer (huisarts, verloskundige of gynaecoloog) en indien nodig wordt patiënte voor verdere zorg doorverwezen (onder andere naar Dimence P&Z). Er is ook de mogelijkheid om patiënte alleen mondeling te bespreken en sommige patiënten worden gevolgd gedurende de hele zwangerschap om het afgesproken beleid te toetsen aan de, soms sterk wisselende omstandigheden en indien nodig aan te passen. De POPP-poli vindt plaats in het Deventer Ziekenhuis.
<https://www.dimence.nl/specialistische-centra/specialistisch-centrum-bipolaire-stoornissen-scbs/scbs-psychiatrie-en-zwangerschap>

Onder het motto 'gissen is missen en meten is weten' willen we binnen Dimence P&Z op adequate wijze gegevens verzamelen waardoor we in staat zijn de zorg steeds beter af te stemmen op de behoefte van onze patiënten. Daarnaast doen we praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek naar die interventies waarvan we (nog) onvoldoende weten wat de werking is en of deze interventies ook effectief worden ingezet.

Het in kaart brengen van het beloop van de zwangerschappen en de postpartumperiode is een van de toekomstige onderzoeksprojecten. Door gebruik maken van een vragenlijst die door behandelaren wordt ingevuld worden nu reeds gegevens verzameld die later als input voor het onderzoek kunnen dienen.

Vragenlijsten

Voor de zwangere vrouw is een heel scala aan vragenlijsten ontworpen en beschikbaar om voor deze doelgroep specifiek (potentiële) problemen, klachtenpatronen of stoornissen in beeld te brengen. Dimence P&Z heeft ervoor gekozen om een aantal lijsten standaard af te nemen en (het merendeel) op indicatie af te nemen. Hiermee belasten we patiënten niet onnodig. De meeste vragenlijsten zijn, met toestemming voor gebruik, afkomstig uit de set vragenlijsten zoals deze ontworpen en gebruikt worden door BINGO (Brabantse Integrale Geboortezorg), aangevuld met enkele andere lijsten.

Overwegingen voor de te gebruiken lijsten;

- Daar waar mogelijk gebruik maken van korte lijsten die patiënten weinig tijd kosten om in te vullen (PROMIS-CAT A en D)
- Daar waar mogelijk gebruik maken van lijsten die in eerder onderzoek (Zwanger en Dan?) gebruikt zijn (EPDS, MSPSS, PRAQ-R, BSI, ULC-90)
- Daar waar mogelijk gebruik maken van vragenlijsten die toegespitst zijn op de zwangerschapsfase of postpartumperiode (Zwangerschapsbonding lijst, EPDS, PRAQ, PSE, TPDS-2)

Algemeen (af te nemen bij iedere patiënt);

- Psychiatrische symptomen:
 - o Symptomen objectiveren (met name angst, depressie en trauma) om een goede inschatting te maken of er aanvullende behandeling nodig is of niet. (PROMIS-CAT-A, PROMIS-CAT-D of EPDS en TES-B, Traumatic Event Scale)
 - o Is er sprake van een mogelijke postpartum depressie of symptomen die daar op zouden kunnen duiden. (EPDS, Edinburgh Postpartum depression scale)
 - o Klachteninventarisatie om een goede inschatting te maken van de mogelijke probleemgebieden (BSI)
- Tevredenheid over de behandeling (CQI)

Kinderwenspoli (af te nemen bij iedere patiënt);

- Om het effect van het kinderwensgesprek te meten wordt de ambivalentie van de mogelijke ouders voor en na een kinderwensgesprek gemeten; een afname van ambivalentie duidt op een effectief verlopen gesprek. (BAS; Beslissings Ambivalentie Schaal)

P&Z- behandeling zwangerschap (alleen op indicatie)

- Het meten van de mate van stress (o.a. vanwege de invloed op het ongeboren kind) (PRAQ-R, Pregnancy Related Anxieties Questionnaire-Revised)
- Het meten van de mate van sociale steun, van belang om een goed inschatting te kunnen maken van de soliditeit van het sociaal netwerk, (*MSPSS, Multidimensional Scale of Perceived Social Support)
- Het meten van de mate van perfectionisme en daarmee de wijze waarop dat de zwangerschap en/of postpartum periode kan beïnvloeden (*TPS, Tilburg Perfectionism Scale)

P&Z- behandeling postpartum (alleen op indicatie)

- Het meten van de mate van ervaren stress gedurende de postpartumperiode (*TPDS-2, De Tilburg Postpartum Distress Scale of PSS Perceived Stress Scale)
- Bij vermoeden van een postpartumdepressie de EPDS (Edinburgh Postpartum depression scale).

Zwanger en dan? (af te nemen bij iedere deelnemer)

- Het meten van de inschatting van die aanstaande moeder ten aanzien van haar aanstaande moederrol (PSE-PS; Parental Self-Efficacy Prenataal Scale)
- Gedurende de cursus zicht krijgen op de mate van binding met het ongeboren kind (De zwangerschaps 'bonding' vragenlijst, op basis van de Brockington bonding en Taylor bonding lijst)

Onderzoek

Bij Dimence Psychiatrie & Zwangerschap wordt veel onderzoek verricht, deels in samenhang met Dimence Bipolair, daar waar het de bipolaire patiëntenpopulatie betreft.

SLEEPREG BD

De invloed van slaapverstoring tijdens de zwangerschap en rondom de bevalling op het functioneren in de periode na de bevalling bij vrouwen met een bipolaire stoornis, is het thema van het promotie onderzoek van psychiater Anja Stevens.

In dit onderzoek wordt bekeken of slaapverstoring tijdens de zwangerschap en/of in de periode van de bevalling een voorspeller (risicofactor) is voor depressieve, (hypo)manische of psychotische verschijnselen in de postpartum periode. Daarnaast wordt onderzocht wat het beloop van de bipolaire stoornis is tijdens de zwangerschap en de postpartum periode. Zo kijken we onder andere naar het medicatiegebruik tijdens de zwangerschap en het vóórkomen van depressieve en (hypo)manische symptomen. Meer kennis over de invloed van slaapverstoring tijdens zwangerschap en de perinatale periode kan helpen bij het ontwikkelen van richtlijnen voor preventie/behandeling van een postpartum psychose en postpartum depressie bij vrouwen met een verhoogd risico hierop.

Het is een naturalistische studie. De studie heeft geen invloed op de behandeling die gegeven wordt. Patiënten worden eenmaal geïnterviewd (bij inclusie) en vervolgens wordt op vooraf vastgestelde tijden gevraagd vragenlijsten in te vullen. Ook houden deelnemers gedurende in totaal acht weken een slaapdagboek bij. Na de bevalling zullen obstetrische gegevens opgevraagd worden bij de gynaecoloog. Het onderzoek duurt vanaf enig moment in de eerste drie maanden van de zwangerschap tot twaalf weken na de bevalling.

Na een langere periode van inclusie zijn de data verzameld en wordt er nu aan het eindonderzoek geschreven. Meer informatie vindt u in de reeds gepubliceerde artikelen (Stevens et al., 2014; Stevens et al., 2019; Stevens, Geerling & Kupka, 2014)

Zwangerschapsplan

Zoals beschreven op pagina 16 heeft Dimence P&Z in nauwe samenwerking met de doelgroep een zwangerschapsplan samengesteld dat zwangere en pas bevallen vrouwen in staat stelt om in een periode van grote veranderingen en onzekerheden meer grip en regie te ervaren waarmee de kans op decompensatie verkleind wordt (NICE, 2014).

Er worden twee onderzoeken uitgevoerd naar het zwangerschapsplan; Hanneke Verboom verpleegkundig specialist ggz, doet een kwalitatieve studie naar de ervaringen van vrouwen met het zwangerschapsplan om zo meer zicht te krijgen welke elementen van het plan het zelfmanagement hebben ondersteund en wat het maken en gebruiken van het plan voor hen heeft betekend. In de andere studie wordt naar de inhoud van de zwangerschapsplannen gekeken. Deze zogenaamde 'contentanalyse' wordt uitgevoerd door Paulien Elzenbroek een verpleegkundig specialist in opleiding. De uitkomst van beide studies zullen naar verwachting in 2021 gepubliceerd worden.

8 Deskundigheidsbevordering

Deskundigheidsbevordering is een van de pijlers van Dimence Psychiatrie en Zwangerschap. Verspreiding van kennis over de gespecialiseerde zorg, maar ook over het wetenschappelijk onderzoek dat wordt uitgevoerd en de innovatieve ontwikkelingen die er zijn, word veelvuldig gedaan. Op symposia en congressen maar ook binnen landelijke opleidingen en het aanbieden van eigen cursussen.

Hieronder geven we een overzicht van de deskundigheidsbevordering die onder andere wordt geboden door DP&Z:

Refereermiddagen

Ieder jaar organiseert DP&Z een refereermiddag psychiatrie en zwangerschap. Professionals vanuit de geboortezorg worden, naast medewerkers van de Dimence Groep, uitgenodigd deze middagen bij te wonen en een bijdrage te leveren aan het programma. De refereermiddag die georganiseerd werd in december 2019 had als thema 'Wat als het niet vanzelf gaat? Over psychische problemen, zwangerschap, bevalling, ouderschap en opvoeden'. De invulling van het programma was een prachtige samenwerking tussen Dimence Psychiatrie en Zwangerschap, Veilig Thuis, Jeugd GGZ en de Raad voor de Kinderbescherming.

Basiscursus Psychiatrie en Zwangerschap voor GGZ professionals

Jaarlijks wordt de basiscursus Psychiatrie en Zwangerschap aangeboden aan GGZ professionals door DP&Z.

Workshops op congressen / symposia

Werknemers van DP&Z spreken met regelmaat op congressen en symposia over het onderwerp psychiatrie en zwangerschap. Ook worden er workshops verzorgd.

In de publicatielijst van Dimence Psychiatrie en Zwangerschap zijn alle bijdragen gebundeld.

Amstel Academie

José van der Kooij, verpleegkundig specialist GGZ, geeft bij de Amstel Academie les aan de vervolgopleiding obstetrie en gynaecologie. Hierin ligt de aandacht met name bij de psychiatrische comorbiditeit bij vrouwen opgenomen op de afdeling verloskunde, waarbij psychiatrische beelden, zowel tijdens de zwangerschap als de postpartum periode aan de orde komen. Ook geeft zij les aan de vervolgopleiding verpleegkundige ziekenhuispsychiatrie, waarbij specifiek stil gestaan wordt bij psychiatrische en psychosociale problemen tijdens en na de zwangerschap. De opleidingen van de Amstel Academie zijn inservice opleidingen. De studenten zijn in dienst van een ziekenhuis of instelling en volgen theoretisch onderwijs bij de Amstel Academie. Studenten worden direct vanaf het begin van hun opleiding voorbereid op de werkomgeving.

GGZ-VS

José van der Kooij verzorgt een aantal modules over psychiatrie en zwangerschap bij de opleidingsinstelling GZZ VS in Utrecht. In deze lessen is er specifiek aandacht voor zwangerschap bij psychiatrische en psychische problemen. Bart Geerling, hoofd DP&Z, verzorgt de module farmacotherapie, hierin wordt mede aandacht besteedt aan farmacotherapie bij zwangere patiënten met een bipolaire stoornis. De opleiding GGZ-VS tot Verpleegkundig Specialist ggz voorziet in de behoefte aan breed in de GGZ opgeleide zorgprofessionals die op expertniveau als behandelverantwoordelijken hoogwaardige patiëntenzorg bieden aan individuen, groepen en families.

Naviva

Bart Geerling verzorgt sinds 2019 scholing aan kraamverzorgenden van Naviva over psychiatrie en zwangerschap. Deze professionals zijn in de eerste dagen van de postpartumfase dichtbij moeder een kind en daarmee bijzonder waardevol daar waar het gaat om het signaleren van eventuele ontregeling van de moeder. Goede kennis over verschillende ziektebeelden en hoe te handelen is daarom van groot belang.

Ook al is de toekomst onvoorspelbaar, het is goed om ambities te hebben. Uiteraard met een goed oog voor relevante ontwikkelingen en de flexibiliteit om de ambities aan te passen. Met die gedachte heeft Dimence P&Z de ambities voor de komende jaren opgesteld.

Allereerst de zorg voor de psychisch kwetsbare zwangeren. Het bieden van optimale behandeling is ons uitgangspunt. Hierbij zullen we ook digitale vormen van zorg meenemen.

Het evalueren van de aangeboden behandelmethoden en het op basis van onderzoek en vraag uitbreiden van ons aanbod stopt niet maar is een continue proces. We hebben dit recent laten zien door het, samen met de partners in de geboortezorg, opzetten van een online aanbod voor zwangeren in coronatijd. Onder de titel 'Gewoon zwanger in coronatijd' worden online groepen gegeven.

Dit had niet opgezet kunnen worden zonder een goed netwerk van professionals. Op het gebied van netwerken zijn we trots op hetgeen we al hebben bewerkstelligd; als Dimence P&Z zijn we een vanzelfsprekende partner binnen het netwerk geboortezorg Salland, we zijn bezig met het opzetten van een intern netwerk voor professionals werkzaam met (zeer) jonge kinderen en hun ouders en we hebben een landelijk netwerk op het gebied van psychiatrie en zwangerschap. Deze netwerken willen we in de komende jaren verder uitbreiden en verstevigen. Hierbij is uiteraard het voornaamste doel de zorg voor de kwetsbare zwangere en haar systeem te optimaliseren.

Daarnaast hebben we ambities op het gebied van deskundigheidsbevordering. We zien, naast de cursussen, bijdragen aan opleidingen en congresbijdragen, ook nog uitdagingen. Voor de GGZ willen we de basiscursus Psychiatrie en zwangerschap (weer) gaan aanbieden. Daarnaast zien we ook potentie voor cursussen of voorlichting bij andere beroepsgroepen die we nu nog niet of minder bedienen, zoals huisartsen, POH-GGZ of de basis GGZ. Tevens vinden we het van belang om ook onze bijdrage te leveren aan een verdere bewustwording van mogelijk psychische problemen gedurende de zwangerschap of de periode na de bevalling. Hierbij werken we graag samen met consumentenorganisaties. Zo hebben we in 2020 geparticipeerd in de dialogenlounge van het ouderplatform Nona op de Negenmaandenbeurs.

Ook op onderzoeksgebied hebben we ambities. We willen graag een beloopstudie opzetten waarbij de nieuw ontwikkelde vragenlijst psychiatrie en zwangerschap, die alle facetten van de zwangerschap, de bevalling en de postpartumperiode bundelt, de ruggengraat moet vormen.

Ook willen we op basis van de huidige lopende onderzoeken, samen met de onderzoekers kijken naar logische vervolgstappen. Het onderzoek zal praktijkgericht zijn en het verbeteren van de zorg staat daarbij voorop.

Tot slot willen we ook graag intern professionals opleiden door het bieden van stageplaatsen en waar mogelijk ook opleidingsplaatsen voor bijvoorbeeld keuzestages van artikel 14 opleidingen.

Kortom, we blijven ook voor de komende jaren gaan voor optimale zorg voor psychisch kwetsbare zwangeren en hun partners en hopen door onderzoek, innovatie en deskundigheidsbevordering deze zorg steeds verder te verbeteren.

10 Referentielijst

- Akbarian, Z., Kohan, S., Nasiri, H., Ehsanpour, S., (2018) The Effects of Mental Health Training Program on Stress, Anxiety, and Depression during Pregnancy. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2018 Mar-Apr;23(2):93-97.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
- Beck, J.S. (2011). *Cognitieve gedragstherapie; Theorie en praktijk*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Bedir N. (2014). "Zwanger en dan"? Een effectonderzoek naar het preventie programma voor zwangere vrouwen met psychiatrische problemen. Masterthese Radboud Universiteit Nijmegen, 2014.
- Bergink, V., Bouvy, P. F., Vervoort, J. S. P., Koorengavel, K. M., Steegers, E. A. P., & Kushner, S. A. (2012). Prevention of postpartum psychosis and mania in women at high risk. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11071047>
- Beydoun, H., & Saftlas, A. F. (2008). Physical and mental health outcomes of prenatal maternal stress in human and animal studies: A review of recent evidence. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2008.00951.x>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Bruijn, L. de, Stramrood, C.A., Lambregtse - van den Berg, M.P. & Ottenheim, R.N. (2019). Treatment of posttraumatic stress disorder following childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, Juni, 1-10.
- Cantwell, R., & Cox, J. L. (2006). Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics and Gynaecology*. <https://doi.org/10.1016/j.curobgyn.2005.11.001>
- Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- Dennis, C. L., Ross, L. E., & Grigoriadis, S. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006309.pub2>
- Di Florio, A., Forty, L., Gordon-Smith, K., Heron, J., Jones, L., Craddock, N., & Jones, I. (2013). Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.279>
- Dolman, C., Jones, I., & Howard, L. M. (2013). Pre-conception to parenting: A systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0336-0>
- Dolman, C., Jones, I. R., & Howard, L. M. (2016). Women with bipolar disorder and pregnancy: factors influencing their decision-making. *BJPsych Open*. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.003079>
- Doyle, K., Heron, J., Berrisford, G., Whitmore, J., Jones, L., Wainscott, G., & Oyeboode, F. (2012). The management of bipolar disorder in the perinatal period and risk factors for postpartum relapse. *European Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.011>
- Einarson, A., Fatoye, B., Sarkar, M., Lavigne, S. V., Brochu, J., Chambers, C., ... Koren, G. (2001). Pregnancy outcome following gestational exposure to venlafaxine: A multicenter prospective controlled study. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1728>
- Goodman, P., Mackey, M., C., Tavakoli, A., S., (2004) Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of clinical nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>
- Handreiking zorg voor kwetsbare zwangeren (2017) Kennisnet Geboortezorg
- Jans, S., Rijnders, M., Groessen, K., & Crone, M. (2019). Er komen twaalf vrouwen bij de verloskundige: De introductie van Centering-Pregnancy® in Nederland. *Huisarts En Wetenschap*. <https://doi.org/10.1007/s12445-018-0398-3>
- Kashanian, M., Faghankhani, M., YousefzadehRoshan, M., EhsaniPour, M., & Sheikhsari, N. (2019). Woman's perceived stress during pregnancy; stressors and pregnancy adverse outcomes. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1602600>
- Khan, S. J., Fersh, M. E., Ernst, C., Klipstein, K., Albertini, E. S., & Lusskin, S. I. (2016). Bipolar Disorder in Pregnancy and Postpartum: Principles of Management. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0658-x>
- Kushkituah MS, Y. (2014). What Should Be Known About Bipolar Disorder and Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*.
- Lambregtse, M. - van den Berg, Kamp, I. van & Wennink, H. (2015). *Handboek psychiatrie en zwangerschap*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Marchesi, C., Ampollini, P., Paraggio, C., Giaracuni, G., Ossola, P., De Panfilis, C., ... Viviani, D. (2014). Risk factors for Panic Disorder in pregnancy: A cohort study. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.006>
- Megnin-Viggars, O., Symington, I., Howard, L. M., & Pilling, S. (2015). Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0548-6>
- Meijer, J., Bockting, C., Oosterink, A., & Burger, H. (2010). Zwanger en angstig of depressief, wat nu? = Pregnant and anxious or depressed: What next? *Gedragstherapie*.
- Meltzer-Brody, S., & Jones, I. (2015). Optimizing the treatment of mood disorders in the perinatal period. *Dialogues in Clinical Neuroscience*.
- Moshki, M., Baloochi Beydokhti, T., & Cheravi, K. (2014). The effect of educational intervention on prevention of postpartum depression: An application of health locus of control. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.12505>
- NICE. (2014). Antenatal and postnatal mental health Clinical management and service. *NICE Guideline*.
- Piere M.van. (2010) Psychiatrie en zwangerschap. Nurse Academy nummer 4 winter 2010.
- Prevatt, B. S., Lowder, E. M., & Desmarais, S. L. (2018). Peer-support intervention for postpartum depression: Participant satisfaction and program effectiveness. *Midwifery*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.009>
- Rohde, A., Hocke, A., Meurers, A., & Dorsch, V. (2016). Peripartales Management bei psychischer Vorerkrankung: Strategien zur Rezidivprophylaxe nach der Entbindung. *Nervenarzt*. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0182-1>
- Snippe, D. (2009). *Interpersoonlijke psychotherapie in een ambulante groep*. *Interpersoonlijke psychotherapie in een ambulante groep*. <https://doi.org/10.1007/978-90-313-6928-7>

- Spinelli, M. G., Endicott, J., Leon, A. C., Goetz, R. R., Kalish, R. B., Brustman, L. E., ... Schulick, J. L. (2013). A controlled clinical treatment trial of interpersonal psychotherapy for depressed pregnant women at 3 New York city sites. *Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m07909>
- Stevens, A. W.M.M., Geerling, B., & Kupka, R. W. (2014). Postpartum mania in a man with bipolar disorder: Case report and a review of the role of sleep loss. *Bipolar Disorders*. <https://doi.org/10.1111/bdi.12156>
- Stevens, A.W.M.M., Goossens, P. J. J., Hoogendoorn, A.W., Knoppert-van der Klein, Honig, A., & Kupka, R. W. (2014). The Effect of Sleep Disturbance during Pregnancy and Perinatal Period on Postpartum Psychopathology in Women with Bipolar Disorder. *Journal of Women's Health Care*. <https://doi.org/10.4172/2167-0420.1000196>
- Stevens, A. W. M. M., Goossens, P. J. J., Knoppert-van der Klein, E. A. M., Draisma, S., Honig, A., & Kupka, R. W. (2019). Risk of recurrence of mood disorders during pregnancy and the impact of medication: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.018>
- Stolper, H., & Nygard, H. (2019). Contextueel Behandelen Jeugd en Volwassenen. Hulpverleners vanuit een netwerk rond ouder(s) en kind/jongere, een stoornis- en stichting overstijgende samenwerking binnen de Dimencegroep.
- Tanner Stapleton, L. R., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology*. <https://doi.org/10.1037/a0028332>
- Van der Ende, P. C., van Busschbach, J. T., Nicholson, J., Korevaar, E. L., & van Weeghel, J. (2016). Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jpm.12283>
- Van Der Veldt, M., Lok, P., Pop-Purceanu, M., Tendolkar, I., & Van Eijndhoven, P. (2015). Angststoornissen tijdens de zwangerschap en post-partumperiode. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*.
- Ververs, T., Kaasenbrood, H., Visser, G., Schobben, F., De Jong-Van Den Berg, L., & Egberts, T. (2006). Prevalence and patterns of antidepressant drug use during pregnancy. *European Journal of Clinical Pharmacology*. <https://doi.org/10.1007/s00228-006-0177-0>
- Vreeswijk van, M., Broersen, J. & Nadort, M. (2008). Handboek schematherapie; Theorie, praktijk en onderzoek. Houten: Bohn Staf-leu van Loghum.
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225>
- Wee, K.,Y., Skouteris, H., Pier, C., Richardson, B., Milgrom, J., (2011). Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review, *Journal of Affective Disorders* Vol.130, Iss 3, P 358-377, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.019>
- Wewerinke, A., Honig, a., Heres, M. H. B., Wennink, J. M. B., (2006), Psychiatric disorders in pregnant and puerperal women, Nederlands *Tijdschrift voor Geneeskunde*. 11;150(6):294-8.
- Zilcha-Mano, S. (2014). The Effects of Mindfulness-Based Interventions During Pregnancy on Birth Outcomes and the Mother's Physical and Mental Health: Integrating Western and Eastern Perspectives. In *The Wiley Blackwell Handbook of Mindfulness*. <https://doi.org/10.1002/9781118294895.ch45>

