

Zwangerschap en psychiatrie; beschrijving van patiënten en interventies op een POP-poli

A.F.E. Smits, I.M. van Vliet

- Achtergrond** De zwangerschap en de postpartumperiode zijn een kwetsbare levensfase voor vrouwen en kunnen invloed hebben op het ontstaan of beloop van een psychiatrische stoornis. Vrouwen kunnen extra begeleiding krijgen door de POP-samenwerking (Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie) in veel ziekenhuizen.
- Doel** Beschrijven van de kenmerken van de patiëntenpopulatie van de POP-poli Psychiatrie in het LUMC en de interventies die werden toegepast.
- Methode** Gegevens van patiënten die gezien werden op de POP-poli Psychiatrie tussen 1 januari 2016 en 1 april 2020 werden geanalyseerd.
- Resultaten** Er werden 292 patiënten gezien voor 310 begeleidingstrajecten. Patiënten die preconceptioneel of gedurende de zwangerschap werden doorverwezen, waren voornamelijk bekend wegens een angst- of unipolaire stemmingsstoornis. Post partum betrof dit voornamelijk psychotische stoornissen en bipolaire stemmingsstoornissen. Bij een meerderheid waren er twee of meer diagnoses. Interventies waren o.a. uitgebreide psycho-educatie, ondersteunend contact, samenwerking met de eigen behandelaars, aanpassingen van de (niet-)medicamenteuze behandeling, het opstellen van een preventieplan, een klinisch kraambed of (zelden) een opname op de kliniek Psychiatrie.
- Conclusie** Op de POP-poli Psychiatrie in het LUMC zien we een kwetsbare patiëntenpopulatie met vaak complexe (multi)problematiek, waarbij gepersonaliseerde psycho-educatie, begeleiding en verscheidene interventies nodig zijn.

De zwangerschap en de postpartumperiode blijken voor vrouwen een kwetsbare levensfase met een hogere prevalentie van psychiatrische aandoeningen dan buiten deze periode (Vesga-López e.a. 2009; Dennis e.a. 2017; Woody e.a. 2017; Howard e.a. 2018). Naast de hormoonwisselingen (Schock e.a. 2006) zijn risicofactoren voor het ontstaan of een toename van de ernst van een psychiatrische stoornis gedurende de zwangerschap of postpartumperiode onder andere: een lage sociaaleconomische status, een beperkt steunsysteem, een voorgeschiedenis van een dergelijke episode of andere psychiatrische stoornis, stoornis in het gebruik van middelen, een laag educationniveau, voorgeschiedenis met seksueel misbruik en partnergeweld, een positieve familieanamnese voor psychiatrische stoornissen en obstetrische complicaties (Wendell 2013; Grekin & O'Hara 2014; Howard e.a. 2014; Jones e.a. 2014; Van der Veldt e.a. 2015; Bergink e.a. 2016; Cook e.a. 2017; Tosato e.a. 2017; Di Florio e.a. 2018; Thomson & Sharma 2018).

Vroege herkenning en behandeling

Vroege herkenning en behandeling van psychiatrische stoornissen zijn vanwege meerdere factoren belangrijk. Zo is er mogelijk een relatie tussen psychiatrische problematiek gedurende de zwangerschap en vroeggeboorte en dysmaturiteit. Ook kan de stoornis hechtingsproblematiek veroorzaken of negatieve gevolgen hebben voor de psychomotore ontwikkeling van het kind (Carter & Kostaras 2005; O'Connor e.a. 2014; Van der Veldt e.a. 2015; Männistö e.a. 2016). Dit maakt behandeling en monitoring van de stoornis gedurende een zwangerschap van groot belang.

Hierbij moet men de eventuele voor- en nadelen van een behandeling op de zwangerschap en het postpartumbelooop, en met name bij de psychofarmaca (met bijvoorbeeld teratogene effecten), in acht nemen (Chisolm & Payne 2016). Met adequate behandeling kan men eerder genoemde nadelen voor het kind voorkómen en hiermee het kind een betere start van het leven bieden.

AUTEURS

Anne F.E. Smits, op het moment van schrijven: student Geneeskunde, wetenschapsstage afd. Psychiatrie LUMC; thans: basisarts, Psychiatrie, GGZ Rivierduinen, Leiden.

Irene (I.M.) van Vliet, psychiater, afd. Psychiatrie, Leids Universitair Medisch Centrum.

Correspondentieadres

Dr. Anne F.E. Smits, LUMC, Polikliniek Psychiatrie B1-P, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.
E-mail: afesmits@gmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-2-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(7/8):526-534

POP-poli's

Om de zorg van zwangeren met actuele psychiatrische problematiek of psychiatrische problematiek in de voorgeschiedenis te optimaliseren, werken in Nederland behandelaars van de afdelingen Verloskunde, Psychiatrie en Kindergeneeskunde toenemend samen in een POP-samenwerking (Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie). Op een POP-poli ziet men vrouwen met een kinderwens, zwangere vrouwen of vrouwen in de postpartumperiode bij wie sprake is van één of meerdere psychiatrische aandoeningen (al dan niet in de voorgeschiedenis), psychische klachten of middelenafhankelijkheid. Daarnaast ziet men er vrouwen bij wie zich gedurende de zwangerschap of postpartumperiode psychiatrische problematiek ontwikkelt.

Vrouwen kunnen verwezen worden naar de POP-poli voor diagnostiek, begeleiding of een preconceptioneel advies (PCA). De begeleiding op een POP-poli kan variëren van één tot enkele contacten (bijvoorbeeld bij een PCA) waarbij er alleen psycho-educatie en adviezen worden gegeven, tot trajecten met meerdere (soms zeer frequente) contacten, steunend en structurerend van aard of met gerichte therapieën zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), *eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR), alsook farmacotherapie en het maken van een preventieplan. In het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) zijn de POP-policontracten tot ongeveer 6 weken post partum.

De psychiatrische begeleiding en behandeling worden in principe gegeven door de arts in opleiding tot psychiater (aios) onder supervisie van de psychiater of de psychiater zelf, zo nodig in combinatie met een psycholoog en verpleegkundig specialist. De verloskundige zorg vindt meestal plaats bij de afdeling Verloskunde van het LUMC, of in combinatie met een eerstelijns verloskundigenpraktijk, of, zelden, alleen door de laatste. Er is een maandelijks multidisciplinair overleg waarin complexe casuïstiek met in- en externe betrokkenen samen besproken worden.

Indien na 6 weken post partum vervolgbehandeling nodig is, dan wordt de patiënte in samenspraak verwezen naar de huisarts, eerste- of tweedelijns ggz. Indien specifieke derdelijns zorg geïndiceerd is, dan blijft patiënte ook na die periode van 6 weken post partum in behandeling in het LUMC.

De POP-poli's in Nederland zijn lokaal divers georganiseerd, waarbij er modellen bestaan met een gezamenlijke intake van verloskundige en psychiater en gestandaardiseerde zorg voor de patiënten of, zoals in het LUMC, zorg op maat voor de individuele patiënte, in multidisciplinaire samenwerking.

Onderzoek

Tot op heden is er geen duidelijk overzicht van de patiëntenpopulatie die gezien en begeleid wordt op de POP-poli Psychiatrie in het LUMC. Het doel van dit onderzoek is de evaluatie van de instroom en de geleverde zorg. Dit doen wij aan de hand van twee onderzoeksvragen:

- Welke diagnoses hebben patiënten die doorverwezen worden naar de POP-poli Psychiatrie en is er sprake van comorbiditeit?
- Wat zijn de interventies die toegepast worden op de POP-poli Psychiatrie?

Hiermee willen wij een beeld krijgen van de patiëntenpopulatie wat betreft de aard van de problematiek en de uitgevoerde interventies. Onze hypothese is dat het een zeer diverse patiëntenpopulatie betreft met multi-problematiek, waarbij geïndividualiseerde behandeling en begeleiding passend zijn.

METHODE

We verrichtten een retrospectief descriptief onderzoek op basis van dossieronderzoek. We maakten gebruik van data die reeds in het kader van de reguliere patiënten-zorg genoteerd stonden in het elektronisch patiëntendossier. Het onderzoek werd ter toetsing voorgelegd aan de Medisch-Ethische Toetsingscommissie van het LUMC (METC-LDD), geregistreerd onder nummer G20.051.

Door de METC-LDD werd een niet-WMO-plichtig verklaring afgegeven. Er was geen expliciete toestemming van de patiënten vereist.

Onderzoekspopulatie

We includeerden vrouwen die in de periode 1 januari 2016-1 april 2020 op de POP-poli Psychiatrie in het LUMC waren geweest (of waren gezien door het POP-behandelteam) voor een diagnose of begeleiding gedurende de zwangerschap of post partum (tot maximaal 6 weken post partum). Daarnaast includeerden we vrouwen die in dezelfde periode werden doorverwezen voor PCA. Er waren geen exclusiecriteria.

Verzamelde gegevens

Diagnoses in de dossiers waren gesteld door de psychiater samen met de aios. Deze werden tevens bevestigd

met een gestandaardiseerd psychiatrisch interview, het MINI PLUS (*M.I.N.I. Internationaal Neuropsychiatrisch Interview*, Nederlandse Versie 5.0.0; Sheehan e.a. 1998; vertaling Van Vliet e.a. 2000). De psychiatrische voorgeschiedenis werd verkregen via de verwijzer en opgevraagde informatie bij eerdere behandelaars.

De primaire uitkomstmaten waren de gestelde diagnoses en comorbiditeit van de patiënten en de interventies die werden toegepast. Secundair keken we naar demografische variabelen (zoals leeftijd van patiënten, het steunsysteem, de status van patiënten op de arbeidsmarkt, de subjectief ervaren invloed van hormoonwisselingen, de familieanamnese en de graviditeit en pariteit), de verwijzer met moment van verwijzing, de psychiatrische voorgeschiedenis en behandelhistorie, huidige psychiatrische diagnoses en behandeling/interventies en het preconceptioneel advies.

Tabel 1. Demografische gegevens van de patiëntenpopulatie van de POP-poli Psychiatrie in het LUMC, op het moment van het eerste contact

Variabele	% (n ^a)	SD	Uitersten
Gem. leeftijd in j	31,8 jaar (n = 310)	4,988	18-47
Actief op arbeidsmarkt^b	69,2 (n = 292)		
Relatie/partner			
Ja	90,3 (n = 310)		
Geen relatie, vader wel betrokken	3,2		
Vader niet betrokken of onbekend	6,5		
Betrokken steunsysteem	76,1 (n = 284)		
Middelengebruik	(n = 284)		
Geen	71,8		
Alcohol	15,1		
Tabak	14,8		
Cannabis	3,2		
Cocaïne	1,1		
Opiaten	1,1		
Amfetaminen	1,1		
Heroïne	0,4		
GHB	0,4		
Anders ^c	1,4		
Psychiatrische familieanamnese	(n = 310)		
Positief	64,2		
Blanco	19,4		
Onbekend voor patiënte	3,5		
Niet gevraagd	12,9		
Graviditeit (mediaan)	2 (n = 306)		0-9 zwangerschappen
GO	13,2		
Pariteit (mediaan)	0 (n = 308)		0-5 partussen
PO	52,6		
Eerdere abortussen/miskramen (mediaan)	0 (n = 306)		0-6 abortussen / miskramen
AO	67,4		

SD: standaarddeviatie

a Aantal patiënten waarover het percentage werd berekend (i.v.m. missende informatie).

b Inclusief patiënten in Ziektewet.

c Anders: niet medisch geïndiceerde medicatie (bijvoorbeeld benzodiazepines en baclofen).

Tabel 2. Gegevens over verwijzing van patiënten naar de POP-poli Psychiatrie LUMC

Variabele	% (n = 310)
Verwijzer	
Gynaecoloog/verloskundige LUMC	56,5
Huisarts	22,9
Psychiater	10,0
Verloskundige 1e lijn	2,3
Gynaecoloog/verloskundige 2e lijn	2,3
Anders ^a	6,1
Moment van verwijzing	
Preconceptioneel	20,6
Gedurende zwangerschap	72,6
1 ^e trimester	21,3
2 ^e trimester	46,7
3 ^e trimester	32
Post partum	6,8

a Anders: nog in zorg op de POP-poli, fertiliteitsarts, verslavingsarts, via de SEH, klinisch psycholoog LUMC.

Onder de interventies definieerden we een klinisch kraambed als het verlengen van het kraambed in het ziekenhuis met als doel patiënte en het kind te kunnen observeren, buiten de reguliere observatieperiode van het kind in verband met psychofarmacagebruik van de moeder conform de landelijke richtlijnen. De ervaren invloed van vrouwelijke hormonen werd anamnestic vastgesteld over de situatie in het afgelopen jaar. Middelengebruik werd eveneens anamnestic bepaald. Indien hier twijfel over bestond, werd dit op indicatie getest door de verloskundige.

Statistische analyse

De gegevens werden ingevoerd in Castor EDC. Van alle uitkomsten maakten we een descriptieve analyse in SPSS (IBM, versie 25). Van de continue uitkomsten bekeken we eerst met de test van Shapiro-Wilk of deze normaal verdeeld waren en op basis hiervan berekenden we het gemiddelde of mediaan. Van de kwalitatieve variabelen berekenden we per uitkomst het percentage.

RESULTATEN

Algemeen

In de periode 1 januari 2016 tot 1 april 2020 werden 292 patiënten gezien, van wie er 18 in deze periode voor twee trajecten werden gezien, bijvoorbeeld vanwege meerdere zwangerschappen, of initieel een PCA en later een zwangerschap. Dit bracht het totaal op 310 geanalyseerde trajecten.

Omdat het soort traject drie groepen betrof, namelijk de patiënten die preconceptioneel werden doorverwezen, vrouwen die werden doorverwezen voor begeleiding gedurende de zwangerschap en vrouwen die alleen post

partum in beeld kwamen, analyseerden we de begeleidingstrajecten van deze groepen apart.

Van sommige patiënten waren niet alle gegevens bekend of ingevuld. Om deze reden waren de aantallen bij bepaalde variabelen lager dan het totale aantal trajecten.

De kenmerken van de totale patiëntenpopulatie op het moment van het eerste contact staan weergegeven in **tabel 1**.

Het merendeel van de patiënten werd naar de POP-poli Psychiatrie verwezen door de afdeling Gynaecologie/Verloskunde in het LUMC. Bij 20,6% van de trajecten werd de patiënte preconceptioneel verwezen, bij 72,6% gedurende de zwangerschap en bij 6,8% post partum (zie ook **tabel 2**).

Tabel 3. Preconceptioneel trajecten op de POP-poli Psychiatrie LUMC

Variabele	% (n = 64)
Psychiatrische voorgeschiedenis	
Blanco	0
Unipolaire stemmingsstoornis	56
Angststoornis	48
Persoonlijkheidsstoornis	16
PTSS	14
ADHD/ADD	14
Bipolaire stemmingsstoornis	11
Eetstoornis	9
Stoornis gerelateerd aan middelengebruik of verslaving	9
Psychotische stoornis	8
Autismespectrumstoornis	3
Lichte verstandelijke beperking/ zwakbegaafdheid	2
Anders ^a	23
Comorbiditeit	
Twee of meer diagnoses in voorgeschiedenis	64
Elders in behandeling op moment van verwijzing	
89	
Medicatiegebruik bij verwijzing	
80	
Antidepressivum	86
Benzodiazepine	22
Antipsychoticum	16
Stemmingsstabilisator	16
Psychostimulantium	8
Anders ^b	2
Preconceptioneel advies	
97	
Geen aanpassingen bij zwangerschap	19
Aanpassing begeleiding/behandeling bij (of voorafgaand aan) zwangerschap	74
Zwangerschap wordt afgeraden	7

a Anders: somatoforme stoornis, burn-out, premenstrueel syndroom of dissociatieve stoornis.

b Anders: promethazine.

Preconceptionele verwijzing

Er vonden 64 preconceptionele trajecten plaats (zie [tabel 3](#)). Bij deze patiënten hadden in de voorgeschiedenis veelal een unipolaire stemmingsstoornis en/of een angststoornis (resp. 56% en 48%) en bij 89% van de casussen was patiënte reeds elders in behandeling, bij de huisarts, een eerstelijns psycholoog of tweedelijns ggz. Op het moment van verwijzing was er medicatiegebruik bij 51 trajecten (80%), waarvan het in 86% om antidepressiva ging. In 62 trajecten (97%) werd er een preconceptioneel advies gegeven; één patiënte hield na de intake zorg af (waardoor zij geen advies kreeg) en één patiënte werd preconceptioneel doorverwezen in verband met problematiek gedurende de fertiliteitsbehandeling, zonder dat er een hulpvraag was voor een advies.

Bij het merendeel van de adviezen raadde men aan om de huidige behandeling aan te passen (verhogen of verlagen van de dosering of wisselen naar een ander middel) voorafgaand aan of tijdens een zwangerschap. Bij vier adviezen raadde men een zwangerschap af omdat de psychiatrische toestand onvoldoende stabiel was (met het advies de behandeling eerst te optimaliseren) of een te groot risico voor patiënte om de medicatie aan te passen.

Verwijzing gedurende de zwangerschap

Daarnaast vonden er 225 trajecten plaats waarbij patiënte gedurende de zwangerschap werd doorverwezen, weergegeven in [tabel 4](#). Ook hierbij betrof het voornamelijk patiënten met een voorgeschiedenis van een unipolaire stemmingsstoornis (51,1%) en/of een angststoornis (31,1%), maar daarnaast was er ook een verscheidenheid aan andere problematiek. Hierbij ging het in 55,1% om twee of meer diagnoses.

De interventies bestonden, naast uitgebreide psycho-educatie en ondersteunend contact, voornamelijk uit het opstellen van een preventieplan (74,2%), aanpassingen van zowel de medicamenteuze (46,7%) alsook de niet-medicamenteuze behandeling (14,7%) bijvoorbeeld CGT of EMDR en een klinisch kraambed (14,2%). Daarnaast werden bij 28% van de trajecten nog andere interventies ingezet, waaronder het betrekken van maatschappelijk werk en contact met verscheidene instanties. Bij twee patiënten werd de partus om psychiatrische redenen vervroegd geïnduceerd.

Niet bij ieder traject werd op de POP-poli Psychiatrie een preventieplan opgemaakt, bijvoorbeeld wanneer patiënte zorg afhield of het begeleidingstraject grotendeels bij de eigen behandelaar elders plaatsvond. In meerdere gevallen werd geadviseerd om de (niet-)medicamenteuze behandeling aan te passen, maar gebeurde dit niet vanwege de wens van de patiënte. Veilig Thuis was bij 28 trajecten betrokken (12,4%), waarbij dit in 6 gevallen (22,2%) leidde tot een ondertoezichtstelling (OTS) van de foetus of neonaat.

Verwijzing post partum

Bij 21 trajecten vond de doorverwijzing naar de POP-poli Psychiatrie post partum plaats (zie [tabel 4](#)). In een derde van deze gevallen had patiënte een blanco psychiatrische voorgeschiedenis, bij de anderen was er voornamelijk sprake van stemmingsstoornissen (zowel uni- als bipolair) en psychotische stoornissen. Gedurende het begeleidingstraject op de POP-poli kon er in 14% van de trajecten geen psychiatrische diagnose conform de DSM-5-criteria worden gesteld. Bij 19% werd een psychotische stoornis vastgesteld, en bij eenzelfde percentage een unipolaire én een bipolaire stemmingsstoornis. Interventies betroffen naast geïntensiveerde begeleiding voornamelijk het aanpassen van medicatie (bij twee derde) en een klinische opname van patiënte binnen de Psychiatrie (bij een derde). Veilig Thuis werd betrokken bij 10%, waarbij dit niet leidde tot een OTS.

Indien nodig werden patiënten na het traject op de POP-poli Psychiatrie doorverwezen naar de (specialistische) ggz of kon de vervolgzorg elders plaatsvinden (zie [tabel 5](#)).

DISCUSSIE

In dit artikel geven we een beschrijving van de patiëntenpopulatie die gezien wordt op de POP-poli Psychiatrie in het LUMC. In de periode 1 januari 2016 tot 1 april 2020 zijn er 292 patiënten gezien met in totaal 310 trajecten.

Preconceptionele verwijzing

Bijna alle patiënten die preconceptioneel werden doorverwezen, waren reeds in behandeling in de eerste of tweede lijn. Het betrof voornamelijk patiënten met een angst- of unipolaire stemmingsstoornis en bij een ruime meerderheid waren er twee of meer diagnoses in de voorgeschiedenis. Het grootste deel van de patiënten kreeg, behalve uitgebreide gepersonaliseerde psycho-educatie, het advies om de begeleiding te intensiveren of de behandeling aan te passen voor en/of tijdens een zwangerschap. Bij een klein deel werd een zwangerschap ontraden wegens een (nog) te instabiel psychiatrisch toestandsbeeld.

Verwijzing tijdens zwangerschap

Bij de trajecten waarbij patiënte gedurende de zwangerschap werd doorverwezen, betrof het veel verschillende diagnoses, maar waren met name de angst- en unipolaire stemmingsstoornis aanwezig. Evenals bij de preconceptionele trajecten was er veelal comorbiditeit. Patiënten werden intensief begeleid op de POP-poli Psychiatrie, kregen uitgebreide psycho-educatie en de interventies bestonden, behalve uit een ondersteunend contact, meestal uit het opstellen van een preventieplan en het starten of aanpassen van een medicamenteuze behandeling.

Tabel 4. Begeleidingstrajecten op de POP-poli Psychiatrie LUMC waarbij patiënte gedurende de zwangerschap of post partum werd verwezen

Variabele	Traject gedurende zwangerschap % (n = 225)	Traject post partum % (n = 21)
Psychiatrische voorgeschiedenis		
Blanco	9,3	33
Unipolaire stemmingsstoornis	51,1	19
Angststoornis	31,1	10
PTSS	22,7	19
Persoonlijkheidsstoornis	20,9	10
ADHD/ADD	14,4	10
Eetstoornis	9,8	5
Stoornis gerelateerd aan middelengebruik of verslaving	8,9	5
Psychotische stoornis	5,8	10
Lichte verstandelijke beperking/zwakbegaafdheid	4,4	0
Bipolaire stemmingsstoornis	2,2	14
Autismespectrumstoornis	1,8	0
Anders ^a	20,9	10
Psychiatrische diagnose op POP-poli		
Geen	4,9	14
Unipolaire stemmingsstoornis	43,6	19
Angststoornis	32,4	10
Persoonlijkheidsstoornis	18,7	10
PTSS	15,1	5
ADHD/ADD	9,3	0
Stoornis gerelateerd aan middelengebruik of verslaving	6,7	0
Eetstoornis	5,3	0
Psychotische stoornis	3,1	19
Lichte verstandelijke beperking/zwakbegaafdheid	2,7	0
Bipolaire stemmingsstoornis	2,2	19
Autismespectrumstoornis	0,9	0
Anders ^b	7,1	14
Comorbiditeit		
Twee of meer diagnoses in voorgeschiedenis	55,1	33
Twee of meer diagnoses op POP-poli	33,3	10
Elders in behandeling op moment van verwijzing	63,6	62
Interventies		
Preventieplan opmaken	74,5	5
Aanpassingen medicatie:	46,7	67
- verhogen	26,7	21
- starten/toevoegen:	65,7	64
Antidepressivum	58,0	11
Benzodiazepine	50,7	67
Antipsychoticum	8,7	44
Psychostimulantium	2,9	0
Stemmingsstabilisator	0,0	33
Anders ^c	2,9	0
Advies tot aanpassing medicamenteuze behandeling ^d	13,3	5
Aanpassingen niet-medicamenteuze behandeling (CGT, EMDR)	14,7	0
Advies tot aanpassing niet-medicamenteuze behandeling ^d	8,0	5
Klinisch kraambed	14,2	0
Opname op kliniek Psychiatrie LUMC	7,1	33
Anders ^e	28,0	33
Patiënte houdt zorg af	13,3	0
Veilig Thuis betrokken	12,4	10
Ondertoezichtstelling kind	22,2	0
Ouderbegeleiding zoals Stevig Ouderschap betrokken	14,2	10

- a Anders: traumata (zonder PTSS), burn-out, somatoforme stoornis, aanpassingsproblematiek, dissociatieve stoornis, rouwstoornis.
- b Anders: aanpassingsstoornis, acute stressstoornis, rouwstoornis, somatoforme stoornis, ontwikkelingsstoornis, voorgeschiedenis van psychotrauma.
- c Anders: promethazine.
- d Niet gerealiseerd vanwege wens patiënte.
- e Anders: o.a. betrekken maatschappelijk werk, advies tot het opstellen van een preventieplan door eigen behandelaar, contact verscheidene instanties zoals Bureau Jeugdzorg, Stichting Fier, Stichting Perspectief, inleiden partus, controle medicatiespiegel, overplaatsing naar Moeder-Kind Unit elders (post partum).

Tabel 5. Vervolgzorg na traject POP-poli Psychiatrie

Waar vindt vervolgzorg plaats	Preconceptioneel %	Zwangerschap %	Post partum %
Eigen behandelaar	70	40,9	48
Patiënte wordt doorverwezen	14	25,3	33
Nazorg bij huisarts	6	21,3	5
POP-poli ^a	5	0,4	5
Geen vervolgtraject	5	12,0	10

a Vijf patiënten bleken bij het afronden van het POP-traject (opnieuw) zwanger te zijn, waarna zij een nieuw begeleidingstraject op de POP-poli ingingen.

Verwijzing post partum

Een relatief klein aantal patiënten werd post partum verwezen. Er leek sprake te zijn van een verschuiving van de diagnoses, waar post partum vooral ook de psychotische stoornis en bipolaire stemmingsstoornis frequent voorkwamen. Bij een derde van deze trajecten was de problematiek zo ernstig dat een opname noodzakelijk was. In andere gevallen is mogelijk een opname afgewend door het optreden en interveniëren van de POP-poli.

Vóórkomen van stoornissen

Het vaker vóórkomen van de angst- en unipolaire stemmingsstoornis preconceptioneel en gedurende de zwangerschap komt overeen met de hoge prevalentie van deze stoornissen in de zwangerschap (Dennis e.a. 2017; Woody e.a. 2017). Daarnaast kwamen ook persoonlijkheidsstoornissen bij deze patiëntengroepen frequent voor. In een onderzoek van Hudson (e.a. 2017) was er vaker sprake van comorbide stemmings- en angstklachten in de zwangerschap bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, dan bij patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis. Dit kan ook deels het vaker vóórkomen van deze stoornissen verklaren.

Mogelijk kan het frequenter vóórkomen van de angst- en unipolaire stemmingsstoornis ook het hoge percentage gebruik van antidepressiva verklaren in de preconceptionele en zwangerschapstrajecten. De verschuiving van diagnoses post partum naar de uni- en bipolaire stemmingsstoornis en de psychotische stoornis zagen we ook terug in de medicatie die op de POP-poli werd voorgeschreven, aangezien deze voornamelijk antipsychotica en benzodiazepines betrof. De verschuiving van diagnoses kan mogelijk verklaard worden doordat patiënten niet eerder wegens deze diagnoses bekend waren en de stoornissen post partum begonnen.

De geobserveerde prevalentie van postpartumdepressie in de onderzoekspopulatie is lager dan verwacht, wat mogelijk verklaard kan worden door de korte follow-upperiode van de LUMC POP-poli van 6 weken. Waarschijnlijk zou bij een langere follow-upperiode de prevalentie van een unipolaire stemmingsstoornis dan ook hoger liggen. Daarnaast was er post partum een hoog percentage opnames. Dit is mogelijk te verklaren door een combinatie van ernstigere problematiek en het pas later in beeld komen (wat vervolgens ook effect kan hebben op het toestandsbeeld van de patiënte).

Opvallende bevindingen

Opvallend is dat sommige patiënten invloed bemerken van hormoonwisselingen (bijvoorbeeld rond de menstratie, of bij pilgebruik) op het beloop van hun psychische klachten. Van een aanzienlijk deel van de patiënten was deze informatie niet bekend, maar van de patiënten bij wie het wel bekend was, merkte een groot deel invloed van de hormonale wisselingen op het toestandsbeeld. Mogelijk is dit een vertekend beeld, omdat het aannemelijk is dat wanneer patiënten hier wel invloed van bemerken, dit ook genoteerd wordt. Daarnaast is er in de anamnese bij intake niet standaard naar gevraagd. Overigens blijkt ook uit de literatuur dat patiënten invloed kunnen ervaren van hormoonwisselingen op het toestandsbeeld (Freeman e.a. 2002; Soares & Zitek 2008; Gobinath e.a. 2017).

Ook het middelengebruik van patiënten valt op. Het alcoholgebruik kwam voornamelijk voor bij patiënten die een PCA kregen, en dus niet zwanger waren. Het drugsgebruik daarentegen kwam voornamelijk voor bij zwangere patiënten en varieerde van korte tijd abstinente zijn tot nog enkele keren of langdurig gebruik gedurende de zwangerschap.

Contact

Met het merendeel van de patiënten was er goed contact. Ook was er veelvuldig overleg met de eigen ggz-behandelaar of huisarts. Zo mogelijk werd met de eigen behandelaar afgesproken de continuïteit van de zorg te waarborgen door deze op één plek te laten plaatsvinden. Daarbij konden de huidige behandelaars of de behandelaren op de POP-poli op de achtergrond aanwezig blijven voor adviezen (gedeelde zorg, *shared care*). Dit is ook de reden dat niet bij elk traject gedurende de zwangerschap een preventieplan is opgemaakt.

Met slechts een klein deel van de patiënten verliep het contact zeer moeizaam of de patiënten hielden zorg helemaal af. Wanneer dit het geval was, probeerde men vanuit de POP-poli op meerdere manieren het contact met patiënte te bewaren. Wanneer dit niet mogelijk bleek, nam het contact met de eigen behandelaar of huisarts toe om zo de patiënte niet volledig uit het oog te verliezen.

Vervolgzorg

Wat betreft de vervolgzorg komt naar voren dat patiënten na een preconceptioneel traject voornamelijk bij de eigen behandelaar verdergaan, maar gedurende de zwangerschap en post partum lijkt er een verschuiving te zijn waarbij patiënten vaker verwezen worden voor meer gespecialiseerde zorg.

Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van dit onderzoek is dat het gaat om een beschrijving van de gehele patiëntenpopulatie, zonder exclusiecriteria. Dit heeft tevens geresulteerd in het hoge aantal trajecten dat geanalyseerd kon worden. De huidige aantallen en percentages geven dan ook een zeer representatief beeld van de dagelijkse praktijk op de POP-poli Psychiatrie in het LUMC. De POP-poli van het LUMC heeft een regionale functie, waarbij huisartsen, verloskundigen en ggz-behandelaars patiënten verwijzen.

Daarnaast betroffen de verzamelde data alleen gegevens die in het kader van reguliere patiëntenzorg zijn verzameld. Hiermee was er geen extra belasting voor de patiënten. Als gevolg van het alleen verzamelen van deze gegevens zou er mogelijk wel sprake kunnen zijn van een informatiebias, aangezien de gegevens door verschillende behandelaars in het dossier zijn genoteerd. Echter, de continuïteit in de supervisie van deze behandelaars beperkt dit tot een zeer kleine kans hierop. Het verwerken van alle patiëntgegevens door één onderzoeker voorkomt een verdere informatiebias.

Een beperking van het alleen gebruiken van reeds bekende gegevens is dat bij patiënten gegevens konden ontbreken, met als gevolg dat die informatie niet kon worden meegenomen in de analyses. De uitslag van enkele variabelen kan zo mogelijk een vertekend beeld geven. Mogelijk zijn de resultaten die uit ons onderzoek naar voren komen minder representatief voor de gehele populatie van zwangeren bij wie er sprake is (geweest) van psychiatrische problemen, omdat niet alle patiënten door de POP-poli bereikt worden. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn voor patiënten die reeds adequate zorg ontvangen bij een andere zorgverlener of patiënten die zelf alle psychiatrische zorg afhouden. Daarnaast is de huidige follow-upperiode tot 6 weken post partum, waarmee bijvoorbeeld de postpartumdepressie en angststoornissen kunnen worden gemist.

Mogelijke verbeteringen in beleid

In dit artikel geven wij een overzicht van de patiëntenpopulatie op de POP-poli Psychiatrie in het LUMC en bieden we inzicht in mogelijkheden tot verbetering van de zorg om deze zo optimaal mogelijk aan te kunnen bieden. Het blijkt een complexe patiëntenpopulatie met veel multiproblematiek, waarbij de zorg op maat voor de individuele patiënte passend lijkt. Wel zou het opstellen van een gestandaardiseerde intake, waarbij van elke patiënte dezelfde gegevens in kaart worden gebracht, in

de toekomst kunnen voorkómen dat er informatie over patiënten wordt gemist.

De huidige follow-upperiode is tot maximaal 6 weken post partum. Het uitbreiden van deze periode zou mogelijk kunnen leiden tot meer follow-up van ook patiënten die later post partum in beeld komen, bijvoorbeeld bij de postpartumdepressie en angststoornissen.

Verder onderzoek

Ons onderzoek biedt tevens mogelijkheden voor verder onderzoek naar deze patiëntenpopulatie, waarbij de subgroepen verder gespecificeerd kunnen worden. Daardoor kan men dieper ingaan op de verschillen en verbanden tussen deze subgroepen, welke zwangeren kwetsbaar zijn, wat risicofactoren zijn en hoe men nog meer preventief zou kunnen werken. Vanuit onze klinische indruk lijkt een zorgvuldig PCA, een preventieplan maken bijvoorbeeld, veel decompensaties te voorkomen, maar wij kunnen dat op basis van de huidige gegevens niet onderbouwen.

Daarnaast hebben we in ons onderzoek het effect van de interventies op de uitkomst voor individuele patiënten niet meegenomen, wat tevens belangrijk is voor verdere optimalisatie van de zorg. En natuurlijk is het ook van belang om de patiënt- en partnertevredenheid te evalueren.

CONCLUSIE

Op de POP-poli Psychiatrie in het LUMC zien we een kwetsbare patiëntenpopulatie met vaak complexe (multi)problematiek, waarbij extra psycho-educatie, gedeelde zorg, begeleiding en verscheidene interventies nodig zijn. Zorg op maat voor de individuele patiënte kan hierbij een passende aanpak zijn met daarin ook standaard elementen zoals een gestandaardiseerde intake en maken van een preventieplan.

LITERATUUR

- Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. Postpartum psychosis: madness, mania, and melancholia in motherhood. *Am J Psychiatry* 2016; 173: 1179-88.
- Carter D, Kostaras X. Psychiatric disorders in pregnancy. *BC Med J* 2005; 47: 96-9.
- Chisolm MS, Payne JL. Management of psychotropic drugs during pregnancy. *BMJ* 2016; 352: h5918.
- Cook JL, Green CR, Ronde S de la, Dell CA, Graves L, Ordean A, e.a. Epidemiology and effects of substance use in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2017; 39: 906-15.
- Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 315-23.
- Di Florio A, Gordon-Smith K, Forty L, Kosorok MR, Fraser C, Perry A, e.a. Stratification of the risk of bipolar disorder recurrences in pregnancy and postpartum. *Br J Psychiatry* 2018; 213: 542-7.
- Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GE, Wright R, e.a. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 284-7.
- Gobinath AR, Choleris E, Galea LAM. Sex, hormones, and genotype interact to influence psychiatric disease, treatment, and behavioral research. *J Neurosci Res.* 2017; 95: 50-64.

- Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014; 34: 389-401.
- Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* 2014; 384:1775-88.
- Howard LM, Ryan EG, Trevillion K, Anderson F, Bick D, Bye A, e.a. Accuracy of the Whooley Questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy. *Br J Psychiatry* 2018; 212: 50-66.
- Hudson C, Spry E, Borschmann R, Becker D, Moran P, Olsson C, e.a. Preconception personality disorder and antenatal maternal mental health: a population-based cohort study. *J Affect Disord* 2017; 209: 169-76.
- Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet* 2014; 384: 1789-99.
- Männistö T, Mendola P, Kiely M, O'Loughlin J, Werder E, Chen Z, e.a. Maternal psychiatric disorders and risk of preterm birth. *Ann Epidemiol* 2016; 26: 14-20.
- O'Connor TG, Monk C, Fitelson EM. Practitioner review: Maternal mood in pregnancy and child development: implications for child psychology and psychiatry. *J Child Psychol Psychiatr* 2014; 55: 99-111.
- Schock H, Zeleniuch-Jacquotte A, Lundin E, Grankvist K, Lakso H, Idahl A, e.a. Hormone concentrations throughout uncomplicated pregnancies: a longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16: 146.
- Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janays J, Weiller E, e.a. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 22-33. Ned. vert. Van Vliet IM, Leroy H, Van Megen HJGM, 2000. <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/meetinstrumenten/90>.
- Soares CN, Zitek B. Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: A continuum of vulnerability? *J Psychiatry Neurosci* 2008; 33: 331-43.
- Thomson M, Sharma V. Weighing the risks: the management of bipolar disorder during pregnancy. *Curr Psychiatry Rep* 2018; 20: 20.
- Tosato S, Albert U, Tomassi S, Iasevoli F, Carmassi C, Ferrari S e.a. A systemized review of atypical antipsychotics in pregnant women: balancing between risks of untreated illness and risks of drug-related adverse effect. *J Clin Psychiatry* 2017; 78: e477-89.
- Veldt M van der, Lok P, Pop-Purceleanu M, Tendolkar I, van Eijndhoven P. Angststoornissen tijdens de zwangerschap en postpartumperiode. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 415-23.
- Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 805-15.
- Wendell AD. Overview and epidemiology of substance abuse in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2013; 56: 91-6.
- 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.

SUMMARY

Pregnancy and psychiatry: a description of patients and the conducted interventions seen at a POP-clinic

A.F.E. Smits, I.M. van Vliet

Background Pregnancy and the postpartum period is a vulnerable phase in life for women and can influence the development or course of a psychiatric disorder. These patients can receive extra guidance during this period by the POP-collaboration (Psychiatry, Obstetrics and Pediatrics) in many hospitals.

Aim To describe the characteristics of patients who received psychiatric consultation by the POP-collaboration at the LUMC and the interventions that were conducted.

Method Data of patients who were seen at the psychiatric (outpatient) clinic for POP-guidance between 1 January 2016 and 1 April 2020 were analyzed.

Results 292 patients were seen in 310 guidance programs at the psychiatric (outpatient) clinic. Patients referred preconceptionally or during the pregnancy mostly suffered anxiety or unipolar mood disorders. Postpartum it concerned mostly psychotic disorders and bipolar mood disorders. A majority had two or more psychiatric disorders. Interventions were psycho-education, supportive contact, collaboration with their own health-professionals, adjustment of the current treatment, making a prevention plan, a prolonged stay at hospital after childbirth or (rarely) an admission to the psychiatric ward.

Conclusion Patients seen for guidance by the POP-collaboration at the LUMC are a vulnerable patient population with frequently complex psychopathology, and need personalized psychoeducation, supervision and treatment.