

# Ervaringen van vrouwen met een signaleringsplan voor de zwangerschap en de post-partumperiode\*

J.W. Verboom, S.M. Hendriks, B. Geerling

- Achtergrond** Voor vrouwen met een psychiatrische stoornis is de zwangerschap een periode met een verhoogd risico op terugval van psychische problemen. Het opstellen en gebruiken van een signaleringsplan voor de zwangerschap en de post-partumperiode (SZPP) kan een nuttige interventie zijn.
- Doel** Het beschrijven van de ervaringen van vrouwen met een psychiatrische stoornis bij het maken en gebruiken van een SZPP om terugval van psychische klachten tijdens de zwangerschap, bevalling en post-partumperiode te voorkomen.
- Methode** Kwalitatief fenomenologisch onderzoeksdesign. De deelnemers, twaalf vrouwen met een psychiatrische stoornis die bevallen waren, werden geworven vanuit de polikliniek Dimence Psychiatrie en Zwangerschap in Deventer. Gegevens werden verzameld in individuele semigestructureerde interviews ondersteund door een topiclijst.
- Resultaten** Vier categorieën/thema's van bevindingen kwamen naar voren uit de gegevens: het maken van het SZPP en het voordeel ervan, het gebruiken van het SZPP, samenwerking, en zorg na de bevalling.
- Conclusie** Het maken en gebruiken van een SZPP gaf zwangere vrouwen overzicht, voorspelbaarheid en gevoelens van rust over alle aspecten van zwangerschap, bevalling en post-partumperiode.

Tijdens de zwangerschap bereiden vrouwen zich voor op het moederschap en worden ze blootgesteld aan veel veranderingen. Verhoogde emotionele labiliteit, fysieke en hormonale veranderingen en stemmingswisselingen zijn veelvoorkomende symptomen. Voor de één is dit een uitdaging en voor de ander kan dit leiden tot een zware periode.<sup>1</sup>

Voor vrouwen met een psychiatrische stoornis is de zwangerschap een periode met een verhoogd risico op terugval van psychische problemen.<sup>2,3</sup> Vrouwen met een uni- of bipolaire stoornis lopen een verhoogd risico op terugval gedurende de zwangerschap en de post-partumperiode, vooral in de eerste vier tot zes weken post partum.<sup>4</sup> Bij vrouwen met een angststoornis wordt er met name in het derde trimester en de post-partumperiode een toename van klachten gezien. Dit kan ernstige gevolgen hebben voor de mentale gezondheid van de moeder en de neonat.<sup>5</sup> Daarom is het begeleiden van vrouwen die een verhoogd risico lopen op psychische problemen tijdens de zwangerschap en de post-partumperiode een belangrijke taak voor de zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg (ggz).<sup>6</sup> Adequate ondersteuning, voorlichting en terugvalpreventie zijn van groot belang.<sup>7-10</sup> Een persoon-

lijk risicoprofiel en specifieke interventies zijn belangrijk om psychische decompensatie te voorkomen.<sup>3,11,12</sup> Hierbij kan het opstellen en gebruiken van een signaleringsplan voor de zwangerschap en de post-partumperiode (SZPP) een belangrijke interventie zijn, waarin stressreductie en het creëren van voorspelbaarheid van groot belang zijn.<sup>6</sup>

In het SZPP worden, naast praktische afspraken voor de periode van de zwangerschap, de bevalling en de post-partumperiode, signalen van terugval en stresspreventiemaatregelen beschreven samen met de eventueel te ondernemen interventies.<sup>13</sup>

Het SZPP wordt gepersonaliseerd door de zorgprofessionals en de patiënt. Het wordt besproken met alle betrokken partijen, zoals de partner van de zwangere vrouw, familie, verloskundige en andere betrokken zorgprofessionals, met als doel problemen tijdig te signaleren en passende interventies in te zetten. Het SZPP beschrijft ook de zorg voor de psychiatrische stoornis, samenwerking met alle betrokkenen (familieleden en zorgprofessionals) en post-partummonitoring.

In de NICE-richtlijn worden bij de zorg voor zwangere vrouwen met een psychiatrische stoornis de samenwer-

king met alle betrokkenen en post-partummonitoring als cruciale punten in de zorg genoemd.<sup>6</sup> Het SZPP is ontwikkeld in de klinische praktijk op basis van ervaringen van zorgprofessionals en patiënten.<sup>13</sup> Het werd besproken in een focusgroepbijeenkomst met patiënten, hun familieleden en hun verloskundigen. De uitkomsten van deze bijeenkomst werden gebruikt om het SZPP aan te passen. Echter, voor zover wij weten, zijn de ervaringen van patiënten met het SZPP nooit systematisch onderzocht en is de waarde van het SZPP vanuit het perspectief van de patiënten onbekend. Het doel voor deze studie was om de ervaringen van vrouwen met psychiatrische stoornis met het maken en gebruiken van het SZPP te beschrijven. De onderzoeksvraag luidt: Wat zijn de ervaringen van vrouwen met een psychiatrische stoornis met het opstellen en gebruiken van het SZPP in de perinatale periode?

## METHODE

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, kozen we voor een kwalitatief design met een fenomenologische benadering, om de essentie van de ervaringen van de deelnemers te beschrijven.<sup>14</sup>

### Procedure

We werven deelnemers vanuit de polikliniek Dimence Psychiatrie en Zwangerschap in Deventer. Deze polikliniek biedt zorg aan zwangere vrouwen met een psychiatrische stoornis tot zes maanden na de bevalling. Het doel van deze polikliniek is om het risico op terugval te verminderen en de psychische symptomen zo laag mogelijk te houden tijdens de zwangerschap en de post-partumperiode. Geïnccludeerd werden vrouwen die: recent bevallen waren, voldeden aan de diagnostische criteria volgens de DSM-5, zoals vastgesteld tijdens de intake door zowel verpleegkundig specialisten als de psychiater, en een SZPP hadden opgesteld tijdens hun meest recente zwangerschap. Vrouwen die geen Nederlands spraken of tijdens de inclusie een crisis doormaakten, werden geëxcludeerd. Een toename van psychische klachten gedurende het traject was geen reden voor exclusie.

Een gelegenheidssteekproef werd gebruikt om deelnemers te werven. Patiënten van de polikliniek die aan de inclusiecriteria voldeden, werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Een verpleegkundig specialist verstreekte mondelinge en schriftelijke informatie over het onderzoek aan de patiënten. Geïnteresseerde patiënten gaven hun contactgegevens door aan het onderzoeksteam, dat vervolgens contact met hen opnam om een afspraak voor een interview te maken. Voor het interview ondertekende patiënte een toestemmingsformulier. De steekproefgrootte van dit onderzoek werd bepaald door datasaturatie, die we bereikten door steeds na elk interview data-analyse te verrichten totdat er uiteindelijk geen nieuwe informatie meer naar boven kwam.

## Dataverzameling

We verzamelden data met individuele semigestructureerde interviews, ondersteund door een topiclijst,<sup>14</sup> in de periode november 2017-februari 2021. Een semigestructureerd interview biedt de mogelijkheid om relevante informatie en ervaringen te expliciteren. De topiclijst (zie **tabel 1**) was gebaseerd op de literatuur;<sup>6</sup> deze werd aangepast wanneer nieuwe inzichten tijdens de gegevensanalyse naar voren kwamen. Vooraf namen we een pilotinterview af en de feedback namen we mee voor de volgende interviews.

Alle interviews werden afgenomen door de eerste auteur op de voorkeurslocatie van de deelnemers en werden opgenomen en getranscribeerd. Om de *confirmability* te vergroten, reflecteerde de interviewer (eerste auteur) kritisch op eigen aannames door deze voor de start van het onderzoek op te schrijven (*bracketing*).<sup>15</sup> Observaties gedurende de interviews werden direct na het interview in een logboek geschreven. Reflecties en veldnotities werden regelmatig besproken met het onderzoeksteam om bewust te blijven van vooroordelen en objectiviteit te garanderen.

**Tabel 1. Topiclijst**

| Onderwerpen                                 |
|---------------------------------------------|
| Zorgbehoeften                               |
| Psychiatrische problemen                    |
| Zwangerschap                                |
| Risico op terugval                          |
| Interventies                                |
| Behandeling                                 |
| Zwangerschap en post-partumsignaleringsplan |
| Leefstijl                                   |

## Data-analyse

We voerden de data-analyse uit volgens een iteratief proces, waarbij we de topiclijst aanpasten naarmate we nieuwe inzichten verkregen. De data werden geanalyseerd volgens de strategie van Colaizzi,<sup>16</sup> en ondersteund door het softwareprogramma Atlas.ti. We begonnen de analyse door de transcripties van de interviews en de informatie in het logboek herhaaldelijk te lezen om een algemeen beeld van de bevindingen te krijgen. Belangrijke bevindingen werden geïdentificeerd en gecodeerd. Citaten die verwezen naar betekenisvolle bevindingen zetten we apart, geordend en gegroepeerd in specifieke onderwerpen. Deze onderwerpen vertaalden we vervolgens naar fundamentele en duidelijke categorieën.

De onderzoeker en een medeonderzoeker codeerden onafhankelijk de eerste twee transcripties, waarna zij hun codes vergeleken en bespraken tot er consensus werd bereikt. Van de overige transcripties werd de analyse steeds met de medeonderzoekers besproken. Een samenvatting van de bevindingen werd naar de deelnemers gestuurd voor controle (*member check*), en zij werden uitgenodigd om feedback te geven.

## Ethische overwegingen

Dit onderzoek werd uitgevoerd volgens de principes van de Verklaring van Helsinki.<sup>17</sup> Formele goedkeuring van de Nederlandse Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek was niet nodig omdat deelnemers niet werden onderworpen aan procedures of verplicht waren gedragsregels te volgen. Het onderzoeksvoorstel werd goedgekeurd door de wetenschappelijke onderzoekscommissie van de Dimence Groep, de organisatie waar het onderzoek werd uitgevoerd. Alle gegevens werden geanonimiseerd en opgeslagen in veilige gegevensopslag, waartoe alleen het onderzoeksteam toegang heeft, gedurende 15 jaar conform de Nederlandse wetgeving.

## RESULTATEN

Twaalf vrouwen namen deel aan het onderzoek en voltooiden allen het interview. De meeste deelnemers hadden de diagnose angststoornis of depressieve stoornis (zie [tabel 2](#)). De data-analyse leverde vier thema's op:

- het maken en het voordeel van het SZPP;
- het gebruik van het SZPP;
- samenwerking;
- zorg na de bevalling.

**Tabel 2. Demografische gegevens**

| Graviditeit                                                     |       |               |
|-----------------------------------------------------------------|-------|---------------|
| G1P0                                                            | n = 7 | 58%           |
| G2P1                                                            | n = 3 | 25%           |
| G3P2                                                            | n = 2 | 17%           |
| Gem. leeftijd (uitersten), in j                                 |       | 29,83 (19–35) |
| Opleidingsniveau                                                |       |               |
| Middelbaar onderwijs                                            | n = 6 | 50%           |
| Hoger onderwijs                                                 | n = 5 | 42%           |
| Universitair                                                    | n = 1 | 8%            |
| Gem. tijd tussen bevalling en interview (uitersten), in maanden |       | 5,9 (3–10)    |
| Primaire DSM-5-diagnose                                         |       |               |
| Depressieve stoornis                                            | n = 6 | 50%           |
| Autisme                                                         | n = 1 | 8%            |
| Angststoornis                                                   | n = 3 | 25%           |
| Persoonlijkheidsstoornis                                        | n = 1 | 8%            |
| Bipolaire stoornis                                              | n = 1 | 8%            |

## Het maken van het SZPP en het voordeel ervan

Deelnemers gaven aan dat ze het SZPP ervoeren als een uitgebreid plan waarin alle aspecten rondom de perinatale periode waren opgenomen. Het nadenken over de wensen en aandachtspunten die van belang konden zijn om voorspelbaarheid te verkrijgen hielp hen om meer regie te ervaren. Het opstellen van het SZPP zorgde voor voorspelbaarheid, rust en ondersteuning. Hierdoor ervoeren de deelnemers meer controle. Ze waren beter voorbereid en konden hun eigen wensen en grenzen wat betreft de zwangerschap, de bevalling en de postpartumperiode aangeven.

*'Het SZPP stelde me gerust omdat ik veel onzekerheid ervoer. Wanneer beval ik? Hoe zal dat gaan? Je kunt het niet zeker weten, maar voor mij gaf het plan me een veilig gevoel.*

*Wanneer het zover is, zal ik meer controle hebben.'* (P4)

*'Het was heel goed om te onderzoeken hoe een terugval te voorkomen en de controle te behouden.'* (P11)

*'Ik was erg bang, ik wilde de controle hebben. Ik wilde dat ik er zelf alles aan had gedaan om alles goed te laten verlopen. En daar hoorde dat plan wel bij.'* (P6)

Deelnemers dachten verschillend over de bruikbaarheid van het SZPP. De meeste vrouwen vonden het plan toegankelijk omdat het was opgedeeld in verschillende fasen: de zwangerschap, de bevalling en de postpartumperiode. Items waren concreet en duidelijk opgeschreven. Twee vrouwen gaven aan dat het plan te lang en niet goed geordend was. Wanneer trefwoorden werden gebruikt, kostte het minder tijd om het plan te lezen. Een andere deelnemer gaf juist aan dat ze items aan het plan had toegevoegd omdat ze de ondersteuning tijdens de bevalling wilde waarborgen:

*'Ik zou meer concrete vragen op prijs stellen. Bijvoorbeeld: 'Heb je moeite met fysiek contact?' Ik was nog nooit eerder bevallen. Ik heb deze items aan mijn SZPP toegevoegd.'* (P3)

Het maken van het SZPP kostte energie. Voor sommige vrouwen was het moeilijk om geconfronteerd te worden met een eerdere periode waarin ze psychische problemen hadden ervaren:

*'Het was heel intens. Het kostte ook veel energie. Ik moest zoveel vertellen over mijn verleden en huidige welzijn in zo'n korte tijd.'* (P1)

Een deelnemer gaf aan dat ze zich de inhoud van het SZPP niet goed kon herinneren. Ze had vooral baat bij de gesprekken met de zorgverlener en het vangnet dat beschikbaar was:

*'Ik weet heel goed dat de zorgverlener beschikbaar was en ik over alles kon praten, er was een luisterend oor. Deze vorm van ondersteuning was echt fijn. Maar het maken van het plan had voor mij niet veel nut, het was misschien goed op dat moment om te helpen met de voorbereidingen, maar ik kan me daar nu niet veel meer van herinneren.'* (P12)

## Het gebruik van het SZPP

Deelnemers vonden het belangrijk dat het SZPP werd gelezen door hun partners, andere belangrijke personen en betrokken zorgverleners. Het maakte het gemakkelijker om hulp te vragen wanneer dat nodig was:

*'Iedereen kon het SZPP lezen. Iedereen had kennis van mijn psychische problemen. Ze wisten wat ze wel en niet moesten doen. Dat werkte heel goed.'* (P3)

*'Ik werd gesterkt door de gedachte dat mensen er voor me zouden zijn. Het was gemakkelijker om hulp te vragen. Ik denk dat dit het belangrijkste voor mij was.'* (P10)

De signaalfunctie van het SZPP was belangrijk voor de deelnemers. Omdat de vrouwen en hun sociale netwerk zich meer bewust waren van de signalen van terugval, was het gemakkelijker om over deze signalen te praten zodat adequate interventies zouden kunnen worden toegepast wanneer dat nodig zou zijn:

*'Als signalen van tevoren zijn aangegeven, is iedereen er meer alert op.'* (P10)

*'Op zaterdag kwam de psychiater langs omdat de kraamverzorgster om hulp had gevraagd. Omdat ze het SZPP had gelezen, ondernam ze onmiddellijk actie. Door het plan werden mijn symptomen serieuzer genomen.'* (P5)

Daar stond tegenover dat twee vrouwen zich juist gestigmatiseerd voelden vanwege het SZPP tijdens de bevalling in het ziekenhuis:

*'Ik dacht ook dat iedereen snel zou denken dat ik instabiel ben of zoiets, ze gaan er niet blanco in, ze oordelen over je.'* (P5)

*'Je wordt dan in een bepaald hokje geplaatst.'* (P8)

Drie deelnemers gaven ook aan dat hun bevalling heel anders verliep dan gepland. Hierdoor konden de in het SZPP beschreven interventies niet worden gerealiseerd. Dit werd als teleurstellend ervaren door een deelnemer, die zei:

*'Het SZPP is allemaal heel goed, maar we belandden in een soort crisis, dus het liep allemaal anders, ik denk niet dat je daar een plan voor kunt maken. Dat is moeilijk.'* (P9)

## Samenwerking

Partners van deelnemers waren betrokken bij het opstellen van het SZPP. Dit werd als een meerwaarde ervaren. Een deelnemer zei:

*'Het was heel duidelijk voor mijn partner omdat op papier stond wat er wel en niet moest gebeuren. Dit was heel prettig voor mij.'* (P2)

De samenwerking tussen professionele zorgverleners en deelnemers werd positief ervaren. Deelnemers voelden dat ze hun verhaal konden delen en dat er erkenning was. Het SZPP werd in hun eigen woorden opgeschreven.

*'De erkenning dat symptomen gerelateerd waren aan de zwangerschap en dat er perspectief was, gaf me geruststelling en zekerheid.'* (P8)

De samenwerking tussen de verschillende professionele zorgverleners van de polikliniek, (klinisch) verloskundigen, gynaecologen en huisartsen ervoeren de deelne-

mers als een vangnet en een goed werkend systeem. Dit was een geruststelling voor hen.

*'Door het SZPP was mijn toestand bekend bij alle betrokken zorgverleners. Dat was een geruststellende gedachte.'* (P11)

Echter, deelnemers gaven aan dat zorgverleners in het ziekenhuis niet altijd bekend waren met het SZPP. Een deelnemer adviseerde dat er een psychiatrisch verpleegkundige beschikbaar zou moeten zijn in het ziekenhuis wanneer vrouwen met psychische problemen bevallen.

## Zorg na de bevalling

Enkele dagen na de bevalling nam de zorgverlener contact op met de vrouwen zoals beschreven in het SZPP. Zes deelnemers hadden intensief contact met hun zorgverleners tijdens de post-partumperiode. Ze vonden het positief dat er een zorgverlener beschikbaar was om hun onzekerheden over het moederschap en hun psychiatrische symptomen te bespreken.

*'Ik kon zorg ontvangen tot zes maanden na de bevalling. Het was belangrijk voor mij dat er in deze periode een contactpersoon was, dat ik wist bij wie ik terecht kon.'* (P7)

Een vrouw gaf aan dat ze een evaluatie met alle betrokkenen zou hebben gewaardeerd om het zorgproces te evalueren en de follow-up aan het einde van de zes maandenperiode na de bevalling te bespreken.

## DISCUSSIE

Ons doel met deze studie was om de ervaringen van vrouwen met een psychiatrische stoornis met het maken en gebruiken van het SZPP te beschrijven. Een van de belangrijkste voordelen van het maken van een SZPP was dat het zwangere vrouwen met een psychiatrische voorgeschiedenis gemoedsrust, ondersteuning en een beter overzicht van de situatie geeft. Hierdoor kon het stressniveau richting de bevalling gereduceerd worden. Deelnemers beschreven dat ze meer ondersteuning, controle over hun geestelijk welzijn en erkenning ervoeren tijdens deze kwetsbare periode. Het ervaren van controle en empowerment zijn bekende belangrijke elementen wanneer mensen te maken hebben met psychische aandoeningen.<sup>18</sup>

Wat betreft het thema 'het gebruik van het SZPP' gaf de voorspelbaarheid van het plan de deelnemers duidelijkheid en rust. Hierdoor ervoeren vrouwen minder stress en onrust en waren ze zelfverzekerder tijdens de bevalling. De waarde van het gebruik van een terugvalpreventieplan in het algemeen wordt onderstreept in meerdere studies.<sup>19,20</sup>

De resultaten vanuit deze studie laten zien dat deze waarden ook gelden voor zwangere vrouwen met een psychische stoornis. Naar deze groep werd tot nu toe geen onderzoek gedaan op het gebied van signaleringsplannen.

Het bieden van duidelijkheid en voorspelbaarheid leidt tot stressreductie en het vergroot het gevoel van veiligheid en autonomie.<sup>21</sup> Stressvermindering kan leiden tot

rust, waardoor het gemakkelijker wordt om meer positieve gevoelens over de zwangerschap te ervaren.<sup>22,23</sup> Wat betreft het thema ‘samenwerking’ was het betrekken van de partner en de samenwerking met andere zorgverleners belangrijk. Omdat naasten en anderen in het sociale steunsysteem op de hoogte waren van het SZPP, konden ze handelen wanneer dat nodig was. Deelnemers vonden dit geruststellend. Op deze manier had het SZPP een signaalfunctie en gaf het een gevoel van veiligheid en controle.

Ten slotte vonden deelnemers het wat betreft het thema ‘zorg na de bevalling’ nuttig om ondersteuning te ontvangen in de post-partumperiode wanneer dat nodig was. Vrouwen met een angst- of depressieve stoornis blijken tijdens de zwangerschap en post partum meer stress te ervaren dan vrouwen zonder deze stoornis.<sup>24</sup> Bij vrouwen met een depressie in de voorgeschiedenis is het terugvalpercentage hoog tijdens de post-partumperiode.<sup>3</sup> Daarom is stressreductie een belangrijke interventie tijdens de zwangerschap om terugval te voorkomen. Het SZPP was een onderdeel van de gegeven zorg en daarom kunnen de resultaten niet uitsluitend aan de interventie SZPP worden toegeschreven.<sup>25</sup> Goede begeleiding, informatie en terugvalpreventie worden gezien als een belangrijke meerwaarde.<sup>7,8,10</sup> In de context van terugvalpreventie zijn een persoonlijk risicoprofiel en gerichte interventies eveneens van belang.<sup>3,11</sup>

### Beperkingen

Deze studie heeft enkele beperkingen. Alle deelnemers ontvingen zorg van één polikliniek in een ggz-instelling in Nederland. Daarom is de generaliseerbaarheid van de resultaten beperkt. De resultaten geven echter waardevolle informatie voor de klinische praktijk en zijn aanleiding voor verder onderzoek.

In overeenstemming met de inclusiecriteria werden alleen vrouwen die waren bevallen in de studie opgenomen; ervaringen van vrouwen gedurende de zwangerschap kunnen anders zijn omdat zij nog een mogelijke stressvolle bevalling en de eerste weken post partum moeten ondergaan.

Bovendien moet rekening worden gehouden met *recall bias* vanwege het retrospectieve ontwerp van de studie.<sup>14</sup> Daarnaast zou het van meerwaarde kunnen zijn om ook de bevindingen van partners mee te nemen in het onderzoek.

Een sterk punt van deze studie is dat datasaturatie werd bereikt na negen interviews; drie extra interviews bevestigden de gegevensverzadiging omdat er geen nieuwe informatie uit de gegevens kon worden afgeleid.

### Implicaties voor de klinische praktijk

Voor vrouwen met een psychiatrische kwetsbaarheid kunnen zwangerschap en de post-partumperiode een grote uitdaging zijn. De psychiatrische kwetsbaarheid brengt een groter risico met zich mee op een post-partumdepressie, een psychose of andere psychiatrische problematiek. Bovendien kunnen de stress van het

nieuwe ouderschap de psychische kwetsbaarheid vergroten. Zorgprofessionals kunnen vrouwen helpen met gedeelde besluitvorming (*shared decision making*) tijdens de perinatale zorg door gebruik te maken van een SZPP. Door dit te doen, bieden zorgverleners vrouwen niet alleen een vangnet, maar ook meer zelfregie in een onzekere periode tijdens een van de belangrijkste *life events*.

Uit onze studie bleek dat het SZPP geassocieerd is met stressreductie en preventie van terugval van psychische klachten bij zwangere vrouwen met een psychiatrische stoornis. Tijdens de zwangerschap en de post-partumperiode kan het een uitdaging zijn om de zorg af te stemmen en alle zorgprofessionals te bereiken die betrokken zijn bij de zorg voor een zwangere vrouw. Het SZPP is een nuttig hulpmiddel om alle afspraken samen te vatten. We raden aan een laatste consult te organiseren om de geplande zorg te evalueren en de vervolgbehandeling te bespreken.

---

### CONCLUSIE

Het maken en gebruiken van een SZPP kan zwangere vrouwen met een psychiatrische stoornis gevoelens van rust, controle en voorspelbaarheid geven, wat belangrijk is voor stressreductie en preventie van terugval. Belangrijke elementen die het maken van een SZPP faciliteren, zijn adequate zorg, erkenning en geruststelling. Daarnaast wordt het delen van het SZPP met partners en professionals in de geboortezorg van belang geacht om de samenwerking te bevorderen. Tevens maakt het bespreken van de vroegsignalen het voor de participanten makkelijker om, als zich een terugval zou voordoen, de signalen te herkennen en te bespreken en hiernaar te handelen.

Verder adviseren wij een laatste consult te organiseren om de geboden zorg te evalueren en de follow-up te bespreken, zodat de behandeling indien nodig in een passende setting kan worden voortgezet. Verder onderzoek met een bredere populatie en in verschillende poliklinieken is noodzakelijk om de generaliseerbaarheid te vergroten, evenals kwalitatief onderzoek naar de preventieve werking van het SZPP.

### NOOT

\*Dit artikel is een bewerking van het artikel: Verboom HJ, Goossens PJ, Hendriks SM, Geerling B. Women's experiences with a pregnancy relapse prevention plan to prevent mental health symptom relapse. *Nursing for Women's Health* 2024; 28: 349-55.



## LITERATUUR

- 1 Cantwell R, Cox JL. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics & Gynaecology* 2003; 13: 7-13.
- 2 Khan SJ, Fersh ME, Ernst, e.a. Bipolar disorder in pregnancy and postpartum: Principles of management. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18: 13.
- 3 Meltzer-Brody S, Jones I. Optimizing the treatment of mood disorders in the perinatal period. *Dialogues Clin Neurosci* 2015; 17: 207-18.
- 4 Alcantarilla L, López-Castro M, Betriu, e.a. Risk factors for relapse or recurrence in women with bipolar disorder and recurrent major depressive disorder in the perinatal period: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2023; 26: 737-54.
- 5 Marchesi C, Ampollini P, Paraggio, e.a. Risk factors for panic disorder in pregnancy: A cohort study. *J Affect Disord* 2014; 156: 134-8.
- 6 National Collaborating Centre for Mental Health Royal College of Psychiatrists' Research and Training, Antenatal and Postnatal Mental Health: the Nice Guideline on Clinical Management. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2014.
- 7 Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, e.a. Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 168-75.
- 8 Kushkituah Y. What should be known about bipolar disorder and pregnancy. *International Journal of Childbirth Education* 2014; 2978-84.
- 9 Landelijk Kenniscentrum psychiatrie en Zwangerschap; [www.lkpz.nl/behandelaren.php](http://www.lkpz.nl/behandelaren.php).
- 10 Moshki M, Beydokhti TB, Cheravi K. The effect of educational intervention on prevention of postpartum depression: An application of health locus of control. *J Clin Nurs* 2013; 23: 15-6.
- 11 Doyle K, Heron J, Berrisford, e.a. The management of bipolar disorder in the perinatal period and risk factors for postpartum relapse. *Eur Psychiatry* 2003; 27: 563-9.
- 12 Stevens AWMM, Goossens PJJ, Knoppert-van der Klein E, e.a. Risk of recurrence of mood disorders during pregnancy and the impact of medication: A systematic review. *J Affect Disord* 2019; 249: 96-103.
- 13 Geerling B. Psychiatrie en zwangerschap. Deventer: Dimence Psychiatrie en Zwangerschap; 2021. [https://www.dimence.nl/sites/default/files/2024-11/Boek Psychiatrie en Zwangerschap – Compleet overzicht aanbod.pdf](https://www.dimence.nl/sites/default/files/2024-11/Boek%20Psychiatrie%20en%20Zwangerschap%20-%20Compleet%20overzicht%20aanbod.pdf)
- 14 Beck CT. Avoiding potential pitfalls in qualitative research methods. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2022; 51: 473-6.
- 15 Tufford L, Newman P. Bracketing in qualitative research. *Qual Soc Work* 2012; 11: 80-96.
- 16 Shosha G. Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher. *Eur Sci J* 2012; 8: 31-43.
- 17 World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. [www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/2013](http://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/2013).
- 18 Boevink W. HEE! Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie. Utrecht: Trimbos-instituut 2017. <https://www.trimbos.nl/docs/e3b3342a-d2f7-4632-a020-48625ab8fa58.pdf>
- 19 Berends T, van de Lagemaat M, van Meijel B, e.a. Relapse prevention in anorexia nervosa: Experiences of patients and parents. *Int J Ment Health Nurs* 2018; 27: 1546-55.
- 20 Daggenvoorde TH, Goossens PJJ, Gamel CJ. Regained control: A phenomenological study of the use of a relapse prevention plan by patients with a bipolar disorder. *Perspect Psychiatr Care* 2013; 49: 235-42.
- 21 Rohde A, Hocke A, Meurers A, e.a. Peripartales Management bei psychischer Vorerkrankung. Strategien zur Rezidivprophylaxe nach der Entbindung. *Nervenarzt* 2016; 87: 980-8.
- 22 Bialy LK. Impact of stress and negative mood on mother and child: Attachment, child development and intervention. *Diss Abstr Int: Section B: The Sciences and Engineering* 2006; 67 (5-B): 2856.
- 23 Zilcha S. The effects of mindfulness-based interventions during pregnancy on birth outcomes and the mother's physical and mental health. In: le A, Ngnoumen CT, Langer EJ, red. *The Wiley Blackwell Handbook of Mindfulness*. Chichester: Wiley; 2014. p. 881-97.
- 24 Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, e.a. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2016; 191: 62-77.
- 25 Craig P, Dieppe P, Macintyre S, e.a. Developing and evaluating complex interventions: New medical research council guidance. *BMJ* 2008; 337: 1655.

## AUTEURS

**Hanneke Verboom**, verpleegkundig specialist, GGZ Dimence Psychiatrie & Zwangerschap en specialistisch centrum bipolaire stoornissen.

**Sanne Hendriks**, psychiater, Dimence Psychiatrie & Zwangerschap en specialistisch centrum bipolaire stoornissen.

**Bart Geerling**, verpleegkundig specialist GGZ en hoofd Dimence Psychiatrie & Zwangerschap, en specialistisch centrum bipolaire stoornissen, Deventer, Universiteit Twente, Enschede.

### Correspondentie

Dr. Bart Geerling ([b.geerling@dimence.nl](mailto:b.geerling@dimence.nl)).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-10-2025.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2026;68(1):13-18