

Audit van maternale sterfte door suïcide: lessen voor de praktijk

K.M. Lommerse, I. Chidi, T. van den Akker, S.Y.M. Mérelle, A.L. Rietveld

- Achtergrond** In Nederland is suïcide de belangrijkste oorzaak van moedersterfte tot een jaar post partum. Om deze te reduceren is begrip van onderliggende oorzaken en zorgprocessen essentieel. Gestructureerde analyse van casuïstiek kan helpen bij het identificeren van factoren die bijdragen aan sterfte.
- Doel** Het identificeren van problemen in de zorg voor vrouwen met peri-partumsuïciditeit en het formuleren van aanbevelingen.
- Methode** Retrospectieve en kwalitatieve analyse van vijf casussen die beoordeeld werden in 2021 en 2024 door de Auditcommissie Maternale Sterfte en Morbiditeit. Hiervoor was informatie beschikbaar uit de geboortezorg en/of de geestelijke gezondheidszorg. Voor het formuleren van leerpunten gebruikten we aanvullende documentatie van de commissie en ter illustratie stelden we een vignet op.
- Resultaten** De analyse leverde leerpunten op binnen vijf thema's: 1. signalering van niet-medische risicofactoren en suïciditeit, 2. regionale ketenzorgafspraken voor perinatale psychische zorg, 3. organisatie van veiligheid bij peri-partumsuïciditeit, 4. melding en nationale audit en 5. peer-support voor hulpverleners.
- Conclusie** De analyse bracht leerpunten aan het licht voor de zorg aan vrouwen met peri-partumsuïciditeit, met name op het gebied van signalering, samenwerking tussen ketenpartners en toegang tot perinatale psychiatrische zorg. Beperkingen zijn onvolledige documentatie en onderrapportage.

Maternale sterfte, of 'moedersterfte', is het overlijden van een vrouw direct of indirect ten gevolge van zwangerschap, bevalling of kraambled, tot één jaar na de bevalling.¹ Het maternale sterftecijfer wordt gebruikt als indicator voor de kwaliteit van zorg rond zwangerschap en geboorte.² Het terugdringen van moedersterfte is een belangrijk doel binnen de *Sustainable Development Goals* van de Wereldgezondheidsorganisatie, gericht op het verbeteren van de gezondheid van moeders.³ Suïcide is wereldwijd een belangrijke oorzaak van moedersterfte. In hoge-inkomenslanden is suïcide verantwoordelijk voor 13-36% van de maternale sterfte gedurende de zwangerschap tot één jaar post partum.⁴ In Nederland kwamen in de periode 2006-2020 68 vrouwen om het leven door suïcide tijdens de zwangerschap of binnen één jaar na de bevalling.⁵ Dit komt overeen met een incidentie van 2,6 suïcides per 100.000 levendgeborenen, gemiddeld 5 suïcides per jaar; vergelijkbaar met andere hoge-inkomenslanden.⁵ Hoewel de algemene maternale mortaliteitsratio in Nederland tussen 1996 en 2020 daalde, nam het aantal maternale suïcides niet af. Hierdoor steeg het aandeel van maternale suïcide binnen de totale moedersterfte

van 18 naar 28%, waarmee suïcide in Nederland de belangrijkste oorzaak van moedersterfte tot één jaar post partum vormt.⁵

De 68 vrouwen werden geïdentificeerd door koppeling van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) met meldingen aan de Auditcommissie Maternale Sterfte en Morbiditeit (AMSM) van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).⁶ Het merendeel van deze suïcides vond plaats post partum (64/68), waarvan 81% na de eerste 42 dagen. De gemiddelde leeftijd van deze 68 vrouwen was 33,3 jaar; 75% was ≥ 30 jaar, 53% was primipara en 42% had een laag opleidingsniveau.⁵

Suïcide vindt plaats in een context van hoge prevalentie van psychische problematiek en suïciditeit in de perinatale periode. Wereldwijd krijgt circa 1 op de 5 vrouwen perinatale psychische problemen, vooral depressieve en angststoornissen.⁷ Mentale gezondheidsproblemen vormen daarmee de meest voorkomende complicatie tijdens zwangerschap en kraambled. De prevalentie van suïcidale gedachten ligt tijdens de zwangerschap tussen 5 en 14% en post partum tussen 4 en 10%.⁸ Internationaal wordt de incidentie van

suïcidepogingen geschat op 680 per 100.000 vrouwen tijdens de zwangerschap en 210 per 100.000 in het eerste jaar post partum.⁹ Nederlandse cijfers ontbreken, maar zouden mogelijk lager kunnen zijn, aangezien de recent geschatte incidentie van suïcidepogingen 220 per 100.000 was voor 20-29-jarigen en 130 per 100.000 voor 30-39-jarigen, op basis van SEH-registraties.¹⁰ Psychische stoornissen vormen een belangrijke kwetsbaarheidsfactor voor perinatale suïcidaliteit, vooral in interactie met negatieve sociale omstandigheden en levenservaringen, zoals partnergeweld, gebrek aan steun en traumatische ervaringen, waarbij een dosis-responsrelatie lijkt te bestaan.^{11,12} Suïcidale gedachten hangen vooral samen met depressieve symptomen, schuld, schaamte en identiteitsverlies, terwijl bij suïcidepogingen daarnaast sociale isolatie, ingrijpende levensgebeurtenissen, middelenmisbruik en eerdere pogingen een rol lijken te spelen.¹² Voor suïcide lijken vooral ernst, duur en cumulatie van risicofactoren bepalend, naast psychiatrische stoornissen en middelengebruik. Specifieke risicofactoren zijn nieuw ontstane ernstige psychiatrische stoornissen post partum en recente zwangerschapsgerelateerde verlieservaringen.¹²⁻¹⁵ Voor het terugdringen van maternale sterfte is het niet voldoende om sterfgevallen te tellen en sociodemografische risicofactoren in kaart te brengen. Inzicht in zorgprocessen is essentieel om te begrijpen waarom vrouwen overlijden.¹⁶ Een vertrouwelijke, gestructureerde analyse van casuïstiek (*confidential enquiry*) is wereldwijd een veelgebruikte methode om oorzaken te identificeren. Hierbij gaat men uit van het principe dat van iedere sterfte geleerd kan worden om toekomstige sterfte te voorkomen, en staat het 'no blame, no shame'-principe centraal. In het Verenigd Koninkrijk, waar deze methode al decennialang structureel wordt toegepast, voldeed de geleverde zorg bij maternale suïcide in slechts 11% van de gevallen aan de standaarden; in 64% had betere zorg mogelijk tot een andere uitkomst kunnen leiden.¹³ Deze uitkomsten en het persisteren van suïcide als oorzaak van maternale sterfte in Nederland vormden aanleiding voor een thema-audit maternale suïcide. In dit artikel beschrijven wij de werkwijze en uitkomsten, met als doel het identificeren van knelpunten in de zorg voor vrouwen met peri-partumsuïcidaliteit, en het formuleren van aanbevelingen voor de klinische praktijk.

METHODE

Een AMSM-audit betreft een retrospectieve, vertrouwelijke analyse van geselecteerde casussen door individuele experts. Deze methode is niet primair gericht op hypothesetoetsing of het genereren van generaliseerbare kennis, maar op kwalitatieve, contextgebonden beoordeling, waarbij overkoepelende bevindingen en leerpunten gericht op het verbeteren van zorg centraal staan.^{17,18}

De casussen werden geselecteerd uit de AMSM-database. Deze bestaat uit door zorgprofessionals gemelde maternale sterfgevallen tot 1 jaar post partum en omvat zowel ante als post partum directe en indirecte maternale sterfgevallen. Na een initiële melding wordt aanvullende klinische en contextuele informatie opgevraagd om een zo volledig mogelijk beeld van het beloop te verkrijgen. De selectie van casuïstiek voor deze audit vond plaats op basis van de beschikbaarheid en volledigheid van informatie, afkomstig uit de eerste lijn en/of de geestelijke gezondheidszorg, zodat een zinvolle specifieke thema-audit mogelijk zou zijn. De thema-audit werd uitgevoerd naar het model van de methodiek van de Britse confidential enquiry, een internationaal veelgebruikte methode voor de audit van maternale sterfte.¹⁷ Deze omvat een chronologische reconstructie van het (klinisch) beloop en toetsing van de geleverde zorg aan (inter)nationale richtlijnen en *best practice*, met speciale aandacht voor tekortkomingen zoals vertragingen in diagnostiek of behandeling, onjuiste besluitvorming en communicatie- of organisatieproblemen.

De analyse werd uitgevoerd door leden van de AMSM, gynaecologen (in opleiding), verloskundigen en een anesthesioloog, aangevuld met psychiaters met expertise in perinatale psychiatrie, een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en een senior onderzoeker van 113 Zelfmoordpreventie. Vier auteurs van dit artikel, onder wie twee leden van de AMSM, waren betrokken bij analyse en duiding van de casuïstiek en het formuleren van leerpunten. We werkten de leerpunten verder uit op basis van aanvullende commissiedocumentatie, waaronder aantekeningen van de voorzitter en presentaties, waarna we een vignet opstelden ter illustratie van enkele leerpunten.

Het vignet werd afgeleid van een geanalyseerde casus; het vormt een geanonimiseerde, narratieve en soms samengestelde samenvatting, bedoeld om typische problemen en lessen inzichtelijk te maken. Bij anonimiseren werden identificerende gegevens verwijderd en mogelijk herleidbare details aangepast.

Ethische overwegingen

Voor deze thema-audit met geanonimiseerde gegevens was volgens de Nederlandse wetgeving geen ethische goedkeuring vereist. De audit werd uitgevoerd binnen de kwaliteits- en audittaak van de AMSM als gemandateerde van de NVOG.

Voor het delen van casuïstiek geldt dat de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) niet van toepassing is op overleden personen. Volgens de Federatie Medisch Specialisten mogen zorgverleners relevante gegevens delen met de AMSM wanneer dit noodzakelijk is voor auditdoeleinden. Ook calamiteitenrapporten mogen volledig geanonimiseerd worden gedeeld (zie: NVOG, melding maternale sterfte, <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2020/09/Info-website-melding-casus-2020.docx>).

Leerpunten uit de thema-audit maternale suïcide

Signalering van niet-medische risicofactoren en suïcidaliteit

- Maak screening op psychiatrische voorgeschiedenis, eerdere suïcidaliteit, psychosociale stressoren en traumatische levensgebeurtenissen een structureel onderdeel van de preconceptie-, zwangerschaps- en postnatale zorg.
- Gebruik hierbij gevalideerde screeningsinstrumenten voor psychische kwetsbaarheid en suïcidaliteit.
- Leg in richtlijnen voor de geboortezorg vast wanneer en op welke wijze screening dient plaats te vinden.
- Zorg voor scholing van zorgverleners binnen de geboortezorg in het bespreekbaar maken van kwetsbaarheden en suïcidaliteit.

Regionale ketenzorgafspraken voor perinatale psychische zorg

- Ontwikkel regionale ketenzorgafspraken tussen geboortezorg, huisartsenzorg, sociaal domein en (acute) ggz over signalering, verwijzing, crisisbeoordeling en opvolging van psychische problematiek in de perinatale periode.
- Borg regionale toegang tot gespecialiseerde perinatale ggz en behandeling van ernstige psychiatrische aandoeningen.
- Zorg voor duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden, bereikbaarheid en informatieoverdracht tussen betrokken zorgverleners tijdens acute psychiatrische situaties in zwangerschap en kraamperiode.

Organisatie van veiligheid bij peri-partumsuïcidaliteit

- Zorg voor snelle, laagdrempelige biopsychosociale beoordeling van suïcidaliteit in de peri-partumperiode door een deskundig zorgverlener, met aandacht voor de perinatale context.
- Stel bij aanwijzingen voor suïcidaliteit tijdens zwangerschap of kraamperiode samen met de vrouw en naasten een individueel veiligheidsplan op.
- Laat acute suïcidaliteit in de kraamperiode beoordelen en opvolgen door zorgverleners met expertise in acute suïcidaliteit en peri-partumpsychiatrie.
- Borg continuïteit van zorg via duidelijke veiligheids- en follow-upafspraken en actieve informatie-uitwisseling tussen betrokken zorgverleners.

Melding en nationale audit van maternale suïcide

- Meld (vermoedelijke) maternale suïcides systematisch bij AMSM om landelijke audit en kwaliteitsverbetering mogelijk te maken.
- Vergroot bekendheid binnen ggz en huisartsenzorg over het melden van maternale suïcide bij AMSM als auditplichtige maternale sterfte.

Peer-support voor hulpverleners

- Bied mogelijkheden voor peer-support aan zorgverleners die betrokken zijn bij maternale suïcide.
- Organiseer dit bij voorkeur met alle betrokken zorgverleners, zodat het delen van ervaringen en gezamenlijke reflectie mogelijk is.

RESULTATEN

Gemelde casuïstiek

In de periode van 2006-2022 werden 20 maternale suïcides gemeld bij de AMSM: 4 tijdens de zwangerschap, 4 binnen de eerste 42 dagen post partum en 12 tussen 42 dagen en 1 jaar post partum. Het aantal van 20 gemelde casussen, van de totaal 68 geïdentificeerde casussen voor deze periode, resulteerde in een onder-rapportage van 71% (48/68).⁵

Geanalyseerde casuïstiek

De AMSM organiseerde in 2021 en 2024 auditsessies waarin in totaal 5 sterfgevallen door maternale suïcide werden geëvalueerd. De eerste sessie was online in verband met destijds geldende coronamaatregelen. Leerpunten voor verbetering van de geboortezorg die voortkwamen uit factoren van substandaard zorg werden geclusterd in vijf thema's, weergegeven in **het kader**.

Vignet

Patiënte A, een vrouw van eind twintig met in de voorgeschiedenis affectieve verwaarlozing, een depressie en een

suïcidepoging in de vroege volwassenheid, zonder somatische comorbiditeit, werd in de late zwangerschap door de verloskundige verwezen naar de POP-poli (Psychiatrie, Obstetrie, Pediatrie) wegens suïcidale gedachten. Zij werd met spoed gezien, maar er werd geen duidelijke hulpvraag vastgesteld en er volgden op verzoek van patiënte geen verdere afspraken. Zij kreeg het advies om bij toename van klachten opnieuw te overleggen.

Bij een amenorroeëduur van 40+1 weken beviel patiënte in het ziekenhuis onder begeleiding van de eerstelijnsverloskundige. Direct na ontslag viel het de kraamverzorgende op dat zij emotioneel afgevlakt was, waarop de verloskundige haar de volgende dag zag, met hetzelfde beeld. Op dag 6 post partum werd via de verloskundige door de huisarts de crisisdienst geestelijke gezondheidszorg (ggz) ingeschakeld, na overleg met de POP-poli. De crisisdienst stelde suïcidaliteit en wanhoop vast, zonder aanwijzingen voor psychose, en verwees haar terug naar de huisarts, met het advies extra ondersteuning te vragen van de praktijkondersteuner huisarts ggz, zonder terugkoppeling aan de verloskundige. De volgende dag overleed zij door suïcide.

DISCUSSIE

De thema-audit maternale suïcide bracht leerpunten binnen vijf thema's naar voren. Deze sluiten aan bij eerder geïdentificeerde knelpunten en bestaande initiatieven, en richten zich voornamelijk op verbeterde implementatie van reeds geformuleerde aanbevelingen. Onderzoek uit 2021 liet zien dat Nederlandse zorgverleners binnen de geboortezorg in minder dan de helft van de gevallen een (gevalideerd) signaleringsinstrument gebruiken om kwetsbare situaties te identificeren en zich niet altijd voldoende vaardig voelen om gevoelige onderwerpen, zoals suïcidaliteit, bespreekbaar te maken.¹⁹

Dat tijdige behandeling belangrijk is, niet alleen voor de moeder, maar ook voor het kind, blijkt uit talrijke onderzoeken. Psychische aandoeningen bij de moeder, waaronder angststoornissen, depressie en persoonlijkheidsproblematiek, kunnen nadelige effecten hebben op de lichamelijke en sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind.^{20,21} De samenhang van psychische problematiek met problemen op meerdere levensdomeinen, waaronder gezondheid, psychosociaal functioneren en sociaal-economische omstandigheden, vraagt dan ook een brede signalering en integrale ondersteuning.²²

Signalering van niet-medische risicofactoren en suïcidaliteit

In Nederland ontbreekt een landelijke richtlijn voor het systematisch in kaart brengen van niet-medische risicofactoren tijdens zwangerschap en kraamperiode. Binnen het landelijke programma Kansrijke Start, dat zich richt op ondersteuning van kwetsbare (aanstaande) ouders tijdens de eerste 1000 levensdagen, wordt 'vroegsignalering' sterk aanbevolen en wordt deze ondersteund met instrumenten zoals de ALPHA-NL en Mind2Care. Het gebruik hiervan is echter niet verplicht en wordt overgelaten aan professionele afweging en lokale invulling.²³

Regionale ketenzorgafspraken voor perinatale psychische zorg

Uit de audit kwam naar voren dat toegang tot passende zorg na signalering van psychische klachten niet altijd haalbaar is. De beschikbaarheid van perinatale psychiatrische zorg verschilt in Nederland per regio en gespecialiseerde voorzieningen zijn niet overal aanwezig. Daarnaast vormen wachtlijsten een belangrijke belemmering voor tijdige behandeling. Ook het ontbreken van regionale werkafspraken en een actueel overzicht van beschikbare zorgaanbieders in zowel de eerste als tweede lijn kan leiden tot vertraging in verwijzingen, onduidelijkheid over verantwoordelijkheden en suboptimale afstemming tussen betrokken zorgverleners. Dit vraagt om een

regionale investering in de toegankelijkheid van perinatale psychische zorg.

Kansrijke Start stimuleert tevens samenwerking tussen professionals uit de geboortezorg, jeugdgezondheidszorg, huisartsenzorg, wijkteams en het sociaal domein rondom signalering, doorverwijzing en begeleiding van kwetsbare gezinnen.²³ Versterking van de samenwerking met ggz-aanbieders is essentieel om te komen tot duurzame samenwerking en beter toegankelijke zorg.

Ook toegang tot zorg in psychiatrische crisissituaties rondom de zwangerschap vraagt om specifieke ketenafspraken. Een voorbeeld hiervan is 'Keten zorg tijdens psychiatrische crisissituaties bij zwangeren en kraamvrouwen' van het Netwerk Acute Zorg Brabant. De ketenafspraken beschrijven op welke signalen zorgverleners in de geboortezorg en huisartsenzorg alert moeten zijn, hoe laagdrempelig overleg kan plaatsvinden, binnen welke termijn beoordelingen plaats dienen te vinden, hoe de communicatie verloopt en welke verantwoordelijkheden de verschillende zorgverleners hebben. Zo is hierin afgesproken dat een verloskundige of gynaecoloog bij een kraamvrouw met suïcidale gedachten of psychotische symptomen direct contact opneemt met de ggz-crisisdienst voor overleg, beoordeling en verdere coördinatie van de zorg.²⁴

Organisatie van veiligheid bij peri-partum-suïcidaliteit

Bij peri-partumsuïcidaliteit gelden dezelfde handelingsprincipes als bij suïcidaliteit buiten deze periode. Er is geen reden om te veronderstellen dat het suïcidale proces in de perinatale periode fundamenteel afwijkt van het proces zoals beschreven in het *integrated motivational-volitional model*.²⁵ Het advies is dan ook om bij aanwijzingen voor suïcidaliteit tijdens de zwangerschap of in de post-partumperiode, net als daarbuiten, een veiligheidsplan op te stellen.²⁵ Juist in de perinatale periode treden in korte tijd veel biologische, psychologische en sociale stressoren gelijktijdig op en versterken deze elkaar, wat kan leiden tot een hoge psychische belasting en een grillig, snel verloop van het suïcidale proces. Omdat daarnaast meestal verschillende zorgverleners betrokken zijn, is het essentieel om aandacht te besteden aan een concreet plan.

Melding en nationale audit

Onderrapportage van maternale suïcide hangt mogelijk samen met het feit dat deze sterfgevallen zich vaak buiten de geboortezorg voordoen, bijvoorbeeld na 42 dagen post partum of na vroeg zwangerschapsverlies, wanneer vrouwen nog onder behandeling zijn van de huisarts of ggz, waar minder bekendheid bestaat met de meldprocedure. Daarnaast kunnen verschillen in classificatie van maternale sterfte en stigma rondom psychiatrische aandoeningen en suïcide bijdragen aan onderrapportage.⁵

Peer-support voor hulpverleners

Peer-support voor zorgverleners die betrokken zijn bij maternale suïcide dient men bij voorkeur te organiseren met alle betrokken zorgverleners, om delen van ervaringen en gezamenlijke reflectie mogelijk te maken.

Sterke punten en beperkingen

Maternale suïcide is een ernstige, maar zeldzame uitkomst, waardoor patronen en oorzaken moeilijk te identificeren zijn. Meerdere betrokken zorgverleners bemoeilijken bovendien het leren van individuele casussen. Nationale audits zijn daarom waardevol, omdat deze terugkerende patronen en verbeterbare factoren zichtbaar maken die in losse casuïstiek vaak onopgemerkt blijven.

Tegelijkertijd heeft de AMSM-audit beperkingen: ze is afhankelijk van medische documentatie, waardoor bij onvolledige dossiers belangrijke aspecten over het hoofd kunnen worden gezien. Ook contextinformatie of ervaringen van ouders worden niet altijd meegenomen. Bovendien wordt een beperkt aantal casussen besproken en slechts een deel van de maternale sterfte gemeld, waardoor sommige factoren mogelijk onderbelicht blijven.

CONCLUSIE

Analyse van maternale suïcides binnen een thema-audit levert belangrijke leerpunten op voor de zorg. Vroegtijdige signalering, samenwerking tussen ketenpartners en tijdige inzet van gespecialiseerde perinatale psychiatrische zorg met duidelijke zorgplanning zijn daarbij van cruciaal belang. Structurele melding van maternale suïcide, ook door ggz en huisartsenzorg, is hiervoor essentieel.

LITERATUUR

- 1 World Health Organization. The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD-MM. Genève: WHO; 2012.
- 2 Richardus JH, Graafmans WC, Verloove-Vanhorick SP, e.a. The perinatal mortality rate as an indicator of quality of care in international comparisons. *Med Care* 1998; 36: 54-66.
- 3 World Health Organization Regional Office for Europe. Targets of Sustainable Development Goal 3. www.who.int/europe/about-us/our-work/sustainable-development-goals/targets-of-sustainable-development-goal-3
- 4 Lommerse K, Knight M, Nair M, e.a. The impact of reclassifying suicides in pregnancy and in the postnatal period on maternal mortality ratios. *BJOG* 2019; 126: 1088-92.
- 5 Lommerse KM, Mérelle S, Rietveld AL, e.a. The contribution of suicide to maternal mortality: a nationwide population-based cohort study. *BJOG* 2024; 131: 1392-8.
- 6 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Auditcommissie Maternale Sterfte en Morbiditeit (AMSM). www.nvog.nl/themas/kwaliteit/commissies/auditcommissie-maternale-sterfte-en-morbiditeit-amsm/
- 7 World Health Organization. WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Genève: WHO; 2022.
- 8 Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8: 77-87.
- 9 Rao WW, Yang Y, Ma TJ, e.a. Worldwide prevalence of suicide attempt in pregnant and postpartum women: a meta-analysis of observational studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021; 56: 711-20.
- 10 Wijk I van, Valkenberg H, Stam C. Zelf toegebracht letsel 2015-2024. Verdiepende analyses betreft SEH-bezoeken in verband met suïcidepogingen en automutilatie. Amsterdam: VeiligheidNL; 2026.
- 11 Ayre K, Gordon HG, Dutta R, e.a. The prevalence and correlates of self-harm in the perinatal period: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2019; 81.
- 12 Reid HE, Pratt D, Edge D, e.a. Maternal suicide ideation and behaviour during pregnancy and the first postpartum year: a systematic review of psychological and psychosocial risk factors. *Front Psychiatry* 2022; 13: 765118.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Kinke Lommerse, psychiater, Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag en onderzoeker, 113 Zelfmoordpreventie, Amsterdam.

Ibtissam Chidi, aios psychiatrie, GGZ Rivierduinen, Leidschendam.

Thomas van den Akker, hoogleraar Verloskunde, Leiden Universitair Medisch Centrum, Leiden en lid auditcommissie AMSM.

Saskia Mérelle, senior onderzoeker, epidemioloog, 113 Zelfmoordpreventie en Amsterdam UMC, Amsterdam.

Anna Rietveld, gynaecoloog, Noordwest Ziekenhuisgroep, en lid auditcommissie AMSM.

Correspondentie

Kinke Lommerse (k.lommerse@haaglandenmc.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-6-2026.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2026;68(08):437-441