



## **De roze wolk, schijn bedriegt**

De betrokkenheid van de vroedvrouw bij postpartum psychosen

**Bachelor Vroedkunde**

**Naam: Sophie Van hoof**

**Begeleidster: Stien Van Eyck**

Academiejaar 2020-2021

Campus Lier, Antwerpsestraat 99, BE-2500 Lier



## Woord vooraf

Wat een turbulent proces heb ik achter de rug. Familiale omstandigheden die mij aanvankelijk het vooropgestelde doel niet lieten bereiken, hebben mij dankzij mijn doorzettingsvermogen niet ondermijnd. Ik ben fier op mijn afgeleverd eindresultaat. Vanwege mijn perfectionistische ingesteldheid kan het in mijn ogen altijd nog wel beter. Echter dient uiteindelijk een einde aan het geheel gebreid te worden. Dankzij deze mentaliteit en met de nodige ondersteuning heb ik de deadline weten te behalen.

Gedurende dit verwerkingsproces werd ik nooit of te nimmer aan mijn lot overgelaten. Vanuit diverse hoeken heb ik hulp en ondersteuning aangeboden gekregen. Om die reden wens ik ook een dankbetuiging naar deze personen uit te spreken. Vooreerst mijn oprechte dank aan mijn projectbegeleidster Stien Van Eyck. Ongeacht datum en tijd, telkens stond zij voor mij paraat. Ik ben ervan overtuigd dat haar invalshoeken en feedback deze proef naar een hoger niveau hebben getild. Vervolgens wil ik ook graag een woord van dank richten aan Greet Jorissen en Leen Van den Eeden. Twee docenten die, indien Stien Van Eyck en ik geen consensus en opheldering over onduidelijkheden verkregen of bij enige onwetendheid, als hulplijn konden worden ingeschakeld. Het was aangenaam om weten dat er altijd iemand voor je klaar stond!

Daarnaast wil ik de drie experts die ik gecontacteerd heb evenzeer bedanken voor hun tijd en inbreng in de uitwerking van deze proef. Klaas Bauters, afdelingsverantwoordelijke van Moeder en Baby van Karus in Gent, heeft mijn kijk als toekomstige vroedvrouw op de perinatale mentale gezondheid van toekomstige moeders volledig doen wijzigen. Nooit eerder had ik op deze manier bij deze complexiteit stilgestaan. Bovendien hebben ook Sanne De Prins en Sara Moens mij met de neus op de feiten gedrukt. De vroedvrouw kan wel degelijk een meerwaarde toevoegen aan het team van geestelijke gezondheidszorgwerkers.

Tot slot nog een warm dankwoord aan mijn ouders. Zonder hen was het onmogelijk om dit geheel tot een goede afloop te bewerkstelligen. Ze wisten precies wat te zeggen om mij moed en motivatie in te spreken. Ook hebben ze op geen enkel moment irritaties vertoond wanneer ik hen voor de zoveelste keer vroeg om mijn proef na te lezen. Kortom, de door hen geboden (morele) ondersteuning was niet te onderschatten.

*Sophie Van hoof, Bonheiden, mei 2021*

## Samenvatting

Niettegenstaande een postpartum psychose een alarmerende psychiatrische noodtoestand is met een lage absolute prevalentie, zijn onmiddellijke psychiatrische evaluatie en behandeling cruciaal. Echter wordt de vaststelling van deze aandoening door verloskundigen en psychiaters vaak miskend. Een gebrek aan kennis, herkenning en behandelingsmogelijkheden maar evenzeer ook het heersende taboe omtrent perinatale psychische stoornissen en het niet veelvuldig voorkomen van de ziekte bevorderen de ontoereikendheid in zorgverlening van het multidisciplinaire team.

Preconceptionele begeleiding zou als eerste stap moeten fungeren in het opsporen van dit ziektebeeld. Vervolgens kan na de partus het screeningsproces aangevuld worden met The Post Partum Bonding Questionnaire om mogelijke strubbelingen in de moeder-kindbinding te signaleren. Laboratoriumtesten kunnen behandelbare oorzaken van een psychose opsporen. Tot slot zullen ook familieleden bevraagd moeten worden naar de eventuele aanwezigheid van predisponerende factoren.

De consequenties die ten gevolge van een postpartum psychose kunnen optreden, zijn niet mild. Er bestaat een verhoogd risico op zelfmoord, kindermoord en kindermishandeling. Daarnaast kunnen ook een gebrekkige moeder-kindbinding en een postpartum depressie zich als mogelijke gevolgen ontwikkelen. De noodzaak tot intramurale zorg in een Moeder-Baby-Eenheid dringt zich op. Daarnaast zijn, meestal in een later stadium, dagbehandelingen of ondersteuning aan huis behandelingsmogelijkheden die verwezenlijkt kunnen worden.

Waarin schuilt nu precies de betrokkenheid van de vroedvrouw binnen de multidisciplinaire aanpak van deze aandoening? Vervult deze voornamelijk een rol binnen het prenatale zorgpad of speelt deze binnen elke fase van het zorgpad een meerwaarde?

Een grondige literatuurstudie en interviews met experts benadrukken de sleutelrol van de vroedvrouw in het detecteren van afwijkingen in de fysiologie van de vrouw en haar hierin functie van door te verwijzen naar de correcte instanties. Vroedvrouwen geven de vrouw inspraak en zijn beschikbaar als aanspreekpunt voor veiligheid, ondersteuning en continuïteit van de zorg. Ook voorlichting, emotionele ondersteuning en het beoordelen van veiligheidsrisico's inzake het te hanteren medicatiebeleid behoren tot het takenpakket van de vroedvrouw.

Wegens een gebrek aan psychiatrische diepgang is een vroedvrouw niet voldoende bekwaam om te presteren op een Moeder-Baby-Eenheid en dient deze niet verplicht opgenomen te worden als lid van het multidisciplinair team. Daarentegen bezit een vroedvrouw een enorme kennis van zwangerschap, de partus en de ontwikkeling van het kind en kan zij op haar beurt de overige professionals iets bijleren. De introductie van een vroedvrouw met specialisatie in de geestelijke gezondheidszorg in het multidisciplinair team zou immers de samenwerking tussen de prenatale diensten en de gespecialiseerde gezondheidszorg mogelijk kunnen maken en vereenvoudigen.

Met de gedachte dat cliënten die lijden aan een postpartum psychose kwaliteitsvolle zorg kunnen genieten en de rol van de vroedvrouw in het multidisciplinaire behandelingsteam naar waarde wordt geschat, dienen vroedvrouwen professionele ontwikkelingsmogelijkheden aangeboden te krijgen. Verdere opleiding en onderwijs om niet louter communicatieve vaardigheden in te winnen maar ook meer kennis te vergaren over die psychische aandoeningen met een lage prevalentie en hoe deze te herkennen en naargelang hiervan counseling te verschaffen, dienen ingevoerd te worden. Voorts horen ook meer bewustmakingscampagnes opgericht te worden zodat negatieve stereotyperingen over vrouwen met deze aandoening verdwijnen.

## Inhoudstafel

<b>Woord vooraf</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
<b>Inhoudstafel</b> .....	<b>5</b>
<b>Verklarende woordenlijst</b> .....	<b>7</b>
<b>Lijst met figuren</b> .....	<b>8</b>
<b>Lijst met tabellen</b> .....	<b>9</b>
<b>Lijst van gebruikte afkortingen en symbolen</b> .....	<b>10</b>
<b>Inleiding</b> .....	<b>11</b>
<b>1 Probleemstelling</b> .....	<b>12</b>
1.1 Omkadering psychische problematiek.....	12
1.2 Prevalentie .....	12
1.3 Klinische presentatie .....	12
1.4 Etiologie .....	13
1.5 Implicaties.....	14
1.6 Screeningsmanagement.....	14
1.7 Behandelingsfaciliteiten .....	15
1.8 Preventie.....	16
1.9 Vraagstelling .....	17
<b>1.9.1 Conceptueel model</b> .....	<b>17</b>
<b>1.9.2 Onderzoeksvraag</b> .....	<b>17</b>
<b>2 Zoekmethodiek</b> .....	<b>18</b>
2.1 Zoektocht naar evidence based bronnen.....	18
<b>2.1.1 Zoektermen</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1.2 Zoekstrategie</b> .....	<b>18</b>
<b>3 Antwoord</b> .....	<b>20</b>
3.1 Zorgverlening bij acute opname .....	20
3.2 Betrokkenheid van de vroedvrouw .....	21
3.3 Valkuilen voor de vroedvrouw .....	23
3.4 Multidisciplinaire aanpak .....	24
3.5 Toekomstperspectief .....	25
<b>4 Discussie</b> .....	<b>27</b>
4.1 Rekrutering van de vroedvrouw.....	27
4.2 Optimalisatie rol van de vroedvrouw .....	27
4.3 Borstvoeding als misdadiger in het verhaal .....	27
4.4 Belang vroegtijdige detectie .....	28
4.5 Geschil in risicofactoren .....	28

<b>Conclusie .....</b>	<b>29</b>
<b>Referentielijst.....</b>	<b>31</b>
<b>Referentielijst – Persoonlijke communicatie .....</b>	<b>33</b>
<b>Addendum .....</b>	<b>34</b>
Addendum 1: Literatuursteeckaarten .....	35
Addendum 2: The Post Partum Bonding Questionnaire .....	64
Addendum 3: Het psychosociale assessment .....	65

## Verklarende woordenlijst

**Delier/delirium:** Een ongeregeldheid die ontstaat door één of meerdere lichamelijke aandoeningen, geneesmiddelenintoxicatie of de ontwenning van medicatie of alcohol. Een delier kent een acuut begin van symptomen waarvan de ernst doorheen de dag fluctueert. Het is een aandachts- en bewustzijnsstoornis met een verandering in cognitie. Soms duiken er ook hallucinaties of zelfs wanen op (Eizenga et al., 2014).

**Mothercraft nurses:** Verpleegkundigen met gespecialiseerde kwalificaties, kennis over en een ruime ervaring in de postnatale verzorging en het vroeg ouderschap met betrekking tot baby's, peuters en kleuters. Ze kunnen onder meer hulp bieden bij de lactatie en borstvoeding, responsieve slaap- en ruststrategieën overbrengen, voedingsproblemen verhelpen, routine in het gezinsleven verkrijgen, de groei en ontwikkeling van het kind beoordelen en tot slot het verwezenlijken van gedragsbeheer bij de baby en een optimale maternale gezondheid vrijwaren (Graphics, sd).

## **Lijst met figuren**

Figuur 1: Conceptueel model.....	17
Figuur 2: Flowchart zoekstrategie.....	19



## Lijst met tabellen

Tabel 1: Weergave inhoud Post Partum Bonding Questionnaire.....	64
---	----

## **Lijst van gebruikte afkortingen en symbolen**

**CGI-BP:** The Clinical Global Impressions – Bipolar Disorder Scale

**ECT:** Electroconvulsietherapie

**EPDS:** The Edinburgh Postnatal Depression Scale

**IQ:** Intelligentie Quotiënt

**NICE:** The National Institute for Health and Care Excellence

**NMC:** The Nursing and Midwifery Council

**PBQ:** The Post Partum Bonding Questionnaire

**SPSS:** Statistisch Pakket voor Sociale Wetenschappen

**YMRS:** The Young Mania Rating Scale

## Inleiding

De term 'postpartum depressie' wordt wel eens op de kraamafdeling en/of in de postnatale thuiszorg uitgesproken. Echter lijkt het onwaarschijnlijk dat er zich eveneens een kraamvrouw met een postpartum psychose kan vooropstellen. Het is een psychiatrische aandoening die niet veelvuldig voorkomt. Nét daarom is een handleiding voor de vroedvrouw praktisch. We zijn op de hoogte van de screenings- en behandelingsmethodes voor een postpartum depressie maar hoe zit het met deze voor een postpartum psychose? Deze aandoening kan tenslotte ook optreden en ook deze vrouwen hebben recht op kwaliteitsvolle zorg, zorgverlening die zich specifiek focust op hun noden en behoeften. Ik wil met andere woorden voor de vroedvrouwen van de toekomst trachten een overzicht te schetsen van hoe om te gaan met deze diagnosestelling: Wat kan ik als vroedvrouw in deze situatie zeggen? Welke handeling(en) kan ik als vroedvrouw verwezenlijken? Naar welke instanties moet ik doorverwijzen? Welke meerwaarde kan ik als vroedvrouw bieden? Tot waar reiken mijn bevoegdheden? Welke valkuilen/beperkingen kunnen zich mogelijks aanbieden? ...

Sedert twee jaar spreekt het psychisch gebeuren van mensen mij enorm aan. Welke weerslag kan een bepaalde gebeurtenis met zich meebrengen? Welke impact zal dit op mentaal en fysiek niveau hebben? Wederom ben ik me gaan verdiepen in de diverse psychische aandoeningen die zich bij vrouwen tijdens hun vruchtbare leeftijd kunnen manifesteren.

In mijn schoolcarrière heb ik reeds theoretisch inzicht verworven in diagnoses waaronder bijvoorbeeld een postpartum depressie. Daarnaast kan je in het dagelijks leven ook geconfronteerd worden met een kraamvrouw die lijdt aan een psychose. Vermits ik van mening ben dat ik zowel theoretisch alsook praktisch nog kan groeien in de omgang met deze aandoening en ook vanuit het standpunt dat er hierover een grote vraag bij zorgverleners heerst, ontstond mijn idee om rond dit onderwerp een bachelorproef uit te werken.

Mijn voorkeur voor dit onderwerp is erg toegenomen dankzij het lezen van een verhaal van een moeder die deze aandoening zelf heeft doorgemaakt. Het verhaal is vanuit haar perspectief geschreven, maar ook getuigenissen van familieleden en zorgverleners komen aan bod. Grote verschillen zijn op te merken in de wijze waarop elk lid van het multidisciplinair team met deze situatie is omgegaan. Reden te meer dat er nood is aan een duidelijke richtlijn voor de vroedvrouw over haar taak bij deze psychische problematiek.

# 1 Probleemstelling

Het vooruitzicht op de partus en de geboorte van het kind impliceert dat de vrouw een nieuwe rol in haar leven in vervulling laat treden. Ze wordt binnenkort moeder en zal bijgevolg verantwoordelijkheid opnemen over het leven van haar kind. Echter verloopt deze rolverandering niet voor elke vrouw zonder gebreken. Sommigen onder hen zweven na de geboorte niet op een roze wolk maar vallen in een oneindig diepe zwarte put. Ze verliezen de verbinding tussen denken en handelen, hun heel-zijn wordt doorbroken. Het psychisch en fysisch lijden van vrouwen kan aanleiding geven tot het ontwikkelen van een psychose die zich afspeelt na de geboorte van het kind.

## 1.1 Omkadering psychische problematiek

Een postpartum psychose is van het geheel aan perinatale psychiatrische stoornissen 'de' aandoening waarvan de zorgverleners nog in het ongewisse horen te duiken (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Mohamied, 2019; Osborne, 2018). Tegelijkertijd is het een gevaarlijke psychiatrische noodtoestand met een prevalentie van één à twee per 1000 vrouwen (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie; Bergink et al., 2015; Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Hauck et al., 2015; Osborne, 2018; Perry, Gordon-Smith, Jones & Jones, 2021; Posmontier, 2010). Onmiddellijke psychiatrische evaluatie, waaronder hospitalisatie enkele dagen of weken na de opzet van symptomen, en behandeling zijn van uitermate belang (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie; Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Osborne, 2018; Posmontier, 2010).

Deze afwijkende gezondheidstoestand, waarbij 26.3 jaar de gemiddelde leeftijd vormt waarop deze conditie zich kan manifesteren, kan niet gelijkgesteld worden aan één welbepaalde diagnose (Posmontier, 2010). In tegenstelling, het is een verzameling van alle mogelijke psychotische ziektebeelden die zich kunnen manifesteren in het postpartum (Ramsauer & Achtergarde, 2018). Puerperale psychose is een mogelijk synoniem voor bovenstaand ziektebeeld (Mohamied, 2019; Plunkett, Peters, Wieck & Wittkowski, 2017).

Een postpartum depressie daarentegen, wordt gedefinieerd als een depressieve episode, beginnend in het derde trimester van de zwangerschap of binnen vier weken na de partus, die bestaat uit een slecht humeur, anhedonie en mogelijks suïcidaliteit. De diagnose wordt pas vastgesteld op voorwaarde dat de symptomen voor een periode van minstens twee weken aanhouden. Echter kan er afgeweken worden van dit tijds criterium en moet een depressieve episode vermoed worden ingeval de symptomen zodanig ernstig zijn dat ze het algeheel functioneren kunnen beïnvloeden en indien de vrouw al dan niet tekenen van suïcidaliteit vertoont. Deze psychiatrische aandoening treft 10-20% van de kraamvrouwen (Osborne, 2018).

## 1.2 Prevalentie

Alhoewel er sprake is van een lage absolute prevalentie met betrekking tot postpartum psychosen, wordt er weliswaar bemerkt dat het relatieve risico op het eerste voorkomen van een affectieve psychose binnen vier weken na de partus 23 keer hoger gelegen is dan gedurende een andere periode in het leven van de vrouw (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016).

## 1.3 Klinische presentatie

Meerdere studies die zich hebben verdiept in vrouwen met een postpartum psychose tonen aan dat het karakteristieke moment waarop de unieke en zich onderscheidende symptomen op de voorgrond verschijnen zich zou bevinden tussen de derde en de tiende dag na de geboorte, doorgaans binnen de twee weken na de partus (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie; Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Devlieger, Jacquemyn, Laubach, & Roelens, 2019; Osborne, 2018; Posmontier, 2010).

Bovendien wordt ook gedocumenteerd dat vrouwen met een voorgeschiedenis van een bipolaire stoornis, waarbij het medicatiebeleid stelselmatig wordt afgebouwd, de dreiging lopen op het optreden van episodes tijdens de zwangerschap (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016).

Daarnaast lopen deze vrouwen in de postpartum periode ook het risico dat een wederinstorting zich reeds eerder manifesteert, mogelijks zelfs tijdens of direct na de partus (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016). Uit een meta-analyse is gebleken dat vrouwen die tijdens de zwangerschap het gebruik van profylactische stemmingsstabilisatoren remmen, het risico op een recidief van een bipolaire stoornis tijdens het postpartum bijzonder hoog is. 66% van de vrouwen ervaarde deze problematiek. Ondanks het gebruik van profylactische psychotrope medicatie tijdens de zwangerschap en de vroege postpartum periode blijft het risico op herhaling van een bipolaire stoornis na de partus hoog (Perry, Gordon-Smith, Jones & Jones, 2021).

De klinische presentatie van een postpartum psychose kent twee ziekteverlopen. Enerzijds kan er sprake zijn van een geïsoleerde postpartum psychose, één die zich louter na de geboorte afspeelt. Anderzijds kan een postpartum psychose, met niet-perinatale episodes, optreden als een uiting van een bipolaire stoornis. Slapeloosheid, stemmingswisselingen en prikkelbaarheid in combinatie met het zich voordoen van manie, depressie of een samenhang van beiden, zijn prodromale symptomen die een bijdrage kunnen leveren aan de omgeving in het herkennen van deze psychiatrische aandoening (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Osborne, 2018).

Postpartum psychosen worden gekarakteriseerd door hun deliriumachtige vertoning. Daarenboven treden er cognitieve verschijnselen waaronder desoriëntatie, verwarring, verlies van contact met de realiteit zodat hallucinaties en wanen met mogelijks betrekking tot de neonat en/of de partus zich kunnen vooropstellen, op (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Osborne, 2018; Ramsauer & Achtergarde, 2018). Ook abnormaal gedrag en bijvoorbeeld agitatie en depersonalisatie behoren tot de symptomen van een postpartum psychose (Osborne, 2018; Ramsauer & Achtergarde, 2018). Tekens zoals het invoeren van gedachten die niet tot de eigen persoon behoren, deze afzonderen of deze naar anderen overbrengen, het beleven van apatische ervaringen, het aanhoren van hallucinerende stemmen die onafgebroken kritiek geven en zich tenslotte afsluiten van sociaal contact, vertonen een relatief lage indicidentie (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016).

## 1.4 Etiologie

Bij uitstek vormt een postpartum psychose één van de weinige psychiatrische aandoeningen waarbij een duidelijke biologische prikkel kan teruggevonden worden, namelijk 'de partus' (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie; Osborne, 2018). Verschillende onderzoeken ontkrachten het fenomeen dat zwangerschapsgebonden of obstetrische factoren een verhoogd risico met zich zouden meebrengen. Hiertegenover staan eveneens onderzoeken die specifieke risicofactoren kunnen aantonen (Osborne, 2018). Deze risicofactoren zijn onder meer een persoonlijke en/of familiale voorgeschiedenis van een bipolaire stemmingsstoornis, een voorgaande episode van een postpartum psychose bij vrouwen met een al dan niet onderliggende bipolaire stoornis, primipariteit, een verhoogde maternale leeftijd en slaapdeprivatie (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie; Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Forde, Peters & Wittkowski, 2019; Osborne, 2018). Kortom, vrouwen met een bipolaire stoornis lopen dus een groter risico op het doormaken van een psychose (Hauck et al., 2015; Perry, Gordon-Smith, Jones & Jones, 2021).

Daarnaast zijn zelfs eerdere opnames voor een psychiatrische stoornis, een voorgeschiedenis van unipolaire depressie met psychotische kenmerken, een voorgeschiedenis van schizofrenie, complicaties bij de partus, de daling in oestrogenspiegels, het abrupt stoppen van antimaniacale medicatie, huwelijksproblemen en een ongeplande zwangerschap voorbeschikte factoren voor een psychose (Posmontier, 2010). Multipariteit met een psychotische voorgeschiedenis en een lage drempel voor het zich manifesteren van klinische stemmingssymptomen ten gevolge van eerdere episodes alsook een niet-affectieve psychose kunnen als risicofactoren voor terugval geïdentificeerd worden (Bergink et al., 2015). Het toedienen van bromocriptine aan kraamvrouwen, met of zonder een voorgeschiedenis van psychiatrische stoornissen, met als doel om de lactatie te onderdrukken, zou ook een psychose kunnen veroorzaken (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016; Perry, Gordon-Smith, Jones & Jones, 2021).

Eveneens cabergoline wordt in associatie gebracht met het uitlokken van een postpartum psychotische aandoening, een terugval of zelfs een exacerbatie. Echter houdt deze werkzame stof, in vergelijking met bromocriptine, een lager risico op het gebeuren in (Snellen, Power, Blankley & Galbally, 2016).

Bergink, Rasgon en Wisner (2016) vermoeden dat het mechanisme dat aan de oorzaak van de aandoening gelegen is een samenhang etaleert met specifieke fysiologische veranderingen (endocrien, immunologisch en circadiaans) die zich na de partus voltrekken en dit in het bijzonder bij vrouwen die er een genetische kwetsbaarheid voor hebben (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016). Armoede, stress en het onderhouden van functionele relaties met andere gezinnen in een afgesloten, gedeelde ruimte kunnen bijdragen aan een zekere kwetsbaarheid voor de geestelijke gezondheid (Mohamied, 2019).

## 1.5 Implicaties

De langetermijneffecten van een postpartum psychose zijn niet minimaal. De aandoening wordt namelijk in verband gebracht met een verhoogd risico op zelfmoord, kindermishandeling en kindermoord (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016; Osborne, 2018; Posmontier, 2010). Postpartum depressieve psychosen dragen een risicopercentage op filicide van 4.5% (Brockington, 2017; Degner, 2017). In geval van episodes zonder openlijke despressie is het ongebruikelijk dat filiciden tijdens de acute fase optreden (Brockington, 2017). Vrouwen die lijden aan een postpartum psychose ondervinden wellicht waanideeën van altruïstische doodslag. De moeder wil beide levens redden van een lotsbestemming die kwellender zou zijn dan de dood. Moederlijke zelfmoord en kindermoord lijken bijgevolg buitenkansen te zijn (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016). Zo vormt zelfmoord één van de belangrijkste oorzaken van perinatale moedersterfte (Degner, 2017). Tijdens de acute fase van een psychose treedt zelfmoord zelden op. Het percentage bereikt echter een hogere waarde later in het leven van de moeder en bij eerstegraads bloedverwanten. Een gebrekkige moeder-kindbinding en een postpartum depressie met consequenties voor de ontwikkeling van het kind zijn ook gevolgen die kunnen voorkomen (Osborne, 2018).

De prognose van psychosen is afhankelijk van de duurtijd van de episode en zal met andere woorden gunstiger zijn indien er sprake is van een korte duur van de acute episode. Na het doormaken van een beginnende episode hebben kraamvrouwen 50-80% kans op het regenereren van een nieuwe ernstige psychiatrische episode. Deze situeert zich doorgaans binnen het bipolaire spectrum. Voor 20-50% van de kraamvrouwen gaat het slechts om een geïsoleerde postpartum psychose (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016).

## 1.6 Screeningsmanagement

Het opsporen van kraamvrouwen die vatbaar zijn voor een postpartum psychose start weldra bij het invoeren van preconceptionele begeleiding. Vrouwen met een voorgeschiedenis van geestelijke ziektebeelden én voornamelijk diegenen die profylaxe hanteren, worden voorgelicht over zwangerschapsgerelateerde risico's alsmede over de risico's en voordelen die verwant zijn aan de verschillende behandelingsopties die van toepassing zijn tijdens de zwangerschap en borstvoedingsperiode (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016).

Het screeningsproces naar postpartum psychosen kan vereikt worden met een interview of vragenlijst die zich toespitst op de aan- of afwezigheid van stemmingsstoornissen (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016; Osborne, 2018). 'The Post Partum Bonding Questionnaire' (PBQ) (zie Addendum 2: The Post Partum Bonding Questionnaire) is een mogelijke vragenlijst die na de partus gehanteerd kan worden in de opzoring van strubbelingen in de moeder-kindbinding (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016). Het op meerdere tijdstippen na de partus beoordelen van de gemoedstoestand en mogelijke aanwezige psychotische symptomen levert een meerwaarde op in de diagnostische en veiligheidsbeoordelingen van moeder en kind. Daarnaast dienen ook familieleden bevraagd te worden naar prodromale symptomen van een psychose (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Osborne, 2018).

Vervolgens moet het screeningsproces aangevuld worden met een aantal laboratoriumtesten die behandelbare oorzaken waaronder een acute infectie, bloedverlies peripartum en anemie en een verergering van endocriene en/of auto-immuunziekten van een psychose kunnen opsporen (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016).

## 1.7 Behandelingsfaciliteiten

De faciliteiten die er momenteel voor een postpartum psychose voorhanden zijn, beperken zich tot drie mogelijkheden: dagbehandelingen, een opname of ondersteuning aan huis (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016). In de acute fase van een psychose dringt een opname in een Moeder-Baby-Eenheid of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis zich op (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie; De Prins & Moens, 2021, 26 februari – persoonlijke communicatie). De aspecten veiligheid, observatie en medicamenteuze behandeling kunnen worden aangeboden (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie).

Het vooropgesteld doel van elke voorziening is gericht op het reduceren van de psychiatrische symptomen en tegelijkertijd het versterken en ondersteunen van het gevoel van eigenwaarde, het vertrouwen in het moederschap, de sociale- en gezinsfunctie en uiteindelijk de gezondheid en emotionele ontwikkeling van het kind. De voorkeur gaat in het gros van de landen uit naar intramurale zorgverlening waarbij een gedeelde opname van moeder en kind wordt gewaarborgd. Het brengt een grotere tevredenheid over de zorg met zich mee, familieleden van de cliënte worden evenzeer in het zorgproces betrokken en opmerkelijk leidt het tot een kortere herstelperiode (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016).

Het medicatiebeleid wordt zodanig opgesteld dat de vrouw opnieuw de slaap kan vatten, de psychose wordt aangevallen en er zich een gestabiliseerde gemoedstoestand kan voltrekken (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016). Bijkomend wordt er rekening gehouden met de teratogeniciteit van sommige farmacologische middelen (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016). De therapie omvat de inname van benzodiazepines met een korte halfwaardetijd aangezien deze een sedatie van het kind geven ingeval de moeder borstvoeding geeft (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016). Deze medicatie dient voor het slapengaan gedurende drie dagen ingenomen te worden. Er wordt geëvalueerd of slaapherstel resulteert in klinische remissie van manische en psychotische symptomen (Bergink et al., 2015). Bijgevolg kunnen ook antipsychotica en lithium aan het beleid toegevoegd worden (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016). Patiënten bij wie de manische of psychotische symptomen na een behandeling van drie dagen met benzodiazepinemonotherapie standhouden, wordt aanbevolen om te starten met antipsychotica vanaf dag vier en dit gedurende twee weken. Lithium wordt aan het medicatiebeleid toegevoed indien er na twee weken geen significante klinische respons wordt waargenomen (Bergink et al., 2015).

Van de patiënten met een mediane episodeduur van veertig dagen bereikte 98.4% van de patiënten volledige remissie na de opeenvolgende inname van benzodiazepines, antipsychotica en lithium (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016). Geen enkele patiënt die onder de behandeling van benzodiazepinemonotherapie stond, verkreeg een recidief. De combinatie van benzodiazepines en antipsychotica leverde echter significant meer kans op terugval op ( $N = 6/12, 50.0\%$ ) vergeleken met deze die aanvullend nog lithium toegediend kregen ( $N = 6/47, 12.8\%$ ) (Fisher's exacte test,  $p = 0.01$ ; odds ratio = 6.8, 95% BI = 1.7-28.3) (Bergink et al., 2015). Slechts af en toe heeft het gebruik van lithium neveneffecten (koorst, gastro-intestinale aandoeningen en elektrolytenverlies) op het borstgevoede kind (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016). Verder kan het in de eerste zes tot negen maanden van de kraamtijd doorgenomen worden in het kader van een onderhoudsbehandeling (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Osborne, 2018).

Het al dan niet bereikt hebben van klinische remissie wordt bepaald door middel van het gebruik van diverse instrumenten waaronder The Clinical Global Impressions – Bipolar Disorder Scale (CGI-BP), The Young Mania Rating Scale (YMRS) en The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Bergink et al., 2015).

Een CGI-BP-score  $\leq$  drie, een YMRS-score  $\leq$  acht en een EPDS-score  $\leq$  tien volhardend gedurende minstens één week impliceren dat de patiënt klinische remissie heeft bereikt. Eenmaal volledige remissie is bereikt, worden alle vrouwen geadviseerd om de inname van benzodiazepines af te bouwen tot volledige stopzetting. Antipsychotische monotherapie dient gehandhaafd te worden onder de vorm van onderhoudstherapie tot negen maanden postpartum (Bergink et al., 2015). Aan vrouwen die louter klinische remissie vertoonden na het gebruik van zowel antipsychotica als lithium werd aanbevolen om het gebruik van antipsychotica langzaam af te bouwen en echter lithiummonotherapie te blijven hanteren als onderhoudsbehandeling tot negen maanden postpartum (Bergink et al., 2015; Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Osborne, 2018).

Patiënten bij wie er zich een depressie met psychotische tekens manifesteert, wordt overwogen om hen te behandelen met electroconvulsietherapie (ECT) vanwege de lange mediane duratie van de episode. Deze kan een tijdsduur van 115 dagen innemen (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016). De reeds ingenomen psychotrope medicatie dient alvorens aanvang van de ECT afgebouwd te worden tot volledige onthouding (Bergink et al., 2015). Deze vorm van behandeling kan ook tijdens de zwangerschap gegeven worden in tegenstelling tot de inname van bepaalde geneesmiddelen zoals onder meer valproaat met als gevolg teratogeniciteit in een vroeg stadium van de zwangerschap. Literatuur toont echter aan dat ECT een premature arbeid kan induceren (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016). ECT kan ook georganiseerd worden voor een postpartum psychose met catatonie (Bergink et al., 2015; Mohamied, 2019). Antidepressiva niettegenstaande, kunnen niet overwogen worden voor de behandeling van een acute postpartum depressie met psychotische tekens omdat deze het risico dragen op het verergeren van de stemmingsinstabiliteit (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016). Voorts kunnen deze leiden tot het optreden van milde ontwenningverschijnselen bij het kind (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016).

## 1.8 Preventie

Reeds zijn er strategieën vooropgesteld die hulp bieden in de preventie van recidiverende postpartum psychosen. Een multidisciplinair team stelt in samenspraak met de cliënte en haar familieleden een geïndividualiseerd beleid op. Volgende elementen komen in het gesprek aan bod: medicatieprofylaxe, interventiestrategieën bij het eerste optreden van prodromale symptomen, invulling zwangerschap, bevalling, pijn- en stressmanagement, pediatrisch personeel beschikbaar voor het superviseren van eventuele intra-uteriene medicatieblootstelling, keuze voedingswijze, strategieën in verband met het waarborgen van het slaap- en circadiaans ritme en de moeder-kindinteractie in combinatie met betrokkenheid van het gezin (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016).

Specifiek voor die vrouwen met een geïsoleerde postpartum psychose wordt er profylaxe met lithium, onmiddellijk na de partus, gestart (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Osborne, 2018). Hierdoor wordt de kans op het doormaken van bipolaire episodes verminderd (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016).

Voor vrouwen met een onderliggende bipolaire stoornis is het lang niet zo eenvoudig. Een risico-batenanalyse wordt opgemaakt en er wordt overwogen om profylaxe, op basis van eerdere reactie op toegediende middelen maar waarschijnlijker met lithium, tijdens de zwangerschap toe te dienen om de kans op stemmingsstabiliteit doorheen het baringsproces te handhaven (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016). Carbamazepine heeft net zoals lithium het voordeel dat een reductie in recidiefpercentage kan verzekerd worden. Lithium kan beschouwd worden als eerste keuze (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016). Neuroleptica leveren echter bijwerkingen bij deze categorie van vrouwen op. Verschillende gevallen van maligne neurolepticasyndroom zijn beschreven. De effecten op het borstgevoede kind zijn echter gering (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016). Borstvoeding zou aangemoedigd moeten worden. Echter dient dit met de nodige omzichtigheid te gebeuren. Sommige psychofarmaca, waaronder carbamazepine, clozapine en lithium, worden als niet bruikbaar geacht in combinatie met borstvoeding (Mohamied, 2019).



## 1.9 Vraagstelling

### 1.9.1 Conceptueel model



*Figuur 1: Conceptueel model*

### 1.9.2 Onderzoeksvraag

Waarin schuilt de betrokkenheid van de voedvrouw binnen de multidisciplinaire aanpak van postpartum psychosen?

## 2 Zoekmethodiek

### 2.1 Zoektocht naar evidence based bronnen

#### 2.1.1 Zoektermen

**Pubmed:** postpartum psychosis, symptoms, definition, midwife, treatment, hospitalization, caregiving, sleep deprivation, postpartum depression, healthcare en dostinex.

**Limo:** postpartum psychosis infant harm mother, postpartum psychosis en midwife.

**Google:** guideline postpartum psychosis

**National Institute for Health and Care Excellence (NICE):** postpartum psychosis

#### 2.1.2 Zoekstrategie

##### **Pubmed:**

- (Postpartum psychosis): 1000 resultaten → filter 'publication date: 5 years': 197 resultaten → filter 'review': 40 resultaten → filter 'humans': 31 resultaten
- (Postpartum psychosis) AND (Symptoms): 532 resultaten → filter 'free full text': 106 resultaten → filter 'publication date: 5 years': 48 resultaten → filter 'humans': 35 resultaten
- (Postpartum psychosis) AND (Definition): 1058 resultaten → filter 'open access': 570 resultaten → filter 'publication date: 5 years': 382 resultaten
- ((Postpartum psychosis) AND (Treatment)) AND (Midwife): 18 resultaten
- (Postpartum psychosis [MeSH termen]): 621 resultaten → filter 'free full text': 81 resultaten → filter 'publication date: 5 years': 33 resultaten → filter 'humans': 32 resultaten
- ((Postpartum psychosis) AND (Hospitalization)) AND (Caregiving): 1 resultaat
- (Postpartum psychosis [MeSH Major Topic]) AND (Sleep deprivation [MeSH Major Topic]): 2 resultaten → sneeuwbalmethode
- (Postpartum psychosis) AND (Postpartum depression): 456 resultaten → filter 'publication date: 5 years': 97 resultaten → filter 'free full text': 51 resultaten
- (Postpartum psychosis [MeSH Major Topic] AND (Healthcare [All Fields])): 36 resultaten → filter 'publication date: 5 years': 9 resultaten → sneeuwbalmethode
- (Dostinex) AND (Postpartum psychosis): 3 resultaten → filter 'publication date: 5 years': 1 resultaat

##### **Limo:**

- Eenvoudig zoeken: 'Postpartum psychosis infant harm mother': 656 resultaten → filter 'online toegang': 656 resultaten → filter 'artikels': 600 resultaten → filter 'peer-reviewed': 542 resultaten → filter '2015-2020': 279 resultaten → filter 'Engels': 279 resultaten → filter 'psychiatry': 124 resultaten
- [Volledig document] Postpartum psychosis AND [Volledig document] Midwife: 381 resultaten → sneeuwbalmethode

##### **Google:**

- 'Guideline postpartum psychosis'

##### **NICE:**

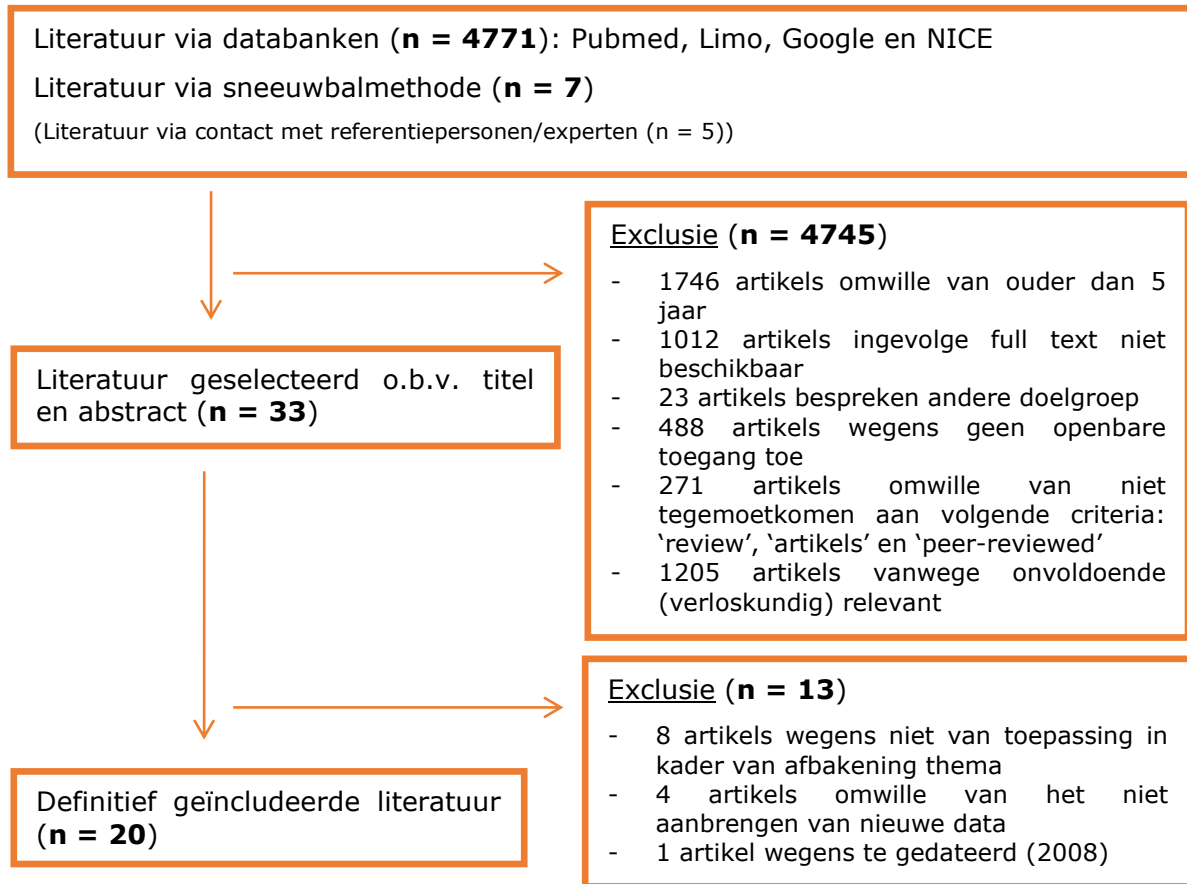
- 'Postpartum psychosis': 6 resultaten

##### **Sneeuwbalmethode:**

- 'An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice' (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016) → 'The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation' (Brockington, Fraser & Wilson, 2006)

##### **Contact met referentiepersonen/experten:**

- Interview met Klaas Bauters (afdelingsverantwoordelijke Moeder en Baby van Karus in Gent): Jaarverslag CMB 2019\_KARUS, Presentatie draaiboek ambulantly\_KARUS en richtlijn screening en detectie van perinatale mentale stoornissen
- Zoommeeting met Sanne De Prins (psychiatrisch verpleegkundige) en Sara Moens (vroedvrouw), beiden werkzaam in PC Bethanië - Moeder & Baby in Zoersel



De gebruikte bronnen omvatten: 20 tijdschriftartikels (waarvan 3 reviews), 3 experten, 2 richtlijnen, 1 handboek verloskunde en 1 relevante wetenschappelijk onderbouwde website.

*Figuur 2: Flowchart zoekstrategie*

## 3 Antwoord

### 3.1 Zorgverlening bij acute opname

Plunkett, Peters, Wieck en Wittkowski (2017) halen aan dat NICE aanbeveelt om vrouwen die zich presenteren met psychische problemen vanaf de geboorte tot twaalf maanden postpartum en bijgevolg nood hebben aan intramurale zorg te laten opnemen in een Moeder-Baby-Eenheid. Hierdoor kunnen problemen met de hechting tussen moeder en kind voorkomen worden (Plunkett, Peters, Wieck & Wittkowski, 2017). Op een holistische manier wordt verpleegkundige zorg aangeboden. Er wordt voorzien in de fysieke, psychologische en sociale behoeften van de moeder, de baby en de partner (Korteland, Koorengevel, Poslawsky & van Meijel, 2019).

Alvorens de geschikte behandelingsmodaliteit binnen een Moeder-Baby-Eenheid kan geselecteerd worden, dienen moeders op intakegesprek te komen (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie; De Prins & Moens, 2021, 26 februari – persoonlijke communicatie). In overleg wordt nagegaan of de vrouw in aanmerking komt voor een opname of toch eerder in het traject van een dagbehandeling kan starten (De Prins & Moens, 2021, 26 februari – persoonlijke communicatie). Ook kan er op dat moment worden achterhaald of de desbetreffende zorginstelling wel degelijk geschikt is voor de moeder (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie; De Prins & Moens, 2021, 26 februari – persoonlijke communicatie). Het is vanzelfsprekend dat in acute omstandigheden de moeder van dit gesprek wordt ontzien (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie). Logischerwijze zal een dagbehandeling niet geschikt zijn voor een vrouw die zich in een acute psychotische fase bevindt. Bij een dagbehandeling worden deze vrouwen aan immens veel prikkels blootgesteld (De Prins & Moens, 2021, 26 februari – persoonlijke communicatie).

Normaliter worden moeder en baby samen opgenomen in een Moeder-Baby-Eenheid (De Prins & Moens, 2021, 26 februari – persoonlijke communicatie). Uit recent onderzoek is gebleken dat gezamenlijke opname een positief effect heeft op het gezondheidsbeeld van de moeder en op de moeder-kindrelatie (Korteland, Koorengevel, Poslawsky & van Meijel, 2019). Indien het ziektebeeld van de moeder nog te ernstig blijkt te zijn en er dus gebroken zou kunnen worden tegen het aspect van veiligheid wordt geopteerd om de baby thuis te laten (De Prins & Moens, 2021, 26 februari – persoonlijke communicatie).

Binnen een Moeder-Baby-Eenheid situeert zich een heterogene doelgroep. Hetgeen deze vrouwen bindt, is de aanwezigheid van een psychiatrische problematiek die zich afspeelt in de fase van het moederschap (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie; De Prins & Moens, 2021, 26 februari – persoonlijke communicatie). De moeder wordt zo goed mogelijk op psychiatrisch niveau behandeld en daarnaast dient de hechting tussen moeder en baby geremedieerd te worden (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie; Gilden et al., 2020). Een verminderde hechting kan immers beïnvloeding van de emotionele, cognitieve en gedragsmatige langetermijnontwikkeling van het kind teweegbrengen. Het aspect van een verminderde hechting is een duidelijk ernstig probleem bij een postpartum depressie, maar manifesteert zich niet zozeer bij een postpartum psychose (Gilden et al., 2020).

Standaardzorgplannen zijn er niet (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie)! Bestaande literatuur beveelt wel aan dat intramurale zorgverlening een drievoudige focus heeft na te streven: de gezondheid van de moeder, moeder-babyuitkomsten en zorg voor de nabestaanden waarborgen (Korteland, Koorengevel, Poslawsky & van Meijel, 2019). Elke casuïstiek is uniek (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie). Voor ieder wordt een behandelplan op maat ontwikkeld en dit in overleg met moeder en vader (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie; De Prins & Moens, 2021, 26 februari – persoonlijke communicatie). De noden van de partner blijven te allen tijde een prioriteit in het bespreken, vastleggen en bijsturen van het betreffende behandelconcept (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie).

Aangezien de baby een centrale plaats inneemt in het tot uiting komen van psychotische symptomen zal dientengevolge de moeder-kindbinding een invloed uitoefenen op het herstelproces. De wijze waarop de rol van de baby tot uiting komt, is doch verschillend. De baby kan een barrière vormen gedurende het herstelproces. Daarnaast kan hij aanzien worden als een begunstiger in het herstelproces van de moeder. Bredere systemische factoren zoals het al dan niet ondervinden van steun van de partner kunnen maken dat moeders hun baby eerder als een belemmering in het herstelproces aanschouwen (Plunkett, Peters, Wieck & Wittkowski, 2017).

Contactname met de baby resulteert in een groei van de zelfeffectiviteit van de moeder, zowel op praktisch alsook op emotioneel niveau en een daling in de ervaringen van emotioneel leed. Nauw contact met de baby biedt de mogelijkheid tot het toepassen van interacties die vervolgens de relationele band bevorderen (Plunkett, Peters, Wieck & Wittkowski, 2017). Het geven van feedback zonder waardeoordeel kan het zelfrespect van de vrouw in haar functie als bekwame moeder stimuleren (Korteland, Koorengel, Poslawsky & van Meijel, 2019). Indien de baby de moeder haar vertrouwen in wie ze is als moeder en als individu begunstigt, nemen moeders het heft in eigen handen om meer verantwoordelijkheid over de baby te nemen. De baby leidt mogelijks tot de activatie van het rustgevende systeem van de moeder, hetgeen wijst op veiligheid voor moeder en baby (Plunkett, Peters, Wieck & Wittkowski, 2017).

Rust is een aanmerkelijke pijler in het herstelproces van een postpartum psychose (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie; De Prins & Moens, 2021, 26 februari – persoonlijke communicatie; Korteland, Koorengel, Poslawsky & van Meijel, 2019). Naast medicatietoediening maakt ook slaapherstel deel uit van de behandeling (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie). Deze behoefte aan rust zou verstoord kunnen worden door het geven van borstvoeding. Deze voedingswijze zou namelijk interfereren met de inname van psychotrope medicatie, de nood aan structuur, rust en ook met de vereiste om slaappatronen te rehabiliteren. Borstvoeding zou aanzien kunnen worden als een factor die de totstandkoming van een psychose mee in de hand werkt (Korteland, Koorengel, Poslawsky & van Meijel, 2019).

### **3.2 Betrokkenheid van de vroedvrouw**

Mohamied (2019) vermeldt dat de code van The Nursing and Midwifery Council (NMC) het ermee eens is dat vroedvrouwen een sleutelrol vervullen in het detecteren van afwijkingen van de fysiologie en het tijdig doorverwijzen naar de relevante specialisaties. Daarnaast geeft Mohamied (2019) aan dat de NMC het onontbeerlijk vindt om patiënten voorgang te geven en hun veiligheid te beschermen. Tegelijkertijd gevoelige en medelevende zorg bieden, is ook prioritair. Deze zorg wordt mogelijk gemaakt door de vrouw zowel op fysiek alsook op mentaal niveau op te volgen en te documenteren, tijdig door te verwijzen en een veilig medicatiebeleid te hanteren (Mohamied, 2019).

Eenmaal er psychische problematiek bij de vrouw gediagnosticeerd wordt, dient een convenabel en gewichtig zorgbeleid uitgestippeld te worden waarbij in de opstelling hiervan belang moet worden gehecht aan inspraak van de vrouw (Mohamied, 2019; Phillips, 2015). Vroedvrouwen situeren zich bij uitstek in de positie om het welzijn van de vrouw te beoordelen en haar hier in functie van gepaste ondersteuning te verlenen (Phillips, 2015). Ze spelen als het ware een centrale rol in het opkomen voor de wensen van de vrouw. Vroedvrouwen onderhouden contact met de vrouw waardoor fundering voor een vertrouwensrelatie wordt gelegd die vervolgens tot veilige en medelevende zorg kan leiden. Voorts fungeren ze als aanspreekpunt voor veiligheid, ondersteuning en continuïteit. Dit is zeker van belang bij een complexe sociale en mentale gezondheid (Mohamied, 2019).

Het is cruciaal dat vroedvrouwen vaardigheden bezitten die hen de toegang aanreiken tot het stellen van adequate vragen die verband houden met de ervaring van psychische aandoeningen om enerzijds een correcte beoordeling van het gegeven te kunnen opmaken. Anderzijds om doorverwijzing naar relevante diensten te kunnen realiseren en om multidisciplinaire samenwerking op punt te stellen (Phillips, 2015).

Verdere opleiding in communicatieve vaardigheden waaronder het stellen van vragen, het luisteren en het onderhouden van contacten met partners, screeningsmanagement en counseling om vrouwen met perinatale mentale gezondheidsproblemen te herkennen en hierop te responderen, is fundamenteel om vroedvrouwen in de praktijk bij te staan (Noonan, Doody, Jomeen & Galvin, 2017).

Vroedvrouwen moeten getraind worden in het vluchtig herkennen van dit ziektebeeld. Vervolgens moeten ze in staat zijn om deze vrouwen onmiddellijk door te verwijzen naar de correcte instanties om het gevaar op tegenspoed voor moeder en kind te beperken (Posmontier, 2010). Echter is dit proces van deugdelijke doorverwijzing vaak onbekend terrein (Phillips, 2015).

Indien de behandeling niet vroegtijdig opgestart kan worden, resulteert dit zich in een mogelijke deterioratie van de aandoening en een toename van het risico op het verrichten van gevaarlijk gedrag, recidieven bij volgende zwangerschappen, therapieresistente psychose, herval en ernstige familiestoornissen (Posmontier, 2010).

Studenten binnen de opleiding Vroedkunde geven aan dat vroedvrouwen wegens tijdgebrek en onvoldoende kennis niet gekwalificeerd zijn om een vrouw op een keurige manier te beoordelen in verband met haar perinatale psychische gezondheid (Phillips, 2015). Deze kijk kan immers hun beweegreden, verrichtingen en gevoelens van deceptie influenceren (Hauck et al., 2015). Een gebrek aan kennis kwam ook duidelijk naar voren in de resultaten van kwalitatieve onderzoeken. Vroedvrouwen, inclusief diegenen met een gespecialiseerde rol binnen het domein van de perinatale geestelijke gezondheid, verwoorden een tekort aan kennis te hebben om perinatale mentale geestelijke gezondheidsproblemen te beheren en in het bijzonder tussen diverse culturen. Dit heeft bijgevolg invloed op de betrokkenheid en het vertrouwen van vroedvrouwen om te welslagen in het identificeren, screenen en doorverwijzen van vrouwen met deze psychische problematiek (Noonan, Doody, Jomeen & Galvin, 2017).

Verder werd in de focusgroep van Philips (2015) aangehaald dat er in sommige culturen aversie heerst om psychische aandoeningen aan het licht te brengen (Phillips, 2015). Bovendien kan de vroedvrouw een negatieve indruk hebben over een vrouw met een psychische aandoening (Hauck et al., 2015). Uit zes studies is aangetoond dat deze negatieve attitude, met name door negatieve stereotypering, een weerslag heeft op het professionele gedrag. Evenwel kunnen deze gestigmatiseerde houdingen uitgedrukt worden onder de vorm van vroedvrouwen die een verlangen vertonen om vrouwen te behoeden tegen het bestempeld worden als één van de redenen om geen weergave van de geestelijke gezondheid vast te leggen en deze vrouwen door te verwijzen naar interdisciplinaire diensten (Noonan, Doody, Jomeen & Galvin, 2017). Het stigma dient bestreden te worden met open communicatie en voorlichting om discreetie en ongerijmde schaamte te voorkomen (Mohamed, 2019). Bewustwording van eventuele vooringenomenheid is cruciaal om alzo elke nadelige invloed op de zorgverlening voor vrouwen tijdens de vruchtbare periode teniet te doen (Hauck et al., 2015).

Ingeval psychologische screeningstools niet voorhanden zijn, berusten vroedvrouwen zich voor de identificatie van psychische problematiek op hun eigen professioneel oordeelsvermogen en klinisch inzicht. Hierbij wordt vervolgens gebruikgemaakt van gedrags- en interpersoonlijke communicatiesignalen. Deze omvatten bijvoorbeeld extreem of obsessief gedrag over zichzelf, de baby of het huis, zich hechten aan de vroedvrouw en het aanzien van een rustige vrouw. Desondanks het utiliseren van een professioneel oordeelsvermogen hebben vroedvrouwen moeite met het meedelen van hun mening, de manier waarop oordelen gevormd worden en de weerspiegeling van de functie die hun ingeving speelt bij de besluitvorming om het psychosociaal welzijn van anderen te beoordelen (Noonan, Doody, Jomeen & Galvin, 2017).

Veeleer bestaat de behandeling van vrouwen die een postpartum psychose ervaren uit de opname in een systeem voor geestelijke gezondheidszorg die echter de vertrouwensband die er ontstaat tussen vroedvrouwen en de vrouwen die ze pre- en intrapartale zorg verlenen, verwaarloost (Posmontier, 2010).

Vrouwen voelen zich verlaten en bang wanneer er hen een bekend en sympathiek gezicht binnen de afdeling wordt onthouden. Deze gevoelens voeden de uiting van psychotische symptomen en leiden tot een vertraagd herstel. Vroedvrouwen kunnen voorlichting, emotionele ondersteuning en een beoordeling van veiligheidsrisico's bieden. Dit takenpakket kan immers nog aangevuld worden met het onderwijzen van vrouwen over verwachte neveneffecten van de te nemen medicatie en het belang van het getrouw volgen van de opgestelde therapie (Posmontier, 2010).

Posmontier (2010) duidt dat volgens Pembroke en Pembroke de kwaliteiten van vroedvrouwen schuilen in het bezitten van een spirituele kracht die hen vervolgens in staat stelt om hun menselijkheid te delen met anderen. Ze bieden begrip, respect en ondersteuning, zijn in hun heel-zijn volledig aanwezig bij de vrouw en staan klaar om anderen ten koste van de eigen noden te helpen. De gedachtegang van Pembroke en Pembroke, aangehaald door Posmontier (2010), schetst de idee dat het net deze kwaliteiten zijn die de opbouw van een hechte relationele band bevorderen waarna hierdoor het herstel vergemakkelijkt zou worden (Posmontier, 2010).

### **3.3 Valkuilen voor de vroedvrouw**

Een postpartum depressie is een ernstige affectieve stoornis die zowel het vrouwelijke alsook het mannelijke geslacht kan treffen. De aanvang van dit ziektebeeld situeert zich meestal tussen één week en vier maanden na de partus. Het optreden wordt toegeschreven aan een combinatie van factoren waaronder hormonale veranderingen, emotionele stress en slaapgebrek. Samengevat kan er vastgesteld worden dat een postpartum depressie en een postpartum psychose zich van elkaar differentiëren door psychopathologische symptomen, duur en risico's die heel verschillend en soms zelfs gecompliceerd van aard zijn (Degner, 2017).

Echter is het verkeerd om zowaar aan te nemen dat een postpartum psychose telkens uit een postpartum depressie voortvloeit (Posmontier, 2010). Vooral de omgekeerde evolutie wordt waargenomen. Dankzij het reflecteren over de handelingen die vrouwen mogelijk hebben uitgevoerd tijdens de psychotische opstoot worden ze depressief. Ze ondervinden emoties van schaamte, schuld, verdriet en verwijten zichzelf dat ze de eerste levensweek van hun baby niet hebben doorgemaakt zoals ze reeds eerder hadden ingepland (De Prins & Moens, 2021, 26 februari – persoonlijke communicatie).

Feitelijk is een psychose geen wetenschappelijke medische term, geen diagnose, maar een toestandsbeeld. De geest is immers complex en niet mooi af te lijnen. Een psychose is dus geen ziekte maar een psychotisch toestandsbeeld dat zich binnen verschillende ziektebeelden kan manifesteren (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie). Een postpartum psychose vormt de overkoepelende term voor een postpartum manie, psychose en een depressie met het optreden van psychotische kenmerken (Gilden et al., 2020 ; Perry, Gordon-Smith, Jones & Jones, 2021). Op basis van klinische inschatting wordt de diagnose door de psychiater gesteld. In een depressie is het bijvoorbeeld mogelijk dat op een gegeven moment een psychotische fase op de voorgrond verschijnt. Niettegenstaande wordt er niet in elke postpartum depressie een psychotische fase onderkend. Daarnaast is ook schizofrenie een diagnose, een psychiatrisch omschreven ziektebeeld waarin mogelijk psychotische belevingen in vervat zitten. De term postpartum psychose wordt voortaan aanzien als een ongerijmd woord. Het woord aan zich zegt zéér weinig. Louter kan het dus omschreven worden als een psychotisch toestandsbeeld dat in de postpartum periode tot uiting komt (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie).

Ongeveer 70 à 80% van de psychotische toestandsbeelden wordt onterecht benoemd als een postpartum psychose (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie). Eigenlijk gaat het hier werkelijk over een eerste manische fase binnen een bipolair beeld, met andere woorden een manisch depressief beeld (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie; Mohamied, 2019). Aangezien de klinische presentatie, de familiale voorgeschiedenis en het longitudinaal ziekteverloop van deze psychische problematiek overeenkomt met deze van een bipolaire stoornis, wordt gesproken van een bipolaire spectrumziekte en wordt deze aandoening niet beschouwd als een primaire psychotische stoornis (Bergink et al., 2015).

Voorts mag de vroedvrouw zich in het behandelingsproces niet enkel focussen op moeder en baby. Ook de partner en de omgeving van de vrouw dienen mee in rekening gebracht te worden (Boddy, Gordon, MacCallum & McGuinness, 2017; Mohamied, 2019). De steun van de partner is namelijk doorslaggevend voor herstel (Mohamied, 2019). Partners kunnen verward en onzeker zijn tijdens de opname van moeder en baby. Een gebrek aan het bewustzijn van de psychose, zich ontheven voelen door professionele zorgverleners en beperkt betrokken zijn bij de zorg van de moeder zijn veelvoorkomende problemen die partners kunnen ondervinden (Boddy, Gordon, MacCallum & McGuinness, 2017).

Ten gevolge van machteloosheid, angst en verlegenheid kunnen emoties van frustratie en woede geuit worden (Boddy, Gordon, MacCallum & McGuinness, 2017). Naar verluidt zijn partners weerbarstige hulpzoekers, hetgeen een bijdrage aan hun stressgehalte kan leveren en eveneens een ineenstorting van het huwelijk met zich kan meebrengen (Mohamied, 2019). Gedurende deze periode van opname duiken er meerdere veranderingen op in rol, identiteit en intimiteit van de relatie. Een postpartum psychose wordt hierdoor als een vertraging in het ontwikkelen van een gezinsidentiteit aanzien. De ziekte doet het zich aanpassen aan het gezinsleven langzamer verlopen en kan eveneens zijn weerslag op toekomstige plannen uitoefenen (Boddy, Gordon, MacCallum & McGuinness, 2017).

Opmerkelijk is dat mannen gevoelsmatig sterker geconfronteerd worden met de scheiding en het gevoel van verlies voor hun partner dan voor hun kind. Dit zou toegeschreven kunnen worden aan het gegeven dat er immers nog geen sterke band met de baby opgebouwd is (Boddy, Gordon, MacCallum & McGuinness, 2017).

Partners dienen ondersteuning te genieten. Dit gegeven kan gerealiseerd worden door er voor de partners te zijn, naar hun zorgen te luisteren en hun informatie te bieden over de diagnose en de verdere behandeling in de Moeder-Baby-Eenheid. Ze geraken uitgeput door het ervaren van stress rondom de ziekenhuisopname van de moeder en de combinatie van het dagelijks bezoeken van de afdeling, de verplichtingen tegenover andere kinderen die deel uitmaken van het gezin en hun beroep. Mannen zouden tot het zorgverleningsteam van moeder en baby moeten behoren. Ingeval de moeder niet in staat is om contact te maken met de baby kan de vader deze affectie verwezenlijken. Dankzij zijn betrokkenheid in het zorgverleningsproces wordt de band tussen vader en kind ondersteund (Korteland, Koorengel, Poslawsky & van Meijel, 2019).

### **3.4 Multidisciplinaire aanpak**

Gezien de omvang van het probleem is de ontwikkeling van een eigen specialiteit die zich toespitst op het waarborgen van de perinatale geestelijke toestand van moeder en kind vereist. Niet-gespecialiseerde psychiatrische diensten, waar op globaal niveau het merendeel van de moeders die lijden aan psychiatrische stoornissen die verband houden met het krijgen van een kind beroep op doen, volstaan niet langer meer (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016). De functies van de gespecialiseerde eenheid zouden de volgende moeten omvatten:

- Het stellen van een accurate diagnose
- De psychiatrische aandoening behandelen
- Personeel afkomstig uit verschillende disciplines opleiden
- Behandelingsfaciliteiten in de nabije omgeving ontwikkelen
- Gezinseducatie en adviezen over nationale ontwikkeling bieden
- Onderzoek verrichten naar oorzaken, behandelingsmogelijkheden en preventieve maatregelen met inclusief het duiden van het belang van klinische observatie
- Een duurzame onderlinge werkrelatie waarborgen
- Medisch-legaal werk verrichten

(Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016)

Deze functies duiden de noodzaak tot het betrekken van een multidisciplinair team in de behandeling van onder andere een postpartum psychose aan. Elk lid van dit team moet zich ingelezen hebben en op de hoogte zijn van de nieuwste ontwikkelingen inzake de te behandelen discipline (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016).



Idealiter zou dit team bestaan uit personen met diverse achtergronden:

- Psychiaters
- Klinische psychologen
- Personen getraind in het bieden van geestelijke gezondheidszorg
- Verpleegkundig personeel: verpleegkundigen werkzaam in intramurale faciliteiten, kinderdagverblijfverpleegkundigen, mothercraft nurses en volksgezondheid- en gemeenschapsverpleegkundigen
- Vroedvrouwen
- Psychotherapeuten
- Maatschappelijk werkers
- Ergo- en kunsttherapeuten
- Pediaters

(Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2016)

Gecoördineerde multidisciplinaire aanpak is noodzakelijk om de perinatale mentale gezondheid van vrouwen optimaal te superviseren (Noonan, Doody, Jomeen & Galvin, 2017). Door middel van openhartige communicatie binnen het multidisciplinaire team is een veilige en alomvattende behandeling van de vrouw mogelijk. Vertrouwen, respect en kennis van teams en individuen vormen hierbij belangrijke competenties om na te streven (Mohamied, 2019).

Interdisciplinaire benadering in verband met het onderwijzen van kennis omtrent de perinatale mentale gezondheid kan de bewustwording voor geestelijke gezondheidszorg vergroten, de ontwikkeling en verwijzing naar zorgnetwerken aansporen, de onderlinge samenwerking en tot slot het oprichten van wederzijdse ondersteuningsnetwerken begunstigen (Noonan, Doody, Jomeen & Galvin, 2017).

Huisartsen, vroedvrouwen, gynaecologen en kinderartsen vervullen naast de geestelijke gezondheidswerkers de functie van het herkennen en het identificeren van psychische signalen en risicofactoren alsook het op een gevoelige manier bespreekbaar maken van deze problemen. Niet-geestelijke gezondheidszorgwerkers geven op deze manier een belangrijk signaal van gelijke waardering van zowel de mentale als de fysieke gezondheid van hun patiënt. Dit gegeven kan bijdragen tot het vergroten van het algemeen begrip voor perinatale mentale stoornissen en de toegangsdrempel tot zorg en behandeling potentieel doen verlagen (Van Damme, Van Parys, Vogels, Roelens & Lemmens, 2018).

Het introduceren van de positie van een gespecialiseerde vroedvrouw in de context van de geestelijke gezondheidszorg vervaardigt een samenwerkingsverband tussen de prenatale diensten en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (Phillips, 2015). Het is bijvoorbeeld mogelijk dat het psychosociale assessment (zie Addendum 3: Het psychosociale assessment) door de vroedvrouw, of een andere betrokkene binnen het perinataal klinisch zorgpad, wordt gerealiseerd rond zes à acht weken zwangerschap. Binnen het Gentse perinatale project wordt de uitvoering van dit assessment initieel opgenomen door de vroedvrouw tijdens het uitgebreide consult rond zestien weken. Tijdens dit consult kan er meer ruimte vrijgemaakt worden voor het voeren van een gesprek inzake deze risicofactoren (Van Damme, Van Parys, Vogels, Roelens & Lemmens, 2018).

### **3.5 Toekomstperspectief**

Momenteel heerst er een gebrek aan wetenschappelijke evidentie inzake de oorzaken die leiden tot het ontstaan van een postpartum psychose. Echter is het wel geweten hoe de symptomen van deze aandoening behandeld kunnen worden. Immers bestaan er al meerdere generaties van antipsychotica. Dit is medicatie die gericht is op het onderdrukken van de symptomen, meer bepaald om de biochemie in de hersenen te gaan beïnvloeden om alzo het geheel aan symptomen te bedwingen. Een behandeling die zich louter toespitst op de oorzaken van deze aandoening is er gewoonweg nog niet omdat de wetenschappelijke evidentie errond nog niet bestaat (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie).

Een preconceptioneel consult, met het vooruitzicht op een eventuele volgende zwangerschap, geeft de gelegenheid om eventuele zorgen bespreekbaar te maken en aanwezige stress en zorgen te verlichten (Forde, Peters & Wittkowski, 2019). Het koppel wordt ook geïnformeerd over de teratogeniciteit van psychotrope medicatie die, naast de inname van langwerkende reversibele anticontraceptiva, mogelijks profylactisch dient genomen te worden tijdens een tweede zwangerschap of die de vrouw nog steeds gebruikt. Voorts moet het koppel ingelicht worden over het grote risico op een recidief na een volgende zwangerschap. Voorlichting over de tekens en symptomen in combinatie met hoe het gebeuren kan escaleren en snelle toegang tot zorg verkregen kan worden, mag zeker niet onthouden worden (Mohamied, 2019). Daaropvolgend kan het ontwikkelen van een terugvalpreventieplan met vrouwen en/of hun familieleden hulp verlenen in het vergroten van begrip voor deze vrouwen en het bevorderen van hun welzijn. Deze vrouwen ondergaan immers een rolverandering. Ze moeten zich aanpassen aan hun nieuwe (duale) identiteit. Ze zijn moeder geworden maar tegelijkertijd hebben ze ook een postpartum psychose doorgemaakt (Forde, Peters & Wittkowski, 2019).

Het Vlaams expertisenetwerk, waarvan beide Moeder-Baby-Eenheden (Gent en Zoersel) deel van uitmaken, is vandaag de dag, anno 2021, bezig met de ontwikkeling van een globaal plan waarbij er gepoogd wordt om een verbintenis te maken tussen het herkennen/detecteren en het voorkomen van aandoeningen met betrekking tot de perinatale mentale gezondheid alsook met het trachten te verbinden van de eerste-, tweede- en derdelijnszorg (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie).

Concreet wordt er geprobeerd om over het gehele zorglandschap een traject, Vlaams beleid, uit te schrijven. Daarnaast staat er vooreerst in het Vlaams regeerakkoord dat er zal geïnvesteerd worden in de geestelijke gezondheidszorg op het niveau van kinderen, jongeren en op 'infants'. Met de term 'infants' wordt er naar de leeftijdscategorie van min negen maanden tot drie jaar verwezen. De zwangerschapsperiode wordt bijgevolg meegenomen. Desondanks moet er ook nog ingezet worden op de uitbreiding van de thuisbehandeling en het aantal therapie-uren dat deze in beslag neemt. Meer nabijheid naar de consultatie trachten te verkrijgen en inspelen op de mogelijkheid om door te verwijzen naar een omringend netwerk vormen momenteel nog uitdagingen (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie). Het is dus gerechtvaardigd om te zeggen dat de ontwikkeling en implementatie van gestandaardiseerde richtlijnen dient te gebeuren om een stelselmatige benadering van perinatale mentale gezondheidszorg te kunnen verlenen (Noonan, Doody, Jomeen & Galvin, 2017).

Indien er gekeken wordt naar de prevalentie in de levensfase waarop een postpartum psychose tot uiting komt en de richtlijn van screening en detectie die over heel Vlaanderen wordt uitgetekend, is het opmerkelijk dat de vroedvrouw hierin een centrale rol vervult. Dit roept de noodzaak op tot het aanbrengen van wijzigingen in het curriculum van de diverse hogescholen die Vroedkunde doceren (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie). De participanten van de focusgroepen van Phillips (2015) verklaren dat het curriculum van de opleiding Vroedkunde aan voldoende lessen over geestelijke gezondheid ontbreekt (Phillips, 2015). De reikwijdte van de onderwijssessies moet worden aangepast aan de nieuwe leerbehoeften, die kunnen wijzigen vanwege de onderwerping aan psychische aandoeningen en de doorgaans emotionele uitdagingen, en zich niet langer centreren rond afwijkende psychische gezondheidstoestanden met een hoge prevalentie. Bijna driekwart van de vroedvrouwen verlangt naar het verkrijgen van een aanvullende opleiding waarin de impact van het krijgen van kinderen op de geestelijke gezondheid van de vrouw besproken wordt. Ook wordt er binnen deze opleiding voor een beter begrip van de beschikbare servicemogelijkheden gepleit (Hauck et al., 2015).

Onderwijs en opleiding moeten daarnaast ook gericht zijn op het onder handen nemen van de emotionele impact die vroedvrouwen kunnen ervaren bij het ondersteunen van vrouwen met psychische aandoeningen. Evenzeer moet er aandacht geschonken worden aan emotionele werkvaardigheden zoals het stellen van professionele grenzen, stressmanagement en gezonde copingstrategieën. Zo kan collegiale ondersteuning het vertrouwen in het eigen kunnen en het weerstandsvermogen van de zorgverlener ten goede komen (Noonan, Doody, Jomeen & Galvin, 2017).

## 4 Discussie

### 4.1 Rekrutering van de vroedvrouw

Niettemin wetenschappelijke literatuur bij benadering het belang van een vroedvrouw in het multidisciplinaire team bij de preventie, screening, detectie, behandeling, nazorg en toeleiding naar zorg in het kader van perinatale mentale gezondheid onderstreept, wordt de vroedvrouw in Vlaanderen niet vermeld in dergelijk team. In de overeenkomst met de federale overheid staat louter dat het personeelskader van een Moeder-Baby-Eenheid de volgende professies in dienst dient te nemen: een psychiater, coördinator, kinder- en volwassenenpsycholoog, verpleegkundig team, team van zorgkundigen (kinderverzorgsters) en tot slot nog een aantal non-verbale therapeuten. Echter impliceert dit niet dat het verboden is om een vroedvrouw in te schakelen in de verpleegkundige equipe. Meer nog, het brengt talrijke voordelen met zich mee. De vroedvrouw staat met haar kennis van zwangerschap, partus en de ontwikkeling van het kind dicht bij haar voeling en vak. Er kan kennis van en naar elkaar worden overgedragen. Desalniettemin ontbreekt de vroedvrouw aan psychiatrische achtergrond. De Moeder-Baby-Eenheid is per definitie vrij om al dan niet een vroedvrouw mee in het team op te nemen (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie).

Het functioneren van een vroedvrouw en verpleegkundige binnen een Moeder-Baby-Eenheid is nagenoeg gelijk. Natuurlijk kan de vroedvrouw wel andere accenten leggen en kan haar focus bij een individuele casus een pluspunt zijn (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie). De vroedvrouw heeft een basis ingewonnen in verband met de diverse psychiatrische problematieken die zich kunnen manifesteren, doch niet voldoende om adequaat te presteren binnen een Moeder-Baby-Eenheid. Desondanks biedt de vroedvrouw een meerwaarde aan het zorgverleningsproces. Deze zet immers een andere bril op en bekijkt de situatie vanuit een ander perspectief (De Prins & Moens, 2021, 26 februari – persoonlijke communicatie).

### 4.2 Optimalisatie rol van de vroedvrouw

Vroedvrouwen verlangen naar de gelegenheid tot eindeloze professionele ontwikkelingsmogelijkheden met een veelzijdige aanpak. Deze hebben betrekking op kennis, onderwijs dat de culturele houding ten opzichte van de perinatale geestelijke gezondheid uitdaagt, communicatie en beoordelingsvaardigheden zoals klinische supervisie en debriefing (Noonan, Doody, Jomeen & Galvin, 2017). De opzet van bewustmakingscampagnes zou moeten verbeteren en het doel moeten hebben om vroege opsporing, effectieve interventie en minder stigmatisering voor zowel het publiek als de professionele zorgverlener te vereenvoudigen. Vervolgens dient de betrokkenheid van de vader, en dit op alle mogelijke niveaus van zorgverlening, geoptimaliseerd te worden (Boddy, Gordon, MacCallum & McGuinness, 2017).

### 4.3 Borstvoeding als misdadiger in het verhaal

De behandeling van een vrouw met een acute opstoot van een psychose die tegelijkertijd borstvoeding geeft, is een ostentatieve en individuele klinische situatie. De voordelen van borstvoeding moeten voortdurend bekeken worden in het kader van de maternale geestelijke gezondheid. Waar heeft de vrouw op dit moment het meeste baat bij? Wat is prioritair in deze situatie (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016)?

De opstart van psychofarmaca impliceert soms de terminatie van de borstvoedingsperiode gezien vereenigbaarheid uitgesloten is (Mohamied, 2019). Bij deze vaststelling treedt volgende onduidelijkheid op: borstvoeding kan niet van de ene op de andere dag beëindigd worden. Veeleer wordt met een afbouwschema gewerkt. Heeft de introductie van dit afbouwschema met meerdere kolfbeurten ook een negatieve impact op het psychisch welzijn van de vrouw en voedt het dus de problematiek?

Borstvoeding geven, kan voor de kraamvrouw een veeleisend proces zijn. Nachtelijke voedingen verstoren het slaappatroon van de vrouw en falen verhoogt het stressgehalte. Rust is echter een cruciale factor bij herstel. Het al dan niet afraden van borstvoeding bij opname op een Moeder-Baby-Eenheid hoort individueel bekeken te worden (De Prins & Moens, 2021, 26 februari – persoonlijke communicatie).

#### 4.4 Belang vroegtijdige detectie

De Moeder-Baby-Eenheid in Gent (2021) geeft te kennen dat indien er gekeken wordt naar de opnamecijfers van 2020, het aantal psychoses waarvoor een opname vereist is, stijgt. De reden hiervoor kan gevonden worden in het feit dat er meer bewustzijn is gecreëerd omtrent de noodzaak dat moeder en baby bij elkaar dienen te blijven. De toename van dit bewustzijn mondt uit in een snellere doorverwijzing vanuit de eerste en tweede lijn naar de derde lijn. Een andere positieve evolutie is de betere opvolging tijdens de zwangerschap met als gevolg vroegere aanmeldingen waardoor verergering van de gezondheidstoestand kan voorkomen worden (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie).

Het vroegtijdig signaleren van psychotische tekens komt de effectiviteit van de behandeling ten goede. Echter wordt bemerkt dat vroedvrouwen het topic aangaande de persoonlijke en familiale psychiatrische voorgeschiedenis veeleer niet bevragen (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie). Er heerst angst om zwangerschap en bevalling ruimer dan het medische luik te bekijken en te interpreteren (Phillips, 2015). Tijdens een klassiek vroedkundig/gynaecologisch consult wordt de vrouw onderworpen aan een hele reeks vragen, maar het bevragen van de aan- of afwezigheid van psychische aandoeningen blijft een taboe. Hier naar vragen, wordt namelijk te intrusief geacht. Echter blijkt dit voor zowel een depressie alsook voor een angststoornis en een psychose een belangrijke predictor te zijn (Bauters, 2021, 15 februari – persoonlijke communicatie).

Een prenatale consultatie biedt kansen aan om reeds een identificatie van risicofactoren voor de perinatale mentale gezondheid uit te voeren (Noonan, Doody, Jomeen & Galvin, 2017). Een psychosociaal assessment (zie Addendum 3: Het psychosociale assessment) kan gedurende deze consultatie verwezenlijkt worden. Dit houdt onder meer een bevraging van de eigen en familiale psychiatrische voorgeschiedenis alsook het ervaren van psychosociale steun, het al dan niet slachtoffer zijn van seksueel en/of fysiek partnergeweld en het gebruik van middelen zoals nicotine, ethyl en drugs in. Vervolgens wordt ook de vraag gesteld of de zwangerschap al dan niet gewenst is en of er zich in het verleden of recent zwangerschapscomplicaties hebben voorgedaan. Ook worden materiële omstandigheden en gezondheidsgerelateerde factoren bevraagd (Van Damme, Van Parys, Vogels, Roelens & Lemmens, 2018). In praktijk is de duur van deze prenatale consultatie veeleer te kort en wordt alvast een heleboel informatie aangaande de vrouw gegeven waardoor het haast onmogelijk is om een uitgebreide beoordeling van haar psychisch welzijn te verwezenlijken (Noonan, Doody, Jomeen & Galvin, 2017).

#### 4.5 Geschil in risicofactoren

Met behulp van een vierstappenalgoritme wordt gepoogd om patiënten met een eerste psychose of manie in de postpartum periode te behandelen en tot remissie te laten komen. Er werd aangetoond dat vrouwen die genoodzaakt zijn met de inname van een combinatie van benzodiazepines en antipsychotica gemiddeld significant ouder waren dan diegenen die een bijkomende lithiumbehandeling dienden te verkrijgen (Fisher's exacte test,  $p < 0.01$ ). Deze vaststelling kan een link vertonen met de gemiddelde leeftijd (26.3 jaar) waarop een postpartum psychose zich kan presenteren. Een andere merkwaardige vaststelling is dat in vergelijking gebracht met multipara patiënten ( $N = 8/14$ , 57.1%) aanhoudende remissie na negen maanden postpartum veeleer wordt geassocieerd met primipariteit ( $N = 43/50$ , 86%) (Fisher's exacte test,  $p = 0.03$ ; odds ratio = 4.6, 95% BI = 1.2-17.4). Ook de differentiatie in het type psychose heeft hier een invloed op. Zo hebben patiënten met een affectieve psychose meer kans op aanhoudende remissie ( $N = 49/59$ , 83.1% ten opzichte van  $N = 2/5$ , 40%) (Fisher's exacte test,  $p = 0.05$ ; odds ratio = 7.4, 95% BI = 1.1-49.8) (Bergink et al., 2015).

Sociale stress en levensgebeurtenissen behoren niet tot de etiologische bijdragen van een postpartum psychose (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Osborne, 2018). Desondanks kunnen armoede, stress en het onderhouden van functionele relaties met andere gezinnen in een afgesloten, gedeelde ruimte een bijdrage leveren aan een zekere kwetsbaarheid voor de geestelijke gezondheid (Mohamied, 2019).

## Conclusie

Bij voorkeur geldt de aanbeveling om moeders met psychische problemen, gedurende de tijdsperiode vanaf de geboorte tot twaalf maanden postpartum, gezamenlijk met hun baby op te nemen in een Moeder-Baby-Eenheid. Deze intramurale zorg dient echter aan bepaalde aspecten tegemoet te komen. De gezondheid van de moeder, de moeder-babyuitkomsten en de zorg voor de nabestaanden moet gegarandeerd kunnen worden. Daarnaast zal gezamenlijke opname een positieve weerslag hebben op de gezondheidstoestand van de moeder en tegelijkertijd kan de moeder-kindrelatie geoptimaliseerd worden. In samenspraak met het koppel wordt het ideale unieke zorgbeleid uitgestippeld. De noden van de vrouw, de partner en haar omgeving worden te allen tijde in het behandelconcept gewaarborgd.

Tot op heden is er nog geen wetenschappelijke evidentie beschikbaar inzake de oorzaken die resulteren in het optreden van een postpartum psychose. Dit impliceert dat het ook moeilijk is om een behandeling op punt te stellen die causaal ingrijpt. Tijdens de acute fase van de ziekte bestaat de symptomatologische behandeling van patiënten met een eerste postpartum psychose uit de opeenvolgende toediening van benzodiazepines, antipsychotica en lithium. Bijgevolg wordt bij het bereiken van klinische remissie aanbevolen om lithiummonotherapie te handhaven tot negen maanden postpartum. Lithiummonotherapie als onderhoudsbehandeling wordt namelijk het meest gunstig geacht in het kader van de preventie van recidieven. Na negen maanden kan vervolgens gestart worden met een geleidelijke afbouw van dit medicament. Lithium heeft een immuunonderdrukkende werking en bewijs werd gevonden dat een heractivering van het immuunsysteem tijdens de postpartum periode centraal kan staan in de pathogenese van een postpartum psychose. Het is aanlokkelijk om te speculeren dat lithium dankzij bovenvermelde functie mogelijks bijdraagt aan het verkrijgen van positieve behandelingsresultaten.

De betrokkenheid van de vroedvrouw in de behandeling van een postpartum psychose beperkt zich niet louter tot het prenatale luik van de zorgverlening. Naast het bijkomend voordeel van de aanwezigheid van een vroedvrouw op een Moeder-Baby-Eenheid, neemt deze ook een rol in op niveau van screening en detectie alsook op het trachten te verbinden van de eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Er wordt hierdoor als het ware een samenwerkingsverband tussen de prenatale diensten en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg gecreëerd. Vroedvrouwen bouwen een vertrouwensrelatie op met de vrouw en verdedigen haar begeertes. Ze bieden ondersteuning, veiligheid en streven door het tijdig doorverwijzen van de vrouw naar de relevante instanties voor een continuïteit van de zorg. Partners verlangen ook naar deze ondersteuning. Zowaar zouden deze opgenomen moeten worden als lid van het zorgverleningsteam van moeder en baby. Een multidisciplinaire aanpak dankzij openhartige communicatie, vertrouwen, respect en kennis van de onderlinge teams en individuen is cruciaal om een optimale supervisie van deze gezondheidstoestand te kunnen bieden.

Echter duikt er in het proces tot het voltooien van deze vroedkundige rol een probleem op. Vroedvrouwen ontbreken aan kennis en beschikken over onvoldoende tijd om vrouwen adequaat te kunnen beoordelen met betrekking tot hun perinatale psychische gezondheid. Daarnaast kunnen ze ook negatieve attitudes aannemen ten opzichte van deze patiëntengroep, hetgeen leidt tot het berokkenen van schade aan de professionele zorgverlening. Het is noodzakelijk dat vroedvrouwen een verdere opleiding in communicatieve vaardigheden, screeningsmanagement en counseling kunnen genieten om deze psychiatrische problematiek te kunnen herkennen en een gepaste behandeling te kunnen verlenen. Ook de stigma's dienen een halt toegeroepen te worden. Bewustwording, open communicatie en voorlichting vormen hierbij cruciale vakkundigheden.

Vervolgens zal de vroedvrouw zichzelf moeten behoeden tegen enkele misvattingen die omtrent deze psychiatrische problematiek voorkomen. Een postpartum psychose differentieert zich in psychopathologische symptomen, duur en risico's van een postpartum depressie en is, in tegenstelling tot een postpartum depressie, niet detecteerbaar aan de hand van een vragenlijst.

Desondanks kan de diagnostisering wel berusten op de familiale psychotische anamnese omdat er zich immers een erfelijke component bij psychologische kwetsbaarheid afspeelt. Daarnaast vervullen ook de klinische observaties een doorslaggevende rol. Zelden wordt een psychose gemaskeerd. Hierdoor zal de aanleiding om de toestand bespreekbaar te maken groter worden. De algemene gedachtegang circuleert rond de ontwikkeling van een postpartum psychose uit een postpartum depressie. Deze stelling wordt echter ontkracht. Eerder de omgekeerde evolutie is zichtbaar. Een depressie kan zich manifesteren door een kritische reflectie over de handelingen die zich mogelijks tijdens de psychotische opstoot hebben voorgedaan. Samengevat, een psychose is dus geen opzichzelfstaande ziekte maar een psychotisch toestandsbeeld dat zich binnen verschillende andere ziektebeelden kan presenteren. In het merendeel van de gevallen gaat het werkelijk over een eerste manische fase binnen een bipolair beeld.

Verder is het scherpzinnig dat er in Vlaanderen geen rechte lijn kan getrokken worden in de organisatie en manier van zorgverlening die door de diverse Moeder-Baby-Eenheden wordt aangeboden. Veeleer handelen deze instellingen op een andere manier omwille van het gegeven dat er nog geen concreet Vlaams beleid is uitgeschreven. Daarnaast kan dit ook gelegen zijn aan architectonische en financiële beperkingen die zich voordoen.

Er wordt gedacht aan het ontwikkelen van een soort casemanagement waarin een bepaalde zorgfiguur, namelijk de vroedvrouw, over de ganse instellingen en trajecten heen als vertrouwensfiguur kan blijven fungeren en hierin kan meegaan. Ingeval de zorg op die manier georganiseerd wordt, zal er niet enkel waardering voor de rol van de vroedvrouw gezien worden, ook zal er gepoogd worden om het curriculum van de hogescholen hieraan aan te passen waarbij onderwijs en opleiding zich ook zullen richten op vaardigheden die de emotionele impact, die op de schouders van vroedvrouwen bij het behandelen van deze problematiek kan rusten, behandelen. Tot slot zullen vroedvrouwen actief in het werkveld hierin bijgeschoold worden en horen organisatiestructuren aanpassingen te ondernemen.

## Referentielijst

- Bergink, V., Burgerhout, K. M., Koorengevel, K. M., Kamperman, A. M., Hoggendijk, W. J., Lambregtse-van den Berg, M. P., & Kushner, S. A. (2015, februari 1). Treatment of Psychosis and Mania in the Postpartum Period. *The American Journal of Psychiatry*, *172*(2), 115-123. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13121652.
- Bergink, V., Rasgon, N., & Wisner, K. L. (2016, september 9). Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *American Journal of Psychiatry*, *173*(12), 1179-1188. doi:10.1176/appi.ajp.2016.16040454.
- Boddy, R., Gordon, C., MacCallum, F., & McGuinness, M. (2017, juli 6). Men's experiences of having a partner who requires Mother and Baby Unit admission for first episode postpartum psychosis. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(2), 399-409. doi:10.1111/jan.13110.
- Brockington, I. (2017, februari). Suicide and filicide in postpartum psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, *20*, 63-69. doi:10.1007/s00737-016-0675-8.
- Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006, mei 4). The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, *9*, 233-242. doi:10.1007/s00737-006-0132-1.
- Brockington, I., Butterworth, R., & Glangeaud-Freudenthal, N. (2016, november 8). An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Archives of Women's Mental Health*, *20*, 113-120. doi:10.1007/s00737-016-0684-7.
- Bryon, E., & Mertens, E. (2018, augustus). Thomas More stijlwijzer: Richtlijnen voor het maken van schriftelijke werkstukken. (3).
- Degner, D. (2017, november 10). Differentiating between "baby blues," severe depression, and psychosis. *British Medical Journal*, *1*. doi:10.1136/bmj.j4692.
- Devlieger, R., Jacquemyn, Y., Laubach, M., & Roelens, K. (2019). *Handboek Verloskunde* (5e ed.). Leuven/Den Haag: Uitgeverij Acco. Opgeroepen op februari 14, 2021.
- Eizenga, W., Dautzenberg, P., Eekhof, J., Scholtes, A., Van Venrooij, M., Verduijn, M., . . . Van der Weele, G. (2014, april). *Delier*. Opgeroepen op februari 19, 2021, van Richtlijnen.nhg.org: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/delier>.
- Forde, R., Peters, S., & Wittkowski, A. (2019, december 19). Psychological interventions for managing postpartum psychosis: a qualitative analysis of women's and family members' experiences and preferences. *BMC Psychiatry*, 1-17. doi:10.1186/s12888-019-2378-y.
- Gilden, J., Molenaar, N. M., Smit, A. K., Hoogendijk, W. J., Rommel, A.-S., Kamperman, A. M., & Bergink, V. (2020, juli 19). Mother-to-Infant Bonding in Women with Postpartum Psychosis and Severe Postpartum Depression: A Clinical Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(7). doi:10.3390/jcm9072291.
- Graphics, R. i. (sd). *A Mothercraft Nurse is a baby or toddler sleep expert and consultant*. Opgeroepen op december 15, 2020, van Mothercraft for Babies: <https://mothercraftforbabies.com.au/what-is-a-mothercraft-nurse/>.
- Hauck, L. Y., Kelly, G., Dragovic, M., Butt, J., Wittaker, P., & Badcock, J. C. (2015, januari). Australian midwives knowledge, attitude and perceived learning needs around perinatal mental health. *Midwifery*, *31*, 247-255. doi:10.1016/j.midw.2014.09.002.
- Korteland, T. W., Koorengevel, K. M., Poslawsky, I. E., & van Meijel, B. (2019, juni 24). Nursing interventions for patients with postpartum psychosis hospitalized in a psychiatric mother-baby unit: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *26*, 254-264. doi:10.1111/jpm.12542.

- Kuiper, C., Munten, G., & Verhoef, J. (Red.). (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen: Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Mohamied, F. (2019, februari). Postpartum psychosis and management: a case study. *British Journal of Midwifery*, *27*(2), 77-84. doi:10.12968/bjom.2019.27.2.77.
- Noonan, M., Doody, O., Jomeen, J., & Galvin, R. (2017, februari). Midwives' perceptions and experiences of caring for women who experience perinatal mental health problems: An integratieve review. *Midwifery*, *45*, 56-71. doi:10.1016/j.midw.2016.12.010.
- Osborne, L. M. (2018, september). Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers. *Obstetrics and Gynaecology Clinics of North America*, *45*(3), 455-468. doi:10.1016/j.ogc.2018.04.005.
- Perry, A., Gordon-Smith, K., Jones, L., & Jones, I. (2021, januari 4). Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A Review. *Brain Sciences*, *11*(1), 1-14. doi:10.3390/brainsci11010047.
- Phillips, L. (2015). Assessing the knowledge of perinatal illness among student midwives. *Nurse Education in Practice*, *15*, 463-469. doi:10.1016/j.nepr.2014.09.003.
- Plunkett, C., Peters, S., Wieck, A., & Wittkowski, A. (2017). A qualitative investigation in the role of the baby in recovery from postpartum psychosis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *24*, 1099-1108. doi:10.1002/cpp.2704.
- Pollefliet, L. (2016). *Schrijven: van verslag tot eindwerk - do's & don'ts* (8<sup>ste</sup> herw. dr.). Gent: Academia Press.
- Posmontier, B. (2010, september/oktober). The Role of Midwives in Facilitating Recovery in Postpartum Psychosis. (A. C. Nurse-Midwives, Red.) *Journal of Midwifery & Women's Health*, *55*(5), 430-437. doi:10.1016/j.jmwh.2010.02.011.
- Ramsauer, B., & Achtergarde, S. (2018, februari 26). Mothers with acute and chronic postpartum psychoses and impact on the mother-infant interaction. *Schizophrenia Research*, *197*, 45-58. doi:10.1016/j.schres.2018.02.032.
- Snellen, M., Power, J., Blankley, G., & Galbally, M. (2016, juni 14). Pharmacological lactation suppression with D2 receptor agonists and risk of postpartum psychosis: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *56*(4), 336-340. doi:10.1111/ajo.12479.
- Van Damme, R., Van Parys, A.-S., Vogels, C., Roelens, K., & Lemmens, G. (2018, augustus 22). Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen. Gent. Opgeroepen op februari 26, 2021, van <https://www.uzgent.be/nl/home/Lists/PDFs%20zorgaanbod/Richtlijn-perinatale-gezondheid.pdf>.



## **Referentielijst – Persoonlijke communicatie**

Bauters, K. (2021, februari 15). Bezoek aan 'Karus - Toonaangevend in geestelijke gezondheidszorg'. (S. Van hoof, Interviewer) Opgeroepen op februari 22, 2021.

De Prins, S., & Moens, S. (2021, februari 26). Opname interview-Sanne De Prins & Sara Moens. (S. Van hoof, Interviewer) Opgeroepen op maart 1, 2021.

## **Addendum**

Addendum 1: Literatuurstekkaarten

Addendum 2: The Post Partum Bonding Questionnaire

Addendum 3: Het psychosociale assessment

## Addendum 1: Literatuurstekkaarten

### Artikel 1

<b>Referentie</b> (auteur et al., jaartal)	<b>Auteurs:</b> Ian Brockington <sup>1</sup> , Ruth Butterworth <sup>1</sup> en Nine Glangeaud-Freudenthal <sup>2</sup> <b>Jaartal:</b> 2016
<b>Titel</b>	'An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice.'
<b>Gevonden via</b> (zoekmachine – trefwoorden)	<b>Zoekmachine:</b> PubMed <b>Trefwoorden:</b> (Postpartum psychosis) AND (Definition) → filter: 'open access' en 'publication date: 5 years' → sneeuwbalmethode
<b>Type bron</b> (tijdschriftartikel, boek, expert, ...)	<b>Type bron:</b> Tijdschriftartikel – richtlijnen voor de klinische praktijk ('Archives of Women's Mental Health' – Impact factor 2021: 5) <b>Details auteurs:</b> <sup>1</sup> University of Birmingham, Edgbaston, Birmingham B15 2TT, UK. <sup>2</sup> Inserm U 1153, Paris Descartes University, Paris, France.
<b>Setting</b> (bv. MIC, VK, NIC, ...) – <b>populatie</b> (bv. zwangeren, baby's, ...)	<b>Beoogd publiek:</b> Eerstelijnszorg en maatschappelijke gezondheidswerkers die een cruciale rol spelen in de preventie en behandeling van moeder-kind psychiatrische aandoeningen met als doel het waarborgen van een optimale perinatale geestelijke gezondheid van moeder en kind.
<b>Doelstelling - vraagstelling</b>	De auteurs trachten een weergave te schetsen van een informele, voorlopige, alomvattende maar beknopte richtlijn die gehanteerd kan worden binnen het specialisatiegebied van de moeder-kind (perinatale) geestelijke gezondheid.
<b>Methodologie</b> (aanpak auteurs)	Het document wordt ingedeeld in drie hoofdstukken waarbij elk hoofdstuk een specifiek onderdeel van de gevormde richtlijn poogt te verduidelijken <ol style="list-style-type: none"> <li>1. De specialiteit/eigenheid van moeder-kind psychiatrie (perinatale geestelijke gezondheid)</li> <li>2. Kennis van de moeder-kind psychiatrische aandoeningen</li> <li>3. Onderzoek/screening en interventie</li> </ol>
<b>Resultaten</b>	Er wordt geen onderzoek verricht maar er wordt geprobeerd om een mogelijke richtlijn op te stellen voor eerstelijnszorg en gezondheidswerkers die een cruciale rol spelen in het waarborgen van de perinatale geestelijke gezondheid van moeder en kind. Gezien de omvang van het probleem is de ontwikkeling van een eigen specialiteit vereist. Niet-gespecialiseerde psychiatrische diensten, waar het merendeel van de moeders op globaal niveau die lijden aan psychiatrische stoornissen die verband houden met het krijgen van een kind beroep op doen, volstaan niet langer meer.
<b>Besluit – discussie</b>	<b>Besluit:</b> De auteurs benadrukken dat de gevormde richtlijn, samengesteld op basis van onderlinge overeenkomsten tussen deskundigen, voor wijzigingen toegankelijk is.
<b>Aanbevelingen voor praktijk</b>	Kritische opmerkingen zijn wenselijk. De enige voorwaarde die de auteurs vooropstellen, is echter dat de richtlijn beknopt, leesbaar en vertaalbaar moet zijn.

## Artikel 2

<b>Referentie</b> (auteur et al., jaartal)	<b>Auteurs:</b> R. Forde <sup>1,2</sup> , S. Peters <sup>1</sup> en A. Wittkowski <sup>1,2</sup> <b>Jaartal:</b> 2019
<b>Titel</b>	'Psychological interventions for managing postpartum psychosis: a qualitative analysis of women's and family members' experiences and preferences.'
<b>Gevonden via</b> (zoekmachine - trefwoorden)	<b>Zoekmachine:</b> PubMed <b>Trefwoorden:</b> (Postpartum psychosis [MeSH termen]) → filter: 'free full text', 'publication date: 5 years' en 'humans'
<b>Type bron</b> (tijdschriftartikel, boek, expert, ...)	<b>Type bron:</b> Tijdschriftartikel – kwalitatief onderzoek (' <i>BMC Psychiatry</i> ' – Impact factor 2021: 4.5) <b>Details auteurs:</b> <sup>1</sup> Division of Psychology and Mental Health, School of Health Sciences, Faculty of Biology, Medicine and Health, The University of Manchester, Manchester Academic Health Science Centre, Zochonis Building, Brunswick Street, Manchester M13 9PL, UK. <sup>2</sup> Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust, Manchester, UK.
<b>Setting</b> (bv. MIC, VK, NIC, ...) – <b>populatie</b> (bv. zwangeren, baby's, ...)	<b>Populatie:</b> Dertien vrouwen en acht (vijf van deze personen waren gerelateerd aan één van de vrouwen die deelnam aan de studie) familieleden die tegemoetkwamen aan de vooropgestelde inclusiecriteria: achttien jaar of ouder, bekwaam, verkregen diagnosestelling aan de hand van het voorkomen van psychotische ervaringen tot drie maanden na de bevalling conform de NICE richtlijnen, eerdere/volgende/geen andere zwangerschappen gemeld en geen voorgeschiedenis van psychische ziektebeelden. <b>Beoogd publiek:</b> Deskundigen en gespecialiseerde diensten die psychologische interventies kunnen bieden, gericht op het administreren van postpartum psychosen en het faciliteren van het bijkomend genezingsproces.
<b>Doelstelling - vraagstelling</b>	Het verkennen en begrijpen van de psychologische behoeften, ervaringen en voorkeuren, vanuit het perspectief van de kraamvrouwen met deze diagnosestelling en hun familieleden, met betrekking tot het verwezenlijken van psychologische interventies voor vrouwen met een postpartum psychose.
<b>Methodologie</b> (aanpak auteurs)	<b>Methoden?</b> Semigestructureerde interviews met een gemiddelde duurtijd van 62 minuten, uitgevoerd in de periode tussen augustus en december 2018, via de telefoon of face-to-face op een door de participant gekozen locatie. Alle interviews werden opgenomen om ze vervolgens schriftelijk te kunnen overbrengen. Nadien werd de bevonden data inductief geanalyseerd met behulp van thematische analyse.
<b>Resultaten</b>	De thematische analyse identificeerde twaalf subthema's die bijgevolg gecategoriseerd konden worden in drie grote thema's <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het mikken op veiligheid en erkenning</li> <li>2. Het herkennen en beantwoorden van de psychologische impact</li> <li>3. Plannen met het oog op de toekomst</li> </ol> De nadruk werd aanvankelijk gelegd op het waarborgen van veiligheid gevolgd door de behoefte om zich te verbinden, het proces te kunnen verwerken en zich aan te passen aan ervaringen. Bovendien werden er extra behoeften gerapporteerd bij het opstellen van toekomstplannen met inbegrip van het beheersen van de angst om te hervallen en hulp bij het nemen van een beslissing over al dan niet toekomstige zwangerschappen.
<b>Besluit – discussie</b>	<b>Besluit:</b> De noodzaak tot het verrichten van psychologische en psychosociale interventies in het behandelingsproces van vrouwen met een postpartum psychose, gericht op het eenvoudiger en beter laten verlopen van het genezings- en functioneringsproces dat langdurig kan standhouden, wordt in deze kwalitatieve studie benadrukt.
<b>Aanbevelingen voor praktijk</b>	Er moet een krachtiger beleid opgesteld worden inzake het omgaan met deze aandoening waarbij de psychologische en psychosociale behoeften op lange termijn, voor deze vrouwen die geconfronteerd worden met een postpartum psychose, in worden opgenomen. Er zijn reeds aanbevelingen gedaan die verband houden met interventies die nuttig zouden kunnen zijn. Echter is verder onderzoek essentieel om de effectiviteit van deze interventies te testen en ze eveneens in realiteit te ontwikkelen.

## Artikel 3

<b>Referentie</b> (auteur et al., jaartal)	<b>Auteur:</b> Bobbie Posmontier <b>Jaartal:</b> 2010
<b>Titel</b>	'The Role of Midwives in Facilitating Recovery in Postpartum Psychosis.'
<b>Gevonden via</b> (zoekmachine – trefwoorden)	<b>Zoekmachine:</b> PubMed <b>Trefwoorden:</b> ((Postpartum psychosis) AND (Treatment)) AND (Midwife)
<b>Type bron</b> (tijdschriftartikel, boek, expert, ...)	<b>Type bron:</b> Tijdschriftartikel ( <i>Journal of Midwifery &amp; Women's Health</i> – Impact factor 2021: 2.4) <b>Details auteur:</b> Assistant Professor, Drexel University College of Nursing and Health Professions, 32 N. Lincoln Ave., Newtown PA 18940.
<b>Setting</b> (bv. MIC, VK, NIC, ...) – <b>populatie</b> (bv. zwangeren, baby's, ...)	<b>Populatie:</b> Een vrouw die lijdt aan een postpartum psychose. <b>Beoogd publiek:</b> Vroedvrouwen die tewerkgesteld kunnen worden in alle domeinen.
<b>Doelstelling - vraagstelling</b>	Er wordt voorgesteld om het 'Recovery Advisory Group Model' dat betrekking heeft op psychiatrische aandoeningen te implementeren als een theoretisch werkinstrument in de zorgverlening van vrouwen met een postpartum psychose. Bijgevolg wordt er getracht om vroedvrouwen aan de hand van dit model te assisteren in het herkennen van symptomen, het definiëren van hun rol in het behandelingsproces en ze via deze weg het belang te laten inzien van het zich appliceren als lid van het psychiatrisch team om alzo een optimaal herstel van vrouwen met een postpartum psychose te kunnen garanderen.
<b>Methodologie</b> (aanpak auteurs)	Aan de hand van een getuigenis van een vrouw die reeds een postpartum psychose heeft doorgemaakt, wordt er geprobeerd om de meerwaarde van een vroedvrouw in de behandeling van een postpartum psychose duidelijk te maken/te onderbouwen.
<b>Resultaten</b>	/
<b>Besluit – discussie</b>	<b>Besluit:</b> Vroedvrouwen vervullen een cruciale rol in het verlichten van het herstel van vrouwen met een postpartum psychose. Daarnaast fungeren ze als bemiddelaar tussen de verloskundige en geestelijke gezondheidszorg. Het hanteren van het 'Recovery Advisory Group Model' stelt vroedvrouwen in staat om vrouwen te empoweren om zodoende een optimaal herstel te verwezenlijken. Vroedvrouwen herkennen de signalen en symptomen van een psychose en bieden emotionele aanwezigheid en anticiperende begeleiding. Vervolgens geven ze ook educatie aan vrouwen, hun familieleden maar evenzeer ook aan verpleegkundigen zodat deze zich bewust worden van de optredende prodromale symptomen en zodat ze de slaapdeprivatie bij vrouwen met een postpartum psychose kunnen tegengaan.
<b>Aanbevelingen voor praktijk</b>	Vroedvrouwen moeten deel uitmaken van het psychiatrisch zorgteam. Dit kunnen ze bewerkstelligen door het initiëren van communicatie en follow-up met de desbetreffende professionals. Gedurende het proces van het geestelijk ziektebeeld maar ook tijdens de herstelperiode kan de vroedvrouw de vrouw empoweren en verzorgen.

## Artikel 4

<b>Referentie</b> (auteur et al., jaartal)	<u>Auteurs:</u> Charlene Plunkett <sup>1</sup> , Sarah Peters <sup>1</sup> , Angelika Wieck <sup>2</sup> en Anja Wittkowski <sup>2</sup> <u>Jaartal:</u> 2017
<b>Titel</b>	'A qualitative investigation in the role of the baby in recovery from postpartum psychosis.'
<b>Gevonden via</b> (zoekmachine – trefwoorden)	<u>Zoekmachine:</u> PubMed <u>Trefwoorden:</u> (Postpartum psychosis) AND (Definition) → filter: 'open access' en 'publication date: 5 years' → sneeuwbalmethode
<b>Type bron</b> (tijdschriftartikel, boek, expert, ...)	<u>Type bron:</u> Tijdschriftartikel – kwalitatief onderzoek ( <i>'Clinical Psychology and Psychotherapy'</i> – Impact factor 2021: 5.2) <u>Details auteurs:</u> <sup>1</sup> School of Health Sciences, University of Manchester, UK. <sup>2</sup> Manchester Mental Health and Social Care Trust, UK.
<b>Setting</b> (bv. MIC, VK, NIC, ...) – <b>populatie</b> (bv. zwangeren, baby's, ...)	<i>Populatie:</i> Twaalf moeders die tegemoetkwamen aan de volgende inclusiecriteria: achttien jaar of ouder, de Engelse taal vlot kunnen spreken en schrijven, vrouwen die meenden een diagnosestelling te hebben verkregen van een stoornis in de categorie schizofrenie, een manische episode of een bipolaire affectieve stoornis en dit volgens de 'International Classification for Diseases' versie tien die zich specifiek uitsprekt over de periode na de bevalling. Een deel van de moeders werd geselecteerd uit een Moeder-Baby-Eenheid in Engeland. De overige moeders hadden zich aangemeld via een advertentie die gepubliceerd werd op een onlineforum voor moeders die reeds een postpartum psychose hadden doorgemaakt. De vrouwen vertoonden een verscheidene etnische, culture en socio-economische achtergrond. <i>Beoogd publiek:</i> Medisch personeel werkzaam in een Moeder-Baby-Eenheid.
<b>Doelstelling - vraagstelling</b>	De invloed van de baby, als betrokken persoon, op het genezingsproces van vrouwen met een postpartum psychose.
<b>Methodologie</b> (aanpak auteurs)	<i>Methodie?</i> Het inwinnen van participanten vond plaats tussen augustus 2014 en maart 2015. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informed consent laten ondertekenen.</li> <li>- Een demografische vragenlijst om informatie te vergaren over symptomen en diagnoses om alzo de diagnose van een postpartum psychose te kunnen verifiëren.</li> <li>- Een semigestructureerd interview, over de telefoon of face-to-face, met open vragen dat een gemiddelde tijdsduur van 33 minuten in beslag nam. De interviews werden bijgevolg opgenomen.</li> <li>- Thematische analyse van de ingewonnen data.</li> </ul>
<b>Resultaten</b>	Drie kernthema's die de rol van de baby bij het herstel van een postpartum psychose beschrijven, konden aangehaald worden na thematische analyse <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1.</b> De baby heeft een rol in het genezingsproces <i>Interactie tussen moeder en baby leidt tot een toename van zelfeffectiviteit en een reductie van het emotionele leed.</i></li> <li><b>2.</b> De baby fungeert als een barrière in het genezingsproces <i>De baby kan het emotionele leed bij vrouwen verhogen en kan hun toegang tot hulp en zelfzorg belemmeren.</i></li> <li><b>3.</b> De baby vergemakkelijkt het genezingsproces <i>Moeders voelen zich sterker en zijn meer gemotiveerd naarmate ze positieve feedback van hun baby ontvangen.</i></li> </ol>
<b>Besluit – discussie</b>	<i>Besluit:</i> De baby speelt, ondanks zijn invloed niet door elke moeder als nuttig en behulpzaam wordt aanzien, een centrale rol in het genezingsproces van vrouwen met een postpartum psychose.
<b>Aanbevelingen voor praktijk</b>	De Moeder-Baby-Eenheden bieden holistische ondersteuning bij het implementeren van de baby in het genezingsproces van vrouwen met een postpartum psychose. Bij voorkeur wordt deze praktijk zo vroeg mogelijk in het proces gerealiseerd om derhalve het genezingsproces te bevorderen.

## Artikel 5

<b>Referentie</b> (auteur et al., jaartal)	<u>Auteur:</u> Detlef Degner <u>Jaartal:</u> 2017
<b>Titel</b>	'Differentiating between "baby blues,"severe depression, and psychosis.'
<b>Gevonden via</b> (zoekmachine – trefwoorden)	<u>Zoekmachine:</u> PubMed <u>Trefwoorden:</u> (Postpartum psychosis) AND (Postpartum depression) → <u>filter:</u> 'publication date: 5 years'
<b>Type bron</b> (tijdschriftartikel, boek, expert, ...)	<u>Type bron:</u> Tijdschriftartikel ( <i>'The British Medical Journal'</i> – Impact factor 2021: 6.6) <u>Details auteur:</u> Associate professor of psychiatry and assistant medical director, Department of Psychiatry, Medical School of Georg-August University, Goettingen, Germany.
<b>Setting</b> (bv. MIC, VK, NIC, ...) – <b>populatie</b> (bv. zwangeren, baby's, ...)	<u>Beoogd publiek:</u> Medisch personeel werkzaam binnen het domein van de perinatale geestelijke gezondheidszorg.
<b>Doelstelling - vraagstelling</b>	/
<b>Methodologie</b> (aanpak auteurs)	/
<b>Resultaten</b>	Weergave onderscheid tussen drie perinatale psychiatrische stoornissen <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Postpartum depressie:</i> Een ernstige affectieve stoornis die zowel het vrouwelijke alsook het mannelijke geslacht kan treffen. De aanvang van dit ziektebeeld is meestal tussen één week en vier maanden na de partus gelegen. Het optreden wordt toegeschreven aan een combinatie van factoren waaronder hormonale veranderingen, emotionele stress en slaapgebrek.</li> <li>- <i>Diversificatie:</i> Een postpartum depressie en een postpartum psychose differentiëren zich van elkaar door psychopathologische symptomen, duur en risico's die heel verschillend en soms zelfs gecompliceerd zijn.</li> <li>- <i>Belangrijke opmerkingen</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Postpartum depressieve psychosen dragen een risicopercentage op filicide van 4.5%.</li> <li>o Zelfmoord vormt één van de belangrijkste oorzaken van perinatale moedersterfte.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Besluit – discussie</b>	/
<b>Aanbevelingen voor praktijk</b>	/

## Artikel 6

<b>Referentie</b> (auteur et al., jaartal)	<b>Auteur:</b> Louise Phillips <b>Jaartal:</b> 2015
<b>Titel</b>	'Assessing the knowledge of perinatal mental illness among student midwives.' (Studie rapporteert over fase één van een tweefasenproject.)
<b>Gevonden via</b> (zoekmachine – trefwoorden)	<b>Zoekmachine:</b> Limo <b>Trefwoorden:</b> [Volledig document] Postpartum psychosis AND [Volledig document] Midwife → sneeuwbal methode
<b>Type bron</b> (tijdschriftartikel, boek, expert, ...)	<b>Type bron:</b> Tijdschriftartikel – kwalitatief onderzoek ('Nurse Education in Practice' – Impact factor 2021: 2.9) <b>Details auteur:</b> Senior Lecturer in Women's Mental Health, School of Health Sciences, Nursing Division, Myddelton Building, City University, Northampton Square, London EC1V OHB, United Kingdom.
<b>Setting</b> (bv. MIC, VK, NIC, ...) – <b>populatie</b> (bv. zwangeren, baby's, ...)	<b>Populatie:</b> Negen studenten (dezelfde universiteit), die binnen zes maanden in het bezit zijn van hun diploma, werden door middel van een doelgerichte steekproef geselecteerd. <b>Beoogd publiek:</b> Vroedvrouwen in opleiding en verantwoordelijken voor de organisatie van de opleiding Vroedkunde.
<b>Doelstelling – vraagstelling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het systematisch beoordelen van de bewustwording van vroedvrouwen in opleiding over perinatale psychische aandoeningen.</li> <li>- Het informeren over de curriculumontwikkeling voor verloskundestudenten op niveau van een bachelor en een postgraduaat.</li> <li>- Het bijdragen aan het optimaliseren van de zorg en ondersteuning die vrouwen met perinatale psychische aandoeningen van prenatale diensten mogen ontvangen.</li> </ul>
<b>Methodologie</b> (aanpak auteurs)	<b>Methode?</b> Twee focusgroepen (vrijwillige deelname, interesse om deel te nemen binnen de twee weken na bekendmaking onderzoek melden via e-mail, ondertekenen van toestemmingsformulier): kwalitatieve methode. <b>Wanneer?</b> Gedurende de stageperiode van de studenten. <b>Waar?</b> In een onderwijscentrum op korte loopafstand van de stageplaatsen. <b>Hoelang?</b> Eén uur en begeleid door twee onderzoekers die ondertussen aantekeningen maken. <b>Gespreksonderwerp?</b> Kennis over en directe ervaringen met vrouwen die lijden aan perinatale psychische aandoeningen. <b>Gegevensverzameling?</b> Digitale opname en het transcriberen van de verzamelde gegevens → Thematische analyse.
<b>Resultaten</b>	Geïdentificeerde thema's <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Gevoeligheid voor vrouwen met psychische problemen:</i> Tijdgebrek en onvoldoende kennis.</li> <li>- <i>Cultureel bewustzijn:</i> Culturele druk op vrouwen om perfecte moeders te zijn. Bij sommige culturen heerst er onwil om psychische aandoeningen bekend te maken.</li> <li>- <i>Percepties van moeders met een psychische aandoening:</i> Angst en verwarring bij de studenten. Het proces van gepaste verwijzing is vaak onbekend en moeilijk terrein voor de verloskundige en de vrouw met de psychische aandoening.</li> <li>- <i>Opmerkingen over gekwalificeerde verloskundigen:</i> Angst om verder te kijken dan het medische luik van de zwangerschap en partus. Het zich onthouden van het stellen van psychologische vragen. De noodzaak om samen te werken als team.</li> <li>- <i>Opvattingen over de opleiding van studenten verloskunde:</i> Onvoldoende lessen met als inhoud de geestelijke gezondheid. Het invoeren van het behandelen van geestelijke gezondheidsproblemen: communicatie en verwijzing.</li> </ul>
<b>Besluit – discussie</b>	<b>Besluit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het introduceren van de positie van een gespecialiseerde vroedvrouw in de context van de geestelijke gezondheidszorg vervaardigt een samenwerkingsverband tussen de prenatale diensten en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.</li> <li>- In de praktijk tijd doorbrengen met gespecialiseerde beoefenaars biedt een combinatie van ervaringen aan die de toekomstige vroedvrouwen zowel communicatieve als verwijzende vaardigheden kunnen bijdragen.</li> <li>- Een werkcultuur creëren waarin verloskundigen aangemoedigd worden om op een ondersteunende en creatieve manier over individuele vrouwen na te denken en te praten, kan hulp bieden bij het nemen van dergelijke beslissingen over deze vrouwen.</li> </ul>



<b>Aanbevelingen voor praktijk</b>	De onderzoeksresultaten zullen gebruikt worden voor de ontwikkeling van een educatief webgebaseerd programma voor student- en gekwalificeerde verloskundigen. Daarnaast ondersteunen deze resultaten de vorming van het curriculum voor afgestudeerde en postgraduate verloskundestudenten. Dit heeft tot gevolg dat de zorg en de ondersteuning, geboden door perinatale diensten, van vrouwen met psychische aandoeningen wordt verbeterd.
------------------------------------	--

## Artikel 7

<b>Referentie</b> (auteur et al., jaartal)	<b>Auteurs:</b> Yvonne L. Hauck BScN, MSc, PhD (Professor of Midwifery) <sup>a,b</sup> , Georgina Kelly BNsg, PGDipMid, RN, RM (Research Midwife) <sup>b</sup> , Milan Dragovic PhD (Senior Scientist – Neuropsychiatry) <sup>c</sup> , Janice Butt RN, RM, ADA, PGCEA, MA(Ed), FACM (Co-ordinator Midwifery Education, Associate Director Midwifery) <sup>a,b</sup> , Pamela Whittaker RMHN, RN (Clinical Nurse Manager) <sup>d</sup> en Johanna C. Badcock BA, MA(Clin Psych), PhD (Research Professor, Senior Clinical Psychologist) <sup>c,e</sup> . <b>Jaartal:</b> 2015
<b>Titel</b>	'Australian midwives knowledge, attitude and perceived learning needs around perinatal mental health.'
<b>Gevonden via</b> (zoekmachine – trefwoorden)	<b>Zoekmachine:</b> Limo <b>Trefwoorden:</b> [Volledig document] Postpartum psychosis AND [Volledig document] Midwife
<b>Type bron</b> (tijdschriftartikel, boek, expert, ...)	<b>Type bron:</b> Tijdschriftartikel – kwalitatief onderzoek ('Midwifery' – Impact factor 2021: 3.5) <b>Details auteurs:</b> <sup>a</sup> School of Nursing and Midwifery, Curtin University, Western Australia, Australia. <sup>b</sup> Department of Nursing and Midwifery Education and Research, King Edward Memorial Hospital, Subiaco, Western Australia, Australia. <sup>c</sup> Clinical Research Centre, North Metropolitan Health Service, Mental Health, Mount Claremont, Western Australia, Australia. <sup>d</sup> Mother and Baby Unit, King Edward Memorial Hospital, Subiaco, Western Australia, Australia. <sup>e</sup> School of Psychology, University of Western Australia, Western Australia, Australia.
<b>Setting</b> (bv. MIC, VK, NIC, ...) – <b>populatie</b> (bv. zwangeren, baby's, ...)	<b>Setting:</b> De enige openbare tertiaire kraamkliniek (en verwijzingscentrum) voor vrouwen met zéér complexe zwangerschappen (Het King Edward Memorial Hospital) in West-Australië. <b>Populatie:</b> 238 verloskundigen (responspercentage van 50.1%, participanten werden aangetrokken door de onderzoeksverloskundige) werkzaam, van maart tot juni 2013, in het King Edward Memorial Hospital in West-Australië. <b>Beoogd publiek:</b> Australische verloskundigen en verantwoordelijken voor het optimaliseren van de theoretische en praktijkgerichte leermogelijkheden voor verloskundigen die in contact komen met vrouwen die lijden aan perinatale psychische aandoeningen.
<b>Doelstelling – vraagstelling</b>	Het onderzoeken van de kennis en de houding van verloskundigen (werkzaam in het King Edward Memorial Hospital in West-Australië), in functie van de perinatale leerbehoeften op het gebied van geestelijke gezondheid, ten opzichte van vruchtbare vrouwen die lijden aan psychische stoornissen.
<b>Methodologie</b> (aanpak auteurs)	<b>Methodie?</b> Transversale studieopzet (enquête): een combinatie van op maat gemaakte vragen en vignetten met verschillende aandoeningen. Voorafgaand aan de realisatie van dit onderzoek werd feedback ingewonnen over de opzet, duidelijkheid, inhoud en vormgeving van de vragen. <b>Waar?</b> In het King Edward Memorial Hospital in West-Australië. <b>Gegevensverzameling?</b> Van alle participanten werden demografische en werkgelegenheidsgegevens verzameld alsook informatie met betrekking tot eerdere ervaringen met het werken in de geestelijke gezondheidszorg en/of enige recente training in de perinatale geestelijke gezondheid. Er werd gebruikgemaakt van volgende programma's: Pearson X <sup>2</sup> met Yates's correctie, IBM Statistisch Pakket voor Sociale Wetenschappen (SPSS) (versie 21). Ook de methodiek van Ward (hiërarchische clusteranalyse) en k-gemiddelden-clusteranalyses werden uitgevoerd.
<b>Resultaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Slechts 37.6% van de verloskundigen voelde zich goed uitgerust om vrouwen te ondersteunen.</li> <li>- 50.2% gaf aan onvoldoende toegang tot informatie te hebben.</li> <li>- Er heerst een grote vraag naar onderwijs over persoonlijkheidsstoornissen (77.8%), de impact van het krijgen van kinderen op psychische stoornissen (74.2%) en vaardigheden om met stress en agressie om te gaan (57.8%).</li> <li>- Kennisscores waren variabel en bij alle aandoeningen was de herkenning aan de hand van vignetten het hoogst voor depressie (93.9%) en het laagst voor schizofrenie (65.6%).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er werden geen associaties bevonden tussen de algemene kennisscores en eerdere ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg, recente professionele ontwikkeling of toegang tot informatie over geestelijke gezondheid.</li> <li>- De meerderheid van de verloskundigen omschreef positieve opvattingen over de rol van de verloskundige bij de beoordeling van de geestelijke gezondheid van de vrouw en het geloof in haar herstel (83.5%).</li> <li>- Clusteranalyse van warmte- en competentiecijfers bracht echter negatieve stereotypen van psychische stoornissen aan het licht.</li> </ul>
<b>Besluit – discussie</b>	<p><i>Discussie:</i> Generaliseerbaarheid van de uitkomsten van dit onderzoek naar andere contexten kan beperkt zijn aangezien de resultaten een momentopname van de heersende leerbehoeften, kennis en attitudes van verloskundigen in Peth van de enige tertiaire kraamkliniek in West-Australië weerspiegelen. Een enigszins positief vertekend beeld kan opgeroepen worden dankzij de huidige bevindingen. Het kan namelijk zo zijn dat verloskundigen die niet wensten deel te nemen een meer negatieve houding hadden, minder bereid waren om hun negatieve houding mee te delen of minder vertrouwen hadden in hun eigen kennis omtrent perinatale mentale gezondheidsstoornissen.</p> <p><i>Besluit:</i> Verloskundigen aanvaardden dat het hun rol is om de mentale gezondheidstoestand van vrouwen te beoordelen. Echter voelen velen onder hen zich hiertoe niet uitgerust en spreken het verlangen uit om meer kennis en vaardigheden inzake de diverse perinatale mentale gezondheidsthema's in te winnen. Hun houding ten opzichte van het herstelproces is positief. Daarnaast bestaan er negatieve stereotypen. Het is cruciaal dat bewustwording van deze mogelijke vooroordelen wordt erkend aangezien deze een weerslag op de zorgverlening kunnen teweegbrengen.</p>
<b>Aanbevelingen voor praktijk</b>	<p>Een aanpassing van de leerbehoeften kan zich voltrekken ten gevolge van de trends in de klinische praktijk. Strategieën zijn nodig om negatieve overtuigingen te herkennen en om deze een halt toe te roepen. Tot slot dient het onderwijs in te spelen op en tegemoet te komen aan de heersende lokale contexten.</p>

## Artikel 8

<b>Referentie</b> (auteur et al., jaartal)	<u>Auteur:</u> Fatimah Mohamied <u>Jaartal:</u> 2019
<b>Titel</b>	'Postpartum psychosis and management: a case study.'
<b>Gevonden via</b> (zoekmachine – trefwoorden)	<u>Zoekmachine:</u> Limo <u>Trefwoorden:</u> [Volledig document] Postpartum psychosis AND [Volledig document] Midwife
<b>Type bron</b> (tijdschriftartikel, boek, expert, ...)	<u>Type bron:</u> Tijdschriftartikel - casestudie ( <i>'British Journal of Midwifery'</i> – Impact factor 2021: 0.7) <u>Details auteur:</u> Third-year Student Midwife, University of West London.
<b>Setting</b> (bv. MIC, VK, NIC, ...) – <b>populatie</b> (bv. zwangeren, baby's, ...)	<u>Populatie:</u> Een jonge moeder die getroffen werd door een postpartum psychose na de geboorte van haar eerste kind. <u>Beoogd publiek:</u> Verloskundigen en zorgverleners die actief zijn binnen het zorgverleningsproces van vrouwen met een postpartum psychose.
<b>Doelstelling - vraagstelling</b>	De rol van de verloskundige en het multidisciplinaire team, inclusief professionele zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg, wordt kritisch beoordeeld. In functie hiervan worden aanbevelingen voor een verbetering van deze zorg weergegeven.
<b>Methodologie</b> (aanpak auteurs)	Het artikel beschrijft (retrospectief) de casestudie van een jonge moeder die getroffen werd door een postpartum psychose na de geboorte van haar eerste kind. Vervolgens wordt een kritische beoordeling gegeven over de ontvangen zorg aan de vrouw, met de inclusie van haar partner, in de postnatale periode.
<b>Resultaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puerperale psychose = synoniem, een eerste manische fase binnen een bipolair beeld = een manisch depressief beeld.</li> <li>- Mohamied (2019) vermeldt dat de code van The Nursing and Midwifery Council (NMC) het ermee eens is dat verloskundigen een sleutelrol vervullen in het detecteren van afwijkingen van de fysiologie en het tijdig doorverwijzen naar de relevante specialisaties. Daarnaast geeft Mohamied (2019) aan dat de NMC het onontbeerlijk vindt om patiënten voorgang te geven en hun veiligheid te beschermen. Tegelijkertijd gevoelige en medelevende zorg bieden, is ook prioritair. Deze zorg wordt mogelijk gemaakt door de vrouw zowel op fysiek alsook op mentaal niveau op te volgen en te documenteren, tijdig door te verwijzen en een veilig medicatiebeleid te hanteren.</li> <li>- Verloskundigen spelen als het ware een centrale rol in het opkomen voor de wensen van de vrouw. Ze onderhouden contact met de vrouw waardoor fundering voor een vertrouwensrelatie wordt gelegd die vervolgens tot veilige en medelevende zorg kan leiden. Voorts fungeren ze als aanspreekpunt voor veiligheid, ondersteuning en continuïteit. Dit is zeker van belang bij een complexe sociale en mentale gezondheid.</li> <li>- Armoede, stress en het onderhouden van functionele relaties met andere gezinnen in een afgesloten, gedeelde ruimte = kunnen bijdragen aan een zekere kwetsbaarheid voor de geestelijke gezondheid.</li> <li>- Het stigma dient bestreden te worden met open communicatie en voorlichting om discreetie en ongerijmde schaamte te voorkomen.</li> <li>- De verloskundige mag zich in het behandelingsproces niet enkel focussen op moeder en baby. Ook de partner en de omgeving van de vrouw dienen mee in rekening gebracht te worden. De steun van de partner is doorslaggevend voor herstel.</li> <li>- Eenmaal er psychische problematiek bij de vrouw gediagnosticeerd wordt, dient een convenabel en gewichtig zorgbeleid uitgestippeld te worden waarbij in de opstelling hiervan belang moet worden gehecht aan inspraak van de vrouw.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sommige psychofarmaca (carbamazepine, clozapine en lithium) worden als niet bruikbaar geacht in combinatie met borstvoeding. Indien deze medicatie daarentegen toch wordt voorgeschreven, moet de reden hiertoe gedocumenteerd worden en moet regelmatig een controle van de nierfunctie van het kind verwezenlijkt worden.</li> <li>- Het koppel wordt geïnformeerd over de teratogeniciteit van psychotrope medicatie die, naast de inname van langwerkende reversibele anticontraceptiva, mogelijks profylatisch dient genomen te worden tijdens een tweede zwangerschap of die de vrouw nog steeds gebruikt. Voorts moet het koppel ingelicht worden over het grote risico op een recidief na een volgende zwangerschap. Voorlichting over de tekens en symptomen in combinatie met hoe het gebeuren kan escaleren en snelle toegang tot zorg verkregen kan worden, mag zeker niet onthouden worden.</li> <li>- Naar verluidt zijn partners weerbarstige hulpzoekers, hetgeen een bijdrage aan hun stressgehalte kan leveren en eveneens een ineenstorting van het huwelijk met zich kan meebrengen.</li> <li>- Door middel van openhartige communicatie binnen het multidisciplinaire team is een veilige en alomvattende behandeling van de vrouw mogelijk. Vertrouwen, respect en kennis van teams en individuen vormen hierbij belangrijke competenties om na te streven.</li> </ul>
<b>Besluit – discussie</b>	<p><i>Besluit:</i> Alvorens gepersonaliseerde zorg die de overtuigingen, waarden en wensen van de vrouw mee in beraad neemt, gepland kan worden, dient bij de eerste consultatie een volledige biopsychosociale geschiedenis te worden afgenomen. Veeleer wordt deze kritische informatie niet bevonden vanwege stigma, taboe en misverstanden over de geestelijke gezondheid. Ook de angst om gescheiden te worden van het kind oefent hier invloed op uit.</p> <p>Partners en familieleden spelen een sleutelrol in de kans op herstel. Het is de taak van de verloskundige om deze personen te informeren en te betrekken bij het zorgverleningsproces van de vrouw.</p> <p>Verloskundigen en zorgverleners dienen meer opleiding te kunnen genieten met betrekking tot de vroege herkenning en verwijzing van vrouwen met een postpartum psychose. Verloskundigen vormen immers het contactpunt met de vrouw en bouwen vertrouwensrelaties op zodat veilige en medelevende zorg kan geboden worden. Deze zorg kan louter verleend worden door het fysieke en mentale aspect van de gezondheidstoestand van de vrouw op te volgen, te documenten, tijdig door te verwijzen en een veilig medicatiebeleid op punt te stellen. Veilige en alomvattende behandeling van de vrouw wordt mogelijk gemaakt door effectieve interprofessionele samenwerking te realiseren.</p>
<b>Aanbevelingen voor praktijk</b>	<p>Prioriteit moet gegeven worden aan het documenteren van de mentale toestand van de vrouw en haar relateerbaarheid aan de behoeften van haar kind. Eveneens moet er een beoordeling opgemaakt worden van de emotionele en verbale interacties tussen moeder en kind. Vervolgens moet ook continuïteit van de zorg gegarandeerd worden om alzo de vertrouwensrelatie met de cliënte en haar omgeving te kunnen behouden, het vertrouwen van de cliënte in de zorgverlener aan te wakkeren en om het vertrouwen van de cliënte in zichzelf te amplificeren om zonder angst gevoelens en gedachten bespreekbaar te maken. Tot slot dienen verloskundigen een training en opleiding te volgen om vroegtijdig postpartum psychosen te kunnen herkennen en hier adequaat op te kunnen inspelen.</p>

## Artikel 9

<b>Referentie</b> (auteur et al., jaartal)	<u>Auteurs:</u> Veerle Bergink <sup>1,2</sup> , Karin M. Burgerhout <sup>1</sup> , Kathelijne M. Koorengel <sup>1,2</sup> , Astrid M. Kamperman <sup>2,3</sup> , Witte J. Hoogendijk <sup>1,2</sup> , Mijke P. Lambregtse-van den Berg <sup>1,2</sup> en Steven A. Kushner <sup>1,2</sup> . <u>Jaartal:</u> 2015
<b>Titel</b>	'Treatment of Psychosis and Mania in the Postpartum Period.'
<b>Gevonden via</b> (zoekmachine - trefwoorden)	<u>Zoekmachine:</u> PubMed <u>Trefwoorden:</u> (Postpartum psychosis [MeSH Major Topic] AND (Sleep deprivation [MeSH Major Topic])) → sneeuwbalmethode
<b>Type bron</b> (tijdschriftartikel, boek, expert, ...)	<u>Type bron:</u> Tijdschriftartikel – kwantitatief onderzoek (' <i>American Journal of Psychiatry</i> ' – Impact factor 2021: 20) <u>Details auteurs:</u> <sup>1</sup> M.D. <sup>2</sup> Ph.D. <sup>3</sup> M.Sc. – From the Department of Psychiatry and the Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychology, Erasmus Medical Center, Rotterdam, the Netherlands.
<b>Setting</b> (bv. MIC, VK, NIC, ...) – <b>populatie</b> (bv. zwangeren, baby's, ...)	<u>Setting:</u> Moeder-Baby-Eenheid van de afdeling Psychiatrie van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam, Nederland. <u>Populatie:</u> 64 vrouwen opgenomen voor een postpartum psychose of manie beperkt tot de postpartum periode. <u>Beoogd publiek:</u> Zorgverleners werkzaam binnen het domein van de (perinatale) geestelijke gezondheidszorg.
<b>Doelstelling - vraagstelling</b>	Een postpartum psychose is een ernstige psychiatrische aandoening die onmiddellijke klinische interventie vereist. Echter is er weinig geweten over welke interventies het meest effectief zijn. In dit onderzoeksartikel geven de auteurs een overzicht van de verkregen behandelingsrespons en de remissie-uitkomsten op negen maanden postpartum door middel van toepassing van een vierstappenalgoritme bij patiënten met een eerste psychose of manie in de postpartum periode.
<b>Methodologie</b> (aanpak auteurs)	<u>Methodie?</u> Toepassing van een niet-farmacologische behandeling (interactie tussen moeder en baby optimaliseren: feedback van zorgpersoneel, video-interactiebegeleiding en babymassage) en farmacologische behandeling (vierstappenalgoritme: 1. Benzodiazepines (inname voor het slapengaan gedurende drie dagen), 2. Antipsychotica (vanaf dag vier, gedurende twee weken), 3. Lithium (opstart na twee weken) en 4. ECT (na twaalf weken geen respons op combinatietherapie, bij catatonie)) bij vrouwen met een eerste psychose of manie in de postpartum periode. Deze vrouwen worden wekelijks geëvalueerd (YMRS, EPDS en CGI-BP) en het onderzoek kent een tijdsslot van negen maanden. <u>Waar?</u> In de Moeder-Baby-Eenheid van de afdeling Psychiatrie van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam, Nederland. <u>Zoektocht naar participanten?</u> Screening en beoordeling aan de hand van The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Patient Edition en een interview met een psychiater, van elke patiënt opgenomen op de afdeling tussen augustus 2005 en juni 2011. <u>Inclusiecriteria?</u> Leeftijd tussen achttien en 45 jaar en de diagnose van een postpartum psychose werd vastgesteld. <u>Selectie participanten?</u> 83 patiënten voldoen aan de criteria van een postpartum psychose of manie → vijftien patiënten werden geëxcludeerd wegens een voorgeschiedenis van een psychose of manie buiten de postpartum periode, één patiënt werd uitgesloten vanwege middelenmisbruik en twee wegens weigering tot deelname → één patiënt haakte na remissie af voor follow-up. <u>Data-analyse?</u> Vergelijking categorische demografische variabelen met de Fisher's exacte test en vergelijking continue demografische variabelen met de Mann-Whitney U-test. Categorische uitkomsten van terugvalrisico's werden onderzocht door middel van de Fisher's exacte test, logistische regressieanalyse en de Kaplan-Meier-schatting van de log-rank-test. De analyses werden uitgevoerd met SPSS (versie 20.0) en een tweezijdige p-waarde < 0.05 werd als statistisch significant beschouwd.
<b>Resultaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bijna alle patiënten (98.4%) bereikten volledige remissie na hantering van de eerste drie stappen.</li> <li>- Eenmaal volledige remissie werd bereikt, werden alle vrouwen geadviseerd om de inname van benzodiazepines af te bouwen tot volledige stopzetting.</li> <li>- Geen van de patiënten vertoonde noodzaak tot ECT.</li> <li>- Op negen maanden postpartum werd aanhoudende remissie bij 79.7% van de patiënten waargenomen.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen enkele patiënt die onder de behandeling van benzodiazepinemonotherapie stond, verkreeg een recidief.</li> <li>- De combinatie van benzodiazepines en antipsychotica leverde echter significant meer kans op terugval op (N = 6/12, 50.0%) vergeleken met deze die aanvullend nog lithium toegediend kregen (N = 6/47, 12.8%) (Fisher's exacte test, <math>p = 0.01</math>; odds ratio = 6.8, 95% BI = 1.7-28.3).</li> <li>- Patiënten behandeld met lithium vertoonden een significant lager percentage op teruval in vergelijking met diegenen die behandeld werden met antipsychotische monotherapie.</li> <li>- Lithiummonotherapie tot negen maanden postpartum wordt wel aanbevolen als onderhoudsbehandeling.</li> <li>- Multipariteit en niet-affectieve psychose werden aanzien als risicofactoren voor terugval.</li> <li>- Er werd aangetoond dat vrouwen die genoodzaakt zijn met de inname van een combinatie van benzodiazepines en antipsychotica gemiddeld significant ouder waren dan diegenen die een bijkomende lithiumbehandeling dienden te verkrijgen (Fisher's exacte test, <math>p &lt; 0.01</math>).</li> <li>- Een andere merkwaardige vaststelling is dat in vergelijking gebracht met multipara patiënten (N = 8/14, 57.1%) aanhoudende remissie na negen maanden postpartum veeleer wordt geassocieerd met primipariteit (N = 43/50, 86%) (Fisher's exacte test, <math>p = 0.03</math>; odds ratio = 4.6, 95% BI = 1.2-17.4). Ook de differentiatie in het type psychose heeft hier een invloed op. Zo hebben patiënten met een affectieve psychose meer kans op aanhoudende remissie (N = 49/59, 83.1% ten opzichte van N = 2/5, 40%) (Fisher's exacte test, <math>p = 0.05</math>; odds ratio = 7.4, 95% BI = 1.1-49.8).</li> </ul>
<b>Besluit – discussie</b>	<p><i>Discussie:</i> Bergink et al. (2015) beschrijven in hun onderzoeksartikel de aanwezigheid van een hogere biologische kwetsbaarheid tijdens de postpartum periode met inbegrip van voorbijgaande immunologische en endocriene veranderingen. Ten gevolge van het spontaan verdwijnen van deze veranderingen in de postpartum fysiologie zou zelfs zonder behandeling substantieel herstel kunnen optreden. Echter wordt deze alternatieve hypothese ontkracht door onderzoeken met medicatievrije patiënten te hebben verricht. Door middel van farmacologische onthouding ervaren patiënten een langere ziekteduur, gemiddeld acht maanden, alvorens klinische remissie bereikt kan worden. Lithium wordt zéér gunstig geacht inzake de acute behandeling van een psychose indien het in combinatie met antipsychotica wordt gegeven. Monotherapie met lithium biedt meer bescherming tegen terugval in vergelijking met monotherapie met antipsychotica. Lithium heeft een immuunonderdrukkende werking. Bewijs werd gevonden dat een heractivering van het immuunsysteem tijdens de postpartum periode centraal kan staan in de pathogenese van een postpartum psychose. Het is bijgevolg aanlokkelijk om te speculeren dat lithium dankzij zijn bovenstaande functie mogelijks heeft bijgedragen tot deze positieve behandelingsresultaten.</p> <p><i>Besluit:</i> Een opeenvolgende toediening van benzodiazepines, antipsychotica en lithium kan uitmonden in hoge remissiepercentages bij patiënten met een eerste postpartum psychose. Bijgevolg kan er geconcludeerd worden dat lithiummonotherapie het meest gunstig is in het kader van de preventie van recidieven.</p>
<b>Aanbevelingen voor praktijk</b>	<p><i>Toekomstige studies:</i> De onderzoeksresultaten leveren sterk bewijs aan dat lithium zéér gunstig is als acute interventie wanneer het in combinatie met antipsychotica wordt toegediend. Echter blijft de vraag bestaan of dit voordeel volledig verwezenlijkt kan worden met lithiummonotherapie of dat een combinatiebehandeling met een antipsychoticum genoodzaakt is. Vervolgens moet er in toekomstige studies ook rekening worden gehouden met de mogelijke voordelen die zouden gerealiseerd kunnen worden door het eerder in de behandeling opstarten van lithium.</p>

Het lijkt waarschijnlijk dat de combinatie van een antipsychoticum en lithium de optimale strategie is voor de acute behandeling van vrouwen met een postpartum psychose die gekenmerkt wordt door prominente psychotische of manische symptomen. Toekomstige studies moeten zich daarnaast ook richten op de verschillende antipsychotische opties die er voorhanden zijn. Een vergelijking tussen conventionele en atypische antipsychotica zou moeten worden opgemaakt.

#### *Algemene strategieën*

- Intramurale psychiatrische behandeling: opname op een moeder- en babyafdeling → hogere patiënttevredenheid en een kortere duur van de herstelperiode.
- Arts moet informeren naar eventuele gedachten van de vrouw om zichzelf of haar kind(eren) schade te berokkenen.
- Eerste klinische evaluatie: grondige medische en psychiatrische geschiedenis, inclusief lichamelijk en neurologisch onderzoek, aangevuld met laboratoriumtesten.
- Focussen op slaaphygiëne en een gestructureerd voedingsritme.
- Ondersteuning van de vader is ook een belangrijk aspect van een succesvolle behandeling.

#### *Farmacotherapie*

- Korte periode benzodiazepinebehandeling: evaluatie van de invloed van slaaphygiëne op de ernst van de symptomen nagaan en tegelijkertijd screenen op somatische comorbiditeiten.
- Het gebruik van antidepressiva afraden.
- Lithium wordt sterk aanbevolen tijdens de acute fase van de ziekte.
- De acute behandeling van manische en psychotische symptomen berust op de toediening van antipsychotica.
- Lithiummonotherapie wordt gedurende negen maanden na de partus als onderhoudsbehandeling aanbevolen. Na negen maanden wordt er bij patiënten die volledige klinische remissie kennen en deze ook kunnen waarborgen, gestart met een geleidelijke afbouw van lithium.
- De keuze tussen de toepassing van farmacotherapie en ECT gebeurt in overleg met de patiënt en met aandacht voor het geven van borstvoeding.



## Artikel 10

<b>Referentie</b> (auteur et al., jaartal)	<b>Auteurs:</b> Tim W. Korteland <sup>1</sup> , Kathelijne M. Koorengel <sup>1</sup> , Irina E. Poslowsky <sup>2,3</sup> en Berno van Meijel <sup>4,5,6,7</sup> . <b>Jaartal:</b> 2019
<b>Titel</b>	'Nursing interventions for patients with postpartum psychosis hospitalized in a psychiatric mother-baby unit: A qualitative study.'
<b>Gevonden via</b> (zoekmachine - trefwoorden)	<b>Zoekmachine:</b> PubMed (niet gratis toegankelijk) → Limo <b>Trefwoorden:</b> (Postpartum psychosis [MeSH Major Topic] AND (Healthcare [All Fields])) → filter: 'publication date: 5 years' → sneeuwbalmethode
<b>Type bron</b> (tijdschriftartikel, boek, expert, ...)	<b>Type bron:</b> Tijdschriftartikel – kwalitatief onderzoek (' <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> ' – Impact factor 2021: 3.2) <b>Details auteurs:</b> <sup>1</sup> Department of Psychiatry, Erasmus Medical Center, Rotterdam, The Netherlands. <sup>2</sup> Department of Psychiatry, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands. <sup>3</sup> Nursing Science, Programme in Clinical Health Sciences, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands. <sup>4</sup> Inholland University of Applied Sciences, Research Group Mental Health Nursing, Amsterdam, The Netherlands. <sup>5</sup> Department of Psychiatry, Amsterdam UMC (VUmc), Amsterdam, The Netherlands. <sup>6</sup> GGZ-VS Masters of Advanced Nursing Practice, Utrecht, The Netherlands. <sup>7</sup> Parnassia Psychiatric Institute, The Hague, The Netherlands.
<b>Setting</b> (bv. MIC, VK, NIC, ...) – <b>populatie</b> (bv. zwangeren, baby's, ...)	<b>Setting:</b> Een Moeder-Baby (0-6 maanden)-Eenheid van de afdeling Psychiatrie van het Erasmus Medisch Centrum in Nederland → stille kamer nabij de afdeling. <b>Populatie:</b> Dertien (elf vrouwen, twee mannen; gemiddelde leeftijd = 36 jaar; gemiddeld dertien jaar werkervaring in de geestelijke gezondheidszorg en gemiddeld zeven jaar werkervaring op een moeder- en babyafdeling) deskundige verpleegkundigen werkzaam op een Moeder-Baby-Eenheid van de afdeling Psychiatrie van het Erasmus Medisch Centrum in Nederland. <b>Beoogd publiek:</b> Verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg die werken op een moeder- en babyafdeling.
<b>Doelstelling - vraagstelling</b>	Een systematische beschrijving/identificatie opmaken van de verpleegkundige interventies en hun beweegredenen die toepasbaar zijn in een gespecialiseerde psychiatrische moeder- en babyafdeling en dagdagelijks aangeboden worden aan patiënten die lijden aan een postpartum psychose.
<b>Methodologie</b> (aanpak auteurs)	<b>Methodologie?</b> Een kwalitatief ontwerp waarbij gebruikt werd gemaakt van thematische analyse (beschreven door Braun en Clarke: 1. Vertrouwd raken met de gegevens, 2. Initiële codes genereren, 3. Thema's zoeken, 4. Thema's herzien, 5. Thema's definiëren en benoemen en 6. Het rapport produceren) met een contextualistische benadering → de interviews werden opgenomen en getranscribeerd. Tijdens het onderzoek is een audittrail met theoretische, procesmatige en reflexieve aantekeningen gehouden. De dataverzameling en analyse bestond uit een iteratief proces waarbij tussentijdse analyses tot aanpassingen in het interviewprotocol leidden. Regelmatig werden er supervisiesessies gehouden. Eenmaal de analyse was voltooid en gerapporteerd, werden alle respondenten uitgenodigd voor een ledencontrole op het eerste concept van de resultaten. Vijf verpleegkundigen gaven feedback op dit eerste concept. Deze feedback werd louter gehanteerd om de interventies verder te kunnen verduidelijken. <b>Gegevensverzameling?</b> 1. Participanten verkregen een vignette van een typische patiënt met een postpartum psychose → aangemoedigd om na te denken over de te verlenen zorgen. 2. Aan de hand van semigestructureerde individuele interviews (over de verpleegkundige interventies (gestructureerd volgens de drie fasen van behandeling: de acute fase – de behandelfase en de fase naar ontlading) die dagdagelijks worden uitgevoerd, voorafgaand werd geïnformeerde toestemming verkregen, de interviews werden afgenomen door de eerste auteur en duurden tussen de 56 en 91 minuten) werden gegevens ingewonnen. De tijdsperiode van de interviews was gelegen tussen december 2015 en juli 2016. <b>Interviewonderwerpen?</b> Gelijk per fase: moederlijke gezondheid – resultaten moeder-baby – het welzijn van de nabestaanden en de houding van de verpleegster.

	<p>Fase van therapeutische omgeving: bijdrage van de verpleegkundigen. Resultaat = codeboom + integratie van nieuwe codewoorden op basis van de verzameling van nieuwe gegevens. <i>Inclusiecriteria?</i> Verpleegkundigen die voldeden aan de definitie van een bekwaam of deskundige verpleegkundige, gevestigd op het niveau van verpleegkundige deskundigheid zoals beschreven door Benner en minimaal één jaar werkervaring op de specifieke moeder- en babyafdeling. <i>Identificatie participanten die in aanmerking komen?</i> De uitvoering van een online-enquête (n = 24): informatie vergaren over geslacht, leeftijd, opleiding, werkervaring en arbeidsuren. Ook de mening van informanten (afdelingsmanager en senior verpleegkundigen) werd mee in rekening gebracht bij het selecteren van de correcte participanten. <i>Participanten?</i> Negentien verpleegkundigen kwamen tegemoet aan het criterium van bekwaame of deskundige verpleegkundige. Twaalf verpleegkundigen werden door de informanten geïdentificeerd als experts op het gebied van zorgverlening voor vrouwen met een postpartum psychose. Maximale geslachtsvariatie werd bekomen door het invoegen van twee mannelijke deskundige verpleegkundigen in het onderzoek. <i>Waar?</i> Een Moeder-Baby-Eenheid van de afdeling Psychiatrie van het Erasmus Medisch Centrum in Nederland → stille kamer nabij de afdeling. <i>Interpretatie verkregen gegevens?</i> Per fase werd er gekeken naar de interventies die betrekking hadden op de gezondheid van moeders, de moeder-babyuitkomsten en de zorg voor de omgeving.</p>
<b>Resultaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Drie thema's (binnen de drie fasen van de behandeling) <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Behandeling van de psychische stoornis (mentaal en fysiek welzijn moeder verbeteren)</i></li> <li>o <i>Zorg voor de moeder-baby-dyade (veilige interactie tussen moeder en baby bevorderen)</i></li> <li>o <i>Zorg voor de partner (welzijn partner verbeteren)</i></li> </ul> </li> <li>- Op een holistische manier wordt verpleegkundige zorg aangeboden. Er wordt voorzien in de fysieke, psychologische en sociale behoeften van de moeder, de baby en de partner.</li> <li>- Gezamenlijke opname heeft een positief effect op het gezondheidsbeeld van de moeder maar vervolgens ook op de moeder-babyrelatie.</li> <li>- Het geven van feedback zonder waardeoordeel kan het zelfrespect van de vrouw in haar functie als bekwaame moeder bevorderen.</li> <li>- De behoefte aan rust zou verstoord kunnen worden door het geven van borstvoeding. Deze voedingswijze zou namelijk interfereren met de inname van psychotrope medicatie, de nood aan structuur, rust en ook met de vereiste om slaappatronen te rehabiliteren.</li> <li>- Partners dienen ondersteuning te genieten. Dit gegeven kan gerealiseerd worden door er voor de partners te zijn, naar hun zorgen te luisteren en hun informatie te bieden over de diagnose en de verdere behandeling in de Moeder-Baby-Eenheid. Ze geraken uitgeput door het ervaren van stress rondom de ziekenhuisopname van de moeder en de combinatie van het dagelijks bezoeken van de afdeling, de verplichtingen tegenover andere kinderen die deel uitmaken van het gezin en hun beroep. Mannen zouden tot het zorgverleningsteam van moeder en baby moeten behoren. Ingeval de moeder niet in staat is om contact te maken met de baby kan de vader deze affectie verwezenlijken. Dankzij zijn betrokkenheid in het zorgverleningsproces wordt de band tussen vader en kind ondersteund.</li> </ul>
<b>Besluit – discussie</b>	<p><i>Discussie:</i> Binnen elk van de aangehaalde thema's gaven de verpleegkundigen aan dat het noodzakelijk is om de interventies af te stemmen op de behoeften van de patiënt, de baby en de partner. Ook de noodzaak om het slaappatroon van de moeder te rehabiliteren, werd aanzien als een belangrijke voorwaarde voor herstel.</p> <p><i>Besluit:</i> Verpleegkundigen actief in de geestelijke gezondheidszorg vervullen een essentiële rol in het multidisciplinaire behandelingsteam van vrouwen met een postpartum psychose.</p>

	<p>Hun rol bestaat uit het verstrekken van informatie over het persoonlijk functioneren van de vrouw en haar vermogen om voor de baby te zorgen. Daarnaast dienen ze de juiste hoeveelheid begeleiding en bescherming te bepalen en te bieden om vervolgens schade te voorkomen en herstel van de vrouw te bevorderen.</p> <p>Geïntegreerde en gepersonaliseerde verloskundige zorg kan louter geboden worden indien verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg hun interventies afstemmen op de behoeften van de patiënt, de baby en haar omgeving. Het is vanzelfsprekend dat deze interventies ook aangepast moeten worden in functie van de opeenvolgende fasen van de behandeling.</p>
<b>Aanbevelingen voor praktijk</b>	<p><i>Toekomstige studies:</i> De effectiviteit van de beschreven verpleegkundige interventies voor patiënten met een postpartum psychose testen.</p> <p><i>Implicaties voor de praktijk:</i> De beschrijving van verpleegkundige interventies kan gehanteerd worden om de verpleegkundige zorg voor patiënten, opgenomen in een ziekenhuis omwille van een postpartum psychose, te verbeteren.</p>

## Artikel 11

<b>Referentie</b> (auteur et al., jaartal)	<b>Auteurs:</b> Rebecca Boddy <sup>1</sup> , Carolyn Gordon <sup>2</sup> , Fiona MacCallum <sup>3</sup> en Mary McGuinness <sup>4</sup> . <b>Jaartal:</b> 2017
<b>Titel</b>	'Men's experiences of having a partner who requires Mother and Baby Unit admission for first episode postpartum psychosis.'
<b>Gevonden via</b> (zoekmachine - trefwoorden)	<b>Zoekmachine:</b> PubMed (niet gratis toegankelijk) → Limo <b>Trefwoorden:</b> (Postpartum psychosis [MeSH Major Topic] AND (Healthcare [All Fields]) → filter: 'publication date: 5 years'
<b>Type bron</b> (tijdschriftartikel, boek, expert, ...)	<b>Type bron:</b> Tijdschriftartikel – kwalitatief onderzoek (' <i>Journal of Advanced Nursing</i> ' – Impact factor 2021: 4) <b>Details auteurs:</b> <sup>1</sup> BSc DClInPsych Clinical Psychologist School of Psychological, Social and Behavioural Sciences, Coventry University, UK and Department of Psychology, University of Warwick, Coventry, UK. <sup>2</sup> BSc DClInPsych Clinical Psychologist School of Psychological, Social and Behavioural Sciences, Coventry University, UK. <sup>3</sup> BSc MSc PhD Associate Professor Department of Psychology, University of Warwick, Coventry, UK. <sup>4</sup> BSc MSc DClInPsych Consultant Clinical Psychologist Birmingham and Solihull Mental Health NHS Foundation Trust, Perinatal Mental Health Service, UK.
<b>Setting</b> (bv. MIC, VK, NIC, ...) – <b>populatie</b> (bv. zwangeren, baby's, ...)	<b>Setting:</b> Beschikbare kamers op de moeder- en babyafdeling. <b>Populatie:</b> Mannen met een vrouw en baby die een opname voor een eerste episode van een postpartum psychose nodig hebben. <b>Beoogd publiek:</b> Zorgprofessionals in de perinatale geestelijke gezondheidszorg.
<b>Doelstelling - vraagstelling</b>	Het onderzoeken van de ervaringen (met het vroege vaderschap en de relaties gedurende deze tijd) van mannen (vaders) tijdens de opname van hun partner en baby, omwille van een eerste episode van een postpartum psychose, op een moeder- en babyafdeling.
<b>Methodologie</b> (aanpak auteurs)	<b>Methode?</b> De afname van persoonlijke individuele semigestructureerde interviews (vragen (niet-gerichte vragen met een open einde) waren gebaseerd op studiedoelen en thema's uit vergelijkbare studies, de interviews duurden tussen de 40 en 84 minuten (gemiddeld 60 minuten)) in 2014-2015. De participanten ontvingen debriefing-informatie. Zelfs een wegwijzer voor verdere ondersteuning werd aan hen overhandigd. <b>Waar?</b> In beschikbare kamers op de moeder- en babyafdeling. <b>Data-analyse?</b> Een interpretatieve fenomenologische analysebenadering. De interviews werden digitaal opgenomen en woordelijk getranscribeerd. Hierbij werd identificerende informatie gewijzigd of verwijderd. Deelname aan een bracketing-interview werd gerealiseerd door de onderzoeker om eventuele vooroordelen te identificeren. Geregistreerde persoonlijke reflecties werden gehanteerd om reflexiviteit en objectiviteit aan te wakkeren. Een audittrail van materialen werd bijgehouden om controle, transparantie en validiteit te vereenvoudigen. <b>Exclusiecriteria?</b> Mannen die de Engelse taal niet machtig waren. <b>Participanten?</b> Zeven participanten (vaders) gerekruteerd tussen augustus 2014 en maart 2015 uit twee Britse moeder- en babyafdelingen. Het personeel (na mondelinge toestemming door de moeder) benaderde de vaders die voldeden aan de inclusiecriteria. Ze gaven hun studie-informatie en vroegen hen om toestemming tot contactname door de onderzoeker via telefoon of e-mail. (Aanvankelijk werden er tien extra mannen geïdentificeerd die niet deelnamen: drie kwamen niet tegemoet aan de inclusiecriteria, drie werden wegens gewijzigde omstandigheden of risicozorgen niet benaderd, drie wensten niet deel te nemen en één moeder gaf geen toestemming tot contactname met haar partner.)
<b>Resultaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificatie van twee hoofdthema's en enkele bijhorende ondergeschikte thema's <ul style="list-style-type: none"> <li>o 'Wat is er in godsnaam aan de hand?' <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Postpartum psychose als onverwachte aankomst</li> <li>▪ Zich niet gehoord voelen</li> </ul> </li> <li>o 'Tijd om erachter te komen hoe uw gezin werkt.' <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 'Het fort vasthouden'</li> <li>▪ Verlies en heraansluiting</li> <li>▪ Aanpassing aan het gezinsleven</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- De verloskundige mag zich in het behandelingsproces niet enkel focussen op moeder en baby. Ook de partner en de omgeving van de vrouw dienen mee in rekening gebracht te worden.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partners kunnen verward en onzeker zijn tijdens de opname van moeder en baby. Een gebrek aan het bewustzijn van de psychose, zich ontheven voelen door professionele zorgverleners en beperkt betrokken zijn bij de zorg van de moeder zijn veelvoorkomende problemen die partners kunnen ondervinden. Ten gevolge van machteloosheid, angst en verlegenheid kunnen emoties van frustratie en woede geuit worden.</li> <li>- Gedurende deze periode van opname duiken er meerdere veranderingen op in rol, identiteit en intimiteit van de relatie. Een postpartum psychose wordt hierdoor als een vertraging in het ontwikkelen van een gezinsidentiteit aanzien. De ziekte doet het zich aanpassen aan het gezinsleven langzamer verlopen en kan eveneens zijn weerslag op toekomstige plannen uitoefenen. Opmerkelijk is dat mannen gevoelsmatig sterker geconfronteerd worden met de scheiding en het gevoel van verlies voor hun partner dan voor hun kind. Dit zou toegeschreven kunnen worden aan het gegeven dat er immers nog geen sterke band met de baby opgebouwd is.</li> <li>- De opzet van bewustmakingscampagnes zou moeten verbeteren en het doel moeten hebben om vroege opsporing, effectieve interventie en minder stigmatisering voor zowel het publiek als de professionele zorgverlener te vereenvoudigen. Vervolgens dient de betrokkenheid van de vaders, en dit op alle mogelijke niveaus van zorgverlening, geoptimaliseerd te worden.</li> </ul>
<b>Besluit – discussie</b>	<p><i>Discussie:</i> Er heerst een gebrek aan bekendheid van postpartum psychosen bij de participanten aan het onderzoek maar ook bij de zorgprofessionals. De beperkte informatie die aan partners geboden werd, leidde tot frustratie en woede alsook tot een bron van zorg. Kortom, mannen voelen zich geëxcludeerd van perinatale gezondheidszorg en dit gegeven kan niet louter door ervaren specialistische zorg opgelost worden.</p> <p><i>Besluit:</i> Er kan geconcludeerd worden dat er aanpassingen dienen te gebeuren op het gebied van het bewustzijn van de psychose bij de man, de toegang tot passende diensten en de ondersteuning van de partners van de vrouwen.</p>
<b>Aanbevelingen voor praktijk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er is nood aan een betere publieke en professionele bewustwording van postpartum psychosen en de perinatale geestelijke gezondheid.</li> <li>- Het is de taak van gezondheidswerkers om te streven naar het betrekken van de partners in het zorgverleningsproces van hun vrouw. Daarnaast dienen ze ook van gepaste ondersteuning, aangeboden door het zorgpersoneel, te kunnen genieten.</li> <li>- Desondanks gespecialiseerde perinatale geestelijke gezondheidsdiensten en moeder- en babyafdelingen als waardevol worden beschouwd, zijn rechtvaardigere voorzieningen en een beter toegankelijkheid tot deze instanties vereist.</li> </ul>

## Artikel 12

<b>Referentie</b> (auteur et al., jaartal)	<b>Auteurs:</b> Janneke Gilden <sup>1,†</sup> , Nina M. Molenaar <sup>1,2,†</sup> , Anne K. Smit <sup>1</sup> , Witte J. G. Hoogendijk <sup>1</sup> , Anna-Sophie Rommel <sup>2</sup> , Astrid M. Kamperman <sup>1,3</sup> en Veerle Bergink <sup>1,2,4</sup> . <b>Jaartal:</b> 2020
<b>Titel</b>	'Mother-to-infant Bonding in Women with Postpartum Psychosis and Severe Postpartum Depression: A Clinical Cohort Study.'
<b>Gevonden via</b> (zoekmachine – trefwoorden)	<b>Zoekmachine:</b> PubMed <b>Trefwoorden:</b> (Postpartum psychosis) AND (Postpartum Depression) → filter: 'publication date: 5 years' en 'free full text'
<b>Type bron</b> (tijdschriftartikel, boek, expert, ...)	<b>Type bron:</b> Tijdschriftartikel – klinische cohortstudie (' <i>Journal of Clinical Medicine</i> ' – Impact factor 2018: 6.78) <b>Details auteurs:</b> <sup>1</sup> Department of Psychiatry, Erasmus University Medical Center, 3015 GD Rotterdam, The Netherlands. <sup>2</sup> Department of Psychiatry, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY 10029, USA. <sup>3</sup> Epidemiological and Social Psychiatric Research Institute, Erasmus University Medical Center, 3015 GD Rotterdam, The Netherlands. <sup>4</sup> Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Science, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY 10001, USA. †Co-first authors.
<b>Setting</b> (bv. MIC, VK, NIC, ...) – <b>populatie</b> (bv. zwangeren, baby's, ...)	<b>Setting:</b> Een Moeder-Baby-Eenheid. <b>Populatie:</b> Vrouwen (n = 155) met een postpartum depressie (n = 64) of een postpartum psychose (n = 91) die tussen mei 2005 en januari 2013 in de reeds lopende prospectieve multicenter cohortstudie werden opgenomen en die een PBQ hadden ingevuld. <b>Beoogd publiek:</b> Zorgprofessionals in de perinatale geestelijke gezondheidszorg.
<b>Doelstelling - vraagstelling</b>	Het onderzoeken van de gradatie in hechting tussen moeder en kind bij vrouwen met een postpartum depressie of een postpartum psychose die zijn opgenomen op een moeder- en babyafdeling.
<b>Methodologie</b> (aanpak auteurs)	<b>Methode?</b> Een studie die reeds ingebed was in een lopende prospectieve multicenter cohortstudie. <b>Input participanten?</b> Het wekelijks, tijdens de opname, invullen van de PBQ en de EPDS door de deelnemer en de YMRS door de getrainde criticus (schriftelijke geïnformeerde toestemming werd voor aanvang verkregen). <b>Inclusiecriteria?</b> Leeftijd tussen achttien en 45 jaar, vaststelling van een postpartum beginnende psychose/manie/ernstige depressie (beoordeeld met het gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV as I-stoornissen) en vrouwen die worden toegelaten tot de moeder- en babyafdeling. <b>Exclusiecriteria?</b> Prenatale aanvang van de psychose/manie/ernstige depressie, een drugs- en/of alcoholverslaving in de afgelopen drie maanden, een verstandelijke beperking (Intelligentie Quotiënt (IQ) < 80), een ernstige somatische ziekte en een onvermogen om te lezen of te schrijven. <b>Tijdsbeloop?</b> Over een periode van acht weken. <b>Statistische analyse?</b> Verschillen in demografische klinische kenmerken tussen de twee groepen werden getest met <i>t</i> -tests, Mann-Whitney U-tests, chikwadrattests en Fisher's exacte test – Verschillen in PBQ-scores tussen de twee groepen bij opname en ontslag, gedichotomiseerd met behulp van de afkapscore van 26 en van 40, werden getest met behulp van chikwadrattests en de Fisher's exacte test – Verschillen in hechtingscores tijdens de opnameperiode tussen de twee groepen werden getest door een diagnose*tijdsinteractie-term te testen met behulp van een lineaire mixed effect modelleringsanalyse – Associatie tussen verandering in depressieve en manische symptomen en hechtingsscores tijdens de opname werd eveneens onderzocht met behulp van een lineaire mixed effect modelleringsanalyse. De analyses werden gecorrigeerd voor leeftijd en primipariteit. <b>Data-analyse?</b> Hiervoor werd SPSS (versie 24.0) gehanteerd. De hypothesen werden getest met een alfa van 0.05.
<b>Resultaten</b>	- Een verminderde hechting kan beïnvloeding van de emotionele, cognitieve en gedragsmatige langetermijnontwikkeling van het kind teweegbrengen.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 57.1% van de vrouwen met een postpartum depressie, in vergelijking met slechts 17.6% van de vrouwen die leden aan een postpartum psychose, vertoonden bij opname een verminderde hechting (p-waarde &lt; 0.001). Bij ontslag daalden deze percentages tot 18.2% en 5.9% maar bleef een verminderde hechting nog steeds aanwezig (p-waarde = 0.02). Het percentage in verband met een ernstig verminderde hechting lag zowel in het kader van opname (37.5% versus 5.9%, p-waarde &lt; 0.001) als ontslag (5.5% versus 1.2%, p-waarde = 0.30) hoger in de groep van vrouwen die leden aan een postpartum depressie.</li> <li>- Opmerkelijk was de geleidelijke afname in PBQ-scores gedurende de eerste vijf weken van opname in een Moeder-Baby-Eenheid. Deze vaststelling werd zowel bevonden bij de vrouwen met een postpartum depressie als bij deze met een postpartum psychose. Echter trad er geen verdere daling op tot acht weken na opname.</li> <li>- Vijftien vrouwen, waarvan vijf met een postpartum psychose en tien met een postpartum depressie, bleven bij ontslag een verminderde hechting ervaren.</li> <li>- In de algemene populatie is het eveneens mogelijk dat er zich een verminderde hechting vooropstelt. Studies vertoonden prevalentiepercentages van 12.2% 48 uur postpartum tot 7.1% en 8.9% respectievelijk twee en twaalf weken postpartum betreffende de aanwezigheid van een verminderde hechting. De prevalentie van vrouwen met een postpartum psychose die bij ontslag een verminderde hechting vertonen, kan gelijkgesteld worden aan de prevalentie van verminderde hechting in de algemene populatie.</li> <li>- Er werd een significant verband* bij vrouwen met een postpartum depressie waargenomen tussen de afname van depressieve symptomen en een verbetering van de hechting tussen moeder en kind gedurende een opname van acht weken. Deze associatie werd eveneens geconstateerd in de groep van vrouwen met een postpartum psychose. Echter was het verband in deze groep tussen de twee variabelen wel zwakker. Onafhankelijk van de associatie met depressieve symptomen, werd een significant verband* gevonden tussen een afname van manische symptomen en een verbetering van de hechting bij vrouwen die leden aan een postpartum psychose. In vergelijking met de correlatie tussen manische symptomen en een verminderde moeder-kindbinding, is deze tussen depressieve symptomen en een verminderde moeder-kindbinding sterker. (*: wordt geduid aan de hand van figuren.)</li> </ul>
<b>Besluit – discussie</b>	<p><i>Discussie:</i> Verbetering van de hechting tussen moeder en kind vertoont een sterke correlatie met een verbetering van depressieve symptomen. Een verminderde hechting lijkt integraal deel uit te maken van de symptomen van een postpartum depressie en kan op deze manier als aanwijzing fungeren in de diagnosestelling van deze psychiatrische problematiek. Ondanks effectieve behandeling van depressieve en/of manische symptomen, bleef bij een kleine groep van vrouwen (5.7%) een verminderde hechting bestaan. Zowel bij ontslag als bij het bereiken van klinische remissie moet de kwaliteit van hechting tussen moeder en kind worden beoordeeld.</p> <p><i>Besluit:</i> Verminderde hechting is een ernstig probleem en meer aanwezig bij vrouwen die lijden aan een postpartum depressie. Behandeling van depressieve symptomen zal resulteren in een verbetering van de hechting bij bijna alle vrouwen. Echter zullen klinici moeten beoordelen of er nog steeds sprake is van een verminderde hechting na klinische remissie. Indien dit het geval is, zullen deze cliënten gebaat zijn met speciale zorg en behandeling die gericht is op het verbeteren van de hechting tussen moeder en kind.</p>
<b>Aanbevelingen voor praktijk</b>	<p><i>Toekomstig onderzoek</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vergelijking opmaken tussen de verbetering in psychiatrische symptomatologie en moeder-kindhechting in moeder- en babyinstellingen en in reguliere poliklinische behandelingsomgevingen.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Langere follow-uponderzoeken uitvoeren die metingen in verband met de cognitieve en emotionele ontwikkeling van het kind bevatten zodat het langetermijneffect van een verminderde hechting kan onderzocht worden.</li></ul>
--	--



## Artikel 13

<b>Referentie</b> (auteur et al., jaartal)	<b>Auteurs:</b> Maria Noonan MSc, BSc, RGN (Lecturer (Midwifery)) <sup>a</sup> , Owen Doody PhD, MSc, BSc, RNID (Lecturer) <sup>a</sup> , Julie Jomeen PhD, RM, RGN (Professor of Midwifery) <sup>b</sup> en Rose Galvin PhD, BSc (Lecturer in Physiotherapy) <sup>c</sup> . <b>Jaartal:</b> 2017
<b>Titel</b>	'Midwives' perceptions and experiences of caring for women who experience perinatal mental health problems: A integrative review.'
<b>Gevonden via</b> (zoekmachine – trefwoorden)	<b>Zoekmachine:</b> Limo <b>Trefwoorden:</b> [Volledig document] Postpartum psychosis AND [Volledig document] Midwife
<b>Type bron</b> (tijdschriftartikel, boek, expert, ...)	<b>Type bron:</b> Tijdschriftartikel – review ('Midwifery' – Impact factor 2021: 3.5) <b>Details auteurs:</b> <sup>a</sup> Department of Nursing and Midwifery, Health Science Building, North Bank Campus, University of Limerick, Limerick, Ireland. <sup>b</sup> Faculty of Health and Social Care, University of Hull, Hull HU6 7RX, UK. <sup>c</sup> Department of Clinical Therapies, Health Science Building, North Bank Campus, University of Limerick, Limerick, Ireland.
<b>Setting</b> (bv. MIC, VK, NIC, ...) – <b>populatie</b> (bv. zwangeren, baby's, ...)	<b>Populatie:</b> Verloskundigen (n = 3475) die zorg verlenen aan vrouwen met perinatale psychische problemen. <b>Beoogd publiek:</b> Verloskundigen en verantwoordelijken voor het optimaliseren van de zorgverlening van verloskundigen aan vrouwen die lijden aan perinatale psychische aandoeningen.
<b>Doelstelling - vraagstelling</b>	Het geheel aan bewijsmateriaal (ervaringen en percepties) met betrekking tot de rol van verloskundigen in de perinatale geestelijke gezondheid onderzoeken.
<b>Methodologie</b> (aanpak auteurs)	<b>Methode?</b> Een integratieve beoordeling (review): 22 artikels (vijftien kwantitatieve onderzoeken, zes kwalitatieve onderzoeken en één gemengde methodestudie). Land van herkomst van de artikels: Australië (n = tien), Verenigd Koninkrijk (n = zeven), Slovenië (n = twee), Verenigde Staten (n = één), Nederland (n = één) en Zweden (n = één). <b>Gegevensverzameling?</b> Het raamwerk van Whittmore en Knafel werd gebruikt (Rapportage methoden van een review: 1. Probleemidentificatie, 2. Literatuuronderzoek, 3. Data-evaluatie en -extractie, 4. Data-analyse en 5. Presentatie van de resultaten). Systematisch werd er naar literatuur gezocht. De methodologische kwaliteit van de opgenomen onderzoeken werd beoordeeld aan de hand van de 2014 Critical Appraisal Skills Programmes Checklists. Eveneens werden data-extractie, kwaliteitsbeoordeling en thematische analyse uitgevoerd. <b>Inclusiecriteria studies?</b> Primaire kwalitatieve, kwantitatieve en gemengde gebruikte methodieken voor het verrichten van onderzoek. Onderzoekstudies die gepubliceerd zijn in peer-reviewed tijdschriften tussen januari 2006 en februari 2016. De populatie van deze onderzoeken waren verloskundigen. De uitkomsten van deze onderzoeken dienden iets te vertellen over de gepercipieerde rol van de verloskundige in het management van vrouwen met perinatale psychische problemen.
<b>Resultaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Twee overkoepelende thema's met betrekking tot de persoonlijke en professionele betrokkenheid en enkele subthema's           <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Persoonlijk engagement</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kennis</li> <li>▪ Vaardigheden</li> <li>▪ Besluitvorming</li> <li>▪ Houding</li> </ul> </li> <li>o <i>Professioneel engagement</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Continue professionele ontwikkeling</li> <li>▪ Organisatie van zorg</li> <li>▪ Verwijzing</li> <li>▪ Ondersteuning</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Een continuïteitszorgmodel ondersteunt professionals in het doorvoeren van een holistische benadering inzake het herkennen en verkennen van mogelijke veranderingen in de geestelijke gezondheidstoestand van vrouwen en om hen vervolgens door te verwijzen naar de correcte specialisten en gemeenschapsdiensten om alzo geestelijke gezondheidszorg te verzekeren.</li> </ul>

- Verdere opleiding in communicatieve vaardigheden waaronder het stellen van vragen, het luisteren en het onderhouden van contacten met partners, screeningmanagement en counseling om vrouwen met perinatale mentale gezondheidsproblemen te herkennen en hierop te responderen, is fundamenteel om verloskundigen in de praktijk bij te staan.
- Verloskundigen, inclusief diegenen met een gespecialiseerde rol binnen het domein van de perinatale geestelijke gezondheid, verwoorden een tekort aan kennis te hebben om perinatale mentale geestelijke gezondheidsproblemen te beheren en in het bijzonder tussen diverse culturen. Dit heeft bijgevolg invloed op de betrokkenheid en het vertrouwen van verloskundigen om te welslagen in het identificeren, screenen en doorverwijzen van vrouwen met deze psychische problematiek.
- Uit zes studies is aangetoond dat een negatieve attitude, met name door negatieve stereotypering, een weerslag heeft op het professionele gedrag. Anderzijds kunnen deze gestigmatiseerde houdingen uitgedrukt worden onder de vorm van verloskundigen die een verlangen vertonen om vrouwen te behoeden tegen het bestempeld worden als één van de redenen om geen weergave van de geestelijke gezondheid vast te leggen en deze vrouwen door te verwijzen naar interdisciplinaire diensten.
- Verloskundigen benutten een arsenaal aan vaardigheden met hierbij gebruik van twee benaderingen ter psychosociale beoordeling. De gestructureerde aanpak omvat het rechtstreeks aflezen van de vragen uit de assessmenttool. Echter bleek de flexibele aanpak een wederzijdse uitwisseling tussen verloskundige en vrouw te ondersteunen. Bij deze specifieke vorm van aanpak passen de verloskundigen de wijze van formulering en timing van de vragen aan om alzo de interpretatie en het begrip van de vragen voor de vrouw in kwestie te faciliteren.
- Ingeval psychologische screeningstools niet voorhanden zijn, berusten verloskundigen zich voor identificatie van psychische problematiek op hun eigen professioneel oordeelsvermogen en klinisch inzicht. Hierbij wordt vervolgens gebruikgemaakt van gedrags- en interpersoonlijke communicatiesignalen. Deze omvatten bijvoorbeeld extreem of obsessief gedrag over zichzelf, de baby of het huis, zich hechten aan de verloskundige en het aanzien van een rustige vrouw. Desondanks het utiliseren van een professioneel oordeelsvermogen, hebben verloskundigen moeite met het meedelen van hun mening, de manier waarop oordelen gevormd worden en de weerspiegeling van de functie die hun ingeving speelt bij de besluitvorming om het psychosociaal welzijn van anderen te beoordelen.
- Gecoördineerde multidisciplinaire aanpak is noodzakelijk om de perinatale mentale gezondheid van vrouwen optimaal te superviseren: Interdisciplinaire benadering in verband met het onderwijzen van kennis omtrent de perinatale mentale gezondheid kan de bewustwording voor geestelijke gezondheidszorg vergroten, de ontwikkeling en verwijzing naar zorgnetwerken aansporen, de onderlinge samenwerking en tot slot het oprichten van wederzijdse ondersteuningsnetwerken begunstigen.
- Een prenatale consultatie biedt kansen aan om reeds een identificatie van risicofactoren voor de perinatale mentale gezondheid uit te voeren. In praktijk is de duur van deze prenatale consultatie veeleer te kort en wordt alvast een heleboel informatie aangaande de vrouw gegeven waardoor het haast onmogelijk is om een uitgebreide beoordeling van haar psychisch welzijn te verwezenlijken.
- Onderwijs en opleiding moeten gericht zijn op het onder handen nemen van de emotionele impact die verloskundigen kunnen ervaren bij het ondersteunen van vrouwen met psychische aandoeningen.

	<p>Evenzeer moet er aandacht geschonken worden aan emotionele werkvaardigheden zoals het stellen van professionele grenzen, stressmanagement en gezonde copingstrategieën. Zo kan collegiale ondersteuning het vertrouwen in het eigen kunnen en het weerstandsvermogen van de zorgverlener ten goede komen.</p>
<b>Besluit – discussie</b>	<p><i>Discussie:</i> Desondanks verloskundigen een integrale rol vervullen in het zorgverleningsproces van vrouwen met perinatale psychische problemen, wordt hun bereidheid om emotionele zorg te bieden, ondermijnd door een gebrek aan vertrouwen, competentie en praktische en emotionele ondersteuningssystemen. Dit gebrek aan vertrouwen en competentie kan opgeheven worden door onderwijs en training. Echter vertaalt dit zich niet noodzakelijkerwijs in het hebben van vertrouwen in het verstrekken van zorg aan deze patiëntengroep.</p> <p>Vaardigheden die meer aan bod dienen te komen, zijn onder andere het gepast gebruik van psychosociale evaluatie- en screeningsinstrumenten. Deze hulpmiddelen kunnen vrouwen identificeren die mogelijk aanvullende ondersteuning nodig hebben, maar kunnen tegelijkertijd het vertrouwen van verloskundigen vergroten om vervolgens op een gevoelige manier te communiceren om het mentaal welzijn van moeders te beoordelen en deze indien nodig door te verwijzen naar de correcte instanties. Zorgvuldige afweging in verband met het introduceren van routinematige beoordelingsmaatregelen is vereist om overmatige screening, overdreven pathologisering van de zwangerschap, het labelen van vrouwen en het oververwijzen van vrouwen naar geestelijke gezondheidszorg te vermijden.</p> <p><i>Besluit:</i> Verloskundigen verlangen naar continue professionele ontwikkelingsmogelijkheden die zich richten op kennis, de houding ten opzichte van perinatale geestelijke gezondheid, communicatie en beoordelingsvaardigheden. Indien er zich een gebrek aan geschikte verwijzingsroutes en ondersteuningssystemen vooropstelt, zal ondersteuning via onderwijs en opleiding echter nutteloos zijn.</p>
<b>Aanbevelingen voor praktijk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Een veelzijdige aanpak die onderwijs, klinische supervisie en debriefing omvat, ondersteunt de rol van verloskundigen in het domein van de perinatale geestelijke gezondheidszorg.</li> <li>- Onderwijs moet zich richten op het ter discussie stellen van de culturele houding tegenover perinatale geestelijke gezondheid.</li> <li>- Verloskundigen kunnen hun beslissingen inzake de perinatale geestelijke gezondheid staven dankzij screenings- en beoordelingsinstrumenten.</li> <li>- Toegankelijkheid voor verloskundigen tot lokale verwijzingsroutes voor de perinatale geestelijke gezondheidszorg is nodig.</li> <li>- De ontwikkeling en implementatie van gestandaardiseerde richtlijnen is gerechtvaardigd om alzo een consistente benadering van perinatale geestelijke zorg te kunnen bieden.</li> </ul>

## Artikel 14

<b>Referentie</b> (auteur et al., jaartal)	<u>Auteurs:</u> Amy Perry <sup>1</sup> , Katherine Gordon-Smith <sup>1</sup> , Lisa Jones <sup>1</sup> en Ian Jones <sup>2</sup> . <u>Jaartal:</u> 2021
<b>Titel</b>	'Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A Review.'
<b>Gevonden via</b> (zoekmachine - trefwoorden)	<u>Zoekmachine:</u> PubMed <u>Trefwoorden:</u> (Postpartum psychosis) [MeSH Major Topic] AND (Sleep deprivation [MeSH Major Topic]) → sneeuwbalmethode
<b>Type bron</b> (tijdschriftartikel, boek, expert, ...)	<u>Type bron:</u> Tijdschriftartikel - review ( <i>'Brain Sciences'</i> - Impact factor 2021: 2.9) <u>Details auteurs:</u> <sup>1</sup> Psychological Medicine, University of Worcester, Worcester WR2 6AJ, UK. <sup>2</sup> National Centre for Mental Health, MRC Centre for Neuropsychiatric Genetics and Genomics, Cardiff University, Cardiff CF24 4HQ, UK.
<b>Setting</b> (bv. MIC, VK, NIC, ...) - <b>populatie</b> (bv. zwangeren, baby's, ...)	<u>Populatie:</u> Vrouwen met een postpartum psychose. <u>Beoogd publiek:</u> Zorgprofessionals in de perinatale geestelijke gezondheidszorg.
<b>Doelstelling - vraagstelling</b>	Het onderzoeken van het huidige bewijs aangaande de mogelijke etiologie en bevallingsgerelateerde prikkels van een postpartum psychose.
<b>Methodologie</b> (aanpak auteurs)	Een overzicht van de (mogelijke) fenomenologie, epidemiologie en etiologie van een postpartum psychose.
<b>Resultaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Een postpartum psychose is een gevaarlijke psychiatrische noodtoestand met een prevalentie van één à twee per 1000 vrouwen.</li> <li>- Een postpartum psychose vormt de overkoepelende term voor een postpartum manie, psychose en een depressie met het optreden van psychotische kenmerken.</li> <li>- Uit een meta-analyse is gebleken dat vrouwen die tijdens de zwangerschap het gebruik van profylactische stemmingsstabilisatoren remmen, het risico op een recidief van een bipolaire stoornis tijdens de postpartum periode bijzonder hoog is. Wel 66% van de vrouwen ervaarde deze problematiek. Ondanks het gebruik van profylactische psychotrope medicatie tijdens de zwangerschap en de vroege postpartum periode blijft het risico op herhaling van een bipolaire stoornis na de bevalling hoog. Kortom, vrouwen met een bipolaire stoornis lopen dus een groter risico op het doormaken van een psychose.</li> <li>- Eerder getroffen vrouwen met nog een kinderwens lopen meer dan 50% risico op herhaling van de perinatale gemoedstoestand. Een grote retrospectieve steeproef van multipara vrouwen met een bipolaire I-stoornis vertoonde dat maar liefst 43% van de vrouwen met deze afwijkende psychische gezondheidstoestand en een perinatale voorgeschiedenis van manie of psychose het risico liep op een ernstig recidief tijdens een eventuele volgende zwangerschap.</li> <li>- Het toedienen van bromocriptine aan kraamvrouwen, met of zonder een voorgeschiedenis van psychiatrische stoornissen, met als doel om de lactatie te onderdrukken, zou ook een psychose kunnen veroorzaken. Deze medicatie wordt ook vaak voorgeschreven voor de behandeling van medische aandoeningen waaronder hyperprolactinemie en de ziekte van Parkinson en zou een manie en psychose kunnen opwekken of zelfs kunnen verergeren buiten de postpartumperiode.</li> </ul>
<b>Besluit - discussie</b>	<u>Besluit:</u> Tot op heden wijzen bevindingen erop dat neurobiologische factoren waaronder de hormonen, de immunologische ontregeling, een verstoring van het circadiaans ritme en de genetica belangrijk zijn bij de pathogenese van deze psychiatrische problematiek. Bijna de helft van alle vrouwen die een postpartum psychose ervaren, beschikken niet over een voorgeschiedenis van een psychiatrische ziekte terwijl diegenen met een bipolaire stoornis of een voorgeschiedenis van een postpartum psychose een verhoogd risico vertonen.

<b>Aanbevelingen voor praktijk</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Voorspellingsmodellen, die gebaseerd zijn op prospectieve cohortstudies met als populatie vrouwen met een verhoogd risico op de manifestatie van deze psychiatrische problematiek, zijn noodzakelijk om diegenen met het grootste risico op een psychose te kunnen benoemen.</li></ul> <p><i>Verder onderzoek</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Meer nadruk moet komen te liggen op het zich verder verdiepen in de nosologie van deze aandoening om er vervolgens voor te zorgen dat het optreden van deze episodes adequaat kan geregistreerd en geassocieerd worden in klinische diagnostische criteria.</li><li>- Voor verder studies moet de gekozen populatie uit grotere cohorten van vrouwen met een postpartum psychose bestaan.</li><li>- Prospectieve studies met zwangere vrouwen die een verhoogd risico hebben op deze aandoening is nodig om mogelijke etiologische en uitlokkende factoren van deze psychische problematiek te kunnen onderzoeken.</li></ul>
------------------------------------	--

## Richtlijn 1

<b>Referentie</b> (auteur et al., jaartal)	<b>Auteurs:</b> Rita Van Damme <sup>1,2</sup> , (dr.) An-Sofie Van Parys <sup>1,3</sup> , Caroline Vogels <sup>4</sup> , (Prof. dr.) Kristien Roelens <sup>5</sup> en (Prof. dr.) Gilbert Lemmens <sup>6</sup> <b>Jaartal:</b> 2018
<b>Titel</b>	'Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen.'
<b>Gevonden via</b> (zoekmachine – trefwoorden)	Contact met referentiepersonen/experten: Klaas Bauters, afdelingsverantwoordelijke van Moeder en Baby van Karus in Gent.
<b>Type bron</b> (tijdschriftartikel, boek, expert, ...)	<b>Type bron:</b> Richtlijn <b>Details auteurs:</b> <sup>1</sup> Coördinatoren voor het Gents Project. <sup>2</sup> Klinisch psycholoog. <sup>3</sup> Vroedvrouw. <sup>4</sup> Beleidspsychiater. <sup>5</sup> Gynaecoloog. <sup>6</sup> Psychiater.
<b>Setting</b> (bv. MIC, VK, NIC, ...) – <b>populatie</b> (bv. zwangeren, baby's, ...)	<b>Populatie/beoogd publiek:</b> Werkgroep → zorgverleners uit verschillende disciplines (neonatale intensieve zorgen, pediatrie, volwassenenpsychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie, vrouwenkliniek) binnen het UZ Gent en de Moeder-Baby-Eenheid (Karus) → perinatale zorg overstijgt de klassieke scheidingslijn tussen de eerste en tweede lijn en vraagt ook meer dan louter medische of psychische hulp → uitbreiding werkgroep: huisartsen, sociaal werkers, vroedvrouwen, psychologen, hulpverleners vanuit Kind en Gezin (Kortom, iedere hulpverlener die betrokken is bij zwangere of bevallen vrouwen).
<b>Doelstelling – vraagstelling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Een richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad dat kan helpen bij de vroegtijdige detectie en behandeling van perinatale mentale problemen (wegens een gebrek aan geestelijke gezondheidszorg in de perinatale periode).</li> <li>- Hulpverleners zoals artsen, vroedvrouwen, verpleegkundigen, sociaal werkers en psychologen helpen bij het detecteren, screenen en doorverwijzen voor het behandelen van perinatale klachten en stoornissen.</li> <li>- Hulpverleners binnen de perinatale zorg een instrument aanreiken om hen hulp te bieden bij het ontwikkelen en opstarten van een perinataal zorgtraject, rekening houdend met hun specifieke context en eigenheid.</li> </ul>
<b>Methodologie</b> (aanpak auteurs)	Een richtlijn ontwikkeld in opdracht van en met de steun van de Vlaamse overheid en tot stand gekomen in nauwe samenwerking met de werkgroep 'Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid'. De aanbevelingen zijn waar mogelijk gebaseerd op internationale richtlijnen en het advies van de verschillende leden uit de multidisciplinaire samengestelde werkgroep.
<b>Resultaten</b>	<p><i>Algemeen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het inventariseren van een aantal risicofactoren.</li> <li>- Stilstaan bij het screenen van de meest voorkomende mentale perinatale problemen: depressie en angst + andere perinatale mentale stoornissen.</li> </ul> <p><i>Postpartum psychose</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frequente opvolging van de vrouw binnen de perinatale periode biedt de gelegenheid om aandacht te hebben voor de fysieke, sociale en mentale aspecten van haar gezondheid en deze van haar gezin. Huisartsen, vroedvrouwen, gynaecologen en kinderartsen vervullen naast de geestelijke gezondheidswerkers, de functie van het herkennen en identificeren van psychische signalen en risicofactoren alsook het op een gevoelige manier bespreekbaar maken van deze problemen. Niet-geestelijke gezondheidszorgwerkers geven op deze manier een belangrijk signaal van gelijke waardering van zowel de mentale als de fysieke gezondheid van hun patiënt. Dit gegeven kan bijdragen tot het vergroten van het algemeen begrip voor perinatale mentale stoornissen en de drempel in de toegang tot zorg en behandeling potentieel doen verlagen.</li> <li>- Het is bijvoorbeeld mogelijk dat het psychosociale assessment door de vroedvrouw, of een andere betrokkene binnen het perinataal zorgpad, wordt gerealiseerd rond zes à acht weken zwangerschap.</li> </ul>

	<p>Binnen het Gentse perinatale project wordt de uitvoering van dit assessment initieel opgenomen door de vroedvrouw tijdens het uitgebreide consult rond zestien weken. Tijdens dit consult kan er meer ruimte vrijgemaakt worden voor het voeren van een gesprek inzake deze risicofactoren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Een psychosociaal assessment houdt onder meer een bevraging van de eigen en familiale psychiatrische voorgeschiedenis alsook het ervaren van psychosociale steun, het al dan niet slachtoffer zijn van seksueel en/of fysiek partnergeweld en het gebruik van middelen zoals nicotine, ethyl en drugs in. Vervolgens wordt ook de vraag gesteld of de zwangerschap al dan niet gewenst is en of er zich in het verleden of recent zwangerschapscomplicaties hebben voorgedaan. Ook worden materiële omstandigheden en gezondheidsgelateerde factoren bevraagd.</li> <li>- Zie Addendum 3: Het psychosociale assessment</li> </ul>
<b>Besluit – discussie</b>	<p><i>Besluit:</i> Perinatale mentale problemen worden vaak niet opgemerkt en leiden bijgevolg niet tot de gepaste mentale gezondheidszorg. Een bevraging naar de psychiatrische en psychosociale risicofactoren maakt doorgaans geen onderdeel uit van de aangeboden standaard obstetrische zorg tijdens de zwangerschap en in het postpartum. Aangezien perinatale mentale problemen bij de zwangere vrouw of de jonge moeder ingrijpende gevolgen kunnen hebben op de intra- en extra-uteriene ontwikkeling van het kind alsook op het verloop van deze stoornis bij de vrouw, is het cruciaal dat deze problemen besproken worden. Tevens moet dit gegeven ook leiden tot het zoeken, aanvaarden en verkrijgen van gepaste hulp.</p>
<b>Aanbevelingen voor praktijk</b>	<p>De geleverde richtlijn komt ook met een waarschuwing. De detectie van perinatale geestelijke gezondheidsproblemen heeft geen enkele zin als gepaste multidisciplinaire zorg niet tegelijkertijd beschikbaar is en aangeboden kan worden aan de desbetreffende persoon (zwangere of bevallen vrouw), haar partner en hun kinderen. Detectie en zorg gaan hand in hand.</p>

## Addendum 2: The Post Partum Bonding Questionnaire

Tabel 1: Weergave inhoud Post Partum Bonding Questionnaire (Brockington, Fraser & Wilson, 2006)

<i>Post Partum Bonding Questionnaire</i>								
Please indicate how often the following are true for you.								
There are no 'right' or 'wrong' answers. Choose the answer which seems right in your recent experience.								
Factor	Scoring	Statement	Always	Very often	Quite often	Sometimes	Rarely	Never
1	0 → 5	I feel close to my baby						
1	5 → 0	I wish the old days when I had no baby would come back						
2	5 → 0	I feel distant from my baby						
2	0 → 5	I love to cuddle my baby						
2	5 → 0	I regret having this baby						
1	5 → 0	The baby does not seem to be mine						
1	5 → 0	My baby winds me up						
1	0 → 5	I love my baby to bits						
1	0 → 5	I feel happy when my baby smiles or laughs						
1	5 → 0	My baby irritates me						
2	0 → 5	I enjoy playing with my baby						
1	5 → 0	My baby cries too much						
1	5 → 0	I feel trapped as a mother						
2	5 → 0	I feel angry with my baby						
1	5 → 0	I resent my baby						
1	0 → 5	My baby is the most beautiful baby in the world						
1	5 → 0	I wish my baby would somehow go away						
4	5 → 0	I have done harmful things to my baby						
3	5 → 0	My baby makes me feel anxious						
3	5 → 0	I am afraid of my baby						
2	5 → 0	My baby annoys me						
3	0 → 5	I feel confident when caring for my baby						
2	5 → 0	I feel the only solution is for someone else to look after my baby						
4	5 → 0	I feel like hurting my baby						
3	0 → 5	My baby is easily comforted						

De PBQ is een uitgebreid zelfrapportage-screeningsinstrument dat alle domeinen van de moeder-kindbinding onder de loep neemt en beoordeelt. De vragenlijst, die wekelijks door de moeder moet ingevuld worden, bevat 25 uitspraken die gequoteerd worden op een Likert-schaal gaande van 'altijd' tot 'nooit'. Het resultaat wordt op basis van de totale score aan één van de vier schalen toegekend. Deze staan voor verminderde hechting, afwijzing en woede, bezorgdheid over zorg en tot slot risico op misbruik. De maximale totale score die kan bereikt worden, is 125 met een cut-off van 26 om zo moeders met een matig verminderde hechting te herkennen. Een cut-off van 40 identificeert moeders met een ernstig verminderde hechting (Gilden et al., 2020).



## Addendum 3: Het psychosociale assessment

### Psychosociale assessment: bevragen van risicofactoren

#### RISICOFACTOREN (complex + multi-factorieel)

- Psychiatrische voorgeschiedenis
- Familiaal psychiatrische voorgeschiedenis (i.h.b. bipolaire stoornis)
- Middelengebruik
- Gebrek aan sociale steun (praktisch/emotioneel)
- Gebrek aan tevredenheid met steun van partner
- (Partner)geweld
- Seksueel geweld (nu, in verleden, er nog onder lijden)
- Zwangerschapscomplicaties (nu en in voorgeschiedenis), spontane abortus, zwangerschapsonderbreking, doodgeboorte
- Ongeplande of ongewenste zwangerschap
- Kwetsbare groepen: financiële problemen, huisvestingsproblemen, adolescenten, immigranten, vluchtelingen (toegang tot zorg?)

#### ANTENATALE ASSESSMENT VAN RISICOFACTOREN (intake 6 – 8 weken of eerste contact) suggesties voor vragen

We weten dat 1 op 5 vrouwen het psychisch of emotioneel moeilijk heeft tijdens de zwangerschap of na de bevalling. Dat heeft een negatieve invloed op het hele gezin. Daarom vragen we aan iedereen een aantal vragen over psychische gezondheid.

#### Ongewenste zwangerschap

- Voor je zwanger werd,
  - ↳ Was je van plan om een kind te krijgen?
  - ↳ Wou je (nog) wel een kind krijgen, maar op een later moment?
  - ↳ Wou je geen kind(eren) (meer) krijgen?

#### Sociale steun

- Kan je rekenen op praktische hulp bij de zorg voor de baby, je huishouden en ev andere kinderen? Van wie?
  - ↳ Bij ontkennen van hulp: als het nodig zou zijn, op wie zou je dan een beroep kunnen doen?
- Kan je met iemand in je omgeving praten over je gevoelens en zorgen? Wie?
  - ↳ Ev. Kan je terecht bij je moeder wanneer je vragen hebt rond je zwangerschap?
- Heeft u een partner?
  - ↳ Kan je rekenen op de steun van je partner?
  - ↳ Ev. hoe zou u de relatie met uw partner omschrijven?

**(PARTNER)GEWELD (enkel bevragen wanneer zwangere alleen kan geïnterviewd worden)**

- Heeft er iemand je met de vuist geslagen, met de vlakke hand geslagen, geschopt of op een andere manier fysiek pijn gedaan?
  - \\i Wanneer? Recent (laatste jaar)/voorgeschiedenis?
  - \\i Kan je mij vertellen wie dit gedaan heeft?(niet doorvragen)
- Heeft er iemand je op een seksuele manier aangeraakt wanneer je dat niet wou of je gedwongen, tot seksuele activiteiten?
  - \\i Wanneer? Recent (laatste jaar /voorgeschiedenis?)
  - \\i Kan je mij vertellen wie dit gedaan heeft? (niet doorvragen)
- Heeft er iemand je vernederd of gekleineerd ten opzichte van andere mensen, bedreigd om je pijn te doen, dingen gedaan om je opzettelijk bang te maken of je op een andere manier emotioneel pijn gedaan?
  - \\i Wanneer? Recent (laatste jaar /voorgeschiedenis?)
  - \\i Kan je mij vertellen wie dit gedaan heeft? (niet doorvragen)
- Op een schaal van 0 tot 10: in welke mate heb je momenteel last van deze ervaringen?
- Ev. extra vragen bij partnergeweld
  - \\i Voelt u zich veilig thuis?
  - \\i Maakt u zich zorgen rond de veiligheid van uw kinderen?

**Psychiatrische voorgeschiedenis**

- Heb je ooit al psychische problemen (zoals een depressieve episode, een angststoornis of een ander psychisch probleem) gehad?

**OF**

- Ben je ooit in behandeling geweest bij een psychiater, psycholoog of huisarts voor emotionele problemen?
  - \\i Voor welk probleem?
  - \\i Kreeg je hiervoor medicatie? Welke?
  - \\i Heb je ooit al een zelfmoordpoging ondernomen?
- Ben je momenteel in behandeling bij een psychiater of psycholoog of word je gevolgd door je huisarts voor psychische problemen?
  - \\i Gebruik je hiervoor momenteel medicatie? Welke?
  - \\i Wie is je huidige behandelaar?
    - \\i Contactname Ja / neen

**Familiaal psychiatrische voorgeschiedenis**

- Zijn er mensen in je familie (grootouders, ouders, broers of zussen) met psychiatrische stoornis of voorgeschiedenis? Welke problematiek?

**Middelengebruik**

- Drink je alcohol?
  - \\i Zo ja, hoe vaak drinkt u alcohol?

☒☒ Hoe vaak komt het voor dat je meer dan 5 eenheden drinkt bij 1 enkele gelegenheid?

☒☒ Ev. Heb je wel eens het gevoel gehad te moeten minderen met drinken?

- Rook je?

☒☒ Zo ja, hoeveel sigaretten rookt u per dag/(week)?

- Gebruik je (recreationeel) drugs?

☒☒ Zo ja, welke middelen? Cannabis (bvb. marihuana/hash/wiet), solventen, cocaïne, stimulantia (bv speed, XTC, MDMA), hallucinogenen (bvb. Lsd) of narcotica (bvb. heroïne) ander: .....

☒☒ Heb je in het verleden verslavende middelen gebruikt?

#### **Kwetsbare groepen**

- Materiële omstandigheden

☒☒ Ervaar je financiële moeilijkheden? Kom je maandelijks rond?

☒☒ Ev. als er een grote onverwachte kost komt, hoe gemakkelijk kan je die betalen?

☒☒ Ev. ben jij, of je partner (voltijds) aan het werk?

- Ben je tevreden over je woonsituatie? Ervaar je stress rond je woonsituatie?

#### **Gezondheid**

- Wie volgt je zwangerschap op? Wanneer is je volgende afspraak?

- Heb je een vaste huisarts?

☒☒ Ev. Naar wie ga je wanneer jij of iemand van je gezin ziek is?

- Ben je in orde met de mutualiteit?

- Is de informatie die je krijgt voldoende? Is de informatie duidelijk?

#### **Hulpvraag**

- Heeft u het gevoel dat u bij één van de bovengenoemde problemen hulp zou kunnen gebruiken?

☒☒ Ja

☒☒ Ja, maar niet nu

☒☒ Neen

- Welke hulp zou u graag krijgen? Welke instantie?

