



Psychiatrisch Centrum Bethanië

Andreas Vesaliuslaan 39 □ 2980 Zoersel □ tel 03 380 30 11
www.pzbethanienhuis.be □ pzbethanienhuis@emmaus.be

Perinatale Geestelijke Gezondheid
Pilootproject – Provincie Antwerpen
Eindrapport - 30 april 2018



Inhoud

1.	Voorwoord	3
2.	Inleiding.....	4
2.1	Waarom een zorgpad met betrekking tot psychische perinatale problemen?	4
2.2	Proces eindrapport	6
3.	Perinatale Geestelijke gezondheid	7
3.1	Zorgpad maakt onlosmakelijk deel uit van kwalitatieve perinatale zorg	8
3.1.1	Aandacht voor psychisch welzijn moet 'standaard' aanwezig zijn bij elke zwangerschapsopvolging.	8
3.1.2	Universele proportionele zorg	9
3.1.3	Vraaggestuurde zorg.....	10
3.2	Pijlers psychische perinatale zorg	11
3.2.1	Sensibiliseren en destigmatiseren	11
3.2.2	Preventie.....	12
3.2.3	Screening en detectie	17
3.2.4	Zorg voor en behandeling van psychische problemen	18
4.	Minimale voorwaarden kwaliteitsvolle toegankelijke perinatale gespecialiseerde GGZ.....	27
4.1	Geïntegreerde zorg.....	28
4.2	Multi- en transdisciplinaire samenwerking	29
4.3	Focus op veiligheid, ondersteuning en veerkracht	29
4.4	Continu	29
4.5	Bereikbaar	30
4.6	Beschikbaar	30
4.7	Betaalbaar	30
4.8	Inclusief	30
5.	Perinatale Geestelijke Gezondheidszorg in provincie Antwerpen	32
5.1	Inleiding	32
5.2	Nood aan een transparant zorgaanbod.....	32
5.3	Organisatie van de GGZ-netwerken algemeen binnen provincie Antwerpen	33
5.4	Zorglandschap gespecialiseerde perinatale GGZ.....	35
5.5	Bevindingen inzake het huidige zorgaanbod en de organisatie van de zorg.....	47
5.5.1	Zorgcapaciteit	47
5.5.2	Organisatie van de zorg	49
5.5.3	Vorming en intervisie.....	51
6.	Besluit.....	52
	Bibliografie.....	54

1. Voorwoord

Hoe kunnen we kwaliteitsvolle perinatale zorg realiseren en binnen deze zorg aandacht hebben voor het psychisch welzijn van (aanstaande) moeders, baby en zeker ook de partner en andere kinderen binnen het gezin?

Binnen provincie Antwerpen bleek al snel een groot enthousiasme van zorgactoren over lijnen en netwerken heen om mee de schouders te zetten onder dit project.

Een uitdaging was het wel... en we zijn er nog niet.... Het zorglandschap is op dit moment nog erg gefragmenteerd. Tijdens de uitwerking van dit project was het met momenten moeilijk om door de bomen het bos nog te zien. De nood aan transparantie, overzicht en ontschotten van de zorg is groot. Bij de start van het project bleek dat veel zorgactoren mekaar en mekaars werking niet kennen alsook niet op de hoogte zijn van het bestaan van verschillende netwerken en samenwerkingsverbanden. Veel inzet is er geweest van de verschillende zorgactoren om met elkaar in dialoog te gaan over de zorg, perspectieven te verkennen en input te geven t.a.v. dit project.

Graag willen we de Vlaamse Overheid danken voor het initiëren van de pilootprojecten inzake psychische perinatale zorg. Concrete verdere acties zullen echter nodig zijn om dit project in praktijk te realiseren. De vraag wordt dan ook gesteld om in het najaar van 2018, nadat ook de rapporten afgerond zijn van het pilootproject van provincie Oost-Vlaanderen, een concreet plan van aanpak uit te werken met steun vanuit de verschillende overheden. Wij hopen dat dit rapport hierin een aanzet kan betekenen.

Verder zouden we de leden van de projectgroep willen danken voor hun inzet in dit proces en de kritische bedenkingen, input en aanbevelingen die aangebracht werden bij de uitwerking van dit eindrapport. Er is veel inbreng geweest, wat maakt dat het een lijvig eindrapport is geworden.

Graag een persoonlijk woord van dank voor Veerle Decorte, coördinator van het Expertisecentrum Kraamzorg “De Kraamvogel” voor het delen van haar expertise, de verbindende rol die zij opnam tussen de zorgactoren en de inhoudelijke inbreng en inzet in dit project.

Verder verdient Marijs Lenaerts, coördinator en verantwoordelijke van het zorgprogramma “Moeder & Baby” binnen PC Bethanië een persoonlijk woord van dank. Haar bijzondere expertise op vlak van perinatale psychische problematiek heeft het mede mogelijk gemaakt een wetenschappelijk onderbouwde visie uit te werken die niet enkel vertrekt vanuit een theoretisch kader, maar tevens gebaseerd is op jarenlange praktijkervaring.

Tot slot wensen we de directie van PC Bethanië te danken voor het faciliteren van de mogelijkheden om dit project te realiseren.

Helga Peeters
Coördinator Pilootproject Perinatale Geestelijke Gezondheid - Provincie Antwerpen
0470/20.34.04

Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniëhuis

Andreas Vesaliuslaan 39 | 2980 Zoersel | www.pzbethanienhuis.be | Emmaüs vzw

2. Inleiding

Binnen de provincies Antwerpen en Oost-Vlaanderen werd het pilootproject “Perinatale Geestelijke Gezondheid” opgestart met steun van de Vlaamse overheid. Met het project wenst men kwaliteitsvolle psychische zorg te realiseren voor vrouwen vanaf de zwangerschapswens tot één jaar na de bevalling. Daarbij staan twee grote doelstellingen centraal:

- De ontwikkeling van een getrap **screenings- en assessmentprotocol** voor de detectie van psychische problemen en een efficiënte toeleiding naar gepaste zorg.
- De ontwikkeling van een **regionaal zorgpad** in samenwerking met alle belangrijke (perinatale) 1ste, 2de en 3de lijnsactoren (zoals huisartsen, medewerkers van Kind en Gezin, vroedvrouwen, kraamverzorgenden, sociale dienst, Huizen van het Kind, gynaecologen, pediaters, neonatologen, psychiaters, kinderpsychiaters en infantteams,...) en (perinatale) netwerken.

Binnen het pilootproject van provincie Oost-Vlaanderen wordt een richtlijn met betrekking tot screening en assessment uitgewerkt dat zorgactoren kan ondersteunen bij het realiseren van de eerste doelstelling, met name het detecteren van psychische problemen en een efficiënte toeleiding naar gepaste zorg. Complementair hieraan gaat binnen het pilootproject van provincie Antwerpen de aandacht uit naar de ontwikkeling van een regionaal zorgpad inzake psychische perinatale zorg.

Binnen dit rapport wordt allereerst de **relevantie** van dit project gekaderd. Vervolgens wordt kort beschreven hoe het rapport tot stand gekomen is.

In het volgende onderdeel gaat de aandacht uit naar wat kwalitatieve perinatale geestelijke gezondheidszorg **inhoudt**, gevolgd door welke **voorwaarden** essentieel zijn om deze zorg te realiseren.

Daarna volgt een **overzicht** van het zorgaanbod binnen provincie Antwerpen dat ons bekend is vanuit de verschillende GGZ-netwerken die binnen de provincie actief zijn en bevindingen die door zorgactoren geformuleerd werden.

Tot slot wordt een **samenvattend besluit** weergegeven.

2.1 Waarom een zorgpad met betrekking tot psychische perinatale problemen?

De periode voor en na de bevalling is een levensfase waarin de vrouw een sterk **verhoogde kans** heeft om **psychische problemen** te ontwikkelen. Twee op tien vrouwen hebben psychische problemen tijdens de zwangerschap en het eerste levensjaar volgend op de geboorte van hun kind. De meest voorkomende mentale problemen zijn depressie en angststoornissen. Alhoewel de diagnose in principe makkelijk te stellen is, worden 75 % van de vrouwen niet als dusdanig gediagnosticeerd en krijgen aldus geen gepaste behandeling. Dit heeft ernstige consequenties, niet alleen voor de vrouw, maar ook voor de baby, haar partner en de omgeving.

Een overzicht hiervan is o.a. te vinden in het boek “Identifying perinatal depression and anxiety” (Milgrom & Gemmill, 2015).

Vooral de **baby** is kwetsbaar gezien in het eerste levensjaar bouwstenen worden gelegd voor zijn **ontwikkeling** en hij hiervoor afhankelijk is van zijn zorgfiguren. Wanneer de baby tijdens het eerste levensjaar te weinig responsiviteit en continuïteit in de zorg ervaart, heeft dit een impact op zijn verdere ontwikkeling en dit op verschillende domeinen. Over de impact op korte en lange termijn is heel wat onderzocht en beschreven (Rexwinkel & Spanjerberg, 2015) (Milgrom & Gemmill, 2015).

Het valt buiten het betoog van dit rapport om hier uitvoerig op in te gaan, maar een illustratie van het effect op de baby is te zien in het “still face experiment” dat via volgende link bekeken kan worden (zerotothree, 2018):

<https://www.zerotothree.org/early-development/social-and-emotional-development>

Anderzijds is het heel hoopgevend dat tijdige en gepaste **ondersteuning** en/of **behandeling** een negatieve spiraal kan voorkomen. De kwetsbaarheid van de levensfase geeft openingen voor veranderingen en de ontwikkeling van nieuwe patronen. De geboorte van de baby motiveert moeders/ouders om te werken aan psychische (en eventuele transgenerationale) problemen. De ontwikkeling van de baby en het gezin kunnen nog alle kanten uit. Er zijn nog geen vastgeroeste patronen (Lenaerts, De vroege moeder-kindrelatie bij moeders met borderline-problematiek, 2011).

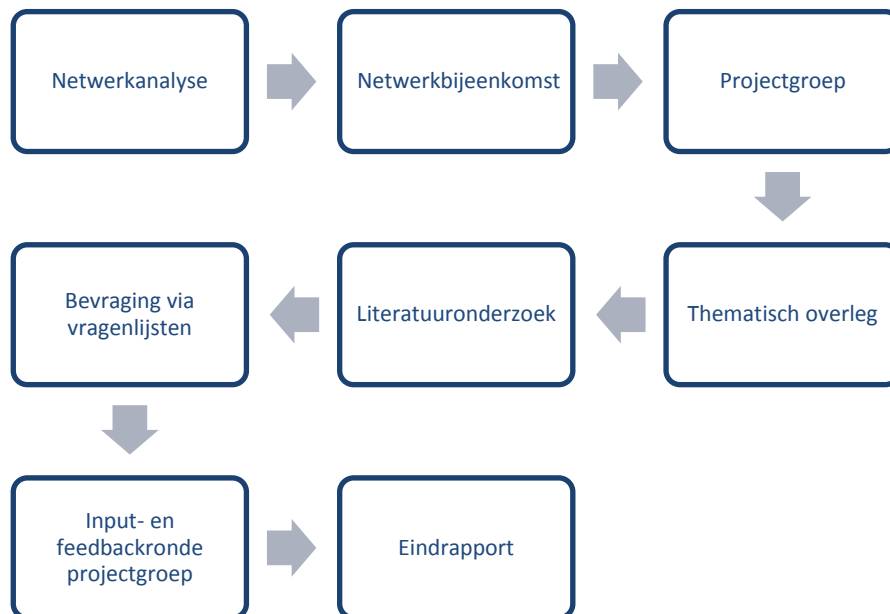
We zijn verheugd dat de Vlaamse Overheid overtuigd is van de ernst van de problematiek en de noodzaak van vroege interventie gezien de voorgestelde ‘resolutie betreffende de vroegtijdige detectie en behandeling van de postnatale depressie’ in 2015, de sensibiliseringscampagne in 2016 in samenwerking met o.a. Kind en Gezin, de moeder-babyeenheden en de Associatie Beeldvorming Geestelijke Gezondheid en de opstart van twee pilootprojecten.

Zorgactoren wijzen erop dat deskundige perinatale geestelijke gezondheidszorg te eerste preventief is in het voorkomen van het begin van een cyclus van ernstige moeilijkheden, (ontwikkelingsproblemen, schoolfalen, werkverzuim,...), ten tweede therapeutisch is (behandeling van postpartum psychische / psychiatrische problematiek ouders, ondersteuning op pedagogisch vlak,...) en ten derde waarborgt dat een voldoende psychosociaal vangnet kan opgezet worden waar nodig.

In het pilootproject van Oost-Vlaanderen is een sterke focus gelegd op het ontwikkelen van een wetenschappelijk verantwoord screenings- en detectieprotocol met toeleiding naar psychische zorg. Daarnaast hebben sensibiliseren en screenen enkel zin wanneer er **gepaste kwalitatieve zorg beschikbaar en toegankelijk** is. We ervaren dat vele hulpverleners rondom de zwangere vrouw en de pas bevallen moeder wel sterke vermoedens hebben of weten dat het niet goed gaat met moeder, de baby, het gezin... maar dat er drempels ervaren worden om de problemen bespreekbaar te maken gezien het gebrek aan gepaste doorverwijzingsmogelijkheden en een weinig transparant aanbod van kwaliteitsvolle GGZ inzake perinatale problematiek.

Willen we een kwalitatief zorgpad ontwikkelen, dan is **ondersteuning vanuit GGZ essentieel ‘rondom’ de reguliere perinatale zorg met gemakkelijke samenwerking en/of doorverwijzing** waar noodzakelijk. Dit veronderstelt een **multi- en transdisciplinaire samenwerking** over de sectoren en de lijnen heen met oog voor het welzijn van het gehele gezin. Gezien de mogelijkheden regionaal verschillen, lijkt het ons belangrijk dat **in elke (sub)regio samenwerkingsverbanden** opgebouwd worden inzake perinatale zorg, die **sector- en lijnoverschrijdend** zijn. Het pilootproject beoogt een aanzet te geven voor de uitwerking van een transparant en wetenschappelijk onderbouwd traject voor (aanstaande) moeders, hun partner en hun baby met daarbij bijzondere aandacht voor kwetsbare doelgroepen.

2.2 Proces eindrapport



Om het pilootproject binnen provincie Antwerpen vorm te geven werd gestart met een **netwerkanalyse** waarbij relevante (perinatale) disciplines, organisaties en netwerken in kaart werden gebracht. Op basis van deze analyse werd een Excel bestand aangemaakt met alle contactgegevens van de zorgactoren. Via die weg werd een uitnodiging tot deelname aan het project breed verspreid.

De netwerkanalyse vormde de basis om een **netwerkbijeenkomst** te organiseren, dat plaatsvond op 20 september 2017 en waaraan 91 zorgactoren deelnamen. Het betrof een interactief ontmoetingsmoment voor alle (perinatale) zorgactoren en –netwerken met als doelstelling het in kaart brengen van goede praktijken, dagelijkse ervaringen, specifieke deskundigheid evenals ervaren noden en hiaten in de zorg. Een overzicht van de deelnemers is terug te vinden in bijlage 1.

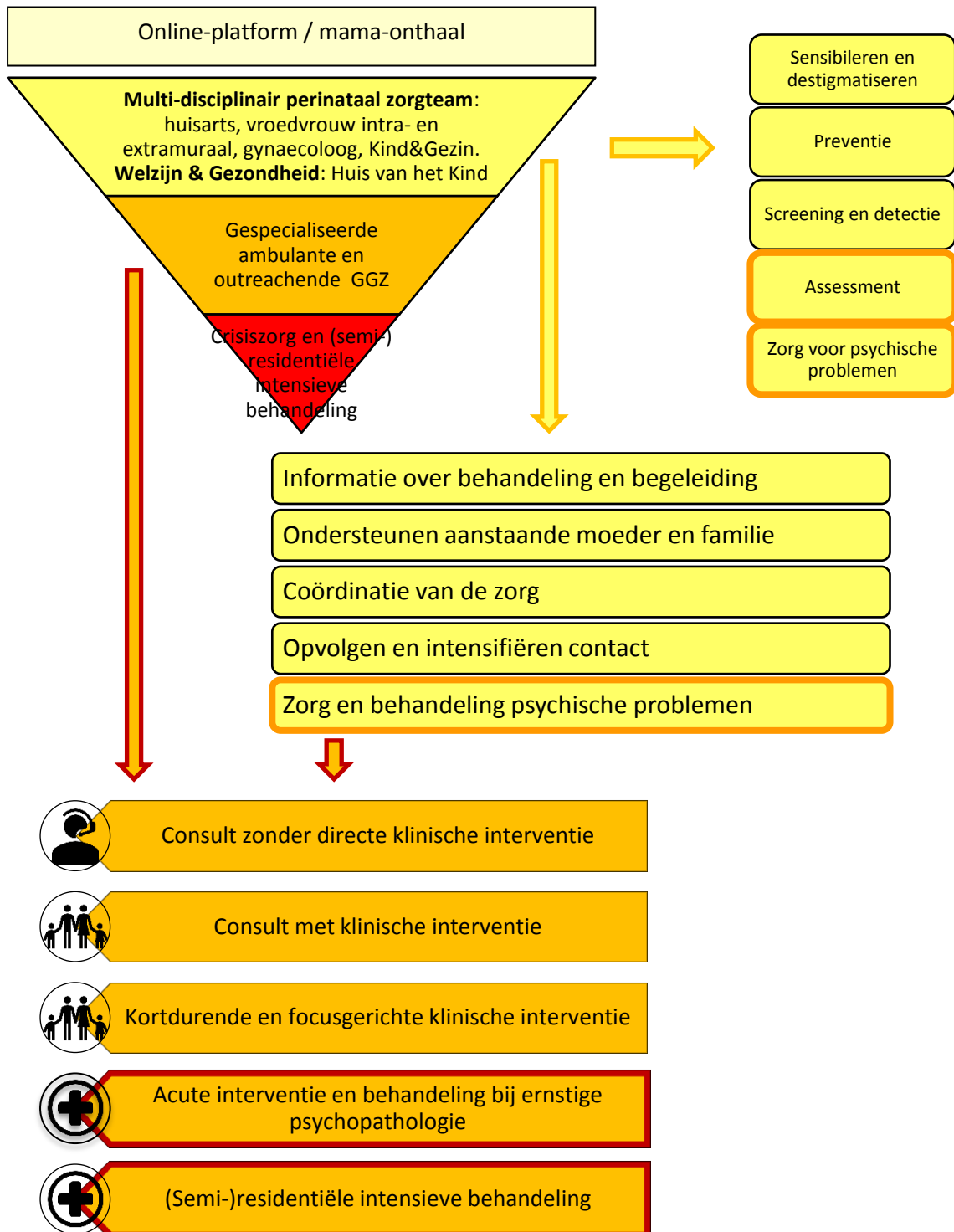
Tijdens de netwerkbijeenkomst werden thematafels georganiseerd waarbij zorgpartners in gesprek gingen over drie thema's: "sensibiliseren", "toegankelijke kwaliteitsvolle zorg" en "kwetsbare doelgroepen". Per themagroep nam iemand verslag waarvan een terugkoppeling gebeurde in het plenair slotmoment. Deze verslagen werden verzameld en verwerkt in de vorm van een syntheseverslag.

Dit verslag werd voorgelegd aan de projectgroep en vormde de basis om thematische bijeenkomsten te organiseren en strategische doelstellingen te bepalen. De samenstelling van de projectgroep evenals een overzicht van de thematische bijeenkomsten is terug te vinden in de bijlagen 2 en 3.

De output van deze thematische bijeenkomsten, literatuuronderzoek, informatie uit vragenlijsten en input en feedback van de projectgroep werden samengebracht in dit eindrapport.

3. Perinatale Geestelijke gezondheid

Binnen dit onderdeel gaat de aandacht uit naar de organisatie van de psychische zorg, ingebed in de algemene perinatale zorg. Volgend schema visualiseert welke thema's daarbij aan bod zullen komen. In de eerste plaatst gaat de aandacht uit naar laagdrempelige mogelijkheden voor (aanstaande) moeders om zelf aan de slag te gaan met zorgvragen. Verder wordt in gele kleur de basiszorg weergegeven met een primaire rol voor de eerstelijnsactoren, in oranje de zorg vanuit de ambulante en outreachende gespecialiseerde GGZ en in rood de crisiszorg en zorg vanuit de gespecialiseerde (semi)-residentiële GGZ.



3.1 Zorgpad maakt onlosmakelijk deel uit van kwalitatieve perinatale zorg

3.1.1 Aandacht voor psychisch welzijn moet 'standaard' aanwezig zijn bij elke zwangerschapsopvolging.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg werkte een goed onderbouwd syntheserapport uit met betrekking tot de organisatie van de zorg na de bevalling. Uitgangspunt daarbij is dat het kraamgezin omringd dient te worden door een **multidisciplinair perinataal zorgteam** dat instaat voor de uitwerking van een **zorgplan, de zorgcoördinatie, zorgcontinuïteit en een registratietool** (Benahmed, et al., 2014).

Het rapport focust sterk op de somatische aspecten en de organisatie van de zorg.

Ondanks de groeiende interesse voor het psychisch welzijn van de moeder, merken we dat in praktijk tot op heden vooral aandacht gaat naar het lichamelijk welzijn van de moeder en de somatische opvolging van moeder en de foetus. Terwijl een echografie standaard aanwezig is en terugbetaald wordt, is er tot op heden geen enkele richtlijn over het **psychisch welbevinden** van de moeder en haar partner en de voorbereiding van de komst van de baby.

Zwangerschap en geboorte is een periode van **overgangen** met nieuwe verantwoordelijkheden en verwachtingen, veranderingen in relaties, intense emoties,... Het is een ingrijpende **levensfase** met uitdagingen en groei mogelijkheden. Zoals we reeds schreven gaat deze periode gepaard met een **verhoogde kwetsbaarheid** en een verhoogde kans op ontwikkeling van psychische problemen.

Kwalitatieve perinatale zorg vertrekt vanuit dit '**normale**' gegeven. Dit betekent dat spreken over veranderende en intense emoties bij het 'gewone' horen en ruimte moeten kunnen krijgen in de **reguliere zwangerschapsbegeleiding** en de ondersteuning van moeder en haar partner. 'Emotioneel uit evenwicht geraken' is niet ongewoon. Nu leeft nog te vaak te mythe van de 'roze wolk' en zijn er vaak onrealistische verwachtingen rond het (nakende)ouderschap en de komst van de baby.

Vertrekken van dit 'normale' gegeven mag echter niet de indruk geven dat mogelijke angsten en onzekerheden mogen gebagatelliseerd worden. Het is belangrijk dat (aanstaande) moeders en hun partner op **verhaal** kunnen komen, een gedifferentieerd verhaal waar aandacht is voor verlangens en verwachtingen, maar ook voor twijfels en onzekerheden.

Zorgactoren wijzen ook op het belang van aandacht voor psychisch welzijn tijdens de bevalling.

De TEACH-studie (Traumatic Experiences Associated with CHildbirth) wijst op het belang van factoren zoals het verlies van **controle**, verlies van **waardigheid**, het gevoel niet **gehoord** te worden, het niet volledig **geïnformeerd** zijn over uitgevoerde medische procedures en een gemis aan **praktische en emotionele steun**. **Goede communicatie** is essentieel in het voorkomen van deze problemen. Daarbij gaat het niet alleen om goede communicatie voor en tijdens de bevalling, maar evenzeer tijdens de zorg die na de bevalling wordt aangeboden (Hollander, et al., 2017).

Het snel veranderende perinatale landschap zorgt ervoor dat de zorg nog meer gedeeld moet worden tussen de **eerste en de tweede lijn**. Willen we het zelfvertrouwen bij jonge ouders ondersteunen dan is het zaak ook om tussen de zorgactoren dit vertrouwen in elkaars dienstverlening te laten groeien door een nauwe afstemming van de perinatale zorg na te streven.

Zorgactoren geven daarbij aan nood te hebben aan een **kader** dat het mogelijk maakt om ook de **psychische zorg** goed te organiseren. Er wordt o.a. ervaren dat **consultaties** van zorgverleners (huisarts, vroedvrouw, gynaecoloog, verpleegkundigen,...) sterk wordt afgebakend. Het belang van voldoende **tijd** en **middelen** wordt benadrukt om ruimte te hebben om in gesprek te gaan met (aanstaande) moeders.

Verder formuleren de **Algemene Ziekenhuizen** dat het wenselijk is aan de slag te gaan met een **perinataal GGZ-zorgpad** waarbij preventieve screening en detectie ingebed zijn in het zorgtraject en waarbij een **koppeling** wordt gerealiseerd met de zorgpaden van de **eerstelijnszorg**. Via die weg kunnen (intramurale) zorgprocessen t.a.v. psychisch welzijn beter gestroomlijnd kunnen worden (o.a. preventieve psycho-sociale zorg, doorverwijzing naar eerstelijnsgezondheidszorg,...).

Wanneer binnen de organisatie van de perinatale basiszorg **systematische screening** (zie pilootproject Oost-Vlaanderen) en **aandacht voor psychisch welzijn** standaard aanwezig zijn, opent dit enorme perspectieven om psychische veerkracht/kwetsbaarheid te versterken en eventuele bezorgdheden op toekomstig ouderschap bespreekbaar te maken. En wanneer blijkt dat meer gespecialiseerde opvolging nodig is, wordt een doorverwijzing naar meer gespecialiseerde hulp makkelijker omdat er vertrokken kan worden vanuit de **beleving van de (aanstaande) moeder**.

Verder zal het belangrijk blijven dat (aanstaande) ouders kunnen terugvallen op de basiszorg voor steun wanneer er psychische problemen zijn, ook al werd een behandeling binnen de gespecialiseerde GGZ opgestart.

Tot slot wordt onder de aandacht gebracht dat het vroeger verplaatsen van de nazorg naar de eerstelijns en dus naar de thuiszorg, ook impact heeft op wat een pril gezin van zijn **netwerk** nodig heeft. Het is belangrijk dat ouders kunnen rekenen op **ondersteuning** vanuit familie en vrienden. Bijzondere aandacht is nodig in het zorgen voor het installeren van dit (informele) netwerk indien dit nog niet bestaat.

Tegelijk is het niet evident dat ouders de eerste dagen veel **bezoek** ontvangen. Er is ruimte nodig voor **rust** en het zoeken naar **afstemming** met de baby. Het is belangrijk dat zowel context als ouders hierin gesensibiliseerd worden en dat er grenzen gesteld worden waar nodig.

Goede communicatie en afstemming tussen ouders en hun context is belangrijk om hier een goed evenwicht te vinden. Dit komt verder aan bod bij punt 3.2.2.3.

3.1.2 Universele proportionele zorg

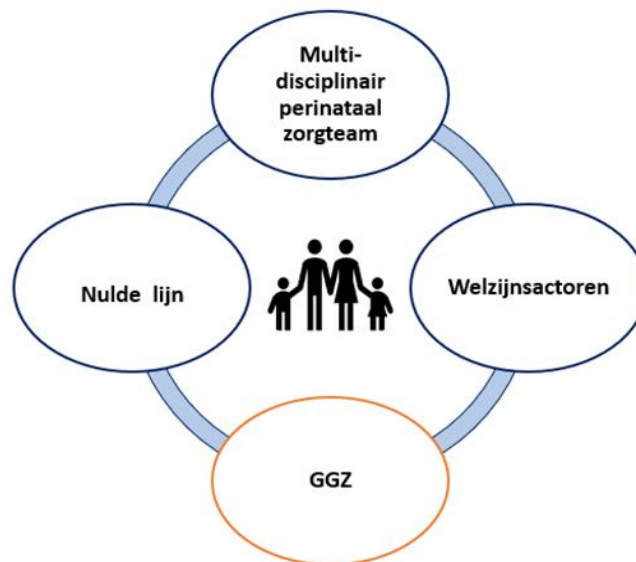
Zowel binnen het Eindrapport Jong en Gezond (2016) als het decreet preventieve gezinsondersteuning die het belang van de Huizen van het Kind (Vlaamse Overheid, 2014) beschrijft, wordt gepleit voor **universele proportionele zorg**.

Eerder dan een afzonderlijk GGZ-circuit uit te bouwen, is het wenselijk aandacht te hebben voor geestelijke gezondheid bij alle (aanstaande) moeders (universele aanpak), ondersteund door zorg op maat bij specifieke psychische problemen vanuit de gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg (proportionalisme). Bij aanwezigheid of vermoeden van psychische problemen zou een naadloze overgang naar meer intensieve en gespecialiseerde GGZ moeten mogelijk zijn. Eerder dan te werken vanuit een systeem van ‘doorwijzing’ wordt vertrokken vanuit het principe van **gedeelde zorg, gedeelde verantwoordelijkheid en gedeelde draaglast**.

Belangrijk is ook dat er zowel vanuit de multidisciplinaire perinatale zorgteams als vanuit de GGZ-actoren aandacht is voor de **leefomgeving** van het (aanstaande) gezin en dat er **maatschappelijke ondersteuning** wordt aangeboden waar noodzakelijk (financieel, administratief, woonst,...). Depressie/angst kan niet apart gezien worden van de context. **Complexe psychosociale factoren** kunnen een grote impact hebben op het psychisch welbevinden van de (aanstaande) moeder (geweld, angst in de partnerrelatie, isolement,...). Verder mag ook niet uit het ook verloren worden dat psychische problemen gerelateerd kunnen zijn aan onderliggende medische problemen (bv borstontsteking). Screening en assessment houdt dan ook meer in dan het stellen van een “diagnose”.

Verder onderstrepen zorgactoren het belang van goed uitgebouwde zorgtrajecten voor (aanstaande) moeders, die kampen met een (al dan niet ernstige) psychische kwetsbaarheid, verstandelijke beperking en/of problematisch middelengebruik die vaak reeds in het circuit van hulpverlening zitten en waarbij een specifiekere aanpak gewenst is die vertrekt vanuit de nieuwe (gezins)situatie.

Tot slot is het belangrijk dat er niet alleen aandacht gaat naar de (aanstaande) moeder, maar ook naar haar partner en de (toekomstige) baby.



3.1.3 Vraaggestuurde zorg

Binnen de nota “Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn” wordt gepleit voor een paradigmashift van aanbodgestuurde naar **vraaggestuurde zorg** en inzet op de regierol van de zorggebruiker zelf. (Agentschap Zorg & gezondheid, 2017).

(Psychische) perinatale zorg dient te vertrekken vanuit de behoeften, vragen en doelstellingen van de (aanstaande) moeder. De principes van “**gezamenlijke besluitvorming**” en “**patiëntenparticipatie**” worden daarbij benadrukt.

Gezamenlijke besluitvorming en gedeelde uitvoering van een zorgplan bevordert de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg. Om dit te realiseren is het belangrijk dat zorggebruikers kunnen beschikken over betrouwbare informatie over aandoeningen, ondersteuningsmogelijkheden,... (Agentschap Zorg & gezondheid, 2017) (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2013).

Daarnaast dienen (aanstaande) moeders te beschikken over het **individueel zorgplan**. Dit komt verder aan bod bij punt 3.2.4.1.

3.2 Pijlers psychische perinatale zorg

3.2.1 Sensibiliseren en destigmatiseren

Maatschappelijk blijkt er nog veel **taboe** te zijn rond de aanwezigheid van psychische problemen tijdens de perinatale periode. Ervaringsdeskundigen geven aan dat het niet evident is gevoelens van kwetsbaarheid te tonen en delen met naasten en hulpverleners. Er blijkt **angst** voor wat anderen zullen denken, angst gescheiden te worden van de baby,...

Daarbij geeft men aan dat het **werken met ervaringsdeskundigen** een belangrijk bijdrage levert op vlak van sensibiliseren en destigmatiseren. De ervaringen zijn herkenbaar en geven hoop.

Verder wordt aangegeven dat **mediacampagnes** als Te GEK?! zeer waardevol zijn om psychische problemen meer bespreekbaar te maken in de maatschappij.

Zorgactoren brengen twee **boeken** aan die vrij in de boekhandel te verkrijgen zijn en die het taboe van de donkere wolken tijdens de perinatale periode niet uit de weg gaan. Zij zijn zeer toegankelijk voor (aanstaande) moeders en geven concrete tips om met zorgnoden aan de slag te gaan:

- Mijn baby lacht... nu ik nog! (Weddingen, 2013).
- Perfecte moeders bestaan niet. (Koster, 2012)

Daarnaast blijkt het ook noodzakelijk **hulpverleners** te **sensibiliseren**. Ervaringsdeskundigen geven aan vaak wel gesproken te hebben met huisarts, vroedvrouw en zelfs therapeuten over de moeilijkheden die ze ervoeren, maar hadden soms het gevoel dat zorgverleners de neiging hadden gespecialiseerde GGZ te stigmatiseren en drempels te ervaren voor doorverwijzing. Er is de indruk het niet evident is voor hulpverleners om de ernst van problemen goed in te schatten.

Tot slot geven zorgactoren aan dat aandacht voor transitie naar ouderschap en psychisch welzijn ingebed kan worden in de relationele en seksuele vorming op **school**.

3.2.2 Preventie

3.2.2.1 Aandacht voor psychische welzijn binnen de perinatale zorg

De beste preventie is ‘aandacht voor psychische aspecten’ binnen het reguliere en gestandaardiseerde zorgpad zoals we hoger beschreven. Dit impliceert dat er ook aandacht voor is binnen de **opleidingen** van de verschillende zorgverleners.

3.2.2.2 Informeren

Opdat (aanstaande) moeders mee verantwoordelijkheid kunnen nemen op vlak van zelfzorg en bij het nemen van beslissingen, is het belangrijk dat zij kunnen beschikken over **betrouwbare informatie** over aandoeningen, ondersteuningsmogelijkheden,... (Agentschap Zorg & gezondheid, 2017).

Daarbij is het o.a. noodzakelijk dat er voldoende informatie en transparantie is over de beschikbaarheid en organisatie van perinatale (psychische) zorg.

(Aanstaande) moeders blijken vaak niet goed op de hoogte te zijn van het bestaande perinatale zorgaanbod, waardoor de **basiszorg** vaak nog niet goed geregeld is. Huisartsen geven aan dat zij na de vaststelling van de zwangerschap moeders vaak pas terug zien wanneer zij terug moeten gaan werken en dit niet zien zitten omwille van psychische problemen. Verder blijken (aanstaande) moeders vaak niet op de hoogte te zijn van het aanbod van dienstverlening van de vroedvrouw en de kraamzorg. Er liggen hier nog enorm veel kansen om preventief te werk te gaan.

Binnen verschillende **LMN's** binnen provincie Antwerpen gebeuren inspanningen om een “**protocol** gedeelde zorg tijdens de zwangerschap” te ontwikkelen, waarbij systematisch aandacht is voor organisatie van de basiszorg, psychische screening en ruimte voor beleving van de zwangerschap tijdens consultaties. **Expliciete informatie** dient daarbij gegeven te worden over psychisch welzijn tijdens het peripartum en de beschikbaarheid van psychische hulp. (Aanstaande) moeders dienen bijvoorbeeld te weten dat zij binnen een Algemeen Ziekenhuis beroep kunnen doen op een psycholoog die gespecialiseerd is in perinatale zorg opdat zij hiernaar zouden kunnen vragen.

Verder dient informatie over psychische welzijn en zorg- en behandelmogelijkheden geïntegreerd te worden in de **verschillende informatiekkanalen** die tijdens perinatale periode gebruikt worden zoals websites, brochures, groepssessies, zwangerschapsyoga, een rondleiding in het AZ, medische onderzoeken,... Voorbeelden van websites die door zorgactoren aangebracht werden:

<http://www.kraamvogel.be/>

<http://www.gezondzwangerworden.be/>

<https://www.kindengezin.be/zwangerschap-en-geboorte/anders-dan-verwacht/post-partumdepressie/>

<https://www.sensoa.be/>

<https://www.zanzu.be/nl/home>

Daarnaast brachten zorgactoren voorbeelden aan van enkele laagdrempelige websites die naast informatie concrete tools aanreiken aan (aanstaande) moeders om met eigen zorgvragen aan de slag te gaan:

- <http://www.postpartum.net/>
- Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap:
<http://www.lkpz.nl/>

Verder suggereren zorgactoren om de belangrijkste diensten die (psychische) zorg en behandeling aanbieden evenals de contactgegevens van politie en justitie mee op te nemen in het Zwangerschapsboekje.

Ervaringsdeskundigen geven aan dat voor wat betreft informatie zij vooral “**verhalen uit het leven gegrepen**” een interessante ingangspoort vinden, eerder dan technische zaken over psychische problemen. Dit maakt de herkenbaarheid groter en werkt destigmatiserend.

Bijzondere aandacht is gewenst voor kwetsbare doelgroepen zoals gezinnen die kampen met armoede, huiselijk geweld, psychische problemen of verslaving. Zij lopen risico in een zorgvacuüm terecht te komen. (Benahmed, et al., 2014). Ook tienerouders en ouders van premature baby's of situaties waarbij sprake is van een ongewone start verdienen volgens zorgactoren extra aandacht. Onderzoek uit Canada wijst uit dat het vaak te maken heeft met twee soorten factoren dat vrouwen uit kwetsbare doelgroepen moeilijk bereikt worden: persoonsgebonden factoren en systeemgebonden factoren. Dit zijn zaken als moeilijke bereikbaarheid van de dienst, problemen met kinderopvang, lange wachttijden, negatieve attitudes van het personeel, het niet zien van een meerwaarde (I Heaman, et al., 2015). Zorgactoren pleiten voor een proactieve aanpak om kwetsbare doelgroepen te bereiken.

3.2.2.3 Inbouwen protectieve factoren

Versterking sociaal netwerk

Aandacht dient uit te gaan naar de versterking van het **sociaal netwerk** en de **kwaliteit** van de relaties die (aanstaande) moeders hebben met partner, familie en naasten. Zij kunnen immers een belangrijke bron van **steun** zijn wanneer er sprake is van psychische moeilijkheden.

In de eerste plaats dient daarbij ingezet te worden op het actief betrekken van de **partner**. De partner lijdt immers mee onder de psychische moeilijkheden van de (aanstaande) moeders. Niet zelden gaan ze er zelf onderdoor en/of voelen zich buitengesloten van de zorg die aan hun partner geboden wordt. Ook de partner zelf is kwetsbaar voor het ontwikkelen van psychische problemen tijdens de perinatale periode en kan dus niet over het hoofd gezien worden. Dit thema wordt verder toegelicht in punt 4.1.

Verder is het belangrijk aandacht te hebben voor de **ondersteunende rol die familie en vrienden** kunnen spelen.

Kind en Gezin lanceerde in 2017 “**Kraamkaartjes**” die familie, vrienden en ouders gratis kunnen bestellen. Ouders blijken vaak een drempel te ervaren om hulp in te roepen bij vrienden en familie, vaak vanuit een bezorgdheid indruk te geven het ouderschap niet aan te kunnen. Vrienden en familie blijken vaak graag wel te willen helpen, doch vinden het vaak moeilijk om in te schatten welk initiatief gewenst of noodzakelijk is. De “Kraamkaartjes” zijn een reeks cadeaukaartjes die door familie en vrienden gegeven kunnen worden om het gezin te ondersteunen in de eerste weken en maanden na de geboorte bij klaarmaken van maaltijden, boodschappen, strijken, klusjes doen,... (Kind en Gezin, 2017).

<https://www.kindengezin.be/nieuws-en-actualiteit/2017/20170823-kind-en-gezin-doorbreekt-taboe-rond-perfect-ouderschap-met-kraamkaartjes.jsp>

Sommige (aanstaande) moeders hebben weinig netwerk, missen kwaliteitsvolle relaties en / of lopen risico geïsoleerd te geraken tijdens de perinatale periode.

Ervaringsdeskundigen geven aan enorm veel te hebben gehad aan het contact met **lotgenoten**. De **herkenning** van problemen, het kunnen **delen** van kwetsbaarheden, de **steun** van de groep, heeft voor hen veel betekend.

Peer-support kan een goede ingangspoort zijn. Binnen verschillende organisaties is er aandacht voor groepswerkingen in de vorm van een zwangerschapsclub, mamababbels,... **Zorgvormen als Centering Pregnancy en Centering Parenting zouden regionaal tegen terugbetalingstarief aangeboden moeten kunnen worden.**

De methode “Centering Pregnancy” kan beschouwd worden als een vorm van verloskundige groepszorg. Doelstellingen zijn het stimuleren van zelfzorg (bijvoorbeeld bloeddruk en gewicht zelf nemen), het verhogen van het kennisniveau bij aanstaande moeders en groepsondersteuning (Reyns, 2016).

De methode blijkt effectief bij aanstaande moeder met een lage sociaal economische status, allochtone vrouwen en zwangere tieners. Er worden effectieve gedragsveranderingen bereikt wat leidt tot betere perinatale uitkomsten. Concreet wordt via een vast prenataal schema regelmatige bijeenkomsten georganiseerd met acht tot tien zwangere vrouwen die ongeveer in dezelfde zwangerschapsfase zitten. De groepsbijeenkomsten stimuleren interactie en participatie waardoor vrouwen elkaar beter leren, wat leidt tot versteviging van het netwerk. Verder biedt het ook de kans dat de aanstaande moeders en vroedvrouw elkaar beter leren kennen waardoor er betere afstemming van zorg kan zijn (Reyns, 2016).

Ingrid Ligtermoet en Krista Okma (2014) werkten in Nederland een visiedocument voor **gemeenten** uit met betrekking tot “Steun voor aanstaande ouders bij ouderschap en opvoeding”. Zij beschrijven de rol die gemeenten op wijk- en buurtniveau kunnen opnemen inzake perinatale voorlichting, complementair aan de informatie en consulten die door huisartsen, verloskundigen en gynaecologen worden aangeboden. Het gaat daarbij om een **laagdrempelig preventief aanbod** dat gericht is op een brede doelgroep en dat vertrekt vanuit een **positieve benadering**, met inzet op versterking van de **eigen kracht** en versterking op de **sociale cohesie** (Ligtermoet & Okma, 2014).

Binnen het visiedocument wordt o.a. gewezen op het belang van aandacht voor de **transitie naar ouderschap** en de invloed hiervan op de partnerrelatie. De geboorte van het (eerste) kind stelt de ouders voor grote uitdagingen waaronder zorg voor de baby, het vinden van balans tussen gezin, arbeid en vrije tijd, eigen onzekerheid, tijd voor elkaar binnen de partnerrelatie,...

Via groepsbijeenkomsten kunnen aanstaande ouders hierin **gesensibiliseerd** worden, wat het bewustzijn hierrond vergroot, moeilijkheden **bespreekbaar** maakt en handvatten geeft om hiermee om te gaan (Ligtermoet & Okma, 2014).

Verder wordt verwezen naar **goede praktijken** die o.a. in **Zweden en Finland** ontwikkeld zijn via een aanbod dat gerealiseerd wordt voor aanstaande ouders in **familiecentra** en dat doorloopt tot (ver) na de geboorte. Het betreft laagdrempelige en toegankelijke **ontmoetingscentra** voor (aanstaande) ouders en kinderen waarbij ingezet wordt op verbinding tussen **formele** en **informele zorg** (bijvoorbeeld plaatselijke speeltuin, muziek, koffie-ochtenden,...). Het aanbod blijkt een positieve impact te hebben op de **versterking** van het **sociaal netwerk** voor nieuwe ouders. Verder blijkt dat doordat ouders reeds kennismaken met het familiecentrum tijdens de zwangerschap, de **drempel** nadien **kleiner** wordt om zich later tot het centrum te richten met ondersteuningsnaden (Ligtermoet & Okma, 2014).

De link kan hier gelegd worden met de werkingen van de **Huizen van het Kind**. Binnen sommige Huizen van het Kind wordt reeds ingezet op ondersteuning tijdens de perinatale periode. Zorgactoren moedigen aan dat hier verder op ingezet wordt.

Voor kwetsbare doelgroepen zoals gezinnen in armoede, vluchtelingen, tienermoeders,... kan het zinvol zijn om naast dit aanbod tevens in te zetten op **steungezinnen, buddywerkingen**,... Volgende twee organisaties werden daarbij door zorgactoren aangebracht als voorbeelden:

<http://zwangerenbevallen.be/professionelen/buddy-bij-de-wieg/>

<https://www.domovlaanderen.com/>

Uitbouw post-partumplan

De postpartum zorg dient **tijdig en prenataal** georganiseerd te worden. Het betreft daarbij niet enkel de basiszorg, maar tevens de zorg die, wanneer noodzakelijk, aangeboden dient te worden door welzijnsactoren en/of GGZ-actoren. Enerzijds geeft dit de mogelijkheden reeds prenataal met (aanstaande) moeders kennis te maken en een vertrouwensrelatie op te bouwen. Anderzijds geeft het de mogelijkheid de zorg inhoudelijk beter af te stemmen en te organiseren en kunnen **wachlijsten** vermeden worden.

3.2.2.4 Preventieve zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid

Binnen punt 3.1.2 (universele proportionele zorg) werd reeds het belang van goed uitgebouwde **zorgtrajecten** aangehaald voor (aanstaande) moeders die kampen met een (al dan niet ernstige) psychische kwetsbaarheid, verstandelijke beperking en/of problematisch middelengebruik.

Het overzicht dat vanuit de NICE-richtlijnen (2016) m.b.t. antenatale en postnatale mentale gezondheid wordt gegeven, maakt duidelijk dat bij vruchtbare vrouwen waarbij sprake is van een nieuwe, bestaande of geschiedenis van psychische kwetsbaarheid, een degelijke ondersteuning noodzakelijk is **vanaf de zwangerschapswens** met oog **continuïteit** van de zorg na de bevalling (NICE, 2016).

Reeds vóór de zwangerschap is het dan ook belangrijk in gesprek te gaan over het al dan niet hebben van een kinderswens en het gebruik van anticonceptiva. Verder is het aangewezen te bespreken op welke manier zwangerschap en een bevalling invloed kunnen hebben op de psychische kwetsbaarheid zoals het risico op hervat (NICE, 2017).

Vervolgens dient aandacht uit te gaan naar hoe (de behandeling van) de psychische kwetsbaarheid een invloed kan hebben op de vrouw, de foetus, de baby en het ouderschap. Indien psychotrope medicatie wordt voorgeschreven dient men aandacht te hebben voor mogelijke risico's voor de foetus en de baby. Bij een concrete zwangerschapswens wordt aanbevolen een **begeleiding** op te starten binnen de tweede lijn, bij voorkeur door therapeuten met perinatale expertise.

Indien noodzakelijk dient men het medicatieschema te evalueren en bij te sturen in functie van de psychische kwetsbaarheid van de moeder, de risico's voor de ontwikkeling van de foetus en het al dan niet geven van borstvoeding (NICE, 2017).

Zorgactoren geven daarbij aan bezorgd te zijn over de maatschappelijke druk met betrekking tot het geven van **borstvoeding**. Men stelt dat de noden van het kind niet los gezien kunnen worden van het welbevinden van de moeder. Het is belangrijk dat bij de keuze van wel of niet borstvoeding de moeder centraal kan staan.

Ervaringsdeskundigen geven verder aan dat het **preventief uitwerken van een crisisplan** enorm helpend is. Het hebben van een vangnet geeft reeds een veiliger gevoel op zich zonder dat het daarom nodig is daarvan gebruik te maken. Verder maakt het voor alle partijen voorspelbaarder en makkelijker om de zorg te organiseren tijdens een crisis wanneer er duidelijk vooraf afspraken zijn gemaakt.

3.2.3 Screening en detectie

Voor wat betreft screening- en detectie sluiten we aan bij de **richtlijnen** die zijn uitgewerkt en worden gefinaliseerd binnen het **pilootproject van Oost-Vlaanderen**.

Binnen dit rapport wensen we te onderstrepen dat naast het systematisch screenen van psychische problemen, het minstens even belangrijk is systematisch aandacht te hebben voor **protectieve factoren** tijdens de perinatale periode. Een aantal thema's verdienen daarbij expliciete aandacht:

- In welke mate is er een steunend niet-professioneel netwerk?
- In welke mate is er een zorgteam (huisarts, intra- en extramurale vroedvrouw, gynaecoloog, verpleegkundige Kind & Gezin)?
- In welke mate is de postnatale zorg (o.a. kraamzorg) geregeld?

Zorgactoren waarschuwen ook voor een te grote inzet op assessment. Vragenlijst kunnen helpend zijn om psychische problemen te detecteren, maar eenmaal de lijdensdruk bij ouders duidelijk is, kan assessment voorbijgaan aan de **acute nood** van de ouders in kwestie.

Een goede organisatie van de basiszorg mag geen 'paternalistisch' zorgmodel worden, waarbij zorgactoren éézijdig het zorgaanbod creëren. Het is evenzeer belangrijk dat (aanstaande) moeders op een zeer laagdrempelige manier een aantal '**self care**' en '**self assesment**' tools hebben om hun eigen noden en behoeften in te schatten.

Daarbij werd o.a. verwezen naar de website van het Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap waarbij (aanstaande) moeders zelf de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) – een vragenlijst om postnatale depressie op te sporen - kunnen invullen (LKPZ, 2018): <http://www.lkpz.nl/epds.php>

Daarnaast wordt gewezen op de mogelijkheid om **apps** uit te werken die (aanstaande) moeders op hun smartphone kunnen downloaden.

Ook de website www.moederbaby.be geeft ook op een laagdrempelige manier informatie. Moeders zeggen vooral veel te hebben aan de getuigenissen die terug te vinden zijn op de website.

Bovenstaande suggesties kunnen helpend zijn om concreet vanuit de zorgvraag van de (aanstaande) moeder te vertrekken en waarop zorgactoren zich kunnen afstemmen.

Daarnaast geven zorgactoren aan dat het '**pluis/niet-pluis**'-gevoel van zorgactoren vertrekpunt kan zijn om in dialoog te gaan met de (aanstaande) moeder en andere betrokken zorgactoren over psychische problemen en behandel mogelijkheden.

Bij onderzoek naar psychische problemen is het belangrijk te realiseren dat er voor (aanstaande) moeders en partners **drempels** kunnen zijn om moeilijkheden bespreekbaar te maken. Er blijkt nog veel **taboe en stigma** te zijn. Verscheidene (aanstaande) moeders geven aan bezorgd te zijn dat er **negatieve perceptie** ontstaat op hun moederschap. Verder kan er sprake zijn van **angst** om **gescheiden** te worden van de baby. Tenslotte kunnen aspecten die gerelateerd zijn aan de psychische problematiek of afhankelijkheids-problematiek meespelen in "**zorgmijdend**" gedrag. (NICE, 2017).

Het is belangrijk dat hulpverleners zich hiervan bewust zijn en mogelijke weerstanden **bespreekbaar** maken.

Indien er psychische problemen worden vastgesteld met daarbij **risico** op zelfbeschadigend gedrag, suïcide, mishandeling van de baby of infanticide, is het noodzakelijk een **crisisplan** uit te werken en/of te activeren. Daarbij is het belangrijk na te gaan in welke mate de (aanstaande) moeder beschikt over degelijke **sociale steun** en daar ook beroep op kan doen. Verder dient hulp **georganiseerd** te worden die aansluit bij het risiconiveau. Alle betrokken hulpverleners, zeker de huisarts, dienen geïnformeerd te worden. Naast **persoonlijk contact** onderstrepen zorgactoren hier de nood aan de mogelijkheid tot **digitale gegevensdeling** tussen betrokken zorgactoren.

Daarbij blijft **transparante, ondersteunende communicatie en actieve betrokkenheid** bij de uitwerking en activering van het crisisplan met de (aanstaande) moeder, partner en familie of zorggevers belangrijk. Zij zijn een volwaardige partner in de behandeling. (NICE, 2017)

Wanneer er risico is op suïcide is het belangrijk de richtlijnen van het Vlaams Expertisecentrum voor Suïcidepreventie op te volgen: <https://www.vlesp.be/>

Aandacht dient verder uit te gaan naar wie de screening en het assessment uitvoert. Het belang van (de opbouw van) een **vertrouwensrelatie** en een minimum aan **expertise** wordt daarbij onderstreept. Implementatie van de richtlijnen die ontwikkeld worden binnen het pilootproject van Oost-Vlaanderen is essentieel om dit te realiseren.

Tot slot beklemtonen de zorgactoren dat screening enkel zin heeft indien er **voldoende zorgaanbod** is en waarbij het duidelijk is wie wanneer gecontacteerd kan worden in welke regio. Zorgactoren uiten **grote bezorgheden** op dit vlak. Hier wordt op teruggekomen binnen hoofdstuk 5.

3.2.4 Zorg voor en behandeling van psychische problemen

In de eerste plaats wordt het belangrijk gevonden dat (aanstaande) moeders ondersteund worden om zelf aan de slag te gaan met noden en zorgbehoeften. Daarbij is het essentieel dat (aanstaande) moeders beroep kunnen doen op een **online-platform** met **informatie** over psychische problemen tijdens de perinatale periode, **tools**, informatie over **behandeling** en waar men hiervoor terecht kan en mogelijkheden tot **onlinehulpverlening**. Verder brengen zowel ervaringsdeskundigen als zorgactoren het belang aan van een soort “**mama-onthaal**” waarnaar men 24/24 uur kan **bellen, chatten, skypen**,... Moeders blijken zich 's nachts vaak alleen te voelen en nood te hebben aan ondersteuning.

Verder is het belangrijk dat (aanstaande) moeders ondersteund worden vanuit het perinataal multidisciplinair zorgteam. Een belangrijke rol kan daarin opgenomen worden door de **vroedvrouw**. Vanuit de zorg die zij aanbieden binnen de thuiscontext lukken zij er vaak goed in een vertrouwensrelatie met de moeder op te bouwen en hebben zij vaak meer zicht op het netwerk van de moeder, de thuissituatie,... Binnen provincie Antwerpen zijn er reeds een aantal vroedvrouwen die zich specifiek bijscholen om ondersteuning te kunnen bieden bij psychische problemen. Zorgactoren vinden dit een goede ingangspoort.

Er wordt gesuggereerd hiervoor een kader uit te werken met een wetenschappelijk onderbouwde **opleiding** en mogelijkheden tot **intervisie** en **ondersteuning** vanuit de gespecialiseerde GGZ.

Daarnaast wordt het belang van contact met de **huisarts** onderstreept. Veel (aanstaande) moeders hebben een **vertrouwensrelatie** met hun huisarts. De huisarts speelt ook een belangrijke rol inzake **continuïteit** van zorg.

Tot slot wordt de samenwerking met de verpleegkundige van **Kind en Gezin** benadrukt. Er wordt gepleit voor een naadloze overgang van de perinatale zorg naar de zorg die aangeboden kan worden vanuit Kind en Gezin.

Om de zorg bij psychische problemen te realiseren zal een goede samenwerking wenselijk zijn tussen het multidisciplinair zorgteam en de gespecialiseerde GGZ. In wat volgt concretiseren we hoe deze samenwerking kan georganiseerd worden.

Indien er psychische problemen worden vastgesteld tijdens de perinatale periode blijft het zorgteam van de **eerstelij**n (gele kleur) een centrale rol opnemen in de **zorg**. Voor wat betreft de **behandeling** voor psychische problemen is samenwerking met de **gespecialiseerde GGZ** (oranje kleur) aangewezen. Uitgangspunt is dus dat aandacht en zorg voor psychische noden een gedeelde verantwoordelijkheid omvat tussen de eerstelijn en de gespecialiseerde GGZ. Binnen dit onderdeel gaan we eerst in op de rol van de eerstelijn en vervolgens op de rol van de gespecialiseerde GGZ.

Informatie over behandeling en begeleiding

Ondersteunen (aanstaande) moeder en gezin

Coördinatie van de zorg

Opvolgen en intensifiëren contact

Zorg voor en behandeling van psychische problemen

3.2.4.1 Zorg voor psychische problemen vanuit de Eerste Lijn

- Wanneer sprake is van psychische problemen tijdens de perinatale periode is het belangrijk dat vanuit de eerstelijns aandacht uitgaat naar het **informer** van het gezin over **behandelmogelijkheden**, warme toeleiding /zorgzame doorverwijzing naar de GGZ en hoop geven op goede behandeluitkomsten.
- Verder is het belangrijk oog te hebben voor de noden van het **ganse gezin** (moeder, baby, partner, andere kinderen in het gezin en andere familieleden). Partner, familieleden of kennissen kunnen een belangrijke rol opnemen als **steunfiguren**. Het is dan ook aangewezen hen te betrekken en waar noodzakelijk ondersteuning aan te bieden. (NICE, 2017)
- Vervolgens dient er aandacht te zijn voor de **coördinatie** van de zorg. Daarbij wordt zoveel mogelijk vertrokken vanuit de autonomie van de (aanstaande) ouders, al dan niet ondersteund door familieleden en andere steunfiguren uit het eigen netwerk. Tegelijk zal het in een aantal situaties noodzakelijk zijn dat een professionele “**casemanager**” de coördinatie van de zorg opneemt.
Het dient daarbij duidelijk te zijn wie de zorg coördineert. De coördinator is zowel het eerste **aanspreekpunt** voor het gezin als voor de andere zorgactoren (NICE, 2017).
De zorgcoördinator bewaakt mee het proces van gezamenlijke besluitvorming en onderlinge afstemming met betrekking tot de behandeldoelen.
We herhalen dat het ook hier belangrijk is reeds prenataal of zelfs preconceptioneel deze zorg op te starten. Het gaat daarbij in de eerste plaats om een zorgverlener die reeds deel uitmaakt van het professioneel zorgteam en waarmee de (aanstaande) moeder een vertrouwensrelatie heeft. (NICE, 2017)
- Bij de organisatie van de zorg werkt men met een **geïntegreerd zorgplan** dat informatie omvat over de zorg en de behandeling van de psychische problemen dat ter beschikking dient te zijn van de (aanstaande) moeder (NICE, 2017).

Zorgactoren vinden het belangrijk om relevante zorg- en medische gegevens te kunnen delen, bij voorkeur ook digitaal. Volgende items worden daarbij belangrijk gevonden:

- Doelstellingen van de (psychische) behandeling
- Somatische zorg en medicatie
- Opvolgen effect van de behandeling
- Contactgegevens (GGZ)-zorgactoren en steunfiguren
- Kalender met afspraken
- Crisisplan

Hiertoe kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van het Zwangerschapsboekje van Kind & Gezin. Binnen de Conferentie “De toekomst is Jong” wordt in het eindrapport “Jong en Gezond” (2016) het belang onderstreept van het digitaliseren van het **Zwangerschaps- en kindboekje**. Daarbij worden alle contacten en betrokken professionals opgenomen en worden de ouders zeer actief betrokken. (Werkgroep Jong en Gezond, 2016)

Op vraag van verscheidene stakeholders engageert Kind en Gezin zich vanuit de Vlaamse overheid tot de realisatie van het project ‘Gegevensdeling rond zwangerschap’ over Vitalink ter ondersteuning van zowel (aanstaande) ouders als hun zorgactoren in het Vlaams en Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Daarnaast blijven zorgactoren de **papieren versie** erg belangrijk vinden. Het geeft veel houvast en maakt dat ook mensen zonder computer altijd hun informatie ter beschikking hebben.

Zeker bij mensen die kampen met chronische en complexe problemen, vaak ook op verschillende levensgebieden, geeft en duidelijk zorgplan overzicht en houvast. (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2013)

Zorgactoren benadrukken dat het zorgplan een weergave moet zijn van **de gezamenlijke besluitvorming** met **afstemming** met de (aanstaande) moeder met betrekking tot de behandeldoelen. Ook het belang van **privacy** van de (aanstaande) moeder wordt onder de aandacht gebracht.

Verder vinden zorgactoren het belangrijk dat er **tijd** en **ruimte** kan zijn voor **overleg** tussen het gezin en de verschillende disciplines om de zorg te organiseren en zorgcontinuïteit en afstemming te realiseren. Het wordt dan ook belangrijk gevonden dat “tijd voor overleg” als wezenlijk **onderdeel van de zorg** wordt beschouwd en dat (zelfstandige) hulpverleners en voorzieningen binnen een **kader** kunnen werken dat hen hiervoor **correct vergoedt**.

- Tenslotte wordt onderzocht in welke mate en aan welke **frequentie** er nood is aan contacten met hulpverleners zodat (aanstaande) moeders en het gezin de nodige ondersteuning krijgen en het verloop van de symptomen en de behandeling goed opgevolgd kunnen worden. Waar noodzakelijk wordt de zorg **geïntensifieerd**. (NICE, 2017)

3.2.4.2 Interventies gespecialiseerde GGZ

Behandeling van psychische problemen tijdens het peripartum dient te gebeuren vanuit gespecialiseerde **multidisciplinaire gemeenschapsgerichte GGZ** en **moeder-baby eenheden** die onderzoek, opvolging en behandeling kunnen aanbieden aan (aanstaande) moeders met psychische problemen. Ernstige psychische problemen hebben immers een grote impact op het sociaal en persoonlijk functioneren van de moeder en mogelijkheden van de moeder om te kunnen zorgen voor zichzelf en haar kind.

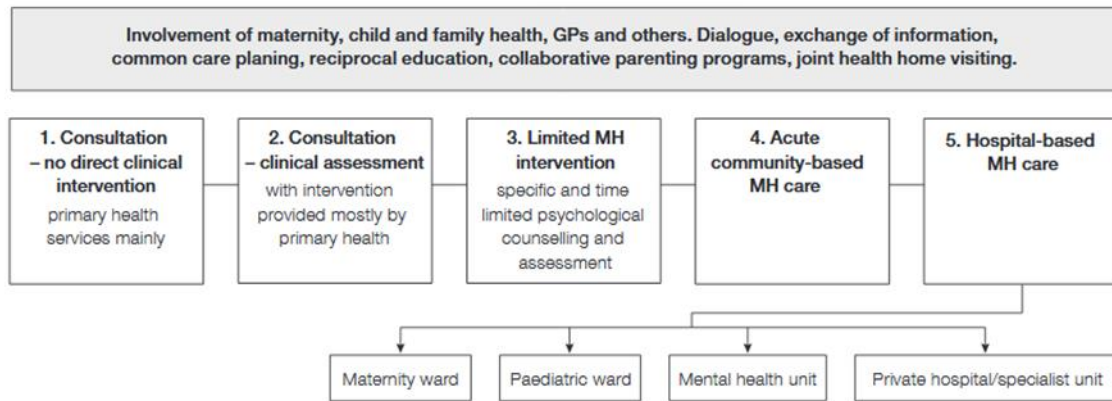
Heel wat onderzoeken hebben de enorme impact aangetoond op de ontwikkeling van de baby bij een niet-behandelde depressie. In de literatuurlijst zijn hiervan een aantal referenties te vinden. Verder willen we herhalen dat er in deze levensfase een sterk verhoogd risico is op suïcide en infanticide (NICE, 2016). Een goede inschatting van deze risico's is onontbeerlijk. Perinatale expertise is dus essentieel. Wat dit concreet betekent wordt verder uitgewerkt in de onderdeel waarin de minimale voorwaarden voor gespecialiseerde perinatale GGZ beschreven staan.

Verder zou idealiter de mogelijkheid moeten bestaan dat **vanuit alle lijnen zorg aan huis** aangeboden kan worden. Enkel therapie in de behandelkamer is onvoldoende. Er is immers ook nood aan ondersteuning in **dagelijkse realiteit**. Het ondersteunen van de moeder-baby relatie gebeurt tijdens de zorg/contactmomenten met de baby. Het is trouwens niet evident voor pas bevallen moeders met baby's om zich te verplaatsen. **Jonge baby's** kunnen zich nog niet afstemmen op het ritme van bijvoorbeeld een CGG.

Zorg aan huis heeft ook het voordeel dat de betrokkenheid van **steunfiguren** makkelijker in te schatten is en dat deze ook makkelijker te betrekken zijn. De partner komt makkelijker in beeld en dit maakt een inschatting mogelijk van de mogelijke impact van de psychische problemen op de partner en de partnerrelatie. Verder krijgt men duidelijker zicht op de **krachten** en **risico's** binnen het gezin.

In de "Safe Start Guidelines: Improving Mental Health Outcomes for Parents & Infants (2009)" wordt een interessant model beschreven (NSW Department of Health, NSW Health/Families, 2009). Mogelijks kan dit vertaald worden naar de Vlaamse situatie en kan dit handvatten geven voor de organisatie van de tweede- en derdelijnszorg. In plaats van dat cliënten 'doorverwezen worden' naar tweede of derde lijn, sluit in het Australisch model de gespecialiseerde perinatale zorg naadloos en ondersteunend aan bij nulde en eerste lijn.

Uitgangspunt binnen het Australisch model is het “inschakelen” van GGZ op vijf verschillende niveaus (NSW Department of Health, NSW Health/Families, 2009):



Vertaald naar de Vlaamse realiteit, hebben we de verschillende niveau van interventies als volgt in een schema weergegeven:



(a) Consult zonder directe klinische interventie

Dit niveau kan interessant zijn wanneer vanuit de eerste lijn (vroedvrouw, Kind en Gezin, huisarts,...) ervaren wordt dat er moeilijkheden (angstig en paniekerig, slaapproblemen, stemmingsproblemen,...) zijn, maar dat de stap naar gespecialiseerde GGZ (nog) te groot is. De zorgactor vanuit de gespecialiseerde GGZ kan inhoudelijke ondersteuning aanbieden en stelt zich 'meedragend en ondersteunend' op ten aanzien van de eerste lijn. We bedoelen hiermee dat eerstelijns hulpverleners soms in moeilijke omstandigheden terecht komen en zich niet gesteund voelen wanneer de ondersteuning beperkt blijft tot een advies van een expert.

Partners uit de eerste lijn kunnen gebruik maken van deze consultfunctie zonder dat de cliënt/het gezin aangemeld dient te zijn bij de voorziening/organisatie van waaruit de gespecialiseerde GGZ werkt .

Voorwaarde is wel dat tweede en/of derde lijn makkelijk en laagdrempelig bereikbaar is voor de betrokken zorgverlener van het gezin: kosteloos, snel, mogelijkheden tot telefonisch overleg,...

(b) Consult met klinische interventie

Er gebeurt een **gezamenlijk consult** met de betrokken moeder / gezin, de eerstelijnsmedewerker die het moeder en het gezin opvolgt en de therapeut van de gespecialiseerde GGZ. De eerstelijnsmedewerker blijft de voornaamste hulpverlener, waaronder ook de huisarts (medische ondersteuning en opvolging). De eerstelijnsmedewerker kan verder voor ondersteuning en advies terecht bij de gespecialiseerde GGZ en indien nodig kan een gezamenlijk consult herhaald worden en/of kan het gezin onmiddellijk instromen in de gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg voor intensieve behandeling.

(c) Kortdurende en focusgerichte klinische interventie

Dit niveau van interventie is aangewezen/noodzakelijk wanneer sprake is van:

- Sterk verhoogde angsten
- Een voorgeschiedenis van psychische/psychiatrische problematiek

Inhoudelijk wordt er ondersteunend en veerkrachtversterkend gewerkt. De focus van de behandeling ligt op het reduceren van stress en stabilisatie van de moeder en het ondersteunen van de relatie met de baby. Nauwe samenwerking met de huisarts en/of andere betrokken hulpverleners in de perinatale zorg blijft aanwezig en is noodzakelijk voor verdere opvolging van het gezin.

De ervaring van de Moeder-Baby-Eenheid leert ons dat panieklachten snel kunnen ingeperkt worden bij efficiënte en snelle interventie. De klinische interventie kan dan zeer kort zijn. Bij wachtlijsten is er het risico dat klachten verder zullen escaleren.

Bij een voorgeschiedenis van psychiatrische problematiek kan het voor (aanstaande) moeders stress reducerend zijn een zorgplan preventief werd uitgetekend en zij weten dat zij kunnen terugvallen op gespecialiseerde hulp wanneer dit noodzakelijk is.

(d) Acute interventie en behandeling bij ernstige psychopathologie

Dit niveau wordt aangewezen bij hoge scores op de depressieschaal en psychotische decompensatie. Ook in deze situatie is snelle interventie nodig om verdere decompensatie van de moeder te voorkomen en af te wegen of de moeder al dan niet nog in staat is om voor haar baby te zorgen.

⇒ De **mobiele crisisteam**s groeiende vanuit artikel 107 zijn goed geplaatst om in de thuiscontext een inschatting te maken van de ernst van de situatie. Deze teams zijn echter generalistisch en niet gespecialiseerd in 'perinatale problematiek'.

Ook de expertise van Infant Mental Health ontbreekt. Naast een inschatting/diagnosestelling/ondersteuning van de moeder, dient een Infant Mental Health specialist ingeschakeld worden om de veiligheid en de impact op de ontwikkeling van de baby in te schatten. Samenwerking met een zorgverlener die zich richt op het ondersteunen van de moeder-babyrelatie is niet enkel belangrijk in het proces van vroeg interventie van de baby, maar is ook ondersteunend naar de moeder toe om zelfvertrouwen op te bouwen. In die zin is het ook curatief in het herstelproces van de moeder.

De duur van de begeleiding door een mobiel crisisteam is beperkt tot zes weken. Belangrijk is dat deze teams **vlot toegang** hebben tot de ambulante zorg, de crisis- en urgentieprogramma's van de GGZ en de crisisopvangdiensten voor mensen met psychosociale problemen.

⇒ De Moeder-Baby-Eenheden zijn vanuit hun expertise goed geplaatst om snel en effectief te interveniëren en te behandelen. De werking is specialistisch, multidisciplinair en geïntegreerd (medisch, psycho-sociaal, moeder, moeder-baby relatie, partner). De Moeder-Baby-Eenheid van Zoersel heeft op dit moment echter onvoldoende capaciteit om de 'outreaching module' in praktijk te brengen.

Opvolging op lange termijn – zeker met betrekking tot ontwikkeling van de kinderen – is bij ernstige pathologie noodzakelijk gezien de sterke hypotheek op de ontwikkelingskansen van de baby.

(e) Intensieve (semi-)residentiële behandeling

Wanneer verblijf in de thuiscontext teveel risico inhoudt voor moeder, baby, het gezin is opname noodzakelijk.

- Indien mogelijk komt wordt moeder best opgenomen samen met haar baby op een **Moeder-Baby-Eenheid**. Een gezamenlijke opname kan een meerwaarde zijn: enerzijds curatief en versnellend in het herstelproces van de moeders, anderzijds preventief en ondersteunend in de gehechtheidsrelatie.

De Moeder-Baby-Eenheid is een gespecialiseerd behandelings-eenheid voor moeders die psychische problemen ontwikkelen in de periode rondom en na de bevalling. Naast de behandeling van de moeder is het ondersteunen van de relatie met haar baby de belangrijkste doelstelling van het zorgaanbod. De MBE's bieden een geïntegreerd zorgaanbod met aandacht voor de moeder, de ontwikkeling van de baby en de familiale context. Vaders worden sterk in het behandelingsproces betrokken. De behandeling kan zowel residentiële, semi-residentiële als ambulante.

De expertise van de Moeder-Baby-Eenheid is een integratie van volwassenen GGZ en Infant Mental Health in één zelfde multidisciplinair team. De behandeling is in principe kortdurend.

MBE profileert zich verder als een zorgpartner in samenwerking met én ondersteunend naar andere zorgpartners die betrokken zijn in peri- en postnatale zorg.

Ook het lotgenotencontact en de inzet van ervaringsdeskundigen in het behandelingsproces worden door de moeders als sterk ondersteunend en waardevol ervaren in hun herstelproces.

Verscheidende moeders vertellen verder dat het even **weg zijn uit de thuiscontext** nodig is om prikkels te kunnen buitensluiten (huishoudelijke taken, post, rekeningen,...) en **tijd** en **ruimte** te hebben om met hun eigen proces bezig te zijn en (responsieve) aandacht te kunnen geven aan de baby. Verder geven zij dat het opgenomen zijn in een sterk '**containende, meedragende**' omgeving hen daarbij helpt.

- Crisisopname gebeurt ook vaak op een **PAAZ afdeling** van een Algemeen Ziekenhuis of op een opnameafdeling van een Psychiatrisch Ziekenhuis.

Dit kan om volgende redenen:

- Tegenindicatie voor moeder-baby opname (o.a. verslavingsproblematiek)
- Opname in afwachting van bed op een Moeder-Baby-Eenheid
- Opname van zwangere vrouw die nog niet terecht kan op een Moeder-Baby-Eenheid

Evenals de mobiele teams, werken de meeste PAAZ afdelingen en opname afdelingen van een psychiatrisch ziekenhuis generalistisch en beschikken zij niet over een gespecialiseerd aanbod in perinatale zorg. De moeder verblijft er zonder baby en samen met andere patiënten die ze niet als lotgenoten kan ervaren. Verder ontbreekt ook de expertise van Infant Mental Health en zal moeten samengewerkt worden met zorgpartners verbonden aan de perinatale periode.

Binnen provincie Antwerpen bestaan wel enkele goede praktijken of zijn deze in ontwikkeling. Er wordt door verschillende zorgactoren interesse getoond om hiermee aan de slag te gaan. Dit komt verder aan bod in hoofdstuk 5.

- Wanneer **verslavingsproblematiek** (toekomstig) goed ouderschap in de weg staat kan er geopteerd worden om de moeder ter bescherming van het (ongeboren) kind en zichzelf op te nemen in een ontwenningencentrum van de specifieke verslavingszorg (Adic OP+). Binnen **afdeling OP+** ligt naast het aanpakken van de verslavingsproblematiek, de focus op het (toekomstige) kind. Eénmaal het kindje geboren is, kan het kindje ook mee opgenomen worden.

Na en tijdens de opname kunnen de betrokken hulpverleners met de ouder aan de slag, eventueel wordt er toegewerkt naar andere GGZ-diensten en/of andere (semi)residentiële setting.

⇒ Ook hier wordt een naadloze aansluiting vooropgesteld van de derde lijn wanneer blijkt dat intense Tweedelijnszorg of crisisinterventie aan huis onvoldoende is en/of teveel risico inhoudt voor de veiligheid van de moeder en baby.

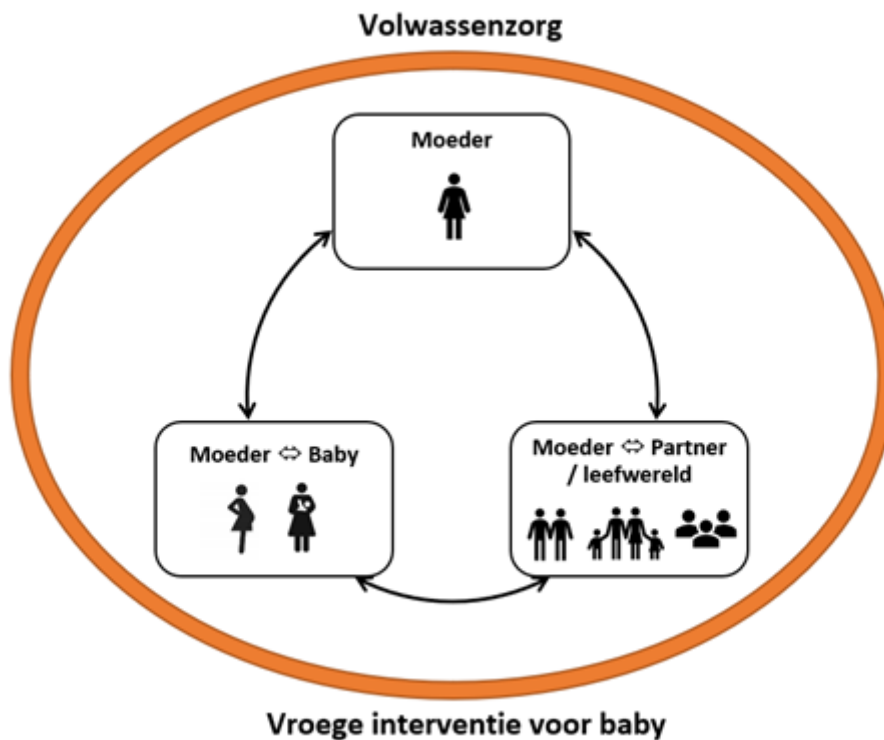
4. Minimale voorwaarden kwaliteitsvolle toegankelijke perinatale gespecialiseerde GGZ

Binnen de verschillende niveaus van interventies wordt beroep gedaan op “**gespecialiseerde perinatale GGZ**”. Binnen dit onderdeel wordt weergegeven aan welke **minimale voorwaarden** voldaan moet zijn om te kunnen spreken van **kwaliteitsvolle en toegankelijke perinatale gespecialiseerde GGZ**. Binnen provincie Antwerpen bestaan reeds een aantal mooie GGZ-praktijken met betrekking tot perinatale zorg. Tegelijk blijkt dat er heel wat stappen gezet dienen te worden om een kwaliteitsvol zorgpad te realiseren. Onderstaande beschreven voorwaarden kunnen richting geven aan de verschillende Overheden en zorgactoren vanuit de GGZ-netwerken, klinische netwerken, Eerstelijnszones (met o.a. psychologenkringen) om zich verder te organiseren.

Om kwaliteitsvolle toegankelijke perinatale GGZ te realiseren, kunnen volgende minimale voorwaarden gesteld worden:



4.1 Geïntegreerde zorg



Behandeling van de moeder is niet voldoende en niet effectief wanneer er niet tegelijkertijd ondersteuning is van de prille **hechtingsrelatie** met de baby. Het eerste levensjaar is cruciaal in de ontwikkeling van de baby. Hij is nog volledig afhankelijk van zijn zorgfiguur om te overleven. Zijn ontwikkeling gebeurt ook in relatie met zijn zorgfiguren. Wanneer hij tijdens het eerste levensjaar weinig ‘verbonden’ relaties ervaart, heeft dit een impact op de manier waarop hij latere relaties zal aangaan. Te weinig continuïteit in de zorg en een gebrek aan responsiviteit heeft verder een impact op verschillende ontwikkelingsdomeinen. Samenwerking tussen GGZ-actoren gespecialiseerd in volwassen-GGZ en infant-GGZ is dan ook cruciaal. Daarbij is het belangrijk dat ook GGZ-actoren uit de volwassenzorg de baby mee “in mind” houden en in gesprek brengen.

Het goede nieuws is dat de perinatale periode een transitiefase is en een verhoogde kans biedt om mogelijke transgenerationale patronen te doorbreken. En dit is uiteraard kostenbesparend en lonend op langere termijn.

Verder is het belangrijk dat de **vader** betrokken wordt in de behandeling. Verschillende onderzoeken tonen de impact van de depressie op de partnerrelatie. Ondersteuning van beide partners en de partnerrelatie is veelal nodig om te vermijden dat de partnerrelatie in een negatieve spiraal terecht komt. Verder mag niet uit het oog verloren worden dat zo’n 50 % van de partners zelf met psychische problemen kampt en nood heeft aan ondersteuning (Fletcher, Garfield, & Matthey, 2015).

4.2 Multi- en transdisciplinaire samenwerking

Binnen de uitwerking van dit zorgpad wordt de samenwerking tussen het multidisciplinair perinataal zorgteam en de gespecialiseerde GGZ benadrukt. Eerder dan te werken vanuit een systeem van “doorverwijzing”, wordt vertrokken vanuit het principe van **gedeelde zorg**, gedeelde verantwoordelijkheid en gedeelde draaglast voor de zorgpartners.

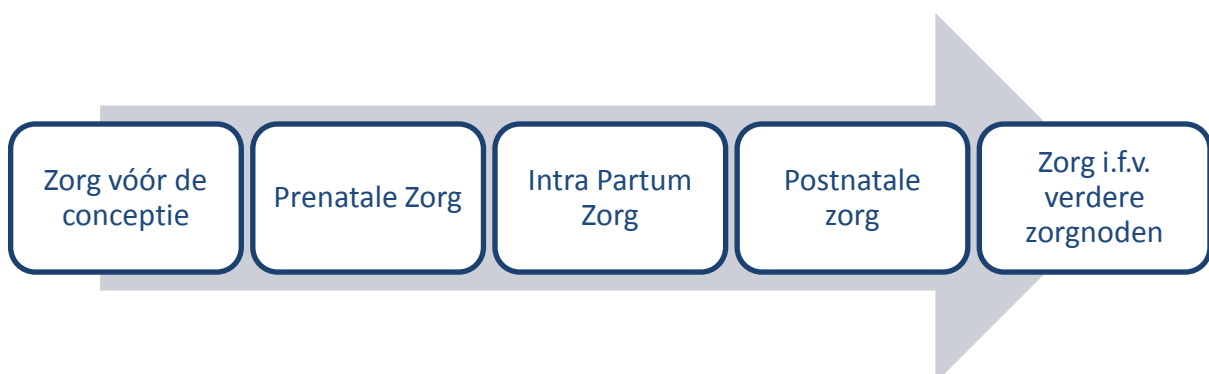
Er dient vertrokken te worden van een **gemeenschappelijke visie** in functie van gemeenschappelijke doelen waarbij samen bekeken wordt vanuit welke insteek best gewerkt kan worden. In regel wordt vertrokken vanuit de **zorgvraag van de (aanstaande) moeder zelf**, doch het is belangrijk dat zorgactoren ook aandacht blijven houden voor het geheel en indien nodig verdere ondersteuning installeren.

Zorgactoren binnen de gespecialiseerde GGZ dienen niet alleen verbindingen te maken met het multidisciplinair perinataal zorgteam, maar ook binnen de **volwassen- en infantwerkingen** teneinde geïntegreerde zorg voor het gezin te realiseren.

4.3 Focus op veiligheid, ondersteuning en veerkracht

Zoals reeds vermeld bij het onderdeel “onderzoek zorgnoden”, is het belangrijk dat er een inschatting wordt gemaakt van **risico** op zelfbeschadigend gedrag, suïcide, mishandeling van de baby of infanticide. Verder is het belangrijk na te gaan in welke mate er risico is op decompensatie van de moeder. De psychische behandeling dient **afgestemd** te zijn op de **zorgnoden** en **draagkracht** van de moeder. Daarbij is het aangewezen dat de focus uitgaat naar **ondersteuning, veerkrachtgericht** werken, **stabiliseren** en dat **veiligheid** waar noodzakelijk aangeboden kan worden. Verder dient de aandacht uit te gaan naar de **regulatie** van de moeder en de baby.

4.4 Continu



Het belang van het reeds prenataal organiseren van de postnatale zorg werd reeds in het rapport beschreven alsook het belang van afstemming tussen de intra- en extramurale zorg. We onderstrepen daarbij dat het essentieel is ook tijdig de gespecialiseerde perinatale GGZ te organiseren.

4.5 Bereikbaar

In de eerste plaats dient er **transparantie** te zijn van het bestaande zorgaanbod. Zorggebruikers en zorgpartners uit de eerstelijns dienen vlot te kunnen vinden waar zij terecht kunnen voor gespecialiseerde perinatale GGZ.

Verder is het belangrijk dat de zorg voor (aanstaande) moeders en gezinnen vlot **bereikbaar** is. Daarbij dient de zorg waar noodzakelijk **aan huis** te kunnen worden aangeboden vanuit de verschillende lijnen van de gespecialiseerde perinatale GGZ. Zeker wanneer moeders pas bevallen zijn (herstel moeder, slaappatroon baby,...), is het niet evident om ambulantly in behandeling te gaan.

Opdat de zorg bereikbaar en snel toegankelijk is voor (aanstaande) gezinnen, is het belangrijk dat er een **goede regionale spreiding** is en voldoende **capaciteit** voorzien wordt op vlak van gespecialiseerde GGZ. De **verplaatsingstijden** om zorg aan huis te realiseren, moeten immers haalbaar zijn.

Daarnaast geven ervaringsdeskundigen aan nood te hebben aan **permanentie** (telefonisch, skype, chat,...) ook 's nachts. Het zou interessant zijn moest er zoals teleonthaal een soort "mama-onthaal" kunnen zijn.

Tenslotte wordt aangegeven dat er **online-hulpverlening** zou moeten zijn.

4.6 Beschikbaar

Wanneer er sprake is van psychische problemen tijdens de perinatale periode is het belangrijk dat behandeling **zo snel mogelijk** kan worden opgestart. De impact van onbehandelde psychische problemen kan immers groot zijn op de baby, de gezondheid van de moeder en de mogelijkheden om te kunnen functioneren en zorg te dragen voor het gezin. Vanuit de NICE-richtlijnen wordt aangegeven dat een eerste interventie binnen de eerste twee weken moet kunnen plaatsvinden met vervolgens een snelle opstart van de behandeling waar noodzakelijk (NICE, 2016).

4.7 Betaalbaar

De zorg voor (aanstaande) moeders en hun gezinnen dient betaalbaar te zijn, ook wanneer er nood is aan gespecialiseerde GGZ. Ook niet-rechthebbenden moeten gebruik kunnen maken van deze ondersteuning. Perinatale psychische problemen dienen dan ook erkend te worden als "dringende medische hulp" (Werkgroep Jong en Gezond, 2016).

4.8 Inclusief

Iedere (aanstaande) moeder heeft recht op gespecialiseerde perinatale GGZ waar noodzakelijk. Als zorgactor- of organisatie is het echter niet mogelijk in alles gespecialiseerd te zijn. Daarom is het belangrijk dat zorgactoren deel kunnen uitmaken van samenwerkingsverbanden waarbinnen de verschillende noodzakelijke expertises aanwezig zijn.

Bijzondere aandacht dient uit te gaan naar kwetsbare doelgroepen. Zij hebben vaak weinig kennis van het bestaande zorgaanbod en stoppen veelal vroeger met het gebruik maken van de beschikbare zorg. Verder blijken de informele netwerken waarop teruggevallen kan worden, vaak erg beperkt. (Benahmed, et al., 2014)

Om de zorg voor kwetsbare doelgroepen te realiseren is het essentieel in te zetten op de uitbouw en ondersteuning van informele groepen, o.a. via oudergroepen, steungezinnen, buddywerkingen,... Daarbij zal het belangrijk zijn dat er verbindingen gemaakt worden met de welzijnspartners en alle soorten maatschappelijk werk die actief zijn in het zorglandschap.

Verder is, zoals reeds eerder aangegeven, goede communicatie tussen de zorgactoren en het (aanstaande) gezin essentieel. De behandeling, zorg en steun, alsook de informatie die hierover gegeven wordt, dient dan ook begrijpelijk te zijn voor het (aanstaande) gezin. Daarbij moet rekening gehouden worden met mensen die kampen met fysieke beperkingen, beperkte intellectuele capaciteiten en mensen die de Nederlandse taal niet of onvoldoende beheersen. (NICE, 2016)

Culturele verschillen kunnen een sterke invloed hebben op de manier waarop mensen kijken naar hun zorgnoden, hiermee omgaan en zich laten meenemen in een proces van destigmatiseren. Zorgactoren pleiten dan ook voor aandacht voor cultuursensitieve zorg.

Zorgactoren brengen de suggestie aan om een consultatie bij een psycholoog standaard aan te bieden tijdens de zwangerschapsopvolging, enerzijds preventief, maar anderzijds om snel ondersteuning te kunnen bieden bij eventuele precaire situaties. Wanneer dit standaard wordt aangeboden, werkt dit ook drempelverlagend.

5. Perinatale Geestelijke Gezondheidszorg in provincie Antwerpen

5.1 Inleiding

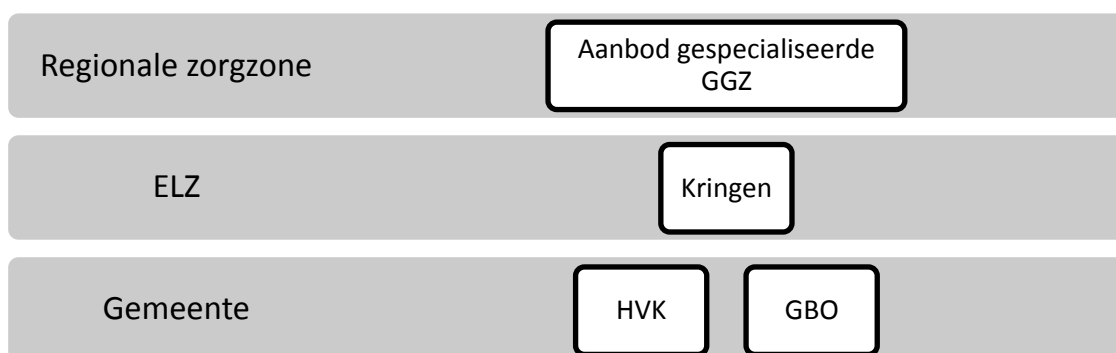
Binnen dit onderdeel vertrekken we vanuit de nood aan transparantie van het zorgaanbod. Vervolgens geven we een overzicht van de verschillende GGZ-netwerken binnen provincie Antwerpen en de werkingen inzake gespecialiseerde perinatale GGZ die ons bekend zijn. Tenslotte geven we algemene bevindingen t.a.v. het huidige zorgaanbod die door zorgactoren geformuleerd werden.

5.2 Nood aan een transparant zorgaanbod

Zorgactoren geven aan dat er nood is aan overzicht inzake het beschikbare zorgaanbod en verwijsmogelijkheden met betrekking tot perinatale GGZ. Het niet weten waar cliënten terecht kunnen blijkt de drempel te verhogen om psychische moeilijkheden bespreekbaar te maken. Het is voor partners ook niet duidelijk met welke vragen ze zich dienen te richten tot zorg die aangeboden wordt vanuit de netwerken kinderen & jongeren of vanuit de volwassennetwerken. De nood wordt duidelijk onderstreept om het zorgaanbod in kaart te brengen.

Een idee is om het zorgaanbod stapsgewijs op te bouwen. Een voorstel is dat de Huizen van het Kind een overzicht hebben op de lokale perinatale zorgactoren en dat van hieruit verbindingen zijn met het Geïntegreerd Breed Onthaal dat binnen de verschillende gemeenten wordt uitgewerkt. Deze kunnen verbonden worden op het niveau van de Eerstelijnszone waar men een goed overzicht kan hebben op de kringen die regionaal aanwezig zijn (huisartsen, vroedvrouwen, psychologen...).

Het aanbod vanuit de gespecialiseerde GGZ zou uitgewerkt kunnen worden op het niveau van de nog te vormen regionale zorgzones.



Op Vlaams niveau tenslotte is het wenselijk aandacht te hebben voor het aanbod op vlak van perinatale geestelijke gezondheid op de website van <http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/>

Als aanzet om het zorgaanbod in kaart te brengen wordt een overzicht gegeven van de GGZ-netwerken binnen provincie Antwerpen algemeen. Verder geven we de resultaten weer van een bevraging die we via de partners van de GGZ-netwerken gedaan hebben om het aanbod op vlak van gespecialiseerde GGZ in kaart te brengen.

5.3 Organisatie van de GGZ-netwerken algemeen binnen provincie Antwerpen

Om geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen op een kwaliteitsvolle manier te realiseren werden in België GGZ-netwerken opgestart, enerzijds voor volwassenen (<http://www.psy107.be/>) anderzijds voor kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar (<https://www.psy0-18.be/index.php/nl/>).

Met deze netwerken beoogt men gemeenschapsgerichte toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg te realiseren met zorgactoren over de lijnen heen en in samenwerking met partners uit belendende sectoren (Welzijn, VAPH,...). De verschillende netwerken zijn volop in ontwikkeling. In wat volgt, wordt een kort overzicht gegeven van de verschillende GGZ-netwerken binnen provincie Antwerpen met daarbij linken naar een aantal belangrijke websites:

- Algemene informatie over het netwerk;
 - Informatie over waar men terecht kan met verwijsvragen;
 - Informatie over waar men terecht kan met voor advies- en ondersteuning van de eerstelijns;
 - Informatie met betrekking tot aanvragen voor multidisciplinair overleg met betrekking tot zorggebruikers met complexe psychiatrische problematiek en complexe zorgvragen.
- Emergo (Mechelen)

Algemene informatie	http://www.netwerkemergo.be/
Verwijsfunctie	http://www.netwerkemergo.be/aanbod/wegwijsfunctie-via-het-emergoknooppunt
Advies- en ondersteuning	http://www.netwerkemergo.be/1ste-lijn
PSY-MDO	http://www.netwerkemergo.be/advies-en-ondersteuning/psy-mdo

- Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Kempen

Algemene informatie	http://www.ggzkempen.be/
Verwijsfunctie	http://www.ggzkempen.be/zorgaanbod_AMT.htm
Coaching en vorming	http://www.ggzkempen.be/coaching-vorming.html
PSY-MDO	https://www.selkempen.be/multidisciplinair-overleg/overleg-psychiatrische-patient-opp-psy-mdo

- SaRA (Samenwerkingsverband gemeenschapsgerichte GGZ Regio Antwerpen)

Algemene informatie	http://oggpa.be/?action=onderdeel&onderdeel=522&titel=Netwerk+GGZ+Antwerpen+-+SaRA
Verwijsfunctie	http://oggpa.be/?action=onderdeel&onderdeel=611&titel=ADVIES-+EN+WEGWIJZER+ZORGAANBOD
Preventie, vorming en ondersteuning	http://oggpa.be/?action=onderdeel&onderdeel=633&titel=Preventie-%2C+vormings-%2C+ondersteuningsaanbod
PSY-MDO	http://oggpa.be/?action=onderdeel&onderdeel=624&titel=MultiDisciplinair+Overleg+%28MDO%29

- PANGG 0-18 (samenwerkingsverband Geestelijke Gezondheid voor kinderen en jongeren in provincie Antwerpen)

Algemene informatie	http://www.pangg0-18.be/
---------------------	---

Het belang van cultuursensitieve zorg werd reeds in het rapport beschreven. We brengen dan ook graag het bestaan van het Antwerps Netwerk Cultuursensitieve Zorg onder de aandacht:

<http://www.csz-antwerpen.be/>

Dit netwerk werkt samen aan het realiseren van een zorgaanbod voor etnisch-culturele minderheden (ECM), vluchtelingen en mensen met een precair verblijfsstatuut in regio Antwerpen. Doelstellingen zijn het ondersteunen van de CAW en CGG bij de uitbouw van de cultuursensitieve zorg en het bevorderen van de samenwerking en deskundigheid van hulpverleners en organisaties.

- Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen (VVKP)

De organisatie van de eerstelijnszones geeft kansen om de beroepskringen, o.a. psychologenkringen verder uit te bouwen en samenwerking te faciliteren.

Via onderstaande websites kan men informatie terugvinden m.b.t. psychologen die zich aangesloten hebben bij de VVKP en de huidige stand van zaken met betrekking tot kringwerkingen binnen provincie Antwerpen.

Algemene informatie	http://www.vvkp.be/
Kringwerkingen provincie Antwerpen	http://www.vvkp.be/antwerpen
Zoek een klinisch psycholoog	http://www.vvkp.be/psycholoog/zoeken

5.4 Zorglandschap gespecialiseerde perinatale GGZ

Partners van de verschillende GGZ-netwerken binnen provincie Antwerpen werden bevestigd met betrekking tot aanwezige expertise op vlak van gespecialiseerde perinatale GGZ. In wat volgt, wordt een overzicht gegeven van de resultaten alsook aanvullingen gegeven werden door zorgactoren. Daarbij kunnen alvast enkele kanttekeningen gemaakt worden:

- Er was de intentie ook de **Algemene Ziekenhuizen** die niet over een PAAZ beschikken te bevragen, maar dat is niet gelukt wegens tijdsgebrek. Sommige Algemene Ziekenhuizen hebben psychologen en/of psychiaters in dienst of hebben structurele samenwerkingsverbanden met GGZ-actoren inzake perinatale zorg. Deze informatie wordt in het overzicht gemist. Het is zeker aangewezen ook dit aanbod in kaart te brengen.
- Zoals reeds aangegeven is er nog geen structurele samenwerking met **privépraktijken**. Het gemis aan aanspreekpunten via bijvoorbeeld **kringen**, maakt het moeilijk om zicht te krijgen op het aanbod. Een aantal privépraktijken die door zorgactoren werden aangebracht worden in het overzicht vermeld. Het is ons niet gelukt al deze praktijken te betrekken en bevragen voor dit project. Verder veronderstellen we dat er nog praktijken zijn waarvan we het bestaan en de werking op dit moment niet kennen.

Volgend overzicht zal dus niet het volledige aanbod van de provincie weergeven. Verder zijn de beschreven werkingen her en der nog in ontwikkeling. Vanuit verschillende organisaties worden goede praktijken evenals tekortkomingen, knelpunten, dromen, kansen,... geformuleerd.

1. **Werkingsgebied:** Arrondissement Turnhout, met locaties in Turnhout, Geel en antennewerking in Hoogstraten en Herentals.

2. **Contactgegevens:**

Tessy Verwaest

Psycholoog

014/41.09.67

Tessy.Verwaest@cggkempen.be

Lieve Van Reusel

Psycholoog

014/41.09.67

Lieve.Van.Reusel@cggkempen.be

3. **Aanmeldingsprocedure**

Bij aanmelding wordt kort op de bal gespeeld en wordt er doorverbonden met Lieve Van Reusel of Tessy Verwaest. Indien zij niet bereikbaar zijn, wordt er zo snel mogelijk contact opgenomen. Wachttijden voor het babypeuterteam worden vermeden.

Cliënten kunnen aangemeld worden voor perinatale psychische zorg vanaf de zwangerschapswens tot één jaar na de bevalling.

4. **Kostprijs:** Standaardbijdrage per gesprek: 11 euro / Bij uitzonderingen: 4 of 0 euro

5. **Indicatiestelling**

De indicatiestelling is niet gebonden aan een problematiek. Inzet in het baby-peuterteam is de ouder-kind relatie. In overleg met collega's kan bekeken worden of een hulpvraag zich eerder situeert in de volwassenwerking en/of middelenmisbruik.

<https://www.cggkempen.be/baby-%20en%20peuterteam>

<https://www.cggkempen.be/sites/default/files/Folder%20baby-peuterteam%202016.pdf>

6. **Aanbod inzake perinatale psychische zorg**

Consultatie zonder klinische interventie: zorgactoren zijn welkom voor consultatievragen ook wanneer de cliënt niet aangemeld is.

Ambulante gespecialiseerde psychologische behandeling t.a.v. (aanstaande) moeder en/of gezin. Het kader van waaruit vertrokken wordt is Infant Mental Health. Daarbij is de relatie tussen (aanstaande) ouder(s) en baby de primaire focus van de behandeling. Deze wordt aangeboden vanuit een interdisciplinair team. Daartoe is er binnen de eigen organisatie een nauwe samenwerking tussen de zorgactoren uit de infant- en volwassenwerking.

Binnen het CGG is expertise aanwezig inzake:

- GGZ-volwassen generalistische zorg
- GGZ-volwassen gespecialiseerde perinatale psychische zorg
- GGZ-volwassenen verslavingszorg
- GGZ-infant Mental Health specialisatie

Vorming: zorgactoren kunnen bij het CGG terecht voor vorming over hechting

1. **Werkingsgebied:** Arrondissement Antwerpen, met uitzondering van de Rupelgemeenten die tot CGG De Pont behoren (Aartselaar, Boom, Hemiksem, Kontich, Lint, Niel, Reet, Rumst, Schelle, Waarloos).

2. **Contactgegevens**

Maatschappelijke zetel	VAGGA Boomgaardstraat 7	2018 Antwerpen
Deel afdeling jeugdzorg	Handelslei 173	2980 Zoersel
Deel afdeling volwassenenzorg	Handelslei 173	2980 Zoersel
Verslavingszorg	Boomgaardstraat 7	2018 Antwerpen

<http://www.vagga.be/>

3. **Aanmeldingsprocedure:** Aanmelding kan gebeuren via de algemene contactgegevens van de organisatie. Hulpvragen voor perinatale psychische zorg krijgen voorrang op de wachtlijst. De wachttijd tussen de aanmelding en het eerste contact met de cliënt is minder dan twee weken. Na het contact wordt meteen een begeleiding opgestart indien dit noodzakelijk is. Aanmeldingen kunnen gebeuren vanaf de zwangerschapswens tot één jaar na de bevalling.

4. **Kostprijs:** 11 euro, bij verminderd statuut 4 euro

5. **Indicatiestelling**

Postpartumpsychose	Schizofrenie	Bipolaire stoornissen
Antenatale depressie	Postpartumdepressie	Angst
Eetstoornissen	Posttraumatische stressstoornis	OCD
Persoonlijkheidsproblemen	Psychische problemen t.g.v. fertiliteitsproblemen	Rouwverwerking (miskraam, overlijden baby kort na de bevalling,...)

Er zijn geen specifieke exclusiecriteria.

6. Aanbod inzake psychische perinatale zorg

Ambulant aanbod gericht tot (aanstaande) ouder(s) en ouder/baby-relatie.

Er is een samenwerking tussen het volwassenteam en het kinderteam waarbij moeders en vaders in perinatale periode (tijdens zwangerschap en tot 1 jaar na geboorte) snel kunnen instromen. Voor een oriënterend gesprek worden zij gezien door een kinderpsycholoog en een volwassenspsycholoog, waarna er op indicatie een korte behandelfase volgt (bij kinderpsycholoog en/of volwassenspsycholoog en/of volwassenspsychiater en/of maatschappelijk assistent) van 5 + 5 gesprekken. Daarna kunnen zij, indien nodig, instromen in de reguliere werking van het kinderteam en/of volwassenteam.

Het aanbod bestaat uit:

- Klinisch assessment door psycholoog / psychiater
- Ondersteuning psychosociale problemen
- Gespecialiseerde psychologische behandeling t.a.v. (aanstaande) moeder en/of gezin
- Medicamenteuze behandeling

Perinatale expertise vertrekt van het kader “Infant Mental Health”. Verder volgde een aantal teamleden de psychotherapieopleiding “psychodynamische psychotherapie” en “systeemtherapie”.

CGG De Pont

1. **Werkingsgebied:** CGG De Pont heeft vestigingen in Mechelen, Lier en Boom. Alle aanmeldingen voor psychische perinatale zorg worden echter openomen door het Baby & Peuterteam van Mechelen aangezien zij enkel daar een vestiging hebben.

2. Contactgegevens

CGG De Pont - Baby & Peuterteam: Kris Breesch (psychologische functie)
Caro Demeyer (maatschappelijke functie)

Lange Ridderstraat 20 - 2800 Mechelen
babypeuter@cggdepont.be of mechelen@cggdepont.be
Telefoonnummer 015 420832
www.cggdepont.be

3. Aanmeldingsprocedure

- Verwijzer neemt telefonisch contact op met Baby & Peuterteam om na te gaan of ambulant dubbelspoorbehandeling aangewezen en haalbaar is
- Eerste gesprek met beide ouders en baby met medewerker Baby & Peuterteam en medewerker Volwassenenteam, in principe binnen twee weken na aanmelding

- In samenspraak met ouders en eventueel verwijzer opzetten van een dubbel traject : ouder-kindbehandeling door Baby & Peuterteam en individuele begeleiding van moeder door Volwassenenteam - Na 5 gesprekken een gezamenlijk gesprek ter evaluatie en (eventueel) verder uitzetten van vervolgbehandeling
 - Er wordt gestreefd het eerste face-to-face contact binnen de twee weken na aanmelding te realiseren. Wanneer dit noodzakelijk is, wordt een begeleiding meteen opgestart. Voorwaarde is wel dat een ambulante begeleiding op een veilige manier mogelijk moet zijn en het dus niet gaat om urgentiesituaties.
4. **Kostprijs:** Standaardtarief: 11 euro of 4 euro in geval van verhoogde tegemoetkoming, in sommige situaties kan op basis van 'behartenswaardige situatie' een aanvraag gedaan worden voor kosteloze hulpverlening.

5. **Indicaties voor behandeling**

- Antenatale depressie
- Postpartumdepressie
- Psychische problemen t.g.v. fertiliteitsproblemen
- Rouwverwerking (miskraam, overlijden baby kort na de bevalling,...)

Er is een dubbelspoorbehandeling die zich richt op IMH problematiek. Indien vooraf bestaande individuele psychiatrische problematiek voorop staat, is overleg met de behandelaar van ouder(s) nodig vooraleer er aangemeld wordt om haalbaarheid af te toetsen en behandeldoelen te bespreken.

Exclusiecriteria: Outreachend werk kan enkel binnen Mechelen, niet binnen de rest van de regio. In situaties waarin er aanklappend gewerkt moet worden is blijvend overleg en samenwerking met verwijzer noodzakelijk. Psychiatrische hulp, specifiek gericht op perinatale problematiek is niet voorzien in het CGG.

6. **Aanbod inzake perinatale GGZ**

Het aanbod richt zich tot (aanstaande) ouder(s) en de baby-ouderrelatie. Er is een dubbelspoorbehandeling voor perinatale problematiek waarbij het Baby & Peuterteam samenwerkt met het Volwassenenteam. Het aanbod bestaat uit:

- Adviesvragen
- Klinisch assessment door psycholoog
- Ondersteuning psychosociale problemen
- Gespecialiseerde psychologische behandeling t.a.v. (aanstaande) moeder en/of gezin

Het aanbod kan vertrekken vanuit volgende behandelmodaliteiten:

- Mobiel (aan huis): enkel in de stad Mechelen!
- Ambulant

1. **Werkingsgebied:** Geen beperkingen

2. **Contactgegevens:** Dr. Ingrid Nijs
 Psychiater
Ingrid.Nijs@emmaus.be
 015/296.322

3. Aanmeldingsprocedure

- Aanmeldingen kunnen rechtstreeks gericht worden tot psychiater dr. Ingrid Nijs.
- Hulpvragen met betrekking tot perinatale psychische zorg krijgen voorrang op de wachtlijst. De wachttijd tussen de aanmelding en het eerste contact met de cliënt is minder dan twee weken. Wanneer het noodzakelijk is wordt een begeleiding meteen opgestart.
- Cliënten kunnen aangemeld worden vanaf de zwangerschapswens tot één jaar na de bevalling.

4. Indicaties voor behandeling tijdens het peripartum

Postpartumpsychose	Schizofrenie	Bipolaire stoornissen
Antenatale depressie	Postpartumdepressie	Angst
Eetstoornissen	Posttraumatische stressstoornissen	OCD
Persoonlijkheidsproblemen	Verslaving – alcohol	Verslaving – drugs
Verslaving – medicatie	Psychische problemen t.g.v. fertiliteitsproblemen	Rouwverwerking (miskraam, overlijden baby kort na de bevalling,...

Er zijn geen specifieke exclusiecriteria

5. Aanbod inzake perinatale psychische zorg

Het aanbod bestaat uit een ambulant aanbod van psychiaters in de polikliniek van AZ Sint-Maarten in samenwerking met CGG Mechelen (Beby-peuter team) en privépraktijken, o.a. D Link http://www.ruimtedelink.be/kinderen/?option=com_content&task=blogcategory&id=18&Itemid=8 Daarbij wordt geïnvesteerd in transmuraal overleg met betrekking tot kwetsbare zwangere vrouwen o.a. met de dienst Materniteit, het Sociaal Huis, Kind en Gezin en het OCMW. Daartoe wordt gebruik gemaakt van een protocol “transmuraal overleg”.

Het aanbod is gericht tot (aanstaande) ouders en de baby-ouder relatie en wordt aangeboden vanuit een interdisciplinair team. Er is een nauwe samenwerking tussen de zorgactoren uit de infant- en volwassenwerking. Verder wordt er samengewerkt met zorgactoren uit andere voorzieningen/werkingen.

Behandeling kan ambulant en mobiel (aan huis) worden aangeboden en bestaat uit:

- Advies
- Ondersteuning: partners uit de nulde en eerste lijn kunnen ondersteuning krijgen ook wanneer de cliënt niet aangemeld is via telefonisch overleg, face to face overleg, uitwisseling, mails,...
- Klinisch assessment door psycholoog / psychiater
- Ondersteuning psychosociale problemen
- Gespecialiseerde psychologische behandeling t.a.v. (aanstaande) moeder en/of gezin
- Medicamenteuze behandeling
- Psychologische behandeling in groep
- Crisiszorg

ADIC vzw / afdeling OP+

1. Werkingsgebied : Vlaanderen

- 2. Contactgegevens:** ADIC vzw / afdeling OP+
Venusstraat 11 - 2000 Antwerpen
Mieke.beirinckx@adicvzw.be
03/206.70.76

3. Aanmeldingsprocedure

Na een telefonische aanmelding voor de afdeling OP+ waarbij een korte bevraging van enkele persoonsgegevens gebeurt, krijgt de cliënt een intake-afspraak. Er vinden twee intakes plaats vooraleer men kan worden opgenomen.

De wachttijd tussen de aanmelding en het eerste contact met de cliënt is minder dan twee weken. Meestal kan er direct na de twee intakes een opname gepland worden.

Aanmeldingen kunnen gebeuren tijdens de zwangerschap en na de bevalling. Baby's, peuters en kleuters kunnen mee in opname komen.

4. Indicaties voor behandeling

Verslaving: alcohol, drugs en medicatie.

Behandeling richt zich tot (aanstaande) ouder(s) en de baby-ouderrelatie. Voorwaarde is wel dat de opgenomen ouder zelf in staat moet zijn om voor zijn/haar kind(eren) te zorgen.

5. Aanbod inzake psychische perinatale zorg

OP+ is een ontwenningprogramma voor (drug)gebruikende ouders en hun kinderen. De "+" in de naam verwijst naar het feit dat een ouder samen met zijn of haar kinderen (tot een leeftijd van ongeveer 6 jaar) in het programma wordt opgenomen. Hoewel het vaak voorkomt dat beide ouders gebruiken, kan slechts één ouder in het OP+ terecht. We nemen met andere woorden geen koppels op. De andere ouder kan zich in dat geval natuurlijk wel aanmelden in een regulier ontwenningprogramma. OP+ richt zich tot verslaafde moeders én vaders die zelf (kunnen) instaan voor de zorg van hun kinderen.

Naast ontwenning is het ook de bedoeling om op korte termijn zicht te krijgen op de probleemsituatie waarin het gezin verkeert. Deze situatie trachten we te stabiliseren. Meer info: www.adicvzw.be

Moeder&Baby-eenheid

1. **Werkingsgebied:** Provincie Antwerpen, Vlaams-Brabant en Limburg. Samenwerking met collega's van MBE PZ Karus en regio overschrijdend bij wachtlijst.

2. **Contactgegevens:** Moeder en Baby
Andreas Vesaliuslaan 39
2980 Zoesel
03 380 25 60
Contactpersonen: zie www.moederbaby.be

3. Aanmeldingsprocedure

Aanmeldingen kunnen gebeuren bij de verantwoordelijke van de zorgeenheid, Greet De Ceulaer. Zij is bereikbaar op het nummer: 03 380 25 88.

Er wordt gestreefd de wachttijd tussen de aanmelding en het eerste contact binnen de twee weken te houden. Na het contact wordt meteen een begeleiding opgestart indien dit noodzakelijk is. Wanneer sprake is van een wachtlijst voor residentiële opname kan overbrugging voorzien worden via dagbehandeling en ambulant in de polikliniek.

Aanmeldingen kunnen gebeuren vanaf de zwangerschapswens. Door aanmeldingen tijdig te doen, kunnen wachtlijsten voor residentiële opname vermeden worden. Een (semi-)residentiële opname kan vanaf het einde van de zwangerschap.

4. **Kostprijs:** De Moeder-Baby-Eenheid heeft een erkenning als revalidatiecentrum. Dit maakt de kostprijs voor de cliënt/patiënt minimaal. De eigen bijdrage voor een opname (residentieel) is de prijs van een ziekenhuisopname (op basis van een meerspersoonskamer) zonder medische toeslag. Voor de baby zijn er geen kosten verbonden.

Zie ook www.moederbaby.be voor bijdrage dagbehandeling en polikliniek.

Gedetailleerde informatie kan bekomen worden bij de maatschappelijk werker van de Moeder&Baby-eenheid, Anita Fockaert. Zij is bereikbaar op het nummer: 03 380 25 61

5. Indicaties voor behandeling

Postpartumpsychose	Schizofrenie	Bipolaire stoornissen
Antenatale depressie	Postpartumdepressie	Angst
Eetstoornissen	Posttraumatische stressstoornis	OCD
Persoonlijkheidsproblemen		

Exclusiecriteria:

- Verslaving die op de voorgrond staat.
- Geen woning/geen reële context waar moeder en baby na opname terecht kunnen
- Ernstige verstandelijke beperking.

6. Aanbod inzake perinatale psychische zorg

De moeder-baby-eenheid is een expertise en behandelingscentrum inzake perinatale bij ernstige psychische moeilijkheden. Uitgebreide informatie is te vinden op www.moederbaby.be

Behandeling kan vanuit volgende modaliteiten:

- (Mobiël: tot heden geen capaciteit om dit aanbod te realiseren)
- Ambulant (polikliniek)
- Dagbehandeling
- Residentieel aanbod

Het concreet aanbod bestaat uit:

- Advies en ondersteuning
- Klinisch assessment door psycholoog / psychiater
- Ondersteuning psychosociale problemen
- Gespecialiseerde psychologische behandeling t.a.v. (aanstaande) moeder en/of gezin
- Medicamenteuze behandeling
- Psychologische behandeling in groep
- Crisiszorg

Verder kan men bij de moeder&baby-eenheid terecht voor vragen met betrekking tot vorming.

1. **Werkingsgebied:** Provincie Antwerpen

2. **Contactgegevens:** Lindendreef 1
2020 Antwerpen
03/280.49.00

3. **Aanmeldingsprocedure:** Aanmelden kan via secretariaat 03/280.49.00

- met een versnelde instroom (binnen de week een afspraak) voor baby's en peuters < 2 jaar
- laagdrempelige manier van aanmelden voor enerzijds kwetsbare kansarme doelgroepen door reeds betrokken hulpverlener en anderzijds voor jonge baby's door vroedvrouwen, ... via e-mail naar kinder- en jeugdpsychiater: joke.wellens@zna.be
- liaison voor ZNA Middelheim
- -9 maanden tot 3 jaar

4. **Kostprijs**

- kinder- en jeugdpsychiater werkt geconventioneerd, RIZIV nomenclatuur
- psycholoog, logo/kine €25
- outreach €50

5. **Aanbod inzake perinatale psychische zorg**

Binnen ZNA UKJA zijn twee teams actief met onderling een nauwe samenwerking:

ZNA UKJA, infantteam	ZNA UKJA, voedingsteam
kinder- en jeugdpsychiater	kinder- en jeugdpsychiater
psychologen/psychotherapeuten (systeemtherapie)	psycholoog/psychotherapeut
logopedist	maatschappelijk werkster met therapie-opleiding
kinesitherapeut	logopedist
	kinesitherapeut

Aanbod ZNA UKJA, infantteam en voedingsteam:

- Prenatale begeleiding van toekomstige ouders (in verwachting) met zorgen over hun nakend ouderschap, over de band die ze kunnen ontwikkelen met hun kindje, motherhood constellation, ... – aanbod door kinder- en jeugdpsychiater en psycholoog
- Ouder-kind therapie – aanbod door kinder- en jeugdpsychiater en psycholoog
- Ouderbegeleiding o.a. over ouderschap, ouderrol, partnerrelatie (zie prenatale begeleiding) - aanbod door kinder- en jeugdpsychiater en psycholoog
- Floortime

- Regulatietherapie / ontwikkelingsbegeleiding o.a. voeding, houding, motorische en communicatieve ontwikkeling vanaf geboorte – aanbod door logopedist en kinesist
Regulatietherapie: aandacht voor tonus, dag-nachtritme, voedingsritme en patroon
Ontwikkelingsbegeleiding: aandacht voor lichaamshouding en motorische ontwikkelingsstappen om tot een goede houding te komen tijdens voedingen

Behandelmodaliteiten:

- ambulant
- liaison op pediatrie, neonatologie, materniteit, PICU
- outreach

Ondersteuningsmogelijkheden t.a.v. eerste/tweede lijn, die nu al lopende zijn:

- crisispermanentielijn bemand door psychotherapeuten met supervisie door kinder- en jeugdpsychiater: overdag 8.30-17.30 – mogelijkheid om dit te benutten als consult zonder klinische interventie
- Oriëntatiegesprekken door kinder- en jeugdpsychiater in ZNA UKJA met mogelijkheid tot outreach, telkens op vrijdag voor baby's en hun context
- Coaching van kinderverzorgsters van Moeder-Baby in Zoersel
- Supervisie van gezinscoaches 03

Goede praktijk:

- maandelijks 'spreekuur' van 11.00 tot 13.00 op de Moeder-Baby Eenheid in Zoersel door logopedist en kinesist van ZNA UKJA

Dromen:

- Dagbehandelingseenheid voor 0-3-jarigen en hun ouders/verzorgers
- Interdisciplinair werken kan zeker nog uitgebouwd worden
- Meer middelen om outreachend te werken

Privépraktijken

Enkele privépraktijken waarmee in praktijk nu reeds door zorgactoren wordt samengewerkt, worden hier vermeld. We herhalen dat dit niet het volledige aanbod betreft.

(1) 3PSY en Gio VZW

Contactgegevens: Tentoonstellingslaan 31 - 2020 Antwerpen

Tel 03 216 70 90

Gsm 0474 130 847

<https://www.3psy.be/>

info@3psy.be

<https://www.giovzw.be/>

info@giovzw.be

(2) VZW D Link

Website: <https://www.ruimtedelink.be/>

d_Link Mechelen

Oude Brusselsestraat 7 - 2800 Mechelen

Tel. 015 417 943

infomechelen@ruimtedelink.be

5.5 Bevindingen inzake het huidige zorgaanbod en de organisatie van de zorg

5.5.1 Zorgcapaciteit

Om te kunnen inspelen op de zorgnoden is het belangrijk dat er aandacht is voor een goede **regionale spreiding** van de zorgcapaciteit zowel voor wat betreft de **basiszorg** als voor wat betreft het GGZ-aanbod. De vraag stelt zich welke zorg minimaal aanwezig moet zijn op het niveau van de gemeente, eerstelijnszone, regionale zorgzone en Vlaams niveau om interdisciplinaire perinatale zorgteams te realiseren die waar nodig kunnen rekenen op (voldoende) ondersteuning vanuit de gespecialiseerde GGZ. Daarbij dient rekening gehouden te worden met socio-demografische kenmerken van de verschillende regio's, stedelijke versus rurale context, reeds bestaande voorzieningen, de prevalentie, bereikbaarheid met het openbaar vervoer

Grote **bezorgdheden** worden geuit met betrekking tot **beschikbaarheid** van de **GGZ-zorg**. Er wordt en nijpend tekort ervaren aan ambulante therapeutische mogelijkheden.

Binnen de infantwerkingen van de CGG's worden wachtlijsten vermeden voor (aanstaande) moeders en hun baby. (Toekomstige) ouders kunnen snel terecht, dit vanuit het gegeven dat jonge baby's niet op een wachtlijst kunnen gezet worden. Jonge kinderen krijgen voorrang bij de aanmeldingen. Maar bij perinatale maternale problematiek moet de ondersteuning vanuit het IMH team ingebed zijn in de therapeutische zorg en de behandeling van de (aanstaande) moeder. Dit is ook de insteek van dit rapport. En daar wringt het. Vele (aanstaande) moeders komen op een wachtlijst terecht voor hun eigen behandeling. Verder is het belangrijk dat bij complexe zorgvragen (aanstaande) moeders en hun baby ook meer langdurig kunnen opgevolgd worden. Het huidig **ambulant aanbod** is **ontoereikend** om aan de verschillende noden tegemoet te komen.

Ook zorgactoren uit de eerste lijn kaarten dit probleem aan. Zij wijzen daarbij ook op het belang van samenwerking met **privépraktijken** gezien het tekort aan capaciteit bij de gesubsidieerde voorzieningen (o.a. CGG's). Reeds eerder in het rapport werd aangegeven dat er op dit moment nog geen **structurele samenwerkingen** zijn tussen de privépraktijken en de GGZ-netwerken.

Zorgactoren geven aan bezorgd te zijn over een gemis aan interdisciplinaire werking en geïntegreerde zorg die vanuit privépraktijken kan aangeboden worden en een gemis aan mogelijkheden om aanklappend te werken wanneer dit noodzakelijk is.

Naast dat er weinig zicht is op het huidig aanbod vanuit privépraktijken, stelt zich het probleem dat er tot op heden geen **terugbetaling** voorzien is voor zorggebruikers. We onderstreepten reeds het belang van toegankelijke en betaalbare zorg.

De opstart van de eerstelijnszones en de uitbouw van de verschillende kringen van de beroepsgroepen is essentieel. Zorgactoren geven aan dat het belangrijk is dat er betrokken kan worden van samenwerkingsverbanden die de **interdisciplinaire en geïntegreerde zorg garanderen**, waarbij vertrokken wordt vanuit de **minimale voorwaarden voor kwalitatieve perinatale GGZ en** waarbij ook **aanklappend gewerkt** kan worden wanneer noodzakelijk. Daarbij werd de suggestie gegeven te werken met een soort "**good practice logo**" zoals dit ook uitgewerkt werd bij Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen: <http://www.vroedvrouwen.be/nl/good-practice-logo>

Het is essentieel dat de zorg in de thuiscontext aangeboden kan worden, ook de psychische zorg. Het gemis aan **middelen** om zorg **outreaching** te kunnen aanbieden wordt door alle zorgactoren onder de aandacht gebracht. Dit wordt zowel aangekaart door zorgactoren vanuit GGZ volwassenen als door zorgverleners met expertise van IMH. Daarbij wordt o.a. verwezen naar de template vroegdetectie en –interventie.

Verder wordt door zorgactoren een gemis aan duidelijkheid en visie ervaren inzake **opnamemogelijkheden**, zeker voor wat betreft opnames tijdens de zwangerschap. Er is nood aan regionale crisiszorgprogramma's. Daarbij wordt ook het belang van psychosociale opvang door de mobiele crisisteam onderstreept.

Verschillende psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ-diensten geven aan expertise te missen op vlak van perinatale GGZ en stellen de vraag naar vorming. Verder wordt een residentiële opname tijdens de zwangerschap niet evident gevonden. Er is op dit moment een gemis aan een **visie** rond prenatale residentiële (crisis)zorg. Tot wanneer kan deze aangeboden worden vanuit een psychiatrisch ziekenhuis en hierin ondersteund worden door zorgactoren vanuit de somatische zorg? Vanaf wanneer kunnen prenatale opnames bij voorkeur binnen de somatische zorg gebeuren en hierin ondersteund worden door GGZ-actoren? Of hoe kan samenwerking gefaciliteerd worden?

Een aantal PAAZ-diensten hebben hier reeds wel goede praktijken ontwikkeld en/of geven aan mogelijkheden te zien om werkingen verder uit te bouwen in samenwerking met de diensten Materniteit binnen het Algemeen Ziekenhuis. Het is belangrijk dat hier verder op ingezet kan worden.

Verder wordt aandacht gevraagd voor zwangere **tieners** die in een residentiële voorziening verblijven omwille van psychiatrische problemen of problemen met agressie. Het blijkt moeilijk om een goede omkadering voor deze doelgroep te vinden.

Cruciaal is hier de vraag **welke zorg ambulante en/of mobiel** opgenomen kan worden en welke zorg vanuit een **residentiële** voorziening gerealiseerd dient te worden. Uitgangspunt dient te zijn dat er vertrokken wordt vanuit de zorgvraag en –noden van de (aanstaande) moeder en dat het niveau van interventie hier op afgestemd is (stepped care).

Verder worden bekommernissen geuit m.b.t. de spreiding van de basiszorg. Het gaat daarbij vooral om de bereikbaarheid van de diensten Materniteit binnen de Algemene Ziekenhuizen. Met de vorming van de klinische netwerken en de specialisatie van de Algemene Ziekenhuizen blijken een aantal diensten Materniteit te sluiten. Binnen een aantal regio's blijkt het voor sommige (kwetsbare) doelgroepen niet evident om grotere geografische afstanden af te leggen. Verder blijkt in sommige regio's het aantal huisartsen beperkt.

Noden op vlak van beschikbare zorg worden dus geformuleerd op vlak van basiszorg en ambulante, outreachende en residentiële gespecialiseerde GGZ. **Capaciteitsonderzoek** (met een financieel plan) is wenselijk en wordt in dit rapport gemist. Zorgactoren vragen naar een concreet plan van aanpak op dit vlak. Daarbij wordt gesuggereerd een project in te dienen bij het Agentschap Zorg en Gezondheid, dienst bevolkingsonderzoek, of een capaciteitsonderzoek aan te vragen bij het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE). Verder wordt gewezen op het belang van monitoring van de zorgnoden wanneer de richtlijnen met betrekking tot screening en detectie van het pilootproject van Oost-Vlaanderen geïmplementeerd worden.

5.5.2 Organisatie van de zorg

Om een kwalitatief zorgpad te realiseren, is het belangrijk te zorgen voor goede verbindingen tussen de (perinatale) zorgactoren over disciplines, lijnen en netwerken heen. Doelstellingen zijn hierbij het bevorderen van samenwerking op casusniveau, delen van expertise, afstemming van de zorg en zicht krijgen op hiaten van het zorgaanbod.

- Perinataal overleg

Binnen provincie Antwerpen bestaan verschillende lokale perinatale netwerken / samenwerkingsverbanden en vormen van **perinataal overleg**. Sommige netwerken worden getrokken door het **expertisecentrum Kraamzorg, Huizen van het Kind**, andere netwerken en vormen van overleg worden georganiseerd vanuit de **SEL's** en **LMN's**. Verschillende GGZ-actoren geven aan deze netwerken en samenwerkingsverbanden niet te kennen. Omgekeerd geven zorgactoren uit de eerstelijns aan weinig zicht te hebben op de organisatie van de GGZ en wie de zorgactoren zijn om mee samen te werken.

Met de ontwikkeling van de Eerstelijnszones, Regionale Zorgzones, Klinische Netwerken en GGZ-netwerken ontstaan er opportuniteiten om de huidige perinatale netwerken verder uit te bouwen waarbij lokale praktijken, Huizen van het Kind, gespecialiseerde GGZ, Algemene Ziekenhuizen en Universitaire Ziekenhuizen verbonden kunnen worden ten einde de multidisciplinaire en transmurale zorg te organiseren.

De **schaalgrootte** waarop dit overleg georganiseerd dient te worden, zal mede afhankelijk zijn van de regionale kenmerken (bijvoorbeeld socio-demografische kenmerken) van een bepaalde regio. Mogelijk is het aangewezen binnen een grootstedelijke context het overleg zeer lokaal te organiseren en is het voor meer rurale gebieden juist wenselijk met verschillende eerstelijnszones samen te werken. Daarbij moet rekening gehouden worden met de haalbaarheid voor zorgactoren om deel te nemen aan de verschillende soorten van overleg, netwerken,... Het is belangrijk dat er goede organisatorische keuzes worden gemaakt met duidelijke doelstellingen. Verder is het essentieel dat er een **vergoeding** voorzien kan worden voor **zelfstandigen** om deel te nemen aan dit overleg en dat gesubsidieerde diensten over voldoende **middelen** beschikken om enerzijds **zorg** te kunnen bieden anderzijds deel te kunnen nemen aan **overleg**.

Belangrijk evenwel is dat heel de provincie afgedekt dient te zijn zodat alle partners een uitvalsbasis hebben en expertise kunnen delen. Op dit niveau van overleg kan het ook zinvol zijn om **advies, vorming en intervisie** aan te bieden vanuit de gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg.

- Gespecialiseerde perinatale GGZ

Reeds verschillende keren werd in het rapport het belang onderstreept van multi- en transdisciplinaire geïntegreerde zorg. Binnen verschillende organisaties werden reeds stappen gezet om samenwerkingen te versterken tussen zorgactoren met expertise in volwassenpsychopathologie en zorgactoren met expertise in Infant Mental Health. Tegelijk wordt aangegeven dat hier nog veel stappen in gezet kunnen worden, zowel op vlak van **expertisedeling** als op vlak van **concrete samenwerking** rond casuïstiek. Zorgactoren uit het GGZ-netwerk kinderen&jongeren (PANGG 0-18) , GGZ-netwerken voor volwassenen en PANGG0-18IMH geven aan dat er nood is aan meer **structurele samenwerking en expertisedeling**. Aangezien geïntegreerde, multi- en transdisciplinaire zorg een voorwaarde is voor kwalitatieve perinatale GGZ, zal het belangrijk zijn hier verder op in te zetten.

Vanuit een aantal psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ-diensten wordt de nood aangegeven aan vorming en zicht op behandel mogelijkheden. Het gebrek aan kennis en knowhow blijkt mede aan de basis te liggen van moeilijkheden om de perinatale (psychische) zorg goed georganiseerd te krijgen. Het werken met **referentiepersonen**, bijvoorbeeld via de huidige KOPP-referenten binnen de verschillende organisaties en voorzieningen kan hier een ingangspoort zijn.

Om tegemoet te komen aan bovenstaande noden en het zorgpad in praktijk verder te realiseren, is het aangewezen overleg te organiseren op **provinciaal niveau** tussen actoren van de GGZ-netwerken kinderen & jongeren, actoren van de GGZ-netwerken volwassenen, GGZ-actoren die werkzaam zijn binnen de Algemene Ziekenhuizen. Daarbij zal het belangrijk zijn hier verbindingen te leggen met de Provinciale werkgroep met betrekking tot Infant Mental Health enerzijds en zorgactoren uit de eerstelijns anderzijds.

Mogelijk kunnen van hieruit “**regionale perinatale GGZ-teams**” georganiseerd worden, zodat het voor zorgactoren uit de eerstelijns helder is tot wie men zich kan richten voor consult & liaison, vorming en intervisie en klinische interventies. Vanuit deze teams kunnen zorgactoren mogelijk aansluiten bij de perinatale netwerken op het niveau van de Eerstelijnszone / Regionale zorgzone.

- Vlaams Expertisecentrum Perinatale zorg

Om de perinatale zorg te organiseren is een goede samenwerking essentieel tussen **actoren** die aangestuurd worden vanuit verschillende **overheden**: de lokale besturen (o.a. ondersteuning perinatale werking Huizen van het Kind), de Vlaamse Overheid (o.a. zorgactoren Kind en Gezin (regioteams, CKG's,...), ondersteuning werking Huizen van het Kind, preventieve gezondheidszorg, expertisecentra Kraamzorg, Moeder&Baby-eenheden, werking CGG's, CAW's, verslavingszorg...) en de Federale Overheid (o.a. diensten Materniteit, Neonatologie, Pediatrie en PAAZ-diensten van Algemene Ziekenhuizen, zorgactoren uit de GGZ-netwerken Kinderen&Jongeren en GGZ-netwerken 107),... Verder wordt een goede samenwerking met de verschillende **faculteiten** van de **universiteiten** belangrijk gevonden.

Zorgactoren pleiten voor uitbreiding /versteving van de opdracht van de **expertisecentra Kraamzorg** en de opstart van een **Vlaams expertisecentrum** voor **perinatale zorg** waarbij experts vanuit verschillende disciplines, universiteiten en beleidsmakers zorgen voor afstemming met betrekking tot de organisatie van de zorg, opstart van pilootprojecten, onderzoeken,...

Daarbij wordt verwezen naar het landelijk kennisnetwerk geboortezorg in Nederland verwezen. Het kennisnetwerk bestaat uit tien consortia die via samenwerking en kennisontwikkeling samen inzetten op verbetering van de kwaliteit van de geboortezorg:

<https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/consortia>

5.5.3 Vorming en intervisie

- Zorgactoren pleiten voor aandacht voor psychisch welzijn in alle relevante **opleidingen** aan **hogescholen** en **universiteiten** (Verpleeg- en vroedkunde, huisartsengeneeskunde, gynaecologie, psychologie, eerstelijnspsycholoog,...). Het is belangrijk de verschillende beroepsgroepen te sensibiliseren en dit een formele plek te geven in het curriculum. Verder dient er ingezet te worden op intervisie voor de verschillende beroepsgroepen.
- De **vroedvrouw** kan een belangrijke rol opnemen inzake coaching en ondersteuning bij psychische perinatale problemen. Zorgactoren suggereren de uitbouw van een **wetenschappelijk onderbouwde opleiding** voor vroedvrouwen inzake psychische perinatale zorg. Over de manier waarop dit geconcretiseerd kan worden zijn de meningen verdeeld. Sommige actoren adviseren een vierjarige opleiding voor vroedvrouwen waarbinnen aandacht kan zijn voor psychische perinatale zorg. Andere actoren stellen een BanaBa-opleiding 'eerstelijns' voor waarbinnen psychische perinatale zorg een onderdeel kan zijn. Nog andere actoren stellen een opleiding voor tot 'postpartumconsulent'. Dit thema verdient nog meer aandacht.
- Er wordt geopperd ook in te zetten op een **online-leermodule**. Daarbij wordt o.a. verwezen naar de module die uitgewerkt werd door Kind en Gezin:
<https://www.kindengezin.be/opleidingen-en-infosessies/default.jsp>

⇒ Zorgactoren geven aan dat vorming en opleiding inzake psychische perinatale zorg het vertrouwen vergroot om zelf problemen bespreekbaar te maken en ondersteuning te bieden. Daarbij wordt intervisie en concrete ondersteuning vanuit de gespecialiseerde GGZ wel zeer belangrijk gevonden.

Verder is er nood aan vorming bij de GGZ-actoren die **generalistisch** werken zoals de mobiele crisisteams, de meeste PAAZ-diensten, opnamediensten van psychiatrische ziekenhuizen en mogelijk ook de eerstelijnspsychologen.

Een aantal werkingen zoals het Mobiel Crisisteam van Antwerpen, de PAAZ-dienst van AZ Sint Maarten,... hebben hiertoe reeds goede praktijken ontwikkeld. Samenwerking met zorgactoren die zich richten tot infants blijft hier wel essentieel.

Tot slot brengen we onder de aandacht dat het aantal GGZ-actoren dat expertise heeft inzake psychische perinatale zorg beperkt is. Het is wenselijk dat voldoende GGZ-actoren opgeleid worden om gespecialiseerde psychische perinatale zorg te kunnen aanbieden en dat deze expertise gedeeld wordt met partners. De moeder-baby-eenheden kunnen hierin als expertisecentra een belangrijke rol spelen.

6. Besluit

De transitie naar ouderschap is een **ingrijpende levensgebeurtenis** waarbij vrouwen een verhoogde kans hebben om **psychische problemen** te ontwikkelen. **Een tijdige en gepaste ondersteuning en/of behandeling** is dan ook belangrijk, zowel voor de (aanstaande) moeder als de baby, de partner en de andere gezinsleden. De **baby** is kwetsbaar gezien in het eerste levensjaar belangrijke groeiprocessen plaatsvinden die de basis leggen voor zijn ontwikkeling.

Uit onderzoek blijkt dat veel (aanstaande) moeders die kampen met psychische problemen niet de gepaste ondersteuning en/of behandeling krijgen.

Eenzijds blijkt er een **drempel** te zijn voor (aanstaande) moeders om over psychische problemen te spreken. Maatschappelijk blijkt nog sterk sprake van **stigmatisering** van psychische problemen en blijkt er **angst** te zijn voor het oordeel van anderen en gescheiden te worden van de baby.

Inzet dient dan ook te gebeuren op het **sensibiliseren en informeren** van (aanstaande) moeders en het aanbieden van **laagdrempelige vormen van hulpverlening** bijvoorbeeld via de uitwerking van een onlineplatform, “mama-onthaal”, apps,... zodat zij de mogelijkheid hebben zelf aan de slag te gaan met noden en zorgvragen. Verder worden verhalen van **ervaringsdeskundigen** en contact met **lotgenoten** als enorm helpend ervaren om moeilijkheden bespreekbaar te maken en ondersteuning te vinden.

Anderzijds blijkt de (aandacht voor) ondersteuning en behandeling van psychische problemen binnen de **perinatale zorg** op dit moment nog ontoereikend.

Het is wenselijk dat (aanstaande) moeders kunnen terugvallen op een **interdisciplinair perinataal zorgteam** waarbij standaard aandacht kan zijn voor **psychisch welzijn**. De **richtlijn** die wordt uitgewerkt binnen het pilootproject van provincie Oost-Vlaanderen met betrekking tot **screening en detectie** kan hiertoe handvatten geven. Daarnaast kan ook het **pluis/niet-pluis gevoel** een belangrijke ingangspoort zijn om met de (aanstaande) moeder te spreken over psychische problemen.

Zorgactoren uit de eerste lijn geven aan **drempels** te ervaren om moeilijkheden in gesprek te brengen omwille van twee belangrijke knelpunten. Ten eerste wordt er **expertise en een kader gemist** inzake (ondersteuning) van psychische perinatale problemen. Ten tweede zijn er grote bezorgdheden ten aanzien van de **beschikbaarheid** van gespecialiseerde psychische perinatale zorg. Het niet hebben van garantie dat er zorg zal zijn omwille van een **tekort aan capaciteit**, verhoogt de drempel om over moeilijkheden te spreken. Er is nood aan vorming, intervisie, transparantie en beschikbaarheid van een gespecialiseerd GGZ-zorgaanbod binnen samenwerkingsmodellen van gedeelde zorg.

Een theoretisch kader werd in dit rapport aangereikt waarbij de mogelijke rollen voor de zorgactoren uit het **interdisciplinaire perinatale zorgteams** alsook de **verschillende niveaus van interventies** vanuit de gespecialiseerde GGZ beschreven werden. **Minimale voorwaarden** daarbij zijn dat er **geïntegreerde zorg** aangeboden wordt vanuit een **multi- en transdisciplinaire samenwerking** en die gericht is op **veiligheid, ondersteuning** en **veerkracht**. Verder is het essentieel dat deze zorg vlot **toegankelijk** is voor (aanstaande) moeders.

Dit betekent dat er **snel** ingespeeld moet kunnen worden op zorgvragen, dat zorg **aan huis** moet kunnen aangeboden worden waar noodzakelijk, dat de zorg **betaalbaar** moet zijn en **inclusief**. Verder benadrukken zorgactoren dat er vertrokken dient te worden vanuit de **beleving** en het **perspectief** van de (aanstaande) moeder. Er wordt veel belang gehecht aan de principes van “**gezamenlijke besluitvorming**” en “**patiëntenparticipatie**”.

Er is een grote inzet geweest van zorgactoren om met elkaar in dialoog te gaan en inbreng te hebben in dit project. Wij hopen dan ook dat dit rapport een steentje kan bijdragen aan de realisatie van kwaliteitsvolle perinatale geestelijke gezondheidszorg. Uit de verkenning van het huidig zorgaanbod en de feedback van ervaringsdeskundigen en zorgactoren blijkt evenwel dat er nog heel wat stappen gezet kunnen worden.

Vanuit de projectgroep wordt de vraag gesteld naar een **concreet actieplan**. Afstemming met het pilootproject van Oost-Vlaanderen is hierin wenselijk. Verder is het belangrijk dat er voor dit project samenwerking kan zijn vanuit de verschillende overheden.

Hopend op een verder vervolg danken wij de Vlaamse Overheid alvast voor de aandacht voor dit project.

Helga Peeters

Coördinator Pilootproject Perinatale Geestelijke Gezondheid – Provincie Antwerpen

Helga.Peeters@emmaus.be

0470/20.34.04



PZ Bethaniënhuis

Andreas Vesaliuslaan 39 - 2980 Zoersel Tel.: 03 380 30 11

www.pzbethanienhuis.be

Bibliografie

- "Kind in Beeld - Zwangerschap". (sd). Opgeroepen op 12 15, 2017, van www.vlaanderen.be:
<https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/kind-in-beeld-zwangerschap-1>
- Agentschap Zorg & gezondheid. (2017). Conferentie Eerstelijnszorg: Reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen: een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn., (p. 80).
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy and borderline personality disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vinck, I., Vankelst, L., Lauwerier, E., . . . Christiaens, W. (2014). *"De organisatie van de zorg na een bevalling"*. Belgium: Federaal Kenniscentrum van de Gezondheidszorg. Opgeroepen op 12 15, 2017, van www.kce.fgov.be:
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_232As_Postnatale_zorg_Synthese%20%281%29.pdf
- Birch, M. (2008). *Finding hope in despair: clinical studies in infant mental health*. Washington, DC: Zero to three.
- Bruschweiler-Stern, N. (2004). A multifocal neonatal intervention. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum, *Treating parent-infant relationship problems* (pp. 188-212). New York/Londen: The Guilford Press.
- Bruschweiler-Stern, N. (2004). A multifocal neonatal intervention. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum, *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (pp. 188-212). New York: The Guilford Press.
- David, D., Styron, T., & Davidson, L. (2011). Supported parenting to meet the needs and concerns of mothers with severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 14(2), 137-153.
- Elfferich, I., de Ridder, A., & Beijaert, P. (2011). Klinische behandeling van moeders met een psychiatrische stoornis in het kraambed. In M. Rexwinkel, M. Schmeets, C. Pannevis, & B. Derkx, *Handboek infant mental health: Inleiding in de ouder-kindbehandeling* (pp. 391-399). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Elkin, A., Gilbert, H., & Slade, M. (2009). A national survey of psychiatric mother and baby units in England. *Psychiatric Services*, 60, 629-633.
- Fivaz-Depeursinge, E., Corboz-Warnery, A., & Keren, M. (2004). The primary triangle: Treating infants in their families. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum, *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (pp. 123-151). New York : The Guilford Press.
- Fletcher, R., Garfield, C., & Matthey, S. (2015). Fathers' Perinatal Mental Health. In J. Milgrom, & A. Gemmill, *Identifying perinatal depression and anxiety* (pp. 10:165-176). West Sussex: John Wiley & Sons.

- Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant mental health. The first year of life*. New York: Basic Books.
- Guidance List. (sd). Opgeroepen op 26, 2018, van <https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=guidelines>
- Hollander, M., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M., de Miranda, E., & Stramrood, C. (2017, mei 29). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, pp. 20:515-523.
- I Heaman, M., Sword, W., Elliott, L., Moffatt, M., E Helewa, M., Morris, H., . . . Cook, C. (2015). Barriers and facilitators related to use of prenatal care by inner-city women: Perceptions of health care providers. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1):1–13.
- Kind en Gezin. (2017). *Kind en gezin doorbreekt taboe rond perfect ouderschap met kraamkaartjes*. Opgehaald van <https://www.kindengezin.be/>: <https://www.kindengezin.be/nieuws-en-actualiteit/2017/20170823-kind-en-gezin-doorbreekt-taboe-rond-perfect-ouderschap-met-kraamkaartjes.jsp>
- Koorengevel, K., de Vette, M., & Docx, R. (2015). Moeder-baby-opname. In M. Lambregtse-van den Berg, I. van Kamp, & H. Wennink, *Handboek Psychiatrie en zwangerschap* (pp. 429-436). Utrecht: De Tijdstroom.
- Koster, D. (2012). *Perfecte moeders bestaan niet*. Tielt: Uitgeverij Kostbaar.
- Lambregtse-van den Berg, M. (2011). Intergenerationele overdracht van psychopathologie. In M. Rexwinkel, M. Schmeets, C. Pannevis, & B. Derkx, *Handboek infant mental health: inleiding in de ouder-kindbehandeling* (pp. 146-154). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Lambregtse-van den Berg, M. (2015). Psychopathologie van de vader. In M. Lambregtse-van den Berg, I. van Kamp, & H. Wennink, *Handboek Psychiatrie en zwangerschap* (pp. 333-338). Utrecht: De Tijdstroom.
- Larrieu, J., & Zeanah, C. (2004). Treating parent-infant relationships in the context of maltreatment: an integrated systems approach. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum, *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (pp. 243-264). New York: The Guilford Press.
- Lenaerts, M. (2011). De vroege moeder-kindrelatie bij moeders met borderline-problematiek. In M. Rexwinkel, M. Schmeets, C. Pannevis, & B. Derkx, *Handboek infant mental health: inleiding in de ouder-kindbehandeling* (pp. 169-180). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Lenaerts, M. (2014). *Evaluatierapport - Moeder-Baby-Eenheid PZ Bethaniënhuis Zoersel*. Zoersel: Psychiatrisch Ziekenhuis - Bethaniënhuis.
- Lenaerts, M., & Docx, R. (2005). De moeder-kindrelatie bij psychiatrische problematiek in de postpartumperiode. Enkele krachtlijnen van een vroegtijdige interventie. *Tijdschrift voor Familiotherapie* 11(1), 3-30.

- Lieberman, A. (2004). Child-parent psychotherapy: A relationship-based approach to the treatment of mental health disorders in infancy and early childhood. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum, *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (pp. 97-122). New York: The Guilford Press.
- Ligtermoet, I., & Okma, K. (2014). *Steun voor aanstaande ouders bij ouderschap en opvoeding*. Opgehaald van <https://www.nji.nl/>: <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Steun-voor-aanstaande-ouders-bij-ouderschap-en-opvoeding.pdf>
- LKPZ. (2018, 03 28). *Informatie patiënten - zelftest*. Opgehaald van <http://www.lkpz.nl/>: <http://www.lkpz.nl/epds.php>
- Marcé Society. (2012). *Enhancing perinatal mental health. A users' guide*. Swansea: Swansea University and the Marcé Society.
- Maureen I, H., Sword, , W., Elliott, , L., Moffatt, M., Helewa, M., Morris, H., . . . Cook, C. (2015). Perceptions of barriers, facilitators and motivators related to use of prenatal care: A qualitative descriptive study of inner-city women in Winnipeg, Canada. *SAGE Open Medicine*, 3, 10.1177/2050312115621314. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4822530/>. Opgehaald van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4822530/>
- McDonough, S. (2004). Interaction guidance: Promoting and nurturing the caregiving relationship. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum, *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (pp. 79-96). New York: The Guilford Press.
- Milgrom, J., & Gemmill, A. (2015). *Identifying perinatal depression and anxiety*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- NICE. (2016). *Antenatal and postnatal mental health*. National Institute for Health and Care Excellence.
- NICE. (2017). *Antenatal and postnatal mental health overview*. National Institute for Health and Care Excellence.
- NICE. (2017). *Identifying and assessing mental health problems in pregnancy and the postnatal period*. National Institute for Health and Care Excellence.
- Nicolai, N. J. (2001). Hechting en psychopathologie: de reflectieve functie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 705-714.
- NSW Department of Health. (2009). *Improving mental health outcomes for parents and infants: safe start guidelines*. North Sydney.
- NSW Department of Health, NSW Health/Families. (2009). *NSW Supporting Families Early Package – SAFE START Strategic Policy*. Opgehaald van www.health.nsw.gov.au: <http://www.sfe.nswiop.nsw.edu.au/file.php/1/SafeStartGuidelines.pdf>
- Nys, K., & Emmerly, K. (2017). Opgeroepen op 12 15, 2017, van www.expoo.be: https://www.expoo.be/sites/default/files/atoms/files/Onderzoeksrapport_huizen_van_het_kind_in_cijfers_en_ervaringen.pdf

- Oates, M. (2000). *Perinatal mental health services: council report CR88*. Londen: Royal College of Psychiatrists.
- Pauwelyn, L. (2016). *Revalidatieconventies Geestelijke Gezondheidszorg. Portfolio en aanbevelingen voor een nieuw Vlaams beleid*. Brussel: Zorgnet Icuuro.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2013). *De participerende patiënt*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological processes of childbearing*. Londen: Chapman & Hall.
- Reekers, I., & Sampaio de Carvalho, F. (2011). Jonge moeders, inventarisatie van kansen en risico's. In M. Rexwinkel, M. Schmeets, C. Pannevis, & B. Derkx, *Handboek infant mental health: inleiding in de ouder-kindbehandeling* (pp. 181-191). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Rexwinkel, M., & Spanjerberg, L. (2015). Infant mental health. In M. Lambregtse-van den Berg, I. van Kamp, & H. Wennink, *Handboek Psychiatrie en zwangerschap* (pp. 247-254). Utrecht: De Tijdstroom.
- Reyns, M. (2016). *Centerin Pregnancy*. Opgehaald van www.expoo.be: <http://www.expoo.be/sites/default/files/atoms/files/Centering%20pregnancy.pdf>
- Sampaio de Carvalho, F., Rexwinkel, M., & Spaans, C. (2011). Kader en setting van de ouder-kindbehandeling. In M. Rexwinkel, M. Schmeets, C. Pannevis, & B. Derkx, *Handboek infant mental health: Inleiding in de ouder-kindbehandeling* (pp. 283-290). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Stern, D. (2004). The motherhood constellation. In S. M. Samaroff, *Treating parent-infant relationship problems*. New York/London: The Guilford Press.
- van den Berg, M. (2012). Peripartum-en transgenerationale psychiatrie. In M. Hengeveld, & A. van Balkom, *Leerboek Psychiatrie* (pp. 585-596). Utrecht : De Tijdstroom.
- Van Deurzen, J. (2016). *Een 2.0-aanpak voor integrale jeugdhulp in Vlaanderen*. Kabinet van Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Deurzen, J. (2016). *Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid: strategisch plan 2017-2019*. Kabinet van Jo Van Deurzen, Vlaams minster van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Doesum, K. (2015). Moeder-kindinteractie en hechting. In M. Lambregtse-van den Berg, I. van Kamp, & H. Wennink, *Handboek Psychiatrie en zwangerschap* (pp. 269-274). Utrecht: De Tijdstroom.
- van Veldhuizen, R., Polhuis, D., Kroon, H., Mulder, N., & Bähler, M. (2015). *Handboek (flexibele) ACT*. Utrecht: Tijdstroom.
- VBOV. (2016). *Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg: aanbevelingen voor vroedvrouwen*. Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen.

- Vlaamse Overheid. (2014). *Besluit van de Vlaamse Regering tot uitvoering van het decreet van 29 november 2013 houdende de organisatie van preventieve gezinsondersteuning*. Vlaamse Overheid.
- Vliegen, N., & Rexwinkel, M. (2001). Moeder en vader worden. In M. Rexwinkel, M. Schmeets, C. Pannevis, & B. Derkx, *Handboek infant mental health: Inleiding in de ouder-kindbehandeling* (pp. 119-135). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Wagemaker, J. (2012). *Interventies die leiden tot succesvolle preventie of behandeling van psychosociale klachten van zwangere vrouwen*. Rivierenland: De Zwangere Centraal.
- Weddingen, L. V. (2013). *Mijn baby lacht...nu ik nog!* Antwerpen: Manteau.
- Werkgroep Jong en Gezond. (2016). Conferentie De toekomst is Jong - Eindrapport Jong en Gezond. *Eindrapport Jong en Gezond*, (p. 13).
- zerotothree. (2018, 03 28). <https://www.zerotothree.org/early-development/social-and-emotional-development>. Opgedaald van <https://www.zerotothree.org/>: <https://www.zerotothree.org/early-development/social-and-emotional-development>

Gebruikte websites

- <http://www.adicvzw.be/>
- <http://www.csz-antwerpen.be/>
- <http://www.cggdepont.be/>
- <https://cggkempen.be/>
- <http://www.expoo.be/>
- <http://www.gezondzwangerworden.be/>
- <http://www.ggzkempen.be/>
- <https://www.giovw.be/>
- <http://www.huizenvanhetkind.be/hk/>
- <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/consortia>
- <https://www.kindengezin.be/>
- <http://www.kraamvogel.be/>
- <http://www.lkpz.nl/>
- <http://www.moederbaby.be/>
- <http://www.netwerkemergo.be/>
- <http://oggpa.be/?action=onderdeel&onderdeel=522&titel=Netwerk+GGZ+Antwerpen+-+SaRA>
- <http://www.pangg0-18.be/>
- <http://www.postpartum.net/>
- <https://www.psy0-18.be/index.php/nl/>
- <http://www.psy107.be/>
- <https://www.ruimtedelink.be/>
- <https://www.selkempen.be/multidisciplinair-overleg/overleg-psychiatrische-patient-opp-psy-mdo>
- <https://www.sensoa.be/>
- <http://www.vagga.be/>

<https://www.vlesp.be/>

<http://www.vroedvrouwen.be/>

<http://www.vvkv.be/>

<https://www.zanzu.be/nl/home>

<https://www.zerotothree.org/>

<https://www.zna.be/nl/zna-universitaire-kinder-en-jeugdpsychiatrie-antwerpen>

<https://www.3psy.be/>